

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

SANTÉ PUBLIQUE ET PAYS INDUSTRIALISÉS

Royaume-Uni
Pays-Bas
Suède
Italie
Allemagne
Belgique
France

États-Unis
Canada (Québec)
Espagne
Portugal
Grèce
Mexique
Brésil



INSPO - Montréal



3 5567 00001 9841

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

SANTÉ PUBLIQUE
ET PAYS INDUSTRIALISÉS

BIBLIOTHÈQUE ADMINISTRATIVE
Ministère des communications du Québec
Éléments de catalogage avant publication

Santé publique et pays industrialisés/[sous la direction de Pierre Duplessis, conjointement avec William Dab, Mark McCarthy, Eduard Portella]. — Québec, Québec: Les Publications du Québec, [1989].

XIV, 424 p. « Ont collaboré comme auteurs, José Luis Castanheira...

[et al.] » — p. VII.

Sur la couv.: Royaume-Uni, Pays-Bas, Suède, Italie, Allemagne, Belgique, France, États-Unis, Canada (Québec), Espagne, Portugal, Grèce, Mexique, Brésil.

Publié aussi en anglais sous le titre: Public Health and Industrialized Countries

Bibliogr.

ISBN: 2-551-08464-4

1. Santé publique 2. Santé publique — Évaluation I. Duplessis, Pierre

SANTÉ PUBLIQUE ET PAYS INDUSTRIALISÉS

Royaume-Uni

Pays-Bas

Suède

Italie

Allemagne

Belgique

France

États-Unis

Canada (Québec)

Espagne

Portugal

Grèce

Mexique

Brésil

Québec 

Le contenu des chapitres demeure la responsabilité du ou des auteurs pour chacun des pays. Ce volume a été préparé en collaboration avec la Direction de la santé communautaire de l'hôpital Sainte-Justine, de Montréal.

Cette édition a été produite par :

Les Publications du Québec
1279, boulevard Charest Ouest
Québec (Québec)
G1N 4K7

Graphisme de la couverture : Sylvain Vallières

© Gouvernement du Québec
Dépôt légal — 2^e trimestre 1989
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN: 2-551-08465-2

(Also available in English)

Santé publique et pays industrialisés

Sous la direction de

Pierre Duplessis, conjointement avec
(par ordre alphabétique)

William Dab
Mark McCarthy
Eduard Portella

Ont collaboré comme auteurs

José Luis Castanheira
Suzanne Couët
José I. Cuervo
William Dab
Pierre Duplessis
Julio Frenk
Carlo Hanau
Jean-Claude Henrard
John Hoey
Alfons Labisch
Xavier Leroy
Mark McCarthy
Anastas E. Philalithis
Eduard Portella
Bernard Pouliot
Henk Rengelink
Anthony Robbins
Constantino T. Sakellarides
Monique Van Dormael
Gunnar Wennström
João Yunes

Préface

Les études qui ont pour but de comparer le système de santé des pays entre eux sont rares; elles existent néanmoins. Il est cependant beaucoup plus difficile de trouver des comparaisons dans le domaine des systèmes et des pratiques de santé publique.

Sur la base des informations que nous recevions des États membres, à l'inclusion des pays industrialisés, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié régulièrement le « Rapport sur la situation sanitaire dans le monde ». Ces informations menaient à l'analyse des tendances et des comparaisons en matière de services de santé. Elles demeuraient toutefois très générales puisque les données officielles de plusieurs pays, il faut l'avouer, ne permettent pas de tirer des conclusions précises. Le nouveau système de surveillance Santé pour tous (SPT) 2 000 nous approvisionne maintenant avec de l'information plus spécifique, information qui a été publiée dans les dernières éditions du « Rapport sur la situation sanitaire dans le monde ». Nous avons dorénavant une bien meilleure image des conditions de santé à la fois régionales et globales. Aujourd'hui, plus de dix ans après la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaire, il est intéressant d'avoir à nouveau une analyse et une information à la fine pointe élaborées par cette nouvelle génération de scientifiques en santé publique que nous retrouvons dans ce livre.

Je suis bien informé, à titre d'ancien directeur du Bureau régional pour l'Europe de l'OMS et de visiteur assidu du Canada et des États-Unis, de la difficulté d'amorcer une ouverture des mentalités à des changements au sein des systèmes traditionnels de services de santé. J'inclus ici autant la pratique générale en pays industrialisés que les changements menant de l'approche curative vers une approche de prévention et de promotion de la santé. Et combien plus difficile encore est le développement de services de santé publique comme partie

intégrale d'un système de santé coordonné. En dépit d'évidences épidémiologiques sans cesse grandissantes en faveur de la nécessité de la promotion de la santé, de l'éducation sanitaire, du contrôle et de la prévention environnementale, il est quelque peu surprenant de découvrir, au fil des pages de ce livre, comment les scientifiques de la santé publique évaluent la situation présente, comment ils entrevoient une crise probable entre les systèmes « formels » de services de santé et une nouvelle approche. En effet, même si certains éléments structurels du domaine de la santé ont remis en question leurs rôles traditionnels pour s'ouvrir à la promotion de la santé, ils demeurent malgré tout très marginaux.

La leçon qu'il faut tirer des études présentées dans ce livre en appelle à une approche plus large encore, à un système de santé défini comme ferment de la promotion de la santé, mais aussi capable de porter assistance aux personnes pour qu'elles puissent vivre et mourir dans la dignité.

Professeur Leo A. Kaprio
Directeur régional émérite
Bureau régional pour l'Europe
Organisation mondiale de la santé

Remerciements

Nous désirons remercier

La Direction de la santé communautaire de l'hôpital Sainte-Justine (Canada),

La Direction de la santé communautaire de l'hôpital Général de Montréal (Canada),

La Direction de l'enseignement de l'hôpital Sainte-Justine (Canada),

L'Association pour la santé publique du Québec (Canada),

La Direction de la planification et de l'évaluation ainsi que la Direction de la promotion de la santé et de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Canada),

L'Association des médecins du DSC de l'hôpital Général de Montréal (Canada),

L'Institut municipal de la Salut de Barcelone (Espagne),

L'Observatoire régional d'Île-de-France (France),

University College London (Angleterre),

Les Publications du Québec (Canada),

La Gaceta Sanitaria (Espagne),

L'Association canadienne de santé publique (Canada),

qui ont supporté le projet par leurs ressources et contribué de différentes façons à rendre cette publication possible.

Nous voudrions aussi remercier d'une façon particulière MM. Simon Caron, Michel Y. Pelletier et Marc Dionne (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec), le Dr Jean Rochon (Direction de la gestion des programmes, Bureau régional pour l'Europe de l'OMS), le Dr Josep Antó (Gaceta Sanitaria, Espagne), M. Bengt Rösiö, consul général de Suède à Montréal, ainsi que le Dr Gunnar Wennström, auteur suédois du chapitre 3, qui a bienveillamment accepté de collaborer à cet ouvrage malgré une énorme contrainte de temps. Nous désirons enfin remercier Mme Carmen Dupuis et M. Gratien Roussel pour l'aide reçue à toutes les étapes du projet ainsi que Mme Sylvie Chapdelaine pour le support secretarial. Tous trois travaillent à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal.

Table des matières

Préface

Remerciements

Introduction.....	1
Chapitre 1	
Le Royaume-Uni: un rôle en évolution à l'intérieur du service de santé national.....	5
Chapitre 2	
Santé et soins de santé aux Pays-Bas.....	29
Chapitre 3	
L'organisation de la santé publique en Suède.....	65
Chapitre 4	
La santé communautaire en Italie.....	95
Chapitre 5	
Le service de santé publique en République fédérale d'Allemagne.....	123
Chapitre 6	
Belgique: le jeu des acteurs sociaux et les soins de santé primaires.....	145
Chapitre 7	
La place de la santé publique dans le système de santé en France.....	181
Chapitre 8	
La santé publique aux États-Unis: un secteur perdu du complexe industriel médical.....	213
Chapitre 9	
Santé publique et santé primaire au Québec (Canada).....	241
Chapitre 10	
Analyse du processus d'implantation de la réforme sanitaire en Espagne.....	275
Chapitre 11	
La santé publique au Portugal.....	295

Chapitre 12	
La médecine sociale peut-elle remplacer la santé publique traditionnelle à l'intérieur d'un système de santé national? Le cas de la Grèce.....	317
Chapitre 13	
Modernisation médicale au Mexique: paradigmes, État et marchés du travail.....	343
Chapitre 14	
Changer le système de santé publique. Le cas de l'État de São Paulo au Brésil.....	369
Santé publique: Perspectives et prospective.....	389
Les auteurs.....	417

Introduction

La santé constitue pour la très grande majorité des pays un objectif important sur le plan national, qu'il soit ou non reconnu officiellement. C'est pour cette raison qu'il existe un grand nombre d'études sur le sujet et le volet « organisation des services » a été davantage examiné à partir du début des années 1970 à cause d'une escalade des coûts sans précédent doublée d'une conjoncture économique difficile.

L'approche de la santé d'une population, en complément, voire parfois en opposition à la santé des individus, s'impose avec de plus en plus d'acuité. La réflexion sur ce sujet est stimulée par des considérations d'efficacité, d'éthique, de coûts sociaux et d'équité pour ne nommer que celles-ci. Elle est largement reprise aujourd'hui par la santé publique. Et c'est à partir du contrôle des épidémies, en passant par l'amélioration générale des conditions de vie, jusqu'à l'établissement de priorités de santé pour une population que se développent maintenant, comme elles l'ont été de tout temps, les actions de santé publique.

Mais quelles épidémies la santé publique doit-elle aujourd'hui combattre? Quels services et quelle approche doit-elle déployer? Comment doit-elle organiser ses services? Comment cela est-il réalisé dans tel ou tel pays? Certains réussissent-ils mieux que d'autres? La santé publique est-elle ou doit-elle être un sous-système à l'intérieur du système de services de santé ou simplement une composante particulière? Voilà des questions légitimes auxquelles ce livre tentera d'apporter certains éléments de réponse.

Pour ce faire, le comité de rédaction a réuni quatorze pays, afin de permettre la mise en place d'un assez grand nombre d'éléments de comparaison. Il a été demandé à chaque auteur de décrire d'abord le système de santé au niveau national, puis d'y situer la santé publique. Devait suivre une discussion sur un

point particulier, un projet ou un problème qui représentait une caractéristique du pays. Enfin, la conclusion devait développer des solutions ou des perspectives. Chaque auteur avait le choix d'adapter le plan général à ses besoins, tout en le respectant dans ses grandes lignes et certaines données statistiques devaient accompagner le manuscrit. Étant donné le caractère unique de chaque pays, la connotation différente de santé publique et la perspective de chacun, les chapitres diffèrent substantiellement entre eux. Pourtant le plan général demeure un bon fil conducteur.

Choisir des pays relativement comparables nous a forcés à nous restreindre à ceux que nous connaissions le mieux, soit les pays industrialisés. Nous avons écarté des choix qui rendaient la comparaison difficile, la Chine, le Japon et d'autres pays du continent asiatique par exemple ou encore les pays d'Europe de l'Est. Choisir des pays industrialisés excluait aussi les pays du Tiers Monde. Par contre, le heurt entre santé et industrialisation méritait d'être bien mis en relief, d'où le choix, bien que limité, de pays en développement. C'est ainsi que le Brésil et le Mexique se sont ajoutés à la liste comme étant sous certains aspects très industrialisés et sous d'autres, en sous-développement profond. Leur inclusion ouvre maintenant la possibilité d'une étude semblable réservée cette fois à ces pays. L'ordre des chapitres fait donc ressortir grosso modo le schéma d'analyse suivant: une approche historique (l'Angleterre), la description des activités des services de santé publique, leur structure et leur orientation (les Pays-Bas, la Suède), le rôle du législatif, des rapports de pouvoirs (l'Italie, l'Allemagne, la Belgique) et la perspective de système de même que son évolution liée à la volonté politique (la France et les USA). L'intégration de toutes ces facettes est bien caractérisée par le thème développé au Canada, en Espagne et au Portugal. La Grèce devient un pays charnière illustrant l'étendue du concept de santé publique et la coloration selon le contexte, concept que le Mexique reprend bien à sa façon. Mexique et Brésil constituent à eux seuls un tome séparé de l'ouvrage tellement le concept de santé publique a été traité différemment. Nous avons délibérément placé le Brésil comme dernier pays; c'est pour nous un témoignage éloquent de la philosophie sous-jacente à la santé publique où sont repris la volonté politique,

l'histoire, l'approche de système et les soins primaires. Enfin, le dernier chapitre tente de dégager des perspectives, des éléments de convergence et de divergence. C'est une réflexion globable à l'approche du tournant de ce siècle qui a été et qui est encore bouleversé par tant de changements, tant de turbulence.

Nous sommes heureux de rendre publics ces témoignages et ces réflexions teintés de la personnalité de chaque auteur. D'ailleurs les positions exprimées ici le sont à titre personnel. Nous sommes satisfaits, même si le produit fini n'est pas aussi élaboré, aussi parfait que nous l'aurions souhaité. Mais le temps joue contre nous; aussi le comité de rédaction a-t-il troqué un produit parfait, mais désuet contre une collection de qualité et d'actualité. Rappelons aussi qu'au point de départ, c'est une revue qui devait publier sous forme de supplément chacune de ces contributions; d'où le particularisme de chacun des chapitres.

L'idée de ce projet remonte à l'automne 1985 et le premier document traçant officiellement le chemin à parcourir remonte au 26 février 1986. Se constitua à cette date un comité de rédaction composé des docteurs Eduard Portella d'Espagne, Mark McCarthy d'Angleterre, William Dab de France et moi-même du Canada comme collaborateur principal. Et alors commença ce laborieux mais fascinant projet. Voici aujourd'hui quatorze témoignages et réflexions qui sont riches d'enseignement, croyons-nous, tant pour les professionnels en santé publique que pour les preneurs de décision en matière de santé à tous les échelons, les chercheurs concernés par l'étude de la santé publique ou des systèmes de santé, et les étudiants.

En terminant cette introduction, il me faut remercier de fidèles collaborateurs dont le premier est sans aucun doute le Dr Portella. Nous lui devons beaucoup d'idées nouvelles et la contribution de différents organismes et pays n'aurait pas été possible sans lui. Ses opinions, toujours justes, auront été plus qu'appréciées. Nous lui devons aussi le fait que cet ouvrage soit publié en espagnol. J'aimerais aussi remercier le Dr McCarthy qui a su stimuler la participation de plusieurs auteurs, sans omettre l'aide précieuse pour l'édition en langue anglaise.

Enfin, mon collègue, le D^r Dab, a complété avec moi la version française que voici et il a coordonné comme nous tous la participation d'un certain nombre de pays. À ces noms, s'ajoutent ceux de très nombreux collaborateurs ponctuels, souvent dans l'ombre, mais qui ont permis à un moment ou l'autre que le projet se poursuive.

Pierre Duplessis

N.B. La forme masculine utilisée dans cet ouvrage désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.

Le Royaume-Uni: un rôle en évolution à l'intérieur du service de santé national

Mark McCarthy

Introduction

En Angleterre, un important mouvement vers la santé publique est né au 19^e siècle. Depuis 1948, le Service de santé national (NHS)* garantit l'accès gratuit aux soins à toute la population et le rôle des départements de santé publique des gouvernements locaux a diminué. Pendant les années 1970, la médecine communautaire a été créée en tant que spécialité assurant ainsi aux médecins de santé publique des programmes de formation adéquats, un nouveau rôle, des postes et un statut équivalents à ceux des médecins spécialistes des hôpitaux. Aujourd'hui, tandis que la médecine communautaire anglaise se préoccupe de l'amélioration des services de santé et de prévention, il existe un renouveau en santé publique qui repose sur le contrôle de l'environnement et l'éducation sanitaire.

Organisation

Le Royaume-Uni comprend quatre pays et une population totale de 47 millions d'habitants. Le pays de Galles (2,8 millions), l'Écosse (5,1 millions) et l'Irlande du Nord (1,7 millions), sont tous des sujets directs de la reine et du parlement de Westminster. Certains pouvoirs sont confiés aux trois plus petits pays à l'intérieur du royaume. Chacun a son propre ministre, mais la législation varie entre les pays, comme cela est le cas pour les services de santé. Les statistiques ne sont pas toujours recueillies ou présentées de la même manière. Le mot Angleterre est souvent utilisé pour des descriptions relativement exactes pour les quatre pays. Grande-Bretagne se réfère uniquement aux trois, à l'Angleterre, à l'Écosse et au pays de Galles, l'Irlande du Nord étant exclue.

Sous le parlement existe un système de gouvernements locaux ayant traditionnellement d'importants pouvoirs, spécialement dans le domaine des services directs et dans la planification urbaine. Les comtés ruraux et leurs districts ainsi que les grandes villes (à Londres, les circonscriptions électorales) éli-

* Nous utiliserons tout au long du texte l'abréviation NHS classiquement connue pour le National Health Service anglais (N.D.L.R.).

sent tous les quatre ans leurs conseils locaux. Ces autorités locales sont responsables de l'habitat, de l'éducation, des loisirs, des services environnementaux et sociaux. Elles perçoivent directement des « droits » (taxes de propriété) et reçoivent en plus une quote-part des taxes du gouvernement central. Des services de santé publique se sont développés au 19^e siècle, grâce à l'initiative des autorités municipales au moment où les préoccupations urbaines étaient l'amélioration de l'habitat, la qualité de l'eau potable et la mise en place de systèmes d'égout.

Le secrétaire d'État à la Sécurité sociale et à la Santé est responsable vis-à-vis du parlement du bon fonctionnement du NHS. À la tête d'un important et coûteux département, le secrétaire d'État est en principe membre du cabinet du premier ministre. Le NHS fonctionne avec un conseil d'administration central qui dirige les 14 agences de santé locales. Les services de santé du pays de Galles, de l'Écosse et de l'Irlande du Nord sont administrés localement, chacun par son ministre, bien qu'ils fassent aussi partie du NHS. À travers tout le royaume, les patients ont droit aux mêmes services.

Pourtant, l'implication du gouvernement diffère pour chacun des quatre pays : l'Écosse reçoit 15 % de plus per capita par année et les deux autres pays, légèrement moins que l'Angleterre. Cette distribution des crédits du NHS telle que votée par le parlement, repose sur des bases historiques (reliées au nombre d'hôpitaux existant à l'origine) plutôt que sur une juste évaluation des besoins. Par contre, à l'intérieur de l'Angleterre, une formule d'allocation pour la distribution des subventions aux régions est en vigueur depuis 1977, mais elle ne comprend pas les soins primaires et chaque région a développé sa propre formule de distribution aux niveaux inférieurs, c'est-à-dire aux districts de santé. À l'origine, le calcul des contributions était basé sur la population desservie par un seul hôpital général, entre 100 000 et 400 000 personnes, et chaque région compte entre 10 et 20 districts, avec un total de 190 districts pour toute l'Angleterre.

Le Département de la santé et de la sécurité sociale est responsable de trois domaines : les soins de santé (principalement le NHS), les services sociaux (fournis par les autorités locales) et

la sécurité sociale (comprenant les plans nationaux pour les pensions de bien-être social, les allocations pour enfants, le chômage et d'autres formes de support financier). Avec un budget de plus de 80 milliards de dollars US en 1987, le Département de la santé réalise 40 % des dépenses totales du gouvernement, c'est-à-dire le poste budgétaire le plus important. Il s'occupe également de la médecine et des hôpitaux privés, de l'industrie pharmaceutique, de la coopération internationale et de la recherche. La médecine vétérinaire, la santé au travail, en milieu carcéral ou pour les forces armées, n'incombent pas au NHS. Par contre, un récent changement leur a confié l'administration de l'éducation sanitaire.

La séparation historique entre services hospitaliers et soins primaires continue d'exister. Les administrations de santé des districts et les comités de médecins de famille ne travaillent pas dans les mêmes conditions ni nécessairement selon les limites administratives locales; cela représente un obstacle à la coordination. Bien qu'ils soient tous deux appelés à être dirigés par le Département de la santé et de la sécurité sociale, ils peuvent en fait fonctionner de façon antagoniste ou encore afficher peu d'efforts de coopération. Les comités de médecins de famille qui réglementent le travail des généralistes, des pharmaciens, des dentistes et des oculistes, ont une tradition d'administration légaliste qui se préoccupe davantage de l'observance des termes des contrats avec les praticiens indépendants que du fonctionnement d'un service cohérent. En 1985, les comités de médecins de famille se sont joints aux districts et aux régions dans le but de planifier les services. Mais, il faut l'avouer, leur personnel et les compétences en matière de planification et d'évaluation qu'ils affichent sont rudimentaires.

Chaque médecin est obligé de travailler pendant deux périodes de six mois dans des hôpitaux locaux avant d'obtenir son permis de pratique et presque toutes les spécialités, y compris la pratique générale, exigent maintenant une formation spécifique. Pour les spécialités hospitalières, il existe des programmes de formation d'au moins sept ans. La formation, d'au moins trois ans pour devenir un praticien général reconnu par le NHS, est obligatoire. Deux de ces trois années se passent dans des postes de formation et une année sous la supervision d'un

tuteur. Par contre, les médecins des hôpitaux n'ont pas l'obligation de faire des stages en pratique générale et dans les disciplines comme la chirurgie, le stage est dévalorisé.

Ainsi, la pratique médicale est plus hiérarchisée dans les hôpitaux qu'en première ligne. Les jeunes médecins ont un tuteur mais gardent leur autorité vis-à-vis des laboratoires et des soins infirmiers. Les généralistes travaillent habituellement en groupe (bien que certains choisissent la pratique en solo) et peuvent être assistés d'une infirmière s'ils le désirent. En principe, il leur est possible de diriger leurs patients directement vers des hôpitaux pour des examens complémentaires bien que des examens approfondis exigent généralement une consultation spécialisée. Ce système fonctionne relativement bien car les hôpitaux sont répartis et organisés en fonction des besoins des bassins de population. La pratique générale privée est rare et, à l'hôpital, la consultation privée n'est pas une composante majeure. Exceptionnellement, on a noté des abus en pratique privée en utilisant le temps qui devait être consacré à l'hôpital.

Le système de santé

Les hôpitaux anglais du Moyen Âge étaient issus des fondations religieuses dont peu d'entre elles ont survécu à la Réforme et à la disparition des congrégations au 16^e siècle. Par la suite, ce sont des oeuvres de charité qui ont permis l'essor des hôpitaux sans beaucoup d'implication de l'État et ce, jusqu'au début du 19^e siècle. Quelques-uns de ces hôpitaux ont été créés pour des groupes de population bien identifiés tels que mères et enfants, malades contagieux et particulièrement les malades mentaux.

La première Loi sur la pauvreté, datant de 1605, a obligé chaque ville et district à s'occuper de ses pauvres et ses malades. Au 19^e siècle, avec l'augmentation de la population et le début de l'industrialisation, le nombre de pauvres et de malades s'est accru. Le parlement a conséquemment révisé la loi en 1834 mais, dans le but de limiter les dépenses, a obligé les pauvres à consulter dans les hospices. Ainsi est né un système d'institutions parallèles aux hôpitaux répondant à cette Loi sur la pauvreté; y travaillaient des médecins à temps partiel et mal

rémunérés. Le parlement a essayé de corriger la situation en 1867 en autorisant l'établissement d'infirmiers publiques dans les plus grandes villes. Ces nouveaux hôpitaux ont eu tendance à suivre la pratique des hôpitaux de charité: ils ont exclu des patients qui coûtaient cher ou séjournaient longtemps. Ainsi est apparue une variété d'hôpitaux généraux qui existent encore dans beaucoup de villes anglaises: l'hôpital de comté, l'infirmier, l'hôpital de la cité (ex-hospice), ainsi que de plus petits hôpitaux pour des groupes spéciaux et l'asile de comté.

La première séparation évidente entre médecins, chirurgiens et pharmaciens s'est manifestée au 16^e siècle, chaque groupe ayant sa propre association. En 1856, le parlement a établi un registre médical et commencé à contrôler la formation médicale; c'est d'ailleurs à cette époque que la plupart des médecins travaillaient comme praticiens indépendants, payés directement par les patients, selon leurs moyens. À la fin du 19^e siècle, des sociétés mutuelles ont été développées par des syndicats et des groupes de travailleurs dans le but d'offrir un minimum d'assurance-maladie.

Sous la Loi sur la pauvreté, le gouvernement payait quelques généralistes pour s'occuper à temps partiel de familles en chômage ou encore des moins bien nantis. Des hôpitaux de charité offraient aussi des consultations à ces clientèles. Après la révision de la Loi en 1911, une assurance-maladie d'État a été créée, mais seule la moitié de la population avait accès à des soins gratuits; c'est du moins ce que l'on notait au début du NHS en 1948. Puis les autorités locales ont étendu l'accessibilité aux soins à des groupes tels que les femmes, les enfants et les personnes âgées. Aussi les hôpitaux de charité ont-ils eu besoin de subventions de plus en plus importantes.

Le NHS est né de ces pressions financières et il est intéressant de constater que différents avant-projets ont été discutés au début des années 1920. Ce n'est qu'après la crise, soit pendant les années 1930, que l'urgence de trouver une solution s'est vraiment fait sentir; pourtant le parlement n'a pas légiféré. Dans ce contexte, le rapport Beveridge, publié au milieu de la Deuxième Guerre mondiale en 1942, a représenté un espoir pour le pays; il a cherché à s'attaquer aux « cinq géants »:

l'indigence, la maladie, l'ignorance, la misère et le désœuvrement à l'aide d'une assurance étendue, pourrions-nous dire, et de services publics. Le raz-de-marée électoral en faveur du Parti travailliste après la guerre a permis à ces propositions de se concrétiser et à la Loi sur le Service de santé national d'être adoptée en 1946.

Le NHS dispense des soins primaires par le biais de généralistes, pharmaciens, dentistes et opticiens sous contrat avec des comités de médecins de famille et basés sur les anciennes administrations d'assurance-maladie nationales. On a offert des salaires équivalents aux fonctionnaires médicaux des hôpitaux municipaux et aux spécialistes à temps partiel des hôpitaux de charité. Les autorités locales ont continué à diriger les services de santé publique, c'est-à-dire la santé environnementale, la santé maternelle et infantile et les soins à domicile pour enfants et personnes âgées. Ces services ont été financés par les taxes locales et non par le NHS. Quant aux hôpitaux municipaux et aux hospices, ils ont été transférés tout simplement au NHS.

La santé publique

La santé publique a connu une évolution historique remarquable en Angleterre. Le « mouvement sanitaire » du milieu du 19^e siècle a bien identifié l'état des logements, l'eau et l'hygiène comme la principale cause des taux élevés de mortalité au même titre que la pauvreté, et ceci spécialement en ce qui concerne la mortalité chez les enfants. Le « rapport sur les conditions d'hygiène de la population active de Grande-Bretagne » datant de 1842, dit clairement :

Les mesures essentielles les plus importantes et pratiques à prendre par l'administration publique touchent les systèmes d'égouts, l'enlèvement des ordures de toutes les maisons, rues et routes, et l'amélioration de l'approvisionnement en eau.

Les relations causales n'étaient pourtant pas clairement comprises : Edwin Chadwick, promoteur de la réforme sociale, croyait fermement en la théorie des miasmes et refusa les nouvelles découvertes de la bactériologie. Néanmoins, ces réformes se sont montrées efficaces.

Six ans après son rapport, la première Loi sur la santé publique a donné aux autorités locales le pouvoir de nommer des fonctionnaires de la santé payés par le gouvernement. Par la suite, en 1875, la santé publique releva du domaine des autorités locales. Ses tâches ont été élargies au contrôle des abattoirs, des parcs, des logements et des hôpitaux pour maladies contagieuses. Puis avec les nouvelles découvertes liées au microscope, les maladies infectieuses, encore la principale cause de mortalité, ont pu être combattues efficacement notamment avec l'immunisation. Les antiseptiques ont commencé à apparaître dans la pratique de la médecine et de la chirurgie ainsi que pour la désinfection. Et tandis que la médecine préventive se rapprochait de la médecine clinique, le domaine du génie civil s'éloignait de plus en plus de la santé publique.

Le concept de santé « publique » a commencé à se modifier, à n'évoluer vraiment qu'au 20^e siècle. La demande pour des services de santé universels, payés et contrôlés par le gouvernement, s'est accrue aussi. Au 19^e siècle, le parlement avait encouragé les autorités locales à offrir une gamme plus importante de soins médicaux, c'est-à-dire des hôpitaux pour maladies contagieuses et pour les maternités, des hospices et des infirmeries, des dispensaires et des cliniques pour les pauvres. D'un autre côté, l'assurance-maladie obligatoire avait renforcé la position des omnipraticiens, fortement représentés dans l'Association médicale anglaise et désireux de maintenir leur pratique privée ainsi que leurs contrats à temps partiel avec les « Amicales »*. Mais le mécontentement avait aussi augmenté au sujet des services rendus en clinique par les médecins des départements de santé publique. Ce problème, discuté abondamment entre 1905 et 1909 eu égard particulièrement au développement de soins de santé aux enfants, amenait des conseillers des départements de médecine du gouvernement à recommander un service d'État unifié pris en charge par les autorités locales. L'Association médicale anglaise a proposé la rémunération de praticiens privés par des fonds publics (mais non pas ceux perçus en vertu de la Loi sur la pauvreté). Le mode de rémunération à salaire en matière de soins préventifs fut le compromis

* L'auteur fait référence ici aux « Friendly Societies » anglaises (N.D.L.R.).

trouvé qui semblait bien protéger les intérêts des omnipraticiens. Ainsi, a-t-on institutionnalisé pour la première fois la dichotomie entre médecine préventive et médecine clinique. Ce double système continue encore aujourd'hui à semer la confusion chez les patients.

Les années de l'entre-deux-guerres ont été appelées « les années d'or » des « officiers de santé publique » (MOH)*. Les autorités locales ont été au faite de leur pouvoir avec des programmes optimistes de construction et de services. En ce qui concerne la santé publique, les forces ont continué à se déplacer de l'environnement vers les services de santé individuels. Sir George Newman a eu beaucoup d'influence dans ce domaine; il fut le premier MOH en chef au ministère de la Santé reconnaissant le potentiel des autorités locales pour bâtir un système national de santé.

Son argumentation était que la santé publique représente « une entité à part du travail clinique », « spéciale » pourrions-nous dire selon son expression. Il avait espoir que la médecine clinique aiderait à rehausser le statut des MOH à l'intérieur de la profession. Aussi les services de santé publique ont-ils gagné du terrain en 1929 grâce à une législation obligeant toutes les autorités locales à employer un MOH à temps plein et en établissant des échelles salariales relativement généreuses. Au même moment, l'application de la Loi sur la pauvreté et l'administration des hôpitaux municipaux était confiée aux autorités locales, sans toutefois que les hôpitaux de charité ou les administrations des assurances (qui payaient les omnipraticiens) n'aient changé de statut. Pendant les années 1930, les fonctionnaires de la santé ont donc été de plus en plus préoccupés par la gestion des hôpitaux généraux et des hospices. Seule une minorité de médecins de santé publique s'est plainte des énormes sommes dépensées pour la construction et l'administration des hôpitaux pour maladies contagieuses. Ils auraient à juste titre préféré que ces crédits soient employés à l'application des connaissances médicales d'une façon fort différente ce qui, l'on s'en doute bien, aurait eu comme conséquence de

* Nous utiliserons tout au long du texte l'abréviation MOH connue pour le Medical Officer of Health (N.D.L.R.).

rendre une partie de ces hôpitaux inutiles. L'Angleterre par exemple a rendu la vaccination contre la diphtérie obligatoire plus tard que d'autres pays et ceci se reflète à travers la lente réduction calculée à partir des taux de déclaration.

Mais les années 1939-1945 ont marqué un changement dans la perception des problèmes sociaux. La mobilisation de la population civile et l'expérience de beaucoup de médecins forcés à quitter Londres ainsi que ceux du service actif à l'étranger, ont créé un climat propice à la réforme et à l'innovation dans les services de santé. Néanmoins, après le rapport Beveridge, les propositions du gouvernement de 1944 pour un Service national de santé, ont voulu perpétuer la structure tripartite historique, chaque partie étant administrée à un niveau différent. Il devait y avoir une administration centrale pour des médecins de famille, des comités de coordination entre les autorités locales d'un niveau supérieur pour l'administration des hôpitaux et des autorités inférieures pour les autres services préventifs.

Malgré l'intention bien claire de situer le NHS à l'intérieur des gouvernements locaux, les MOH ont eu l'impression d'être laissés pour compte. Lors des négociations sur la nouvelle structure, le ministre de la Santé du Parti travailliste a cédé à la pression des praticiens voulant garder les hôpitaux indépendants des autorités locales, et, au niveau local, la nouvelle structure a reflété l'organisation des hôpitaux de charité. Les MOH, rapidement devenus administrateurs d'hôpitaux pendant les années 1930, ont à nouveau été confinés à leur rôle purement préventif et isolés du nouveau service.

Pendant la guerre, le domaine académique a pris de l'importance avec l'application des méthodes statistiques face aux problèmes cliniques. Dans certaines écoles de médecine, on a créé de nouvelles chaires en médecine sociale tandis que dans d'autres, l'approche environnementale traditionnelle se poursuivait. Un schisme s'est progressivement fait sentir; la médecine sociale a gardé un contact étroit avec les cliniciens, ce qui l'a conduite vers une plus grande respectabilité à l'intérieur de la profession médicale. Le Conseil de la recherche médicale, dominé par les

sciences fondamentales et les cliniciens, finançait la recherche épidémiologique et les essais cliniques; on utilisait de nouvelles méthodes telles que les essais contrôlés.

Pendant les années 1950, le travail accompli par les départements de santé publique a reflété la force et les intérêts des anciens fonctionnaires et conseillers des autorités locales. De plus en plus, l'hygiène et la surveillance environnementale ont été considérées comme des problèmes demandant des compétences en ingénierie plutôt qu'en médecine; aussi des ingénieurs de la santé publique se sont-ils formés indépendamment des MOH. Des cliniques de santé maternelle, infantile et scolaire ont été le point d'ancrage des services médicaux et la majorité des médecins travaillant dans ce domaine avaient des diplômes en pédiatrie plutôt qu'en santé publique. Quelques autorités locales ont développé des services de santé publique pour le bien-être des personnes âgées et des handicapés à l'intérieur des départements, mais sous d'autres autorités ces services demeuraient indépendants. Les plus vieux MOH ont souvent été promus à l'intérieur de leur propre département, avec peu d'échange entre les autorités locales et sans aucune interaction avec les autres domaines cliniques ou académiques.

Un nouvel intérêt pour les départements de santé publique est né pendant les années 1960: l'apparition des centres de santé a amené un contact plus étroit entre le personnel des cliniques administrées par les autorités locales et les omnipraticiens; le but était d'encourager le travail d'équipe dans les soins primaires. Néanmoins, ces innovations avaient besoin d'enthousiasme professionnel et de subsides locaux pour pouvoir se réaliser. Quelques autorités locales ont alors entrepris des changements importants, d'autres ont persisté à maintenir leurs services communautaires séparés; seulement une minorité d'omnipraticiens a bien voulu coopérer. Malgré tout, la prospérité grandissante du pays a aidé à créer un climat d'optimisme en ce qui concerne ces développements. Pourtant, le recrutement en santé publique diminuait tandis que la médecine hospitalière et, plus tard, la pratique générale, augmentaient en prestige. Après 100 ans d'existence, la fin de la période des MOH commençait à se profiler à l'horizon.

Les années entre 1968 et 1974 ont été décisives. Trois facteurs ont contribué à changer la santé publique en santé communautaire dont le premier a été la formation. En 1968, le rapport Todd sur la formation médicale du premier cycle recommandait une amélioration substantielle dans l'enseignement des sciences sociales et des sciences du comportement dans le cursus préclinique des écoles de médecine; il recommandait également le développement de la psychiatrie, de la gériatrie, de la pratique générale et de la médecine sociale, pendant les trois années d'études cliniques. Ces recommandations sont entrées en vigueur dans toutes les écoles de médecine au cours des années 1970, permettant ainsi à la santé publique et à la recherche académique qui utilisaient des méthodes épidémiologiques d'avancer à grands pas. La santé environnementale et la santé du travail ont lentement disparu du cursus. Au même moment, la formation en santé publique était réorganisée par la Faculté de médecine communautaire et délibérément située à l'intérieur du Collège royal de médecine, pour emprunter la même structure de formation et d'examen que les spécialités hospitalières. Dans les universités et dans le monde médical, la médecine sociale a pris l'avantage sur la médecine traditionnelle en santé publique.

En deuxième lieu, aussi en 1968, le rapport Seebohm recommandait que les services sociaux s'occupant d'enfants, de personnes âgées et de handicapés physiques et mentaux jusque-là sous l'autorité locale, soient unifiés dans un seul département, délibérément indépendant de la responsabilité du MOH. L'enseignement du travail social a été révisé, prévoyant une formation générale de deux ans et un titre reconnu pour des travailleurs sociaux. Ces recommandations ont été décrétées par le gouvernement travailliste pendant ses derniers mois au pouvoir en 1969 sans opposition significative de la part de l'Association médicale anglaise. Par conséquent, le modèle social de soins à domicile et de soins communautaires a été énormément renforcé, mais au prix de sa séparation des soins infirmiers communautaires et des soins primaires. Les MOH n'ont gardé que la responsabilité des soins préventifs aux enfants et, occasionnellement, des départements d'éducation sanitaire.

Le dernier et le plus important point reste la décision du gouvernement de réformer la structure du NHS. Comme cela est le cas avec la plupart des réformes structurelles, l'intention est d'améliorer l'efficacité et la coordination. Tandis que le système des régions hospitalières restait à toutes fins pratiques inchangé, les comités locaux de direction étaient dissous et les services hospitaliers et communautaires desservant une population déterminée étaient, eux, unifiés sous des autorités territoriales et de district. Les MOH ont joué un rôle actif dans les discussions sur la réorganisation locale; ils avaient des compétences médicales et administratives et certains d'entre eux étaient heureux de pouvoir enfin établir des contacts formels avec les médecins spécialistes de leur district. La réorganisation a coïncidé avec le changement dans la structure de carrière des médecins communautaires, dorénavant reconnus comme autorité principale en matière d'épidémiologie et de services à la communauté à l'intérieur des districts. Chaque équipe de direction des régions, territoires et districts doit avoir son médecin communautaire et le pouvoir de décision de ce dernier lui a conféré une autorité égale dans l'équipe de district à celle des médecins spécialistes et des représentants des omnipraticiens.

Mais lorsque la réorganisation de 1974 fut mise en vigueur, les médecins communautaires avaient dorénavant plus de responsabilités que de pouvoirs. Les administrateurs médicaux des régions qui avaient été chefs MOH auparavant, se retrouvaient au sein d'une équipe de direction composée de cinq membres et perdaient le contrôle des budgets. Ajoutons à cela la création d'un nouveau réseau à l'intérieur des limites des autorités locales: le territoire*. Des médecins attachés à un territoire ont assumé la direction des services de prévention de la santé de l'enfance; ils ont fourni des conseils aux services sociaux des autorités locales, aux départements de la santé environnementale et à celui du logement. Mais leur rôle de planificateur n'a jamais été complètement reconnu. Au-dessous des territoires, il y avait un troisième réseau, le district. Ici, la médecine communautaire a été bien placée pour entreprendre le développement des politiques de planification, mais elle a souffert d'un

* « Area » dans le texte original anglais.

manque crucial de support administratif: les effectifs administratifs ont été assignés à des territoires pour du travail en santé de l'enfance ou retenus par les autorités locales de santé environnementale.

D'autres facteurs ont contribué au désenchantement. Des plans de réorganisation ont été développés pendant une période d'augmentation substantielle de ressources en services de santé. Puis 1974 a été une année de crise économique pour le pays à la suite de l'augmentation mondiale du prix du pétrole. Il n'y avait donc pas ou peu d'argent disponible pour la planification et les services prioritaires du NHS. Le gouvernement a donné suite aux critiques qui, depuis plus de dix ans, pointaient du doigt les disparités dans la répartition des crédits entre les régions du nord et celles du sud. La formule d'« allocation des ressources du Working Party » a proposé une distribution basée sur la population et sur les objectifs à réaliser à long terme plutôt que sur des budgets historiques. À leur tour, les régions ont appliqué des stratégies similaires dans leurs allocations de subsides aux districts. Cela a nui aux centres-villes; on a vu à Londres particulièrement, une diminution de la population résidente. Les coupures financières devaient réduire les budgets excessifs des hôpitaux en cherchant à diminuer l'affluence des patients des districts de campagne; on a donc redistribué les ressources. Mais les services communautaires en ont souffert car ils ne disposaient pas de moyens d'attirer des médecins spécialistes. Ils se sont sentis incompris des administrateurs de districts qui avaient été auparavant des administrateurs d'hôpitaux.

La médecine communautaire

En 1985, il y avait un peu plus de 800 médecins en médecine communautaire contre 26 000 généralistes et 40 000 médecins travaillant dans les spécialités hospitalières. 500 de ces médecins de médecine communautaire étaient en pratique et 300 en formation. Il était évident qu'avec tous les domaines à couvrir, des institutions telles que les départements de santé, les régions anglaises, l'éducation sanitaire, le centre de surveillance des maladies transmissibles et les départements universitaires, il n'y

avait que peu d'espoir de mettre sur pied d'importants départements dans les 250 districts. Les postes alloués à la formation de médecins en médecine communautaire n'existaient que dans certains départements reconnus. Quand les budgets le permettaient, on employait à l'occasion des diplômés d'autres disciplines avec une expérience en sociologie, en administration sociale ou en statistiques.

La formation spécialisée en médecine communautaire commence au moins deux ans après l'obtention du diplôme de médecine et elle dure au moins cinq ans. La Faculté de médecine communautaire prévoit les responsabilités suivantes pour ses spécialistes :

1. L'évaluation de l'état de santé de la communauté et des problèmes de santé prioritaires ;
2. La médecine préventive ;
3. L'évaluation des services existants, de leur fonctionnement et de leur efficacité ;
4. La planification et l'évaluation des besoins en service ;
5. L'administration des services ;
6. L'enseignement et la recherche.

En pratique, la plupart des médecins communautaires passent beaucoup de temps dans des réunions (tout autant à plusieurs qu'en petit groupe). Ils font des projets et du travail administratif. Dans chaque district, au moins un médecin communautaire est désigné comme conseiller de l'autorité locale. Mais cette formule n'est plus aussi bénéfique qu'il y a dix ans. Quelques autorités locales ont rétabli leurs propres comités de santé qui n'ont toutefois pas de pouvoir officiel pour fournir des services, à l'exception de ceux des départements de travail social et de la santé environnementale.

À la fin des années 1970, il y a eu une renaissance d'une « nouvelle santé publique » recevant autant d'appui de l'extérieur que de l'intérieur de la médecine communautaire. Liée à une préoccupation croissante en promotion de la santé, l'analy-

se toucha aux problèmes de la pauvreté, du chômage, de la nutrition et de la pollution environnementale. Ce sont des domaines clés où la médecine communautaire doit entreprendre des recherches et agir. L'on avait noté à cette époque que les médecins communautaires étaient trop pris par les problèmes quotidiens du NHS, ces critiques se référant avec nostalgie aux grands réformateurs de la santé publique du 19^e siècle. Peut-être voyaient-elles moins cette plus grande complexité des problèmes contemporains et davantage les tâches rationnelles des ingénieurs du 19^e siècle, préoccupés, eux, par « l'idée sanitaire ».

En 1986, le gouvernement a créé un nouveau comité pour la révision de la pratique de la santé publique. La fonction de contrôle de l'environnement de la médecine communautaire a servi de prétexte pour cette révision après une épidémie de la maladie du légionnaire dans un hôpital. On s'est alors posé la question: est-ce que la médecine communautaire devrait avoir des sous-spécialités, telles que la santé environnementale, la prévention et la promotion de la santé, l'information et la planification, ou encore le développement et la gestion des services? Beaucoup de leaders politiques en médecine communautaire sont contre ces propositions mais, à cause du nombre limité d'employés qualifiés, l'offensive pourrait conduire à une prise en main par les spécialistes non médicaux, phénomène que l'on a déjà vu en santé publique.

Cependant, même si la médecine communautaire ne représente plus l'unique voie de la santé publique, cela ne veut pas dire que le message n'a pas été entendu. En partie à cause du nombre limité de médecins, mais aussi parce que la médecine communautaire a accepté de travailler dans des équipes sans structure hiérarchique formelle, différents départements au sein du NHS font vivre la tradition de la santé publique. On y retrouve des visites à domicile et des cliniques communautaires, des systèmes de planification et d'information et des départements d'éducation sanitaire en progression. Des autorités locales continuent de s'occuper de santé environnementale et de services sociaux. Même si la médecine communautaire n'a pas un apport uniforme, elle contribue certainement à un système d'entraide. À l'université, les médecins de médecine

communautaire font des recherches poussées dans les domaines du chômage, de la nutrition et de l'environnement. Des recherches sur les facteurs étiologiques et sur les services de santé se font aussi dans toutes les universités bien que leurs résultats ne soient pas toujours appliqués, souvent par manque de compréhension ou par incapacité d'agir à cause d'un climat politique défavorable.

La direction générale

À la suite des recommandations du rapport de la Commission royale de 1979, le gouvernement a introduit des changements structureaux dans le NHS en 1982; ils simplifiaient la communication entre régions et districts et les médecins communautaires avaient un rôle dans les équipes de direction. La contribution de la médecine communautaire à l'intérieur du NHS semblait donc se stabiliser lentement. Mais ce progrès s'arrêta brusquement en 1984 par l'imposition d'une structure radicalement nouvelle de direction générale; on voulait ainsi permettre au ministre un meilleur contrôle sur les services par l'intermédiaire des « officiers en chef ».

On attend toujours de ce concept qu'il améliore la prise de décisions et les performances du système. Contrairement à la tradition des services publics avec une stabilité d'emploi à vie, le directeur général obtient des mandats de trois à cinq ans et les augmentations de salaire sont soumises à l'atteinte d'objectifs convenus d'avance avec les directeurs supérieurs. Cette idée d'une direction générale* a été empruntée aux grandes compagnies privées où l'initiateur, le directeur général d'une chaîne d'alimentation à succès, fut employé comme consultant du secrétaire d'État à la santé. Le fruit de cette consultation fut un rapport de 23 pages, accepté et appliqué avec empressement partout en Angleterre. (Il y a peut-être ici une leçon à tirer pour ceux qui rédigent les rapports de la Commission nationale). Le Département de la santé a demandé à tous les districts d'adopter la nouvelle structure immédiatement et non pas de procéder à une évaluation dans des régions et districts désignés. À

* « General management » dans le texte original anglais.

l'image de réorganisations ultérieures, cette décision comporte des risques et elle reflète le fait que le ministre dispose de peu de temps pour mener ses projets à terme. Comme toujours quand il s'agit de structurer l'administration et de pourvoir des postes, le processus est long. De plus, à chaque réorganisation, le personnel paie la note, étant obligé d'accepter ou des retraites anticipées ou le non-renouvellement de contrats.

La plupart des médecins communautaires ont été envieux de leurs confrères. Venant des départements de santé publique, les plus âgés ont souvenir d'avoir été obligés de faire acte de candidature trois fois au même poste: lors de la redéfinition des frontières des gouvernements locaux en 1965 et lors des réorganisations du NHS, respectivement en 1974 et 1982. Moralement, le dernier changement n'a pas été plus facile à accepter; il a contribué au scepticisme concernant les intentions du gouvernement central de reconnaître la spécialité. Les médecins qui ont décidé de rester plutôt que de prendre une retraite anticipée, se sont demandé si les spécialistes des hôpitaux auraient accepté d'être traités de la sorte. Mais pour l'instant, le NHS fonctionne à l'aide de directeurs généraux dont certains viennent du secteur privé, une pratique activement supportée par un gouvernement désireux d'importer davantage de compétences du secteur privé dans les services publics. Il y a pourtant plusieurs raisons pour lesquelles les gens de l'extérieur ne sont pas attirés par les postes de direction. Les salaires ne sont pas compétitifs, la tâche est complexe, avec une multitude de difficultés professionnelles et politiques à affronter, et il existe une carence de pouvoir à cause d'une gérance du type « commercial » qu'ont adoptée les praticiens. Il était prévisible que la majorité des directeurs généraux seraient des administrateurs travaillant déjà à l'intérieur du NHS. Effectivement, des comptables, des infirmiers, des médecins spécialistes ont été nommés mais très peu de médecins communautaires.

Le trait dominant de cette nouvelle approche de gestion est peut-être son caractère d'imputabilité. Les directeurs généraux sont appelés à faire en sorte que le travail soit fait, réduisant les lenteurs des comités de consensus, ce qui représentait le pire aspect de la structure antérieure. Néanmoins, les directeurs généraux ne deviendront pas des pantins du ministre du jour

au lendemain. Des allégeances locales s'accroissent et des façons de faire historiques ainsi que des pressions politiques peuvent empêcher des décisions rationnelles : les directeurs ont leur propre jeu à jouer. Par exemple, en fixant leurs objectifs de gestion, ils vont naturellement choisir des tâches qu'ils peuvent accomplir plutôt que celles leur paraissant devoir être faites mais qui sont trop difficiles. La courte période de chaque mandat exige des résultats rapides plutôt que des solutions de longue haleine. L'imputabilité dans le secteur privé se résume aux états financiers de l'entreprise ; dans le NHS, un bilan est beaucoup plus complexe.

Où se situe la médecine communautaire face à cette nouvelle orientation de gestion ? Comme les médecins de médecine communautaire ne sont pas nommés directeurs généraux de district, la majorité ne sollicite pas non plus des postes de directeur d'unité. Ils préfèrent un rôle de consultant au Conseil de direction des districts plutôt qu'une position hiérarchique comportant plus de pouvoir sur des subalternes. Et même si l'on encourage activement les cliniciens à devenir directeurs d'unité, il n'est pas évident que les compétences de médecine communautaire sont évaluées comme spécialement pertinentes. Tous les médecins communautaires n'ont certainement pas été de bons administrateurs. Des stagiaires en médecine communautaire sont également divisés entre leur intérêt pour l'administration et la consultation et ceux qui se dirigent vers l'administration doivent accepter de mettre de côté leurs compétences médicales spécifiques puisqu'ils connaîtront des problèmes allant du syndicalisme à la comptabilité.

Mais à long terme, la médecine communautaire devrait bénéficier de cette nouvelle philosophie de gestion. Bien que la perspective de beaucoup d'administrateurs s'ouvre sur les services de santé plutôt que sur la santé, leur autonomie par rapport aux services cliniques les sensibilise à considérer des options préventives. Ceci est renforcé par le sentiment grandissant du public qui se reflète chez les autorités de santé ; autrement dit, la promotion de la santé et la prévention devraient obtenir un support plus substantiel de la part du NHS. D'autre part, les directeurs généraux actuels ont aussi peu de temps que leurs prédécesseurs pour appliquer une politique de coopération

active avec les autorités locales et c'est très probablement ainsi que se profile dorénavant le rôle des médecins communautaires.

Avec l'apparition et l'importance que prennent de nouvelles maladies infectieuses, tout particulièrement la légionellose et le SIDA, les responsabilités traditionnelles de santé publique se sont précisées dans les années 1980. Le responsable de la santé publique au ministère de la Santé a commandé une étude sur le travail en médecine communautaire.* Un rapport, bien reçu par la Faculté de médecine communautaire, recommande un plus grand investissement dans le contrôle des maladies infectieuses au niveau des districts. Il encourage également les médecins en santé communautaire à publier annuellement un rapport sur l'état de santé de leur district. En fait, ne s'agit-il pas d'un retour du pendule aux valeurs de l'époque victorienne? Le rapport indique par exemple que la spécialité devrait à nouveau être nommée « santé publique ». Toutefois, cela ne constitue pas des changements fondamentaux; en Angleterre, la santé publique demeure intimement liée au NHS capable de promouvoir à la fois la prévention et le traitement à travers tout l'éventail de la pratique clinique. Ce qu'il faut, c'est une période de stabilité et de calme organisationnels, chose peu probable si l'on considère le présent état d'agitation dans les services de santé au niveau international.

* Voir première référence bibliographique (N.D.L.R.).

Quelques données statistiques — Angleterre

Superficie du pays	1985	244 046 km ²
Population totale	1984	56,5 millions
Densité de population	1985	230 hab. par km ²
Taux de natalité par 1000 habitants	1984	12,8
Taux de chômage	1984	13,1 %
Population de 20-64 ans	1984	65,7 %
Population de 65 ans et plus	1984	14,8 %
Population de 75 ans et plus	1984	6,4 %
Espérance de vie à la naissance		
hommes	1981	69,8
femmes	1981	76,2
Mortalité infantile par 1000 naissances d'enfants vivants*	1983	10,0
PNB per capita	1985	9 801 \$ US
Part du PNB consacrée à la santé	1985	6,8 %
Coûts de la santé per capita	1985	582 \$ US
Taux d'inflation	1985	4,8 %
Population par médecin**	1984	777
Population par infirmier**	1984	125
Lits d'hôpitaux par 1000 habitants**	1984	6,87
Taux brut de mortalité par 1000 habitants	1984	11,7
Principales causes de décès:	1984	
Maladies du système circulatoire		49 %
Cancers		24 %
Maladies du système respiratoire		11 %
Accidents et morts violentes		4 %
Maladies du système digestif		3 %

Note: toutes les données s'appliquent à l'ensemble du Royaume-Uni, sauf:

* Angleterre et pays de Galles seulement

** Angleterre seulement

Références bibliographiques

1. ACHESON, D., *Public Health in England*, Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1988.
2. ALLSOP, J., *Health Policy and the National Health Service*, Londres, Longman, 1984.
3. HAGGARD, S. et R.M. ACHESON, *Health, Society and Medicine: An Introduction to Community Medicine*, Oxford, Blackwell, 1984.
4. KLEIN, R., *The Politics of the National Health Service*, Londres, Longman, 1983.
5. LEWIS, J., *What Price Community Medicine?*, Brighton, Wheatsheaf, 1985.

CHAPITRE 2

Santé et soins de santé aux Pays-Bas

Henk Rengelink

Introduction

Mesurée selon les paramètres usuels, la santé des Hollandais peut être considérée comme très bonne. Cela est certainement vrai si on la compare à d'autres pays dans le monde, mais c'est également exact lorsque nous nous limitons aux pays industrialisés.

Un taux brut de mortalité bas (8,5 par 1 000 habitants), ainsi qu'un taux de mortalité infantile bas (8 par 1 000 habitants) sont couplés à une longue espérance de vie: 73 ans pour les hommes et 79 ans pour les femmes.

Les Pays-Bas disposent de nombreux services de santé bien distribués, facilement accessibles géographiquement et financièrement à pratiquement tout le monde. Près de 8,5 % du produit national brut est dépensé pour les services de santé dont le réseau ressemble à un « patchwork » plus ou moins arbitrairement assemblé. Ce réseau est davantage le produit de développements historiques, de toutes sortes d'initiatives privées, de compromis administratifs, politiques et financiers que le résultat d'une approche intégrée de systèmes. Le rôle du gouvernement est de mettre de l'ordre dans cette structure et d'empêcher les coûts de devenir encore plus élevés. Une description de ce système devrait ainsi être vue dans une perspective de partage des responsabilités parmi les différents niveaux de l'administration gouvernementale, tout autant qu'à travers les courants de pensée de la société quant au rôle de chaque citoyen, l'initiative privée et les regroupements sociaux.

Les Pays-Bas sont divisés en 12 provinces, dont chacune comprend un nombre variable de municipalités (en tout environ 750). Une municipalité peut être composée d'une seule ville ou de plusieurs villes et villages. Il y a trois niveaux administratifs distincts que nous étudierons un à un.

L'administration nationale

Les Pays-Bas sont un royaume avec une longue tradition démocratique. Bien que la reine soit à la tête de l'État, le pays est gouverné par le Conseil des ministres et un parlement qui consiste en deux Chambres (États généraux). La Chambre basse est élue tous les quatre ans par vote démocratique.

Le modèle politique des chrétiens-démocrates, des sociaux-démocrates et des conservateurs détermine la composition du Conseil des ministres et l'orientation politique du premier ministre. Un des ministres du cabinet est responsable de la politique nationale des services de santé.

Par des lois telles que le *Wet op de Uitvoering van de Geneeskunst* (la Loi régissant la pratique médicale), de *Gezondheidswet* (la Loi sur les services de santé), de *Wet Voorzieningen Gezondheidszorg* (la Loi sur les services nationaux), de *Wet Tarieven Gezondheidszorg* (la Loi sur les coûts des services de santé), de *Ziekenfondswet* (la Loi nationale de l'assurance-maladie), de *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* (la Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles) et beaucoup d'autres, le ministre peut réglementer de nombreux domaines en consultation avec le parlement. Sa tâche est d'abord de fixer des normes et des lignes directrices élaborées à un palier inférieur du gouvernement. Il peut décider de la somme d'argent à dépenser sur une base annuelle pour l'ensemble des services jusqu'à la rénovation et la construction d'hôpitaux et de foyers d'accueil. Il peut décider également quels services seront fournis et financés, et lesquels ne le seront pas.

Le ministre décide davantage de la manière dont les installations doivent être développées, plutôt que de fixer les détails spécifiques d'un service. Le ministre est évidemment éminemment conseillé par des fonctionnaires de son ministère et par le parlement. De plus, il existe certaines structures officielles de consultation dont la plus importante est le *Nationale Raad de Volksgezondheid* (le Conseil national consultatif pour la santé publique). Sa composition démontre les jeux de pouvoir au sein du monde de la santé. Ses membres sont recrutés parmi les représentants des groupes professionnels ou « d'organisa-

tions-parapluies » des hôpitaux et de la Kruisverenigingen (Cross Associations*).

Mais il se compose également de représentants d'organisations, d'employeurs, de syndicats et de gouvernements provinciaux et municipaux. Le Conseil se préoccupe particulièrement de la structure, du fonctionnement et du financement du système de santé. En plus du Conseil, le ministre est secondé par beaucoup d'autres conseils et comités sur des sujets comme le développement scientifique en général, les maladies nouvelles telles que le SIDA, les conséquences financières du changement des lois, etc. Dans la plupart de ces comités existe un équilibre dans la représentation des groupes d'intérêt.

L'administration provinciale

Tous les quatre ans, chaque Hollandais a la possibilité d'élire son administration provinciale, le Provinciale Staten (Conseil provincial). Après l'élection, un Dagelijks Bestuur (Comité administratif) est constitué par et avec les membres des États provinciaux, le het College van Gedeputeerde Staten (Comité administratif provincial). Le Conseil provincial et son comité administratif sont dirigés par le Commissaris van de Koningin (Commissaire royal), un fonctionnaire non élu, désigné par la Couronne. Les membres du Conseil provincial des 12 provinces élisent les membres de la Eerste Kamer (Chambre haute). Un des membres de l'exécutif provincial est responsable de la politique de santé de la province.

Quand le ministre a décidé de la somme d'argent à dépenser sur les plans national et provincial pour la construction d'hôpitaux, le gouvernement provincial prépare un plan de construction plus spécifique pour les prochaines années. Ces plans doivent être en conformité avec les directives du ministre en ce qui concerne l'ampleur, la qualité et les coûts.

L'administration provinciale est supportée par ses représentants officiels. Ainsi chaque province a son comité consultatif tel

* Ainsi écrit dans le texte original.

qu'établi par la Loi sur les services de santé, le Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (Le Conseil provincial consultatif de la santé). Les membres de ce conseil sont des représentants de groupes professionnels, d'institutions, d'organismes d'assurance et de municipalités. Tout comme au Conseil national, des intérêts multiples y sont représentés.

En matière de services de santé, l'administration provinciale s'occupe principalement de la planification des institutions, notamment des hôpitaux, des centres de soins prolongés, des institutions pour handicapés mentaux et aussi de l'achat d'équipement spécialisé*. Tous les plans de l'administration provinciale sont renvoyés au ministre pour approbation.

L'autorité municipale

Chaque municipalité est administrée par un Gemeenteraad (Conseil municipal), élu démocratiquement tous les quatre ans.

À part les partis politiques opérant aussi au niveau provincial et national, il y a quelquefois des représentants de groupes d'intérêt locaux au Conseil. Le Conseil nomme les échevins parmi ses propres membres, lesquels, avec le maire nommé par la Couronne, forment le Comité administratif de la municipalité. L'un des échevins est responsable de la politique municipale en matière de santé. L'autorité municipale voit à l'application de certaines des lois nationales régissant les services de la protection et de la santé. Cela inclut le Wet Bestrijding Besmettelijke Ziekten en Opsporing Ziekteoorzaken (la Loi pour combattre les maladies contagieuses et en retracer les causes), le Wet op de Lijkbezorging (la Loi régissant les enterrements), le Quarantainewet (la Loi de la quarantaine), le Krankzinnigenwet (la Loi sur les maladies mentales). L'autorité municipale doit prendre les mesures nécessaires dans le domaine de la santé et fonde ses pouvoirs sur la base du Gemeentewet (la Loi du gouvernement local).

* « Expensive equipment » dans le texte original.

Les municipalités s'occupent principalement de l'organisation des soins préventifs et de première ligne. Celles-ci, seules ou regroupées, sont obligées par la loi d'opérer un service de santé municipal. Un tel service a des obligations dans le domaine de l'épidémiologie, de la prévention, de l'hygiène, de l'information sur la santé, de l'éducation, des services de santé à l'école et de la lutte contre les maladies contagieuses. Le Département municipal de la santé s'occupe de l'application pratique des lois comme celles mentionnées plus haut. Les autorités en place peuvent aussi assumer d'autres tâches dans ce domaine que sont les services de santé municipaux.

En résumé, c'est au niveau national qu'est émise la réglementation générale concernant l'étendue, la qualité et les coûts des aménagements des services de santé. À l'intérieur de ces directives, il revient aux autorités provinciales de planifier l'organisation des soins à l'intérieur des institutions. Les municipalités quant à elles s'occupent principalement des soins dits de base et de première ligne. Les institutions existantes et les groupes d'intérêt ont une grande influence sur la législation et la réglementation, car ils sont en permanence représentés au sein des conseils consultatifs statutaires. Ceci est particulièrement vrai pour les institutions nationales et les compagnies d'assurance privées. Bien que le pouvoir officiel appartienne à la Chambre des représentants*, l'influence de ces groupes d'intérêt est tellement forte que des changements dans le système ne peuvent être effectués qu'en consultation avec tous ceux qui sont concernés.

Les soins curatifs et préventifs

On peut diviser les services de santé en soins curatifs et préventifs.

Les soins curatifs s'adressent à des personnes malades qui, de leur propre initiative, décident d'utiliser cette partie du système.

* « House of Representatives » dans le texte original.

Les soins préventifs sont offerts à la population sans qu'elle ait nécessairement à les réclamer. Les soins curatifs et préventifs appartiennent à deux entités bien distinctes. Nous reparlerons en détail des soins préventifs plus loin.

Les soins curatifs consistent en un large éventail de services qui ont commencé d'être offerts grâce à des initiatives privées déployées à partir d'une grande variété de fondations et de la charité religieuse. Les autorités municipales elles-mêmes avaient et ont toujours la possibilité de mettre sur pied des services. Les Pays-Bas possèdent donc une multitude d'hôpitaux, petits et grands, dont les origines peuvent être catholiques, réformées*, protestantes, non confessionnelles ou municipales. Certaines provinces abritent encore des hôpitaux psychiatriques. Chaque faculté de médecine (il y en a huit aux Pays-Bas) a son propre hôpital universitaire; l'armée et la marine ont également leurs propres hôpitaux.

Longtemps après la Seconde Guerre mondiale, il demeurait relativement facile de construire un hôpital. Il est vrai qu'une permission du gouvernement était exigée, mais puisqu'il n'existait pas de bons critères de planification, il était alors possible de développer chacun un peu à sa façon la construction hospitalière qui connut un rythme rapide de développement. Ce phénomène a amené une forte hausse dans les coûts de santé après 1960.

Les soins de première ligne sont très développés aux Pays-Bas. À l'intérieur de ce secteur, des omnipraticiens, des psychothérapeutes, des dentistes et des sages-femmes ont une pratique privée. Longtemps après 1970, ils pouvaient encore s'établir n'importe où et signer un contrat avec la compagnie d'assurance locale. Leur revenu dépendait alors du nombre de patients. Il n'existe guère de normes réglementaires déterminant le nombre de personnes par groupe professionnel qui peuvent s'établir dans une région donnée. Prenons les médecins par exemple: les organismes d'assurance-maladie ont été obligés d'établir un contrat avec quiconque ayant entrepris une prati-

* «Dutch reformed» dans le texte original.

que médicale. L'infirmière visiteuse* fait aussi partie des soins de première ligne. Cependant, elle n'exerce jamais sa profession d'une façon indépendante; elle est, en règle générale, engagée par ce que nous appelons les « Cross Associations ».

Un malade ne peut pas être directement hospitalisé. Le patient doit d'abord consulter son omnipraticien qui décide si, oui ou non, il le traitera à la maison en collaboration avec d'autres professionnels. Il pourra le diriger vers la clinique externe d'un hôpital où des spécialistes le prendront en charge. Un spécialiste peut décider d'admettre le patient à l'hôpital, ou encore l'omnipraticien peut demander une admission immédiate à l'hôpital en cas de maladie grave; mais il consultera le spécialiste de l'hôpital par téléphone si nécessaire. Quant aux victimes d'accident, elles sont transportées directement à l'hôpital par ambulance sans consultation. L'arrivée d'un accidenté n'est à peu près jamais signalée à l'avance, l'ambulance n'a qu'à se présenter à l'hôpital.

Les soins de santé mentale ont également connu une croissance hétéroclite en termes de services. Ils sont offerts par des psychiatres indépendants, souvent extrêmement occupés, prescrivant une forte quantité de médicaments, côtoyés par des psychanalystes voyant un patient par heure. S'ajoutent à cette main-d'oeuvre, des centres-conseils médico-pédagogiques, des services socio-psychiatriques, des bureaux de consultation familiale ainsi que des institutions psychothérapeutiques et psychosomatiques dans lesquelles psychologues, pédagogues, psychiatres et travailleurs sociaux traitent des patients de façon multidisciplinaire. Les hôpitaux et les départements psychiatriques des hôpitaux généraux enfin s'occupent de leurs propres cliniques externes.

Le réseau des installations curatives dans son ensemble est financé par le système national d'assurance-maladie, qui est d'ailleurs obligatoire pour toute personne ayant un revenu de plus de 48 000 FL et par des compagnies d'assurance privées pour les personnes ayant de plus importants revenus. Les soins prolongés infirmiers et les soins de santé mentale externes sont

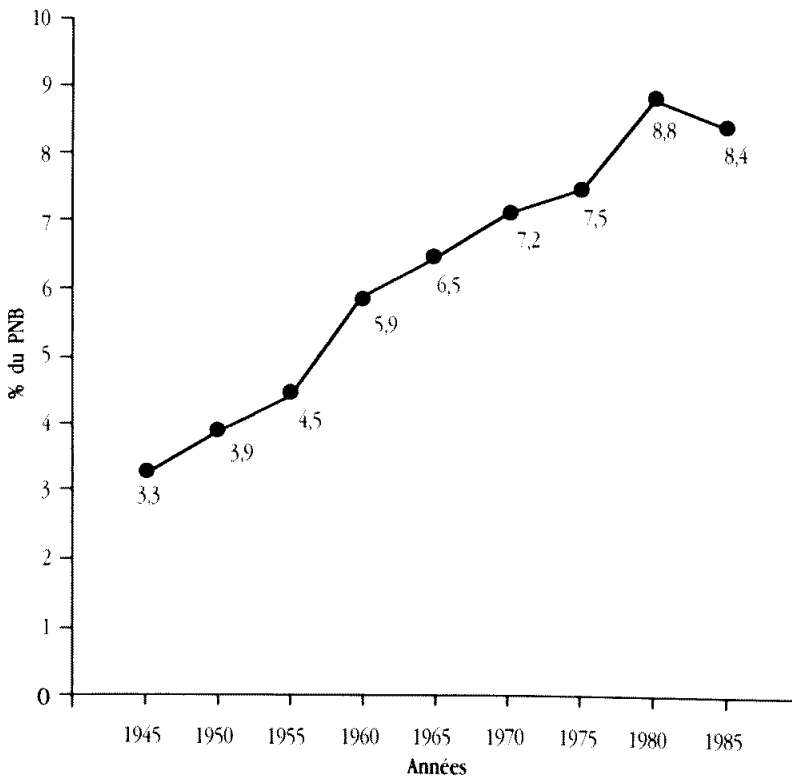
* « District nurse » dans le texte anglais original.

financés par une assurance-maladie séparée, le de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (la Loi sur les dépenses médicales spéciales). Les primes en matière de santé mentale et l'assurance-maladie nationale sont définies par le gouvernement et consistent en un pourcentage du revenu payé en partie par l'employeur et en partie par l'employé. Ces primes des régimes d'assurance privés sont payées par la personne assurée indépendamment de son revenu.

Les coûts des services de santé aux Pays-Bas

En 1985, le coût total des services de santé s'est élevé à plus de 34 milliards de florins ou 8,4 % du produit national brut. Depuis la Seconde Guerre mondiale, il a évolué ainsi :

Figure 1 — Le coût des services de santé en % du PNB depuis 1945



Dans la phase de reconstruction après la Seconde Guerre mondiale, très peu d'argent était disponible pour les services. La politique visait, par des coupures, au rétablissement de l'économie. Après les années 1960, il y eut une période de croissance économique pendant laquelle des mesures de rattrapage ont été mises en place. Les coûts se sont élevés de façon relativement impressionnante, surtout en regard des soins curatifs en institution. En 1958, peu de temps avant une augmentation vertigineuse, le secteur institutionnel comptait pour 42,8 % des coûts totaux. En 1975, ce pourcentage a grimpé à 63 %.

Le tableau 1 nous montre la répartition des dépenses dans les différents secteurs des services de santé étalées sur un certain nombre d'années et nous pouvons en déduire que la très grande majorité a été dépensée dans le secteur curatif.

Tableau 1 — Pourcentage des dépenses globales en services de santé de 1983 à 1986 pour différents secteurs
(les chiffres pour 1990 sont des objectifs budgétaires)

	1983	1984	1985	1986	1990
Soins de santé institutionnels et aide spécialisée	65,1	64,8	64,0	63,6	63,6
Matériel médical					
Équipement technique, SIDA	9,9	10,2	10,9	10,9	10,4
Soins de santé externes	16,1	16,0	16,0	16,4	16,9
Soins préventifs collectifs	2,3	2,2	2,2	2,2	2,4
Gestion, administration, service d'ambulance et autre	6,6	6,8	6,9	6,9	6,7
	100	100	100	100	100

Il devient évident, d'après ce qui précède, que le coût des services de santé est monté en flèche à partir de 1960, à cause de l'expansion et de l'intensification des services offerts par les spécialistes cliniques du secteur curatif... Et le dicton « mieux vaut prévenir que guérir » n'a nullement été pris en considération dans la répartition des crédits.

La restructuration des services de santé

Au début des années 1970, une prise de conscience s'est développée face aux moyens qui devraient être utilisés pour alléger le système de santé et mieux en contrôler les coûts. Les éléments les plus importants de cette évolution ont été la régionalisation, l'échelonnement, le renforcement des soins de première ligne et des soins de base, sans omettre la restructuration de tout le système ambulatoire en santé mentale. La base de ce système reposait sur un ensemble de lois bien articulées et supportées financièrement par le parlement. Jusqu'à aujourd'hui, une partie seulement de la législation proposée est opérante. Pour la première fois, on est arrivé au point où le gouvernement a lui-même exprimé ouvertement son point de vue sur la structure idéale du système de santé. Le temps semblait révolu où un conglomérat d'institutions, de groupes professionnels et de compagnies d'assurance avaient une influence déterminante sur le cours des choses, bien que ces composantes continuent d'exercer une influence substantielle sur les conseils consultatifs.

« Soins sociaux de santé »

En plus des soins de santé curatifs personnels qui s'adressent à l'individu, il existe un système de soins et de services pour la santé de la population dans son ensemble ou pour certains groupes. Aux Pays-Bas, nous n'avons pas un mot clé qui regroupe toutes ces activités comme les mots système de santé publique ou santé communautaire retrouvés ailleurs dans ce livre. Aussi en décrivons-nous quelques caractéristiques principales. Les clientèles visées sont des groupes sociaux tels que des enfants, des toxicomanes, des employés ou une population affligée de maladies transmissibles. Les services fournis le sont par des institutions gouvernementales et par quelques associations ou fondations qui sont habituellement financées par le gouvernement ou par l'assurance-maladie. Il n'existe pas de relation financière directe entre les clients et les institutions fournissant les services. Les activités visent une prévention et une identification rapide de la maladie, dans le but de protéger et de promouvoir la santé, d'informer et d'éduquer. Ces activi-

tés ne sont pas que curatives, même lorsqu'elles contribuent à empêcher la dissémination des épidémies, telles que les maladies vénériennes et la tuberculose; elles font partie d'un programme plus étendu. L'essentiel du travail dans ce secteur réside dans une connaissance de l'état de santé des composantes de la population à partir d'analyses épidémiologiques. Il arrive que des mesures doivent être assumées par d'autres secteurs de la société afin de protéger et de promouvoir la santé, par exemple des mesures dans les domaines de la pollution de l'air, du développement urbain, de la construction des installations sportives et de la sécurité routière.

Les avis en matière de santé, s'ils mènent à la réalisation de telles mesures, appartiennent à cette partie du système. Ceci est également vrai des contributions faites à la planification et à l'organisation des services. Ces activités ont un terme générique pour chacune d'elles avec une consonance de groupe: soins de santé gouvernementaux, soins publics de santé, soins sociaux de santé, soins de santé générale préventive et soins de santé de base. Un concept global n'a pas encore été trouvé. L'expression française de « santé publique » couvre raisonnablement bien le champ de ces activités mais, ici encore, elle se traduit de différentes façons aux Pays-Bas. Une des causes en est que l'initiative privée émergeant des groupes sociaux et du gouvernement exerce une responsabilité qui se superpose à celle exercée sur une base individuelle par les citoyens et les professionnels. De plus, il existe une structure de financement pour le moins variée et assise sur une pléiade de systèmes d'assurance, de contributions de sécurité sociale, de revenus de l'impôt versés sous forme de subsides par le gouvernement central, la province ou la municipalité. Les institutions opérant dans ce domaine répondent à différents règlements et à différents critères de reconnaissance. La répartition des institutions à travers le pays n'est pas équilibrée. Les Pays-Bas administrent un certain nombre d'institutions d'enseignement qui forment le personnel des « services sociaux de santé », mais cette formation est plutôt variable. De plus, un nombre important de gens travaillant dans ce domaine n'ont pas suivi d'entraînement spécifique. Ceci présente un tableau plutôt sombre de la structure et du fonctionnement de cette partie du système de santé. Pourtant, avec le temps, un grand nombre d'activités ont été développées, ce

qui a contribué à un état de santé de la population hollandaise très acceptable. L'absence d'une structure appropriée et d'une répartition correcte des qualifications et des responsabilités ne diminuent visiblement pas la qualité du produit final.

C'est tout de même dans ce domaine que le gouvernement a décidé, durant les années 1970, d'améliorer la structure et de donner à la « santé publique » une place dans le système global des services de santé. Les concepts fondamentaux de la restructuration du système hollandais sont la régionalisation et l'échelonnement. Si tous ont rapidement compris que la santé publique devait être organisée régionalement, il a été plus difficile de l'intégrer à la méthodologie de l'échelonnement. Ceci est dû au fait que cette méthodologie a greffé les soins curatifs aux soins de première ligne comme premier échelon et les spécialistes, ainsi que les soins institutionnels au second échelon. Le premier terme choisi pour la santé publique a été « l'échelon zéro ». Ce terme a vite été rejeté, les professionnels de ce domaine ne se considérant pas des « zéros ». La seconde proposition a été « l'échelon-centre », mais puisque tout le monde se sent au centre, le terme a donc été rejeté par les autres. Après que l'expression « échelon de base » eût été utilisée pendant un certain temps, ce concept a finalement émergé comme étant « les soins de santé de base ».

La responsabilité administrative de ce secteur relève des autorités municipales, tel que l'exige le *Wet Voorzieningen Gezondheidszorg* (la Loi sur les services de santé) qui veut que soient établis et maintenus des « services de santé municipaux ». Ces services fourniront ainsi sous peu, en collaboration avec des institutions qui sont partie prenante à l'initiative privée en santé publique, des services pour tous les Hollandais dans toutes les municipalités.

Cette séparation au niveau du travail entre le Département municipal de la santé et l'initiative privée est pour une large part commandée par les situations locales, et en partie le résultat d'un héritage historique et de visées politiques de la part de gouvernements municipaux.

Les activités dans le domaine de la santé publique

La description de l'organisation de la santé publique aux Pays-Bas n'est pas sans équivoque; ni le concept de santé publique, ni la structure n'indiquent clairement quelles activités devraient y être attribuées. Les paragraphes précédents auront sans doute démontré qu'une tentative a été entreprise ces dernières années uniquement afin d'accoler une structure à des activités qui existent depuis très longtemps. Il vaut beaucoup mieux partir d'une activité donnée en santé publique aux Pays-Bas, puis en dégager le cadre organisationnel dans lequel elle s'insère, plutôt que de faire le contraire, si l'on veut comprendre l'organisation de ces services. Regroupons-les ainsi :

1. Protection de la santé, détection précoce;
2. Promotion de la santé;
3. Éradication des maladies dans le contexte de la santé publique;
4. Soins à des groupes particuliers;
5. Organisation et supervision des soins et services.

Nous examinerons des exemples de ces services tout en consacrant une section spéciale aux drogues et aux services ambulatoires.

1. Protection de la santé et détection précoce

Notre premier exemple touchera la grossesse, les soins aux mères et aux enfants. Quand une femme croit qu'elle est enceinte, elle consulte son omnipraticien dans le but de faire confirmer sa grossesse. En principe, la femme a le choix d'accoucher soit à la maison, soit à l'hôpital. Si elle décide d'accoucher à la maison, elle le fera sous la supervision d'une sage-femme ou de son omnipraticien. Selon son choix, les examens réguliers effectués durant la grossesse seront aussi faits par le médecin de famille ou par la sage-femme. Dans ce

dernier cas, le médecin de famille examinera tout de même la future mère à quelques reprises durant sa grossesse. Les examens réguliers comprennent la vérification de la position et de la croissance de l'enfant, l'état de santé de la mère, le facteur Rhésus et la présence d'éventuels anticorps. Des exercices prénatals sont sous les auspices des services de soins à domicile, auxquels s'ajoutent l'information sanitaire sur la grossesse, l'accouchement et le rôle parental. Si aucune anomalie n'est signalée lors des soins prénatals, l'accouchement peut se faire à la maison. Après l'accouchement, la sage-femme ou l'omnipraticien effectue une visite à domicile dans le cadre des soins postnatals. Une assistance quotidienne pour la mère et l'enfant est fournie par les services de soins à domicile. Si la mère préfère accoucher à l'hôpital ou si, pour des raisons médicales, il faut procéder ainsi, les soins prénatals et postnatals seront effectués sous la surveillance du gynécologue qui aura accouché la mère. Une fois que la mère et l'enfant sont à la maison, de l'aide peut être fournie par les services de soins à domicile. Dans un grand nombre d'hôpitaux hollandais, la sage-femme a le privilège d'accoucher elle-même les mères.

Une semaine après sa naissance, on examine l'enfant pour un dépistage de la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie. La prise de sang est effectuée par les systèmes de soins de base et les services de soins à domicile, puis l'échantillon est testé dans les laboratoires régionaux de santé publique. Dans la plupart des cas, la croissance et le développement des quatre premières années de l'enfant sont supervisés par les centres de santé d'hygiène de l'enfant, dirigés par les services de soins à domicile. Ce n'est qu'à Amsterdam que ces soins sont fournis par les services municipaux de santé.

Les enfants sont vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et la rougeole, selon le calendrier de vaccination déterminé par le gouvernement central. Si la supervision des quatre premières années est effectuée par un médecin de famille, celui-ci doit également administrer les vaccins. Tout vaccin doit être déclaré aux autorités provinciales des services de soins à domicile (sauf dans les villes importantes). Durant leur toute première enfance, les enfants seront donc mis très tôt en contact avec un centre de santé. Les centres de santé

pour les soins de première ligne sont des institutions multidisciplinaires où coopèrent un certain nombre de médecins de famille, d'infirmières visiteuses, des services de soins à domicile, de psychothérapeutes privés*, parfois de sages-femmes et de travailleurs sociaux. Ces centres de santé tentent d'offrir eux-mêmes tous les soins mentionnés plus haut.

Le programme de vaccination se poursuit chez les enfants d'âge scolaire. Durant ces années, la croissance et le développement des enfants sont supervisés par les services de santé de l'école. Ceux-ci sont mis sur pied par les autorités municipales et sont financés à la fois par le gouvernement central et par la municipalité. Dans les endroits où il existe des services de santé de base, les services de santé scolaire en font partie.

La surveillance ou la supervision de la croissance et du développement à partir de la période prénatale jusqu'à l'âge scolaire est effectuée par les sages-femmes, les médecins de famille, les gynécologues, à partir des centres de santé des services de soins à domicile, des services de santé en milieu scolaire et des services de santé de base. Dès que l'un de ces trois derniers services découvre une anomalie, il est obligatoire de faire appel à l'omnipraticien.

Les médecins des centres de santé et des écoles doivent se limiter à administrer des vaccins et à donner des conseils dans le domaine de la nutrition et du développement psycho-social. Il leur est interdit de traiter: ce genre de travail relève du secteur curatif. La prévention et les soins sont donc des domaines strictement séparés.

La vaccination est un second exemple que nous voulons apporter. Environ 80 % de la population éligible a été vaccinée selon les normes, bien qu'il existe des groupes qui, pour des raisons religieuses ou autres, ne désirent pas être vaccinés. Les enfants nés avant 1975 ont été vaccinés contre la variole et jusqu'en 1960 environ, les Hollandais étaient toujours vaccinés contre la tuberculose. Le programme vaccinal s'étend aussi aux

* « Indépendant » dans le texte anglais original.

personnes qui se rendent dans les pays en voie de développement et dans les régions tropicales et subtropicales; elles peuvent en effet se faire immuniser contre certaines maladies. Dans les Pays-Bas, tous ces vaccins sont administrés par les services de santé de base, par des instituts de médecine tropicale et quelques-uns également par les médecins de famille.

Il nous faut également mentionner l'environnement et l'écologie médicale. La pollution de l'environnement est d'abord causée par l'industrie. En conséquence, les lois environnementales stipulent que tout individu qui pollue doit prendre les mesures de protection nécessaires et payer pour celles-ci. Ainsi la protection environnementale ne fait pas partie des politiques de santé publique. Toutefois ces dernières ont juridiction pour juger de l'impact de l'environnement sur la santé, ce qui signifie que l'état de l'environnement est évalué selon son danger potentiel pour la santé par les gens du secteur de la santé publique.

Jusqu'en 1980, le domaine de l'écologie appartenait d'abord aux biologistes et aux chimistes. Le problème primordial était alors de déterminer l'influence qu'exercent toutes formes de pollution sur l'écosystème. En effectuant des recherches sur la disparition de certaines espèces de fleurs par exemple, du nombre de poissons dans la mer, dans les rivières, etc., plusieurs liens ont été établis entre la pollution et les effets négatifs sur l'écosystème. D'où l'idée générale, et elle est exacte, que la pollution a également des effets négatifs sur la santé de la population humaine. Mais il est nécessaire de connaître avec précision quels sont les effets au niveau de l'individu et de la population. Où et quand se font-ils sentir? Est-il possible de développer un système de contrôle sur une « base populationnelle »? Quels risques courons-nous en mangeant les poissons des rivières? Pouvons-nous consommer des légumes lorsque le sol est contaminé?

Pour répondre à ces questions, douze médecins poursuivent actuellement des études aux Pays-Bas et deviendront spécialistes en écologie médicale. Ils ne peuvent travailler qu'en très étroite collaboration avec toutes les autres disciplines reliées à l'écologie. Pour mieux situer leur rôle, précisons qu'en matière

de pollution environnementale, il existe deux factions. Il y a d'un côté les individus éventuellement responsables de la pollution tels que le propriétaire d'une terre ou d'une voie navigable polluée par des déchets chimiques. Celui-ci tentera de minimiser les risques et niera l'existence de la pollution. De l'autre côté, il y a les résidents et les groupes écologiques actifs. Ceux-ci feront énergiquement ressortir les risques pour la santé et exigeront un examen exhaustif de la population. C'est l'écologiste médical qui sera tenu de s'assurer de la validité des données qui constituent une estimation aussi exacte que possible des risques courus. Cette estimation devient ensuite le point de départ des mesures à prendre. L'écologie médicale fait donc partie de plusieurs services municipaux de santé de base. On estime le nombre d'experts nécessaires en ce moment aux Pays-Bas entre dix et quinze.

Passons à un autre exemple, celui du dépistage du cancer du col de l'utérus. L'histoire du dépistage systématique de cette forme de cancer illustre bien ce qui se passe lorsque les soins et la prévention sont appliqués à différents cadres organisationnels et à l'intérieur de systèmes de financement différents. Il y a de bonnes raisons de croire qu'un examen périodique efficace de toutes les femmes entre 30 et 55 ans conduit à une baisse de la maladie et du taux de mortalité due au cancer du col de l'utérus. Pour cette raison, trois villes ont mis à l'essai et sous forme de recherche un programme d'examen des femmes. À cause de pressions politiques, on n'a pas attendu les résultats et un programme couvrant tout le pays a été mis sur pied, financé par le gouvernement, les municipalités et par des contributions venant des femmes elles-mêmes. En quelques années, la participation à cette recherche a diminué. Une des raisons fut que plusieurs femmes avaient déjà subi des frottis faits par leur médecin de famille et par leur gynécologue lors des examens périodiques pour contraceptifs oraux par exemple. Les coûts de ces frottis, effectués sur une base de services médicaux ont été couverts par l'assurance. En prenant en considération ces développements, la recherche amorcée a été interrompue et une autre approche a dû être trouvée. Cela a amené la municipalité ou les services de santé de base à identifier et à assigner en quelque sorte les femmes devant être incluses dans l'étude à subir ces tests. Elles devaient alors consulter leur médecin de

famille pour frottis cervical. Les résultats devaient être envoyés par les laboratoires aux médecins de famille, ainsi qu'aux services de santé de base. Ces derniers pouvaient ensuite acheminer les données épidémiologiques et vérifier si des femmes n'avaient pas répondu aux appels. Le point crucial de l'évolution de ce programme réside dans le fait que les médecins de famille, qui ne sont payés que pour des services curatifs, ont maintenant officiellement un travail appartenant au domaine de la prévention. Et puisqu'ils exigent des montants supplémentaires pour ce travail, rien n'est fait pour le moment. N'oublions pas que ces frottis ne sont effectués que sur des bases médicales, mais curieusement de telles bases ont vite trouvé leurs justifications pratiques.

2. Promotion de la santé

Nous examinons ici deux approches pour illustrer la promotion de la santé. Nous traiterons d'information et d'éducation sanitaire dans un premier temps, puis nous discuterons d'un projet précis qui illustre bien ce concept: « Villes en santé ».

La promotion de la santé appartient au domaine de la santé publique, même si plusieurs mesures doivent être prises par d'autres secteurs; influencer des styles de vie malsains concerne la santé. Un changement d'attitude est la responsabilité de la nation elle-même dont un outil important de la promotion de la santé est l'éducation sanitaire.

L'éducation sanitaire, il est clair, se situe d'abord dans le contact individuel entre le patient et le médecin. Les conseils au sujet de la nutrition, du tabac et des exercices physiques en font partie mais relèvent du secteur curatif. L'éducation sanitaire visant des groupes de population se fait toujours en collaboration avec des institutions dont les centres-conseils sur l'alcool et les drogues sont un domaine privilégié. Mais cela est également vrai pour la Nederlandse Hartstichting (la Fondation hollandaise des maladies du cœur), la Vereniging van Diabetici (l'Association des diabétiques), ou la Stichting voor Sexueel Overdraagbare Aandoeningen (la Fondation pour les maladies transmissibles sexuellement). À toutes fins utiles, la population à travers tout le pays reçoit toute l'information.

Un effort est fait afin de parvenir à unifier le discours dans tout le pays en matière d'éducation sanitaire. Existente déjà, ou seront créées sous peu, des associations comme celles mentionnées plus haut au niveau régional envers lesquelles le gouvernement central joue un rôle stimulant car le but est d'implanter une politique régionale consistante en cette matière. En ce qui concerne l'éducation sanitaire à un niveau général et sans rapport avec des maladies particulières, nous nous référons alors aux services de soins à domicile (initiative privée) et aux services de santé de base (gouvernement). Tous deux sont financés pour ce faire et doivent coordonner leurs activités à travers des corporations régionales.

« *Villes en santé* » est ce deuxième point que nous voulions traiter. Il est unanimement reconnu que la vie urbaine est moins saine que la vie rurale. Que ceci soit vrai ou non, la ville pourrait être un endroit plus sain où il fait bon vivre. Dans ce contexte, la ville constitue un conglomérat d'influences sur la santé et signifie aussi pour ses habitants de vivre l'expérience de la santé. Lorsque nous envisageons de créer une ville plus saine, nous voulons en fait améliorer les facteurs positifs de santé et faire disparaître ceux qui la menacent. C'est ainsi que le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS a présenté le projet « Villes en santé ». Il s'agit d'une collaboration entre des villes européennes (et canadiennes) par laquelle des idées sont échangées pour mener à la création de villes plus saines. Dans ce cadre international, bon nombre de villes hollandaises participent, pendant qu'ailleurs aux Pays-Bas, les quatre plus importantes villes ont uni leurs efforts.

Ici encore l'approche de « santé publique » est à la base du projet « Villes en santé ». Le premier objectif sera donc de contacter les spécialistes de la société qui prennent des décisions en matière de vie urbaine : des urbanistes, des administrateurs des programmes de logements publics, des représentants du commerce et de l'industrie, des experts en circulation routière, des partis politiques et des groupes d'action collective. Ils auront à produire ensemble un plan directeur d'une ville saine, plan qui sera déterminant dans les décisions politiques des secteurs sociaux mentionnés plus haut ; l'éducation sanitaire y aura une place de choix.

L'important n'est-il pas d'apprendre à partir de l'expérience des autres? Voilà un des messages que nous livre ce projet.

3. L'éradication de la maladie

Sans mesures appropriées, bon nombre de maladies contagieuses peuvent mettre en danger la population.

Dans le Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken (la Loi sur l'éradication des maladies infectieuses et l'identification des causes de la maladie), il est spécifiquement écrit quelles maladies suspectes et quelles maladies diagnostiquées doivent être signalées à la Geneeskundige Hoofdinspectie (l'Inspection médicale en chef). Un troisième groupe de maladies a besoin seulement d'être signalé périodiquement, selon le nombre et de façon non nominale (la gonorrhée, par exemple).

Au niveau local, les maladies contagieuses doivent être signalées au service (municipal) de santé de base qui doit ensuite prendre les mesures nécessaires afin d'empêcher leur propagation. En plus du service de santé de base, il existe également des institutions (secteur privé) qui ont des responsabilités face à certaines maladies infectieuses. Bien que ces institutions soient établies et administrées par des individus ou des organisations privées, elles sont en grande partie subventionnées par le gouvernement.

Le cas de la tuberculose est intéressant. C'est une maladie plutôt rare maintenant, à peine 300 nouveaux cas par année environ. En 1903, la première Vereniging voor de Tuberculosebestrijding (Association pour combattre la tuberculose) a été fondée à Rotterdam à partir d'une initiative privée. Plusieurs associations ont suivi avec la Nederlandse Centrale Vereniging (Association centrale hollandaise) en tant qu'organisation-parapluie. Il existe aujourd'hui des associations provinciales dans les grandes villes qui ont veillé à ce que des cliniques soient mises sur pied dans plusieurs régions du pays et financées par des subventions du gouvernement. Dans certaines provinces, elles sont jumelées aux services de soins à domicile; dans d'autres, elles sont des unités indépendantes.

Sur la base de la structure générale des services de santé, tout le pays sera couvert par les services municipaux de santé qui auront pour tâche, entre autres, de combattre les maladies infectieuses. Ainsi, les cliniques traitant la tuberculose seront incorporées à de larges services de santé de base. Ce processus d'intégration est presque terminé. La lutte contre la tuberculose cessera d'être une initiative privée pour être prise en charge par le gouvernement.

La lutte contre les maladies vénériennes comprend l'information, la prévention, le traitement et le dépistage des contacts. Le traitement peut être effectué par le médecin de famille qui, s'il le juge nécessaire, peut diriger son patient vers un dermatologue-vénérologue. Quelques grands hôpitaux et le service municipal de santé d'Amsterdam ont d'importantes cliniques externes pour ce faire. Ces cliniques reçoivent chaque année du gouvernement central une somme fixe pour chaque patient traité. Les coûts des tests de laboratoire sont défrayés par le patient ou par sa compagnie d'assurance.

En plus de ces mesures curatives, il existe des mesures complémentaires* au traitement. Ceci fait référence particulièrement aux recherches concernant les contacts et est exécuté par les Provinciale Kruisverenigingen (les Services provinciaux des soins à domicile) et par les services municipaux de santé d'Amsterdam. Le patient qui suit un traitement dans le secteur curatif peut ensuite être adressé à une infirmière pour de plus amples informations et la recherche de contacts. Les mesures complémentaires* sont également liées au dépistage dans les saunas, les « sex clubs » et chez les prostitués.

En matière de coordination nationale de la prévention, d'information et de dépistage, il existe une fondation pour les maladies transmises sexuellement. Les services de santé de base, de soins à domicile et le secteur curatif participent à cette fondation. De plus, cette fondation est à l'heure présente très impliquée dans la lutte contre le SIDA.

* « Non curative » dans le texte anglais original.

Bien qu'elles soient la première cause de mortalité et responsables de 44,5 % des décès, il n'est pas question d'approcher *les maladies cardio-vasculaires* en se dispersant dans toutes les directions. L'excellent réseau des cliniques de haute qualité assure qu'un patient peut y être rapidement admis et peut y suivre un traitement adéquat. Il existe une très active association de patients souffrant de maladies cardiaques dont le but est d'assurer que soient disponibles des installations et un milieu d'intervention adéquats. La Nederlandse Hartstichting (la Fondation hollandaise des maladies du coeur) organise des campagnes dans les domaines de la nutrition et de l'exercice. Le fait que l'industrie alimentaire fasse beaucoup de publicité pour la nourriture contenant peu de calories et les acides gras non saturés est une particularité qui mérite d'être soulignée. Un idéal de santé à l'image des personnes minces, au régime équilibré et qui font de l'exercice est véhiculé. Et quelle que soit la raison, force est d'admettre que les décès dus aux maladies cardio-vasculaires ont diminué ces dernières années.

Malheureusement, aucune des organisations à l'origine concernées par les questions touchant la santé publique, les services de santé de base et les soins à domicile, ne porte une attention particulière aux maladies cardio-vasculaires. Un des fers de lance de la politique de santé jusqu'en l'an 2000 sera de promouvoir un style de vie sain et ses objectifs incluront une plus forte réduction des maladies cardio-vasculaires.

Ce que nous venons de dire au sujet des maladies cardio-vasculaires s'applique aussi au cancer. La Fondation Koningin Wilhelmina (Fondation de la reine Wilhelmina) permet non seulement la diffusion de l'information au sujet de cette maladie mais stimule aussi la recherche scientifique.

Les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, et très bientôt du cancer du sein, sont planifiés pour être effectués à différents niveaux. La partie dépistage sera sous la responsabilité des omnipraticiens, des hôpitaux et des laboratoires. L'analyse épidémiologique et l'évaluation seront confiées aux services de santé municipaux. Quant au financement, celui-ci pose toujours un problème qui n'est pas résolu.

L'abus d'alcool aux Pays-Bas constitue un autre phénomène menant à des maladies qu'il faut combattre: il est monté en flèche ces dix dernières années. Le traitement des alcooliques a lieu aux Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (centres-conseils sur l'alcool et les drogues) issus de l'initiative privée et maintenant subventionnés par le gouvernement central. Ces centres-conseils mettent à exécution des campagnes de prévention et d'information. Nous attachons beaucoup d'importance aux médias pour véhiculer nos messages. Les contrôles effectués afin de déterminer la quantité d'alcool absorbée par un automobiliste sont stricts. La lutte menée contre le problème grandissant de l'alcoolisme est en ce moment une des priorités majeures du gouvernement. Ceci n'a cependant pas mené à planifier une approche globale.

Enfin, on ne saurait clore cette section sans *faire allusion au SIDA*, une toute nouvelle maladie aux Pays-Bas. Les sidéens sont rapidement admis à l'hôpital. Un effort est fait dans le but de créer un environnement qui rendra possible leur prise en charge après leur séjour à l'hôpital. L'organisation en question comprendra des professionnels tels que des médecins, des infirmières de district, des travailleurs sociaux et des bénévoles (« compagnonnage »). Puisqu'il n'existe pas encore de possibilités de thérapie, toute l'attention est centrée sur la prévention et l'information. Un fait digne de mention est certainement la coopération efficace entre le gouvernement et une variété de groupes sociaux et d'organismes. Bien que ceci ait été initialement limité aux groupes à risque, homosexuels et toxicomanes, un large programme d'information publique a vu le jour. L'information porte sur une plus grande connaissance du SIDA et de sa propagation. De plus, l'idée du « safe sex » par l'utilisation du condom s'impose, surtout chez ceux ayant de nombreux partenaires. Il peut y avoir des « séro-positifs » parmi les homosexuels et les toxicomanes. Les prostitués se droguant à l'héroïne peuvent être une porte d'entrée menant à la communauté hétérosexuelle.

La politique sur le SIDA est autant que possible implantée à l'échelle nationale. Mais puisque la moitié des sidéens habitent à Amsterdam, c'est là que la plupart des activités sont déployées.

Ceci s'applique aux traitements cliniques, aux recherches scientifiques, à la prévention, à l'information et aux traitements à domicile. Puisqu'une tâche importante revient au Service de santé municipal d'Amsterdam dans le domaine des maladies vénériennes et de l'aide aux toxicomanes, cette organisation de santé publique joue un rôle décisif dans la lutte contre le SIDA. Comme mesure préventive, ce service a introduit le programme d'échange de seringue pour toxicomanes où chacun d'eux reçoit une nouvelle seringue lors de la remise de l'ancienne. Après avoir subi de nombreuses critiques de la part des autres pays, cet exemple est maintenant suivi par plusieurs.

4. Les soins à des groupes

Les sections précédentes décrivent la santé publique en termes de protection, de promotion de la santé et de lutte contre des maladies. Il existe quelques autres groupes-cibles qui seront décrits brièvement.

Dans le domaine de la santé, le contrôle et la supervision de la croissance et du développement *des jeunes Hollandais entre 0 et 19 ans* procèdent par catégories. *Les soins offerts à la mère et l'enfant* ont déjà été décrits. Les services de soins à domicile, les services de santé à l'école et les services de santé de base font tous partie du programme global de supervision. Des activités préventives sont à l'occasion effectuées par le médecin de famille.

En matière de *santé des travailleurs*, mentionnons tout d'abord le Veiligheidswet (la Loi sur la sécurité) et ensuite le Arbeidsomstandighedenwet (la Loi sur les conditions de travail). Elles font en sorte que le personnel des compagnies d'une certaine importance ait accès aux services de santé dans le cadre de son travail. Un tel service comprend des médecins, des infirmières, des spécialistes de la sécurité et des hygiénistes professionnels. Le service de santé professionnel supervise tout autant les conditions de travail que le stress physique et psychologique du personnel. Le médecin de la compagnie examine les travailleurs et offre des heures de consultation pour les maux qui peuvent éventuellement provenir de la situation de travail.

Les compagnies plus importantes ont leur propre service de santé occupationnelle alors que les compagnies de moindre importance peuvent utiliser le service de santé occupationnelle régional. Le gouvernement central et les municipalités ont de tels services pour leur propre personnel. Au niveau municipal, ils sont intégrés aux services de santé de base. Les médecins des compagnies n'ont pas le droit de traiter les patients; ils doivent les envoyer à leur médecin de famille, quelle que soit la nature du traitement.

De nombreux autres groupes ayant des problèmes de santé particuliers existent. Les personnes âgées, les minorités et les personnes ayant un statut socio-économique faible nous viennent à l'esprit. L'opinion générale est que les soins offerts à ces groupes devraient faire partie du cadre régulier des services de santé. Une exception: les installations particulières créées pour les personnes âgées, telles que les départements à l'intérieur des hôpitaux et les maisons de retraite. La santé publique se sent moins concernée par ces groupes. En fait, ils appartiennent plutôt au domaine de l'assistance sociale*.

5. Organisation et supervision des soins de santé

La santé d'une population est en partie déterminée par la qualité du système de santé. Voilà pourquoi la santé publique porte également attention au système de soins curatifs. À cette fin, deux directions se profilent, une pour la planification des installations et l'autre pour la supervision de la qualité par la Staatstoelicht op de Volksgezondheid (Supervision de la santé de l'État).

La planification des aménagements se fait à l'intérieur du cadre de la Wet Ziekenhuisvoorzieningen (la Loi sur les hôpitaux) et de la Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (la Loi sur les services de santé). Le gouvernement central définit les critères et les limites à l'intérieur desquels provinces et municipalités développent leurs plans qui doivent ensuite lui être

* « Welfare service » dans le texte anglais original.

retournés pour approbation . Dans ces étapes de planification, on met à profit les données et l'expérience de la santé publique. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les données épidémiologiques et celles se rattachant à l'utilisation des aménagements. Les sources de financement des soins de santé constituent également une source précieuse d'information pour les assureurs au plan national et pour les compagnies d'assurance-maladie.

En matière de supervision de la santé par l'État, une importante partie de l'appareil du gouvernement est certainement le Staatstoezicht op de Volksgezondheid (Corps d'inspecteurs de la santé de l'État), fondé en 1865. Les inspecteurs en chef peuvent recevoir des recommandations de la part du ministre, mais jamais d'ordre au même titre que les inspecteurs peuvent recevoir des recommandations de la part de l'inspecteur en chef. Cette terminologie apparaît dans la loi elle-même afin de permettre une supervision pratiquement indépendante. Celle-ci consiste en sept divisions d'inspection, chacune ayant son propre inspecteur en chef et ses propres inspecteurs (provinciaux):

- Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid
(Corps d'inspecteurs médicaux pour la santé);
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid
(Corps d'inspecteurs médicaux pour la santé mentale);
- Inspectie voor de Hygiëne van het Milieu
(Corps d'inspecteurs pour l'hygiène environnementale);
- Inspectie voor de Geneesmiddelen
(Corps d'inspecteurs pour les médicaments);
- Veterinaire Inspectie
(Inspection vétérinaire);
- Inspectie voor het Toezicht op Levensmiddelen
(Inspection de la nourriture);
- Inspectie voor de Drankwetgeving
(Corps d'inspecteurs relatif à la Loi sur la boisson).

Les fonctions du Corps d'inspecteurs sont de veiller à ce que les lois et règlements soient observés et de s'occuper des plaintes et des recommandations.

Par ce système, la supervision exerce une influence évidente sur le fonctionnement du système de santé, spécialement dans le domaine du contrôle de la qualité.

Deux sujets d'importance: l'aide aux toxicomanes et le service ambulancier

Au cours des vingt dernières années, l'utilisation de drogues aux Pays-Bas a changé d'une façon drastique et continue encore de changer. Si nous jetons un coup d'oeil en arrière à la fin des années 1960, nous assistions à l'apparition chez les jeunes de drogues douces: cannabis, marihuana. Nous y voyions également les années du mouvement « Flower power » et de la culture « hippy », une culture mettant fortement l'accent sur la liberté et sur la rupture avec le passé. Les Pays-Bas sont devenus un centre important du tourisme international de la jeunesse et n'ont jamais voulu maintenir une politique sévère à l'égard de la consommation de drogues douces. Le danger n'a jamais été considéré comme très grand et la théorie qui veut que la consommation de drogues fortes commence d'abord automatiquement par la consommation de drogues douces n'a pas été réellement acceptée. La politique de la tolérance à l'égard des drogues douces, aujourd'hui très facilement acceptée, a en partie mené à une consommation de drogues douces plutôt faible comparée à celle des autres pays. Ce climat de tolérance a eu malheureusement pour effet, cependant, de donner libre cours aux consommateurs de drogues fortes, ainsi qu'au trafic de drogues.

Aussi a-t-on dû réagir contre les drogues fortes. La politique qui en a résulté s'efforce d'agir sévèrement à l'égard du trafic de drogues et tente de décourager le grand nombre d'étrangers qui achètent des drogues fortes. Pour les Hollandais et les étrangers vivant légalement aux Pays-Bas, nombre de mesures de support sont offertes.

L'hypothèse à la base de ces mesures est de considérer les toxicomanes comme des malades. Ceux qui veulent s'en sortir et qui sont motivés sont admis dans des programmes de désintoxication et de réhabilitation tels que ceux qui sont organisés par les centres-conseils pour l'alcool et les drogues. En plus de ces centres, il existe plusieurs autres institutions privées faisant ce genre de travail et subventionnées par le gouvernement. Quant aux autres toxicomanes, une tentative est faite afin de mettre un peu d'ordre dans leur vie et de limiter les dommages causés à leur santé. Ceci est fait à l'aide d'un substitut, la méthadone, couplé à des examens réguliers et à une assistance sociale. Tout ceci est effectué avec le support des centres-conseils pour l'alcool et les drogues, des services de santé de base des grandes villes et de nombreuses autres organisations privées d'assistance. Le programme le plus complet de distribution de méthadone est géré par les services de santé de base d'Amsterdam, soit le Service de santé municipal. L'idée fondamentale bien sûr est d'arrêter la consommation de drogues. Si des personnes persistent dans une consommation chronique, il faut alors les traiter. Et si cela non plus n'a aucun effet, il faut alors créer un programme qui en réduit l'impact sur la santé. Voilà ce qu'est le programme de méthadone: empêcher de trop graves dommages en attendant que le toxicomane décide de s'arrêter. La distribution se fait dans plusieurs cliniques spécialisées et dans les gares routières; des autobus s'adressant aux toxicomanes traversent la ville et afin d'empêcher la propagation du SIDA, des seringues hypodermiques stérilisées sont distribuées en échange de celles ayant été utilisées, comme nous l'avons dit.

Un changement se produit actuellement; de la seule consommation d'héroïne, l'on assiste à la consommation de drogues multiples qui incluent, en plus de l'héroïne et de la méthadone, de la cocaïne et de nombreux autres produits pharmaceutiques. Une fois que la vie du toxicomane est plus ou moins stabilisée à l'aide de consommation de méthadone, il est confié à son médecin de famille. Les résultats de ces efforts? Il n'y a pas eu d'augmentation dans le nombre de toxicomanes aux Pays-Bas; il peut même être question d'un léger déclin. Notre expérience nous indique qu'à plusieurs reprises, après dix ou quinze ans d'intoxication, quelques consommateurs arrêtent par eux-

mêmes. Il n'y a que très peu de jeunes nouveaux adeptes. Nous assistons donc à un déclin graduel dans le nombre dont la moyenne d'âge s'élève. Il ne reste qu'un groupe de personnes sérieusement intoxiquées et souffrant de problèmes psychiatriques graves. À l'intérieur de ce groupe, nous voyons une augmentation de la consommation de drogues multiples. Ces toxicomanes sont responsables de la plupart des crimes mineurs commis dans les villes.

Le taux de mortalité dû à la consommation de drogues est moins important aux Pays-Bas que dans plusieurs autres pays. Il s'agit souvent d'une trop forte dose consommée par des étrangers qui sont de passage. Mais un des problèmes, c'est que de la toxicomanie affecte les enfants nés de parents intoxiqués. Des médecins de famille, des travailleurs sociaux, des infirmières visiteuses et le Conseil de protection de l'enfant se penchent sérieusement sur ce problème. Dans le but de coordonner le travail de ces professionnels à partir d'instituts privés et des services publics, le Service de santé municipal d'Amsterdam a ouvert un bureau spécialisé pour ces enfants. Son travail est de prendre les mesures nécessaires pour qu'ils aient un avenir meilleur. Il démontre aussi combien il est utile mais difficile de coordonner les activités des instituts publics et privés. Nous considérons qu'un ajustement continu de l'assistance à un tel problème mouvant est une bonne attitude de la part de la santé publique, surtout lorsqu'il s'appuie sur des données épidémiologiques qui tracent un tableau complet de la situation.

Un mot sur le service ambulancier pour terminer le deuxième de ces sujets spéciaux.

Jusqu'à tout récemment, lancer une compagnie d'ambulance était relativement facile. Il y avait un minimum d'exigences pour les voitures et le personnel. Les petits propriétaires de garages pouvaient mettre sur pied une telle entreprise, s'ils parvenaient à établir une collaboration avec les médecins de famille et les hôpitaux locaux. Depuis que le Wet Ambulance Vervoer (la Loi sur les ambulances) est entré en vigueur en 1979, les critères ont été resserrés et un permis du gouvernement provincial est devenu obligatoire. L'utilisation des ambulances est par ailleurs réglementée par région par une administration publique, le

Centrale Post Ambulancevervoer (le Poste central des ambulances). Depuis cette date, nous assistons à une plus grande collaboration des compagnies d'ambulances avec certaines disponibilités d'horaire. La qualité du service s'est améliorée.

Récents développements, récents dilemmes en santé publique

La situation financière du gouvernement-État, une image en miroir en quelque sorte des responsabilités et des activités gouvernementales, la bataille contre la bureaucratie et la nécessité de réduire l'écart entre la population urbaine et le conseil municipal ont toutes trois des conséquences sur le système de santé publique.

Dans les grandes villes, nous assistons à un processus de décentralisation par lequel sont créées des petites localités, dotées de leur propre conseil et de leur propre administration civile, très modeste. Se profile alors une tendance à abandonner le plus possible les services* aux instituts privés. Une conséquence probable pourrait bien être que les services* gouvernementaux de santé publique se limiteront à appliquer, planifier et évaluer. En théorie cela est acceptable: le gouvernement développe un programme d'immunisation et les médecins généralistes ou encore les hôpitaux l'appliquent. Mais nous devons réaliser que dans cette situation le médecin de santé publique est complètement à la remorque du secteur privé**. C'est ainsi par exemple que le gouvernement pourrait avoir de belles idées pour mettre en marche des politiques contre l'usage de la drogue, tout en n'ayant aucune possibilité de venir concrètement en aide aux victimes de ce problème.

La décentralisation peut mener au morcellement de la politique de santé d'une ville qui devra ensuite dépenser une énergie importante à la coordination. Un système de santé publique en milieu urbain exige d'avoir une politique au niveau de la

* « Activities » dans le texte original anglais.

** « Private persons » dans le texte original anglais.

métropole ou de la ville, le cas échéant. La planification de cette politique* et son exécution vont de pair, et si possible, elles doivent être regroupées sous une seule autorité. Dans le cas contraire, l'on assiste aux efforts de planificateurs qui produisent à leur table de travail des plans directeurs et des programmes qui restent sur le papier alors que les travailleurs sur le terrain ne portent aucun intérêt à ces plans, ces programmes et ces évaluations.

Dans la ville d'Amsterdam, nous essayons de garder planification et exécution l'une près de l'autre en évitant qu'elles prennent chacune une direction différente. Par exemple, le Service de santé municipal gère la coordination centrale de tous les services ambulanciers de la région en plus d'avoir lui-même son service ambulancier. Un autre exemple est celui de la politique de la ville d'Amsterdam au sujet de la drogue. Ici encore le Service de santé municipal de la ville possède son propre département et son propre programme de méthadone.

Dans le processus de décentralisation, le Service de santé municipal n'est pas morcelé mais, à titre d'organisation centrale, est bien plutôt au service des conseils des territoires plus petits.

Nous essayons de trouver de cette manière un lieu de convergence** entre les responsabilités d'un gouvernement local, le processus de planification, l'évaluation et nos propres activités. N'y a-t-il pas dans toute société urbaine des individus marginaux qui n'iront pas chercher leurs services aux endroits usuels? À titre de Service de santé municipal, nous ne faisons pas que parler de ce que seraient les meilleurs services pour ces gens, nous les leur offrons, tout simplement.

En guise de conclusion

Le système de santé hollandais n'a pas été façonné ou structuré selon un plan préconçu. Il a évolué. Puisque sa croissance s'est appuyée sur la responsabilité sociale ressentie par des individus, des groupes sociaux et religieux et par le gouvernement, il

* « Policy making » dans le texte original anglais.

** « Synthesis » dans le texte original anglais.

y a toujours eu profusion d'initiatives. D'un côté, ceci mène à une kyrielle d'installations, mais de l'autre cela donne un réseau exempt de trop grandes failles. Le résultat est un système de santé où les soins sont bien répartis et facilement accessibles. Ceci s'applique aussi bien au secteur curatif qu'aux soins préventifs généraux et à la santé publique. Le besoin d'améliorer la structure du système date du début des années 1970, à la suite d'une forte augmentation de dépenses qui n'ont démontré aucune augmentation correspondante de l'état de santé de la population. La loi qui est alors entrée en vigueur attribue un plus grand pouvoir de réglementation au gouvernement central et règle l'influence des assureurs, des groupes professionnels et des groupes d'intérêt.

En santé publique, il n'existait pas non plus d'organisme clairement responsable des activités de ce secteur. Traditionnellement, ce sont les services de santé municipaux, les services de soins à domicile et de nombreuses associations et fondations qui ont fait le plus. Maintenant que les services de santé de base ont reçu leur cadre et responsabilités légaux, on peut supposer que l'attention de la santé publique portera sur ces services. « La santé publique » dans son implantation est ainsi devenue ce qu'elle devait être: la responsabilité du gouvernement.

Pour reprendre en quelques lignes l'essentiel de ce chapitre, nous pourrions dire que les administrations nationale, provinciales et municipales ont leurs propres responsabilités dans la planification des services de santé. Au niveau national, plusieurs règlements définissent l'étendue, la qualité et les coûts des installations. À l'intérieur de ces directives, les autorités provinciales peuvent ébaucher des plans dans le domaine des soins institutionnels. Les municipalités sont principalement concernées par les soins de santé primaires et de base.

Les médecins, les hôpitaux, les « Cross Associations », les employeurs et les employés, les compagnies d'assurance-maladie sont tous représentés dans les organismes statutaires. Ceci implique que toute recommandation est un compromis, un résultat de la balance de pouvoir. On ne sait pas toujours clairement qui est responsable des activités de santé publique.

Des solutions différentes pour les mêmes problèmes ont été données dans diverses régions du pays. Il est clair que le système de santé publique présente un mélange d'activités gouvernementales et privées qui est le résultat d'un long passé d'initiatives privées, de compromis politiques et de politiques financières.

En décrivant le système de soins de santé hollandais, nous nous rendons à l'évidence que nous sommes en présence d'un non-système très sophistiqué. Mais en regardant les résultats, nous réalisons par le fait même que, d'une certaine façon, tout fonctionne admirablement bien.

Quelques données statistiques — Pays-Bas

Superficie du pays	1986	41 473 km ²
Population totale	1985	14 453 833
Taux de natalité par 1 000 habitants	1984	12,3
Population économiquement active		
hommes: 20-64 ans	1986	61,95 %
femmes: 20-64 ans	1986	59,14 %
Taux de chômage	1984	13 %
Pourcentage de personnes âgées		
65-74 ans	1986	7,17 %
75 ans et plus	1986	5,16 %
toutes les personnes de 65 ans et plus	1986	12,33 %
Espérance de vie à la naissance		
hommes	1981-85	72,88 ans
femmes	1981-85	79,53 ans
Mortalité infantile par	1985	8,0
1000 naissances d'enfants vivants		
PNB per capita (taux: voir point 5)	1984	12 874 \$US
Part du PNB consacrée à la santé en 1984		
dépenses publiques: gouvernement	1985	4 %
assurance légale	1985	72 %
dépenses privées	1985	24 %
Dépenses de santé per capita (en \$US)	1984	1 107,10 \$US
(taux de change au 87.01.01: 1 \$US = 2,13 FL)		
Taux d'inflation	1985	± 1,2 %
Population par médecin		
tous (spécialistes et omnipraticiens)	1984	878
omnipraticiens	1984	2 450
Modalité de rémunération des médecins		
omnipraticiens	1985	capitation
spécialistes: paiement à l'acte	1985	64 %
contrat de travail avec l'hôpital	1985	36 %
Population par infirmier		
tous en équivalent temps complet (ETC)	1985	186
hôpitaux et centres d'accueil en ETC	1985	232
Lits de soins aigus par 1000 habitants		
(hôpitaux généraux et universitaires, hôpitaux psychiatriques exclus)	1984	4,8
Taux brut de mortalité par 1000 habitants	1985	8,5
Principales causes de décès (%):		
système circulatoire	1984	44,5 %
néoplasmes	1984	27,7 %
système respiratoire	1984	7,0 %
causes externes* (accidents, etc.)	1984	5,0 %
système digestif	1984	3,5 %
autres	1984	12,3 %

* « External » dans le texte original anglais.

L'organisation de la santé publique en Suède

Gunnar Wennström

Note liminaire

En Suède, les soins médicaux et les services de santé sont, par tradition, d'intérêt public. Ce sont les conseils généraux qui en ont la responsabilité, eux-mêmes répartis dans chacune des 26 régions et dont les représentants sont élus démocratiquement. Ils ont des pouvoirs de taxation qu'ils exercent d'une façon indépendante et financent ainsi le système. Au niveau national, le parlement (Riksdag) et le gouvernement ont comme responsabilité générale d'assurer à toutes les personnes un accès égal aux services de santé et aux soins médicaux* ; ils ont de plus la responsabilité légale et médicale d'en surveiller la qualité et la sécurité et le devoir de veiller à ce que ces activités répondent aux besoins de la nation et respectent le financement disponible.

Toutes proportions gardées, la mesure des indices de santé en Suède est très bonne. L'espérance de vie moyenne est de 74,2 années pour les hommes et de 80,2 années pour les femmes. La mortalité infantile est de 5,9 décès par 1 000 naissances d'enfants vivants. Il y a cependant de grands écarts dans l'état de santé, écarts qui vont même en s'accroissant si l'on examine différents segments de la population et différentes catégories d'emploi. Les dépenses pour les soins de santé et les services médicaux sont de l'ordre de 9,2 % du produit national brut (PNB).

C'est sur la législation de 1983 que reposent les bases des services de santé et des soins médicaux qui doivent être considérés comme faisant partie d'une seule entité. De plus, les responsabilités du Conseil général sont beaucoup plus larges que la seule dispensation des services médicaux traditionnellement définis comme étant l'examen, le traitement et la réadaptation. Elles incluent maintenant les services de santé, et par extension, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, cette dernière ayant un aspect autant individuel que social. La Loi sur la santé et les soins médicaux définit l'objectif ultime comme étant « la santé et des services de qualité accessi-

* L'expression « health care and medical services » employée dans la version originale anglaise a été traduite partout dans le texte par « les services de santé et les soins médicaux » (N.D.L.R.).

bles d'une façon égale à tous les habitants du pays ». Il est du devoir du Conseil général de planifier les services de santé et les soins médicaux selon les besoins de la population de sa région respective.

La Suède a un tissu complet de services préventifs. Nous en ferons ici une brève énumération qui n'a pas la prétention d'être exhaustive. Nommons d'abord les soins maternels offerts à toutes les mères, les services de santé aux enfants de même que les services de santé scolaire. Les services de santé occupationnelle couvrent environ 70 % de tous les employés. Des services préventifs à caractère spécial existent tels ceux qui s'adressent à la population âgée. Certains dépistages systématiques font aussi partie des activités préventives telles que la recherche du cancer gynécologique chez la femme ou encore du cancer du sein par la mammographie. À cela s'ajoutent un programme élaboré de vaccination, des efforts particuliers déployés pour prévenir l'expansion de l'épidémie de SIDA* à virus HIV, de même que les mesures prises pour enrayer les autres maladies transmissibles sexuellement. La santé dentaire s'ajoute aussi à la liste des activités susmentionnées.

Après ce bref survol, nous décrirons plus avant dans ce chapitre les différentes activités de santé publique telles qu'elles existent en Suède; nous examinerons l'organisation, la structure, les coûts et le financement des soins de santé et des services médicaux sans oublier le personnel, la formation, la recherche et le développement tels qu'ils se présentent actuellement. Nous en profiterons pour élaborer sur la politique de santé suédoise en faisant ressortir toute l'importance de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie que ce pays veut leur accorder.

Introduction

La Suède est un pays relativement peu peuplé du nord de l'Europe. Sa population totale de 8,4 millions d'habitants est surtout concentrée le long des régions costales et au sud du

* Syndrome d'immuno-déficience acquise.

pays. La Suède est considérée comme très industrialisée et possédant un haut niveau de vie. Le PNB par habitant correspond à environ 19 000 \$US (1987). La mortalité infantile est basse comme nous le disions dans la note liminaire, soit 5,9 pour 1000. Rappelons également que l'espérance de vie moyenne est de 74,2 années pour les hommes et 80,2 années pour les femmes. Fait assez rare, le taux de chômage est bas : en octobre 1988, il était d'environ 1,5 %.

La Suède est un pays relativement homogène, tant sur le plan historique, démographique, religieux que linguistique. Ce n'est que dans les dernières décennies qu'est apparu un phénomène d'« internationalisation » et d'immigration grandissante.

Sans conteste, le 20^e siècle en Suède a permis une nette expansion du rôle de l'État en matière de bien-être*, ce qui a conduit à réduire au maximum les inégalités entre les différentes couches de la population. C'est sur cette base qu'un système de sécurité sociale a été mis en place ; il assure de généreuses prestations financières aux jeunes familles (c'est-à-dire aux familles ayant des enfants), aux personnes à bas revenu (aide au logement), aux personnes malades et blessées, aux handicapés et aux personnes retraitées bénéficiant d'allocations. S'ajoutent à ce que nous venons de mentionner les services aux enfants déficients mentaux, l'accès à l'éducation à tous les niveaux, l'assistance et l'aide sociale, de même que les services de santé et les soins médicaux. Autant que possible, tous ces avantages sont offerts à chaque membre de la communauté de façon égale, à un coût minimal ou gratuitement selon les cas.

Il découle de ces lignes directrices que la Suède s'est donnée un large secteur public ; en 1987, les dépenses publiques étaient de l'ordre de 29,2 % du PNB.

La Suède est une monarchie constitutionnelle dont le gouvernement est assuré par des structures parlementaires démocratiques. Il y a deux types de gouvernements, locaux et régionaux. Il existe 284 communes (*kommun*) considérées comme des unités locales et 26 conseils généraux (*landsting*) considérés comme unités régionales responsables, comme nous le disions,

* « Welfare state » dans le texte original anglais.

des services de santé et des soins médicaux. Les communes, pour leur part, offrent une grande variété de services: logement, entretien des routes, égout, eau de consommation domestique, éducation de base et services sociaux.

La santé et les soins médicaux sont considérés en Suède comme la responsabilité du secteur public. Les services de santé privés n'existent que de façon très limitée. Seulement près de 3 % des médecins (au nombre de 700) travaillent à plein temps en pratique privée traditionnelle et environ le double (soit 1400) exercent en médecine du travail en dehors des ententes qui prévalent avec les conseils généraux. Parallèlement, plus de 50 % des soins dentaires sont offerts sur une base privée. Enfin, un nombre limité des cliniques offrent des soins de longue durée sur une base privée.

Trame historique

En Suède comme dans plusieurs autres pays, l'origine des services médicaux remonte à la médecine traditionnelle qui a survécu jusqu'à nos jours. C'est au Moyen Âge qu'il faut remonter pour assister à l'apparition de certains services médicaux assurés par des chirurgiens-barbiers et par ceux qui exploitaient des bains publics*. Il est aussi important de souligner combien omniprésentes étaient les communautés religieuses. Rappelons que les terrains de l'Église ont été saisis et les congrégations religieuses dissoutes lors de la réforme de 1527; c'est à la suite de ces événements que les soins médicaux sont devenus la responsabilité du gouvernement national.

L'enseignement de la médecine s'est développé pendant les 16^e et 17^e siècles. Alors qu'un nombre sans cesse grandissant de médecins devenaient des finissants universitaires, la santé et les soins médicaux prenaient la forme d'une organisation publique. Le Collège des médecins**, précurseur de la Direction nationale de la santé publique et de la prévoyance sociale (Socialstyrelsen) telle qu'elle existe aujourd'hui, a été mis sur pied en 1663 et en vint à exercer graduellement un contrôle sur la qualité des soins médicaux à travers tout le pays.

* « Bath-house » dans le texte original anglais.

** « Collegium Medicorum » dans le texte original anglais.

Un système de médecins de district est aussi apparu vers la fin du 17^e siècle. Ces médecins de district assumaient des responsabilités qui pourraient s'apparenter aux services de santé publique d'aujourd'hui. Précisons toutefois qu'à ces responsabilités s'ajoutait celle de la pratique de la médecine. Au départ en nombre restreint, la cohorte des médecins de district s'est accrue graduellement: ils n'étaient que neuf au début du 18^e siècle pour atteindre 280 au début du 19^e siècle et finalement 500 vers les années 1900. C'est à cette époque qu'une organisation nationale spéciale de santé publique fut mise sur pied et que ses effectifs furent recrutés à partir du personnel médical de santé publique des régions et des départements.

Les hôpitaux sont apparus au cours des 17^e et 18^e siècles, la plupart du temps grâce à des donations charitables. Le développement du secteur hospitalier toutefois ne prit véritablement son essor que vers le milieu des années 1860 lors de la réforme constitutionnelle majeure créant les conseils généraux. C'est à ces conseils que l'on attribua des pouvoirs de taxation indépendants et à qui l'on confia la responsabilité des hôpitaux de soins somatiques. À l'opposé, les institutions psychiatriques, les services externes, les soins médicaux (assurés par les médecins de district) et les services de soins non hospitaliers demeuraient une responsabilité nationale. Les conseils généraux ont pris entre eux des arrangements pour faire en sorte que s'établissent un certain nombre d'hôpitaux. Les services de soins somatiques ont donc connu une expansion rapide et ne tardèrent pas non plus à se spécialiser d'une façon notable.

Ce n'est que vers les années 1960 qu'une deuxième réforme organisationnelle majeure dans le domaine de la santé et des soins médicaux fut implantée. C'est à cette occasion que les conseils généraux ont hérité de la responsabilité des services externes de soins, de même que des services médicaux et psychiatriques. Fait à noter, ils avaient hérité entre les deux réformes de la responsabilité de l'administration des services médicaux de soins prolongés.

L'étape finale, qui faisait des conseils généraux les véritables responsables de la santé et des soins médicaux, se présenta en 1983 lorsque fut votée la nouvelle Loi sur la santé et les soins

médicaux. Elle désignait somme toute un conseil général comme « le » responsable de la santé et des soins médicaux à l'intérieur de son territoire, « le » responsable de la coordination de tous les facteurs qui entrent en jeu dans la poursuite de ces intérêts sur ce même territoire, « le » responsable de la planification de la santé et des soins médicaux à partir de l'identification des besoins de la population. Fait important, nous le répétons, la santé et les soins médicaux ne forment plus qu'une seule entité au sens de cette loi. Plus encore, le Conseil général se voyait imparti de la responsabilité de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie au même titre que de l'examen, du traitement et de la réadaptation. C'est cette loi qui veut que les services de santé et les soins médicaux visent « la santé et des services de qualité accessibles de façon égale à tous les habitants du pays ».

Les conseils généraux et la supervision exercée par le gouvernement national

Comme il a été mentionné précédemment, la responsabilité pour la santé et les soins médicaux à la fois pour les patients en institution et les patients ambulatoires incombe aux 26 conseils généraux, à l'inclusion de 3 grandes communes. Ces organisations dispensent des services à une population qui varie de 60 000 à 1 500 000 personnes; ajoutons aussi que les services dentaires publics font partie des bénéfiques qui doivent être offerts à la population et ce, depuis l'enfance jusqu'à l'âge de 19 ans (il existe en outre certains services qui sont offerts aux adultes, mais leur énumération dépasserait le cadre du présent chapitre). Au surplus, les conseils généraux offrent aussi des services aux déficients mentaux.

La santé et les soins médicaux sont administrés par une assemblée élue démocratiquement au sein de chaque conseil général. La candidature des chanceliers de département est soumise à l'électorat général qui vote une fois tous les trois ans; cette période d'élection coïncide avec celle du parlement national et des conseils des communes. Les partis politiques en règle générale seront les mêmes au niveau local, régional et national. Il apparaît important de préciser à ce stade-ci que la démocratie

suédoise a une longue tradition de gouvernement local autonome et que cela a eu et continue d'avoir une influence profonde qui façonne le secteur public. Ainsi les conseils généraux, au niveau régional, et les communes, au niveau local, jouent un rôle essentiel qui contribue à faire de la Suède un « État-prévoyance social »*.

Au fil des dernières décennies, les responsabilités et les programmes, autant des conseils généraux que des communes ont pris beaucoup d'ampleur. D'importantes responsabilités ont été transférées de l'État aux autorités régionales et locales, par suite d'une réforme constitutionnelle du début des années 1970. Ainsi, il y a, sans l'ombre d'un doute, un courant de pensée important en Suède qui favorise une décentralisation du pouvoir du niveau national aux niveaux régional et local ; le rôle de l'État aura de moins en moins un caractère d'intervention directe par une réglementation méticuleuse et les conseils généraux et les communes jouiront d'une plus grande autonomie. Une remarque importante cependant : la Suède n'est pas une fédération de conseils généraux ou de communes. En effet, selon la législation spéciale en matière de santé et de soins médicaux, les conseils généraux doivent accepter la responsabilité de ces activités selon les besoins et conditions au niveau local, tout en respectant l'objectif général tel que formulé par le parlement à savoir : « la santé et des services de qualité accessibles de façon égale à tous les habitants du pays ». Le gouvernement national et, sous son autorité, la Direction nationale de la santé publique et de la prévoyance sociale supervisent et réglementent la santé et les soins médicaux dans tout le pays, de sorte que l'uniformité est la règle, non seulement devant la loi et en termes qualitatifs, mais aussi au sens où tous les citoyens ont effectivement un accès égal à « la santé et aux soins médicaux ».

L'ensemble du personnel de santé et du personnel médical en Suède, qu'il soit employé par les conseils généraux ou qu'il travaille dans le secteur privé, tombe sous la supervision de la Direction nationale de la santé publique et de la prévoyance

* « Welfare state » dans le texte original anglais que nous pourrions aussi associer à la traduction d'« État-providence » (N.D.L.R.).

sociale. Les erreurs ou omissions sont sanctionnées par un conseil spécial nommé Conseil national de discipline médicale.

Aussi pouvons-nous dire que l'État suédois a des pouvoirs de supervision sur la santé et les soins médicaux qui se prolongent jusqu'aux conseils généraux. L'État n'est-il pas responsable de voir à ce que le système de santé se développe de façon efficiente dans la foulée des objectifs généraux qu'il s'est fixés et qu'il a développés à partir des buts et contraintes d'une politique de prévoyance sociale* (au sens littéral et très large du terme) et de facteurs macro-économiques? Rappelons que l'État est aussi responsable de voir à ce que chacun, quel que soit son lieu de résidence, ait un accès égal aux services de santé et une protection égale au sens de la loi quant à la qualité et la quantité des soins médicaux qui lui sont offerts.

L'administration gouvernementale centrale et la chancellerie gouvernementale, toutes deux soumises au parlement, sont divisées en deux niveaux. En ce qui concerne les services de santé, il s'agit du *ministère des Affaires sociales de la santé publique* (Socialdepartementet) d'une part et des autorités administratives relativement indépendantes d'autre part dont la plus importante est certainement la *Direction nationale de la santé publique et de la prévoyance sociale* (Socialstyrelsen).

Le *ministère des Affaires sociales de la santé publique* constitue une partie de la chancellerie gouvernementale. Il gère les affaires du cabinet et formule les lignes de conduite générale dans des champs de compétence tels que les services de santé, les services sociaux et l'assurance-maladie.

La *Direction nationale de la santé publique et de la prévoyance sociale* est l'organisation administrative centrale pour toutes les questions concernant les services de santé, l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et les services sociaux. Ces tâches incluent:

- La planification (faire en sorte que la chancellerie gouvernementale, le parlement et les conseils généraux aient accès à

* « Social welfare policy » dans le texte original anglais.

l'information à des fins de planification, de surveillance et d'évaluation de la santé et des soins médicaux);

- La supervision des services de santé pour les patients institutionnalisés et non institutionnalisés, ainsi que la mesure de la performance professionnelle du personnel de santé;
- La dispensation des programmes d'informations sanitaires.

Les conseils généraux et les trois grandes communes en dehors du giron des conseils généraux sont affiliés à la Fédération des conseils généraux de Suède (*Landstingsförbundet*). Cette fédération offre des services à ses membres et représente leurs intérêts. Elle est également un agent négociateur central relativement aux arrangements financiers avec le gouvernement national; elle conclut aussi des ententes avec le syndicat à propos des échelles salariales du personnel de santé.

Au niveau central, il existe un institut particulier en matière de planification et de rationalisation médico-sociales, le *SPRI*. Cet institut est géré conjointement par le gouvernement central et les conseils généraux. Ses responsabilités sont d'abord l'établissement de standards d'efficacité ainsi que d'autres mesures de planification tout autant que la conduite de certaines enquêtes.

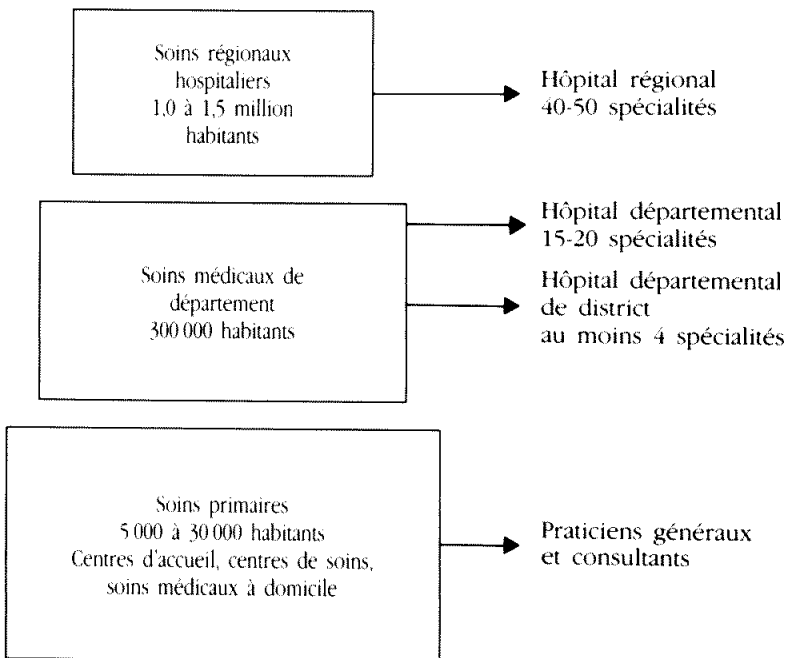
La structure des services de santé et des soins médicaux

Le nombre de lits d'hôpital en Suède est assez élevé, soit environ 13,6 par 1 000 habitants (dont 4,8 pour des soins généraux, 2,3 pour des soins psychiatriques et 6,5 pour des soins prolongés). Il y a également 7 places par 1 000 habitants en foyer d'accueil municipal pour les personnes âgées, auquel nombre l'on doit ajouter la disponibilité de services spéciaux d'hébergement individuel et de groupe pour les personnes âgées.

À l'opposé, le nombre de visites médicales sur une base ambulatoire est passablement peu élevé, soit 2,5 visites pour traitement médical par année. S'ajoute à ces chiffres environ 1,2 visite pour des soins de santé publique. Notons en plus que 53 % des visites faites aux médecins le sont à l'intérieur de l'hôpital alors que 30 % prennent place auprès des médecins de district dans le système de soins primaires et 17 % auprès de médecins en pratique privée.

La structure des services de santé et des soins médicaux est présentée à la figure 1.

Figure 1 — La structure du système de santé et des soins médicaux en Suède



Les soins non institutionnels sont organisés par *district de soins primaires* lequel compte entre 5 000 et 50 000 habitants. Leur tâche est d'assurer à leur population l'accès aux soins primaires et chacun d'eux compte un ou plusieurs centres de soins

primaires sans compter au moins une maison de soins de longue durée. Les médecins de district au niveau du centre de soins, autant généralistes que spécialistes, assurent les soins curatifs et préventifs. Y travaillent également des infirmières et des sages-femmes. Sans élaborer davantage sur les services curatifs, nous reviendrons plus loin sur la gamme des services préventifs.

Dans la foulée des principes de « désinstitutionnalisation » et de normalisation*, tous les efforts sont faits pour que la personne malade ou handicapée soit traitée à la maison. Une collaboration entre équipes d'infirmières et de travailleurs sociaux est une des caractéristiques intéressantes; ce personnel est regroupé à partir des infirmières des conseils généraux travaillant aux services non institutionnels et des travailleurs sociaux des communes. Ces équipes visitent les malades et les handicapés à leur domicile et leur offrent des services adaptés à leurs besoins. Il arrive à l'occasion que les ressources de services médicaux départementaux soient insuffisantes pour offrir certains traitements ou pour faire face à certaines maladies; c'est alors que la responsabilité est transférée au niveau des services médicaux régionaux. Les soins médicaux du département sont offerts à des patients dont l'état est critique ou encore qui présentent des maladies dont les ressources techniques, quelles qu'en soient les raisons, n'existent que dans un ou très peu d'hôpitaux de ce niveau de services. Nous pourrions subdiviser les différentes catégories d'hôpitaux départementaux de la façon suivante :

- Les hôpitaux départementaux qui desservent une population variant entre 200 000 et 300 000 personnes et qui comprennent de 15 à 20 spécialités. En règle générale, il n'y a qu'un seul hôpital de ce type par conseil général.
- Les hôpitaux départementaux de district qui couvrent de 60 000 à 90 000 personnes et qui comprennent au moins quatre spécialités différentes comme la médecine interne, la chirurgie, la radiologie diagnostique et l'anesthésiologie.

* « Normalisation » dans le texte original anglais.

Le système de soins médicaux régional pour sa part est responsable de ces quelques patients qui présentent de très graves problèmes de maladie et qui demandent la collaboration d'un grand nombre de spécialistes hautement qualifiés et, dans plusieurs cas, d'équipements spéciaux. Aussi la Suède est-elle actuellement divisée en 6 régions de soins médicaux, chacune d'elles desservant une population de plus d'un million d'habitants. C'est d'une façon conjointe que les conseils généraux d'une région donnée administrent ces activités. Règle générale, une région ne possède qu'un seul de ces hôpitaux, rarement deux; ils présentent le plus haut degré de spécialisation dans les différentes disciplines. Ces hôpitaux sont localisés à Umeå, Uppsala-Örebro, Stockholm, Linköping, Göteborg et Lund-Malmö; ils sont tous affiliés à des facultés de médecine et il s'y fait également de l'enseignement et de la recherche. Ajoutons enfin qu'il y a un certain nombre d'hôpitaux à vocation spécialisée plus particulièrement en psychiatrie; la tendance actuelle veut de plus en plus fusionner les hôpitaux psychiatriques aux hôpitaux de soins généraux.

Activités spéciales du domaine préventif

Rappelons que selon les niveaux de qualité internationaux, l'état de santé en Suède est très bon. Tout comme dans n'importe quel autre pays industrialisé, les problèmes de santé en Suède ne sont plus du domaine de l'infection ou de la malnutrition, mais bien plutôt du domaine de l'environnement et des habitudes de vie (à l'inclusion du tabagisme, de l'alcool et de l'alimentation en excès). Les principales causes de maladie sont les maladies cardio-vasculaires et le cancer. Fait important, la proportion de personnes âgées, spécialement dans les catégories du grand âge, a beaucoup augmenté; de façon générale, les 65 ans et plus ont connu une augmentation de 17% ces dernières années et nous prévoyons une augmentation importante des 80 ans et plus lors de la prochaine décennie.

L'incidence de la maladie et des accidents varie beaucoup selon le groupe d'âge de la population. Certaines catégories d'emploi comme le secteur des mines, les collets blancs, les personnes à faible revenu, les chômeurs, les personnes seules et les immi-

grants, sont parmi les plus à risque. Cette variation dans l'état de santé de différentes couches de la population semble s'être accentuée durant les dernières décennies.

Un groupe d'étude spécial au niveau gouvernemental — la Commission de la santé publique — a récemment été mise sur pied pour étudier les aspects intersectoriels reliés à l'amélioration de la santé. Dans une approche globale initiale, ce groupe a accordé la priorité à trois problèmes de santé: la santé de l'enfant (d'abord les enfants qui présentent des risques majeurs de santé), la santé de certains groupes de travailleurs (tout autant leur état personnel qui semble se détériorer davantage que les problèmes dans leur environnement de travail) et finalement l'alimentation, les maladies cardio-vasculaires et le cancer.

Tel qu'il a été mentionné précédemment, les services de santé et les responsabilités médicales du conseil général incluent à la fois la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Étant donné l'importance de ce mandat, il nous apparaît pertinent de passer en revue les activités spéciales déployées à cet égard tout autant par les conseils généraux que par les autres organisations.

En fait, les conseils généraux possèdent aujourd'hui des unités socio-médicales au niveau central et au niveau du district (à l'intérieur des soins primaires). Ils ont pour tâches de surveiller et d'analyser l'état de santé de la population et, de façon plus spécifique, des différents groupes sociaux; ils doivent aussi mettre en marche les mesures nécessaires pour réduire les risques à la santé. Les services de santé et les soins médicaux ont également de bonnes chances d'avoir une influence certaine sur les risques à la santé en agissant dans d'autres secteurs de la communauté. Pour ce faire, ils doivent systématiser et structurer la connaissance unique qu'ils tirent de la souffrance, des maladies et de la mortalité observées dans la population. Au surplus, ces unités socio-médicales doivent aussi déployer des services d'éducation et d'information sanitaire.

On exige des conseils généraux qu'ils collaborent étroitement avec les services sociaux et les services environnementaux au

niveau communal, surtout en matière de soins primaires. De leur côté, les communes ont toutes un comité de protection de la santé et de l'environnement qui est responsable des mesures de protection dans ces domaines.

Un certain nombre de conseils généraux ont élaboré une planification à long terme (*plan de santé*) en regard de leurs activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Certains de ces plans sont très concrets, reprenant à leur compte des objectifs qui ont été définis par le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé à même les stratégies de la « Santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Citons par exemple, la réduction importante du tabagisme, une réduction de 25 % de la consommation d'alcool et une réduction de 15 % des maladies cardio-vasculaires et de la mortalité par cancer chez les personnes de moins de 65 ans. Dans la même veine, quelques conseils généraux ont banni le tabagisme à l'intérieur de leurs hôpitaux et de certains autres organismes de santé, exception faite toutefois pour les patients et en ayant pris soin auparavant d'aménager certaines aires où il est permis au personnel de fumer. D'autres conseils généraux, nommons par exemple ceux de Västerbotten et Stockholm, ont innové en introduisant des modifications nutritionnelles pour réduire certaines formes de maladies telles le cancer et les maladies cardio-vasculaires.

Parmi les actions préventives traditionnelles mises de l'avant par les conseils généraux, on retrouve des services de *santé maternelle et infantile*. Entièrement gratuits, ils font partie intégrante des soins de santé primaire, bien qu'ils soient habituellement offerts par les obstétriciens et pédiatres des hôpitaux départementaux. À peu près toutes les femmes enceintes se prévalent des services de santé maternelle. Avant d'accoucher, elles rencontrent de 10 à 12 fois la sage-femme et au moins 3 fois le médecin. Quant aux soins postnatals, ils incluent les examens et la supervision médicale. La contraception s'ajoute aussi à ces services.

Jusqu'à l'âge de 7 ans, à peu près tous les enfants sont sous la surveillance des *services de santé de l'enfant* qui sont majoritairement à caractère préventif. Ils comprennent les mesures

d'éducation sanitaire chez les enfants d'âge préscolaire et chez les enfants de certaines institutions spécialisées qui relèvent de la municipalité. Normalement, chaque enfant rencontre le médecin de 4 à 7 fois durant sa première année de vie, environ 2 fois dans sa deuxième année, puis une fois toutes les années subséquentes. Fait à noter, à l'âge de 4 ans, chaque enfant subit un examen médical et social exhaustif connu sous le nom d'« examen des 4 ans ».

Les *services de santé scolaire* sont d'abord et avant tout de nature préventive mais ils incluent aussi certains services cliniques d'urgence.

Le dépistage auprès des enfants et des écoliers est fait par ces services qui font partie intégrante des activités générales de l'école et qui sont sous la supervision communale. Les services de santé scolaire couvrent tous les jeunes âgés de 7 à 16 ans et environ 85 % des adolescents de 17 à 19 ans (c'est-à-dire ceux qui fréquentent l'école secondaire supérieure).

Les *services de la médecine du travail* se sont beaucoup développés durant les dernières décennies. On peut dire qu'environ 70 % des personnes ayant un emploi y ont accès. Il existe environ 1 400 médecins en médecine du travail et chaque compagnie d'importance possède son propre service de médecine du travail administré conjointement par l'employeur et le syndicat. Les plus petites compagnies sont souvent affiliées à un centre de médecine du travail qui lui-même dessert les employés de plusieurs compagnies. Les autres industries peuvent contracter avec l'organisation de soins primaires des conseils généraux pour offrir de tels services. Les activités de la médecine du travail sont d'abord de nature préventive et s'occupent prioritairement de l'environnement du travail. Les employés ont accès à un certain nombre de services médicaux, à condition que ceux-ci aient un lien avec les problèmes reliés au travail. Les services de médecine du travail tombent sous la juridiction de la Direction nationale de sécurité et de l'hygiène du travail (Arbetskyddstyrelsen).

Généralement, *les dépistages médicaux* sont surtout orientés vers l'éradication de la tuberculose par des examens radiologi-

ques. La tendance des vingt dernières vingt années a plutôt porté dans l'ensemble du pays sur le dépistage du cancer du col utérin chez la femme et les résultats en termes de diminution de morbidité et de mortalité ont été très encourageants. Récemment, on a introduit le *dépistage du cancer du sein (mammographie)* chez les femmes de 40 ans et plus. Un important projet de démonstration a confirmé qu'une telle approche réduirait la mortalité due au cancer du sein, surtout chez les femmes âgées de 50 ans et plus. Malheureusement, seulement la moitié des conseils généraux en Suède ont pu adopter cette forme de dépistage, à cause d'une pénurie de radiologistes spécialisés et de techniciens en radiologie.

Ajoutons que plusieurs conseils généraux et plusieurs centres de médecine du travail ont entrepris des dépistages particuliers selon les problèmes auxquels ils étaient confrontés. Cela inclut par exemple certaines analyses de sang, d'urine, la prise de tension artérielle, des électrocardiogrammes, etc. Ces mesures sont appliquées à différents groupes de la population comme les personnes âgées ou encore à certaines catégories d'employés. L'on envisage enfin d'introduire d'autres dépistages comme celui du cancer de la prostate chez l'homme, dépistage par palpation ou ultrasonographie (communément appelé « pappographie »)*.

Les enfants sont *vaccinés* de façon routinière et gratuite selon un calendrier préétabli. Durant leur première année de vie, ils reçoivent trois doses de vaccin contre la polio et trois doses contre la diphtérie et le tétanos. Une quatrième injection de vaccin antipoliomyélite leur est donnée entre l'âge de 5 et 6 ans et une injection contre la diphtérie et le tétanos à l'âge de 10 ou 12 ans. La vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est donnée à dix-huit mois et douze ans. La revaccination contre la polio, le tétanos et la diphtérie a lieu habituellement chez le garçon lors de son service militaire à l'âge de 20 ans. La vaccination contre la tuberculose à l'aide du BCG n'est administrée que pour les groupes à risque tels certaines communautés immigrantes et membres de familles où on a

* « Popularly called pappography » dans le texte anglais original.

noté une prévalence de la tuberculose. Enfin, les enfants sont vaccinés contre la coqueluche à la demande des parents.

Tout comme dans de nombreux autres pays, la Suède déploie présentement de gros efforts pour *prévenir la transmission de l'infection à virus HIV et du SIDA*. Le nombre de cas diagnostiqués de SIDA en Suède était en novembre 1988 de 235 alors qu'au même moment, 1 932 personnes étaient trouvées HIV-positives. Heureusement, l'augmentation du nombre de personnes positives a diminué de moitié durant l'année passée: de 50 nouveaux cas par mois il est passé à environ 25. Les mesures de prévention que nous appliquons sont l'information et l'éducation sanitaire. L'information sur le virus HIV et sur la protection contre l'infection est fournie au public en général et aux groupes qui sont particulièrement à risque. La Suède investit beaucoup pour identifier les personnes HIV-positives à l'aide de tests sanguins qui sont faits sur une base volontaire et demeurent confidentiels. Ils sont pratiqués chez les donneurs de sang, chez les femmes enceintes, chez toutes les personnes faisant usage de drogues et chez les voyageurs qui reviennent de certains pays particulièrement à risque. Advenant le cas où le résultat est positif, des règles très strictes de confidentialité s'appliquent. Elles ont comme conséquences, croyons-nous, de faire en sorte qu'il soit possible d'avoir une image assez fidèle de la situation de l'infection à virus HIV en Suède.

Des efforts particuliers sont aussi déployés pour faire obstacle à la propagation des autres maladies transmissibles sexuellement. Actuellement, l'attention est portée sur l'infection par la chlamydia qui s'est avérée être particulièrement répandue chez les jeunes adultes et qui a comme effet de causer la stérilité et des grossesses extra-utérines chez la femme.

Des améliorations substantielles en matière de *santé dentaire* ont été notées durant les récentes décennies et nous les attribuons aux mesures préventives qui ont été mises en branle. À toute fin pratique, tous les enfants et les jeunes adultes en Suède entre l'âge de 3 et 19 ans, sont examinés annuellement par un dentiste. La proportion des enfants sans carie entre l'âge de 3 et 5 ans s'est améliorée pour passer de 27 % en 1973 à 70 % en 1985. Nous attribuons ce résultat en bonne partie à

l'utilisation de l'application de fluor et du rince-dent fluoré. À l'âge de 12 ans, 17 % des enfants ne présentent encore aucune carie et en moyenne, ce groupe d'âge ne présente que 3,2 obturations par individu. La santé dentaire chez l'adulte s'est aussi améliorée mais il faut noter ici de grandes variations entre différents segments de la population.

Les coûts

Les coûts de santé et de soins médicaux ont augmenté très rapidement ces dernières années. Ils totalisent 9,2 % du PNB comparé à 3 % en 1960. Durant les 15 dernières années, ces dépenses se sont élevées de 15 à 20 % annuellement en SEK (couronnes suédoises) constants. Pendant les années 1970, il fut possible de maintenir l'augmentation des coûts à environ 4 % par année en SEK constants et plus récemment à 2 % environ.

Les services de santé et les soins médicaux sont financés d'abord par la taxation prélevée par les conseils généraux directement auprès de la population de la commune. Ces taxes sont proportionnelles, c'est-à-dire qu'elles représentent un pourcentage du revenu taxable de chaque individu, quel que soit son revenu. Entre 1960 et 1984, l'augmentation moyenne de la taxation est passée de 4,5 % à 13 % environ et ces taxes payaient près de 60 % de la facture des services de santé et des soins médicaux. Des subventions générales accordées par l'État viennent combler les disparités qui existent entre les revenus des différents conseils généraux. Elles représentent près de 15 %. La portion impayée restante provient des fonds de l'État pour l'éducation, la recherche et la psychiatrie (12 %), des fonds d'indemnisation à partir du système d'assurance national (8 %) et de la facturation aux patients (4 %).

La main-d'oeuvre

La main-d'oeuvre du secteur de la santé a augmenté rapidement dans les dernières décennies. En 1987, l'on comptait environ 450 000 personnes (environ 310 000 équivalents temps plein), soit à peu près 10 % du marché du travail en Suède. Il est

intéressant de noter qu'en 1960, ce nombre était de 115 000 pour une proportion de 3 %. Nous attribuons jusqu'à un certain point cette rapide augmentation des employés dans le secteur de la santé à une réduction du nombre d'heures de travail et à une augmentation proportionnelle d'emplois à temps partiel.

Il existe actuellement une pénurie de main-d'oeuvre dans certaines catégories d'emplois spécialisés comme la médecine — l'omnipraticque, la psychiatrie, les soins prolongés en gériatrie et pour certaines spécialités de laboratoire — sans pour autant sous-estimer la pénurie d'infirmières et de physiothérapeutes. Le recrutement de nouveau personnel dans les services de santé et les soins médicaux semble être un sérieux problème qui se poursuivra encore longtemps puisque, entre autres raisons, il y a une diminution de la main-d'oeuvre dans l'ensemble du marché du travail.

Formation et recherche

Les médecins reçoivent un entraînement dans une des six facultés de médecine qui sont la plupart du temps affiliées à une université. Qu'il s'agisse de recherche ou de formation médicale, ces deux axes sont entièrement pris en charge par l'État. Les facultés de médecine existent à Umeå, Uppsala, Stockholm (Institut Karolinska), Linköping, Göteborg et Lund. Les hôpitaux d'enseignement, qui sont aussi des hôpitaux régionaux, ont une affiliation avec les programmes de formation. Les admissions en faculté de médecine sont contingentées et 850 nouveaux diplômés franchissent les portes des facultés chaque année. L'entraînement complet prend 5,5 années et se répartit en 3 périodes: préclinique, préparatoire et clinique.

Reçu médecin, chaque candidat doit compléter un stage de 21 mois, l'internat général, au terme duquel il obtiendra sa licence qui lui donnera le droit de pratique. Subséquemment, la plupart des médecins termineront un programme d'entraînement du 2^e et du 3^e cycles* de 4 à 5 années, ce qui les qualifiera comme spécialistes ou médecins généralistes. La Direction na-

* « Postgraduate training » dans le texte anglais original.

tionale de la santé publique et de la prévoyance sociale alloue des « blocs de postes »* pour l'entraînement du 2^e et du 3^e cycles selon les besoins déterminés par le programme de distribution de la main-d'oeuvre médicale, lui-même établi par le comité de planification gouvernementale en matière de santé. Ce nombre d'admissions aux différentes spécialités est censé refléter les besoins nationaux à long terme.

Le tableau 1 fait état du nombre total de personnel spécialisé dans certaines catégories.

Tableau 1 — Catégories de personnel spécialisé

	1987 ¹	2000 ²
Médecins	24 000	28 000
Dentistes	11 900	12 500
Infirmières	92 000	110 000
Physiothérapeutes	8 400	9 600

1. Données préliminaires
2. Prévisions

La recherche médicale en Suède est bien développée. Elle a attiré l'attention internationale et se caractérise par des liens étroits entre les activités précliniques et cliniques. La moitié des coûts de la recherche médicale est supportée par le gouvernement central et se chiffre à peu près à 3,5 millions SEK. La plupart des subventions à la recherche provenant de l'État vont aux universités. Le Conseil de recherche médicale (Statens medicinska forskningsråd) reçoit environ 10 % des crédits du gouvernement à l'échelle nationale.

L'assurance-maladie publique

C'est en 1955 que l'on a établi un système d'assurance-maladie publique financé par l'État et par les cotisations patronales. Ses bénéficiaires couvrent les soins médicaux, la maladie et les soins prénatals. Ils s'étendent à tous les citoyens suédois et les

* « Appointment blocks » dans le texte anglais original.

résidents étrangers. Ce programme d'assurance-maladie est le principal outil qui permet une équité socio-économique tout en permettant le financement, le contrôle et la supervision au niveau étatique.

L'assurance-maladie comprend les soins médicaux (à la fois sur une base non institutionnelle publique et privée), les traitements dentaires, hospitaliers, paramédicaux tels que la physiothérapie, les soins aux convalescents, l'aide aux handicapés et les frais de déplacement. Une indemnisation est aussi consentie pour payer les médicaments, certains articles périssables* et certains services-conseils en matière de contrôle des naissances, d'avortement et de stérilisation.

À l'intérieur du système d'assurance-maladie, les patients ne paient que 55 SEK au conseil général pour chaque visite qu'ils effectuent auprès d'un médecin en clinique publique extrahospitalière. Il n'y a pas de frais additionnels pour des tests de laboratoire, radiographie ou autres services. Le salaire des médecins est entièrement payé par les conseils généraux.

Avant 1984, les conseils généraux recevaient en plus un paiement spécial (plus de 150 SEK) directement de l'assurance-maladie publique pour chaque visite effectuée auprès d'un médecin. Depuis 1984, suite à des changements dans le système d'assurance-maladie connus sous l'appellation de « réforme Dagmar », les conseils généraux reçoivent un paiement proportionnel à la population éligible et non plus proportionnel aux services rendus, c'est-à-dire aux consultations. Notons de plus que cette réforme a aussi étendu la couverture à des services préventifs ainsi qu'à d'autres services, ceux-ci ne pouvant être répertoriés dans le cadre de ce chapitre.

En pratique privée, un médecin peut normalement facturer un patient pour une somme de 60 à 70 SEK par visite. Il reçoit en plus un paiement du conseil général de sorte qu'en 1984, la « réforme Dagmar » a permis aux conseils généraux de s'immiscer en quelque sorte dans la pratique médicale privée au sein de leur territoire. Notons que le système d'assurance rembour-

* « Non-durable items » dans le texte original anglais.

se 50 SEK aux conseils généraux pour chaque journée hospitalière qu'ils doivent supporter. Les chiffres actuels de l'allocation journalière sont de l'ordre de plus de 1000 SEK par patient.

Un patient paiera un maximum de 65 SEK lors de sa première prescription médicale. Le coût de tout autre médicament sera couvert par l'assurance-maladie publique. Les médicaments essentiels pour la survie seront fournis gratuitement.

Les pharmacies en Suède sont administrées par l'État. Un dernier élément d'information dans cette section concerne les soins dentaires : règle générale, jusqu'à 40 % des soins dentaires sont couverts par le programme d'assurance-maladie publique.

Les indemnités de maladie sont accessibles à tous les résidents en Suède avec une protection garantie contre la perte de revenus causée par la maladie, les blessures ou une infirmité. La couverture va jusqu'à 90 % du revenu habituel sans dépasser le maximum prévu.

En parallèle, un système d'assurance familiale accorde une protection semblable jusqu'à l'âge de 12 mois pour tout nouvel enfant. La pleine compensation et le plein congé parental sont octroyés à la condition expresse que le père prenne le temps de s'occuper de l'enfant.

Politique de santé

Comme il a été mentionné précédemment, les services de santé et les soins médicaux sont considérés comme une partie importante du système étatique suédois. Son principe fondamental veut que tous les citoyens soient en santé et éligibles aux services de santé et aux soins médicaux d'égale façon, peu importe l'endroit où ils vivent dans le pays, leurs moyens financiers, etc. Rappelons que ce sont les conseils généraux qui ont la responsabilité de voir à ce que ces objectifs soient atteints ; le système d'assurance-maladie publique n'est là que pour appuyer leurs efforts.

Ces dernières années, le secteur de la santé a été de plus en plus le point de mire des débats politiques en général. Cela

s'explique probablement parce que la santé joue un rôle important dans la vie de tous les jours de la population et aussi parce que les coûts ont augmenté d'une façon vertigineuse.

Les principaux problèmes de santé aujourd'hui viennent du fait que divers groupes socio-économiques et catégories d'employés ont, à des degrés différents, la possibilité de vivre en santé. Ajoutons aussi à cela le fait que, suite aux développements technologiques et médicaux, de nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement sont maintenant disponibles. Ainsi changements sociaux et développements technologiques entraînent comme conséquence que les politiques de santé d'une société dans son ensemble doivent être souples et s'adapter aux conditions et aux besoins autant d'aujourd'hui que de demain.

En 1985, le parlement a défini certaines lignes de conduite en matière de politique de services de santé et de soins médicaux pour les prochaines années. Ces lignes de conduite se sont inspirées des travaux impressionnants qui ont été menés de 1978 à 1984 et publiés sous le titre de « L'organisation des services médico-sanitaires au cours des années 1990 — HS 90 ». Brièvement, les faits saillants pourraient être énoncés de la façon suivante :

Buts généraux

- Une amélioration dans l'indice général de santé, ce qui implique une politique de santé perpétuellement dynamique et coordonnée. Une politique de santé doit s'appliquer prioritairement à éliminer les facteurs de risque.
- Faire en sorte que les services soient accessibles à l'ensemble de la population d'une façon égale. Il existe encore des inégalités relativement importantes entre les différents groupes au sein de la population comme le reflète la probabilité différente qu'ont ces groupes de recevoir des services de santé de qualité égale lorsqu'ils en ont besoin.

Obligations et principes fondamentaux

- Les services de santé et les soins médicaux doivent être d'abord fournis à même le secteur public et avoir comme assise fondamentale la responsabilité publique, le financement partagé, la proximité géographique, l'accessibilité et le libre choix.
- Le besoin de l'individu doit toujours être la préoccupation première lorsque les services sont offerts.
- En matière de maladies de longue durée, l'on devra encourager le maintien à domicile, tout en améliorant les services des maisons de soins prolongés.
- Une attention spéciale sera portée à la situation des handicapés au sein du système de santé.
- Le développement continu et accéléré de services à caractère plus ouvert devra être poursuivi comme un objectif majeur face à la maladie mentale.

L'on doit encourager le développement de programmes généraux et individualisés en matière de soins préventifs.

1. Les lignes de conduite en matière de structure des soins

- Les services de soins primaires constitueront la base du système de santé. Il devra y avoir à ce niveau un renouvellement des effectifs.
- Les soins médicaux des départements et des régions seront développés en accordant une attention particulière à la spécialisation, à certaines mesures préventives spécifiques, à la recherche et au développement. Il faudra continuer de diminuer le nombre de lits, alors qu'à l'opposé l'on développera les services de santé primaire et, au niveau local, les maisons de cure. (Notons que malgré des efforts importants en chi-

rurgie, il y a encore aujourd'hui de longues listes d'attente particulièrement pour les pontages coronariens, les maladies lenticulaires et les maladies de la hanche.)

2. Statistiques sanitaires et planification

- La planification à long terme devra être développée davantage, tout comme devront l'être les méthodes d'allocation de ressources basées sur l'estimation de besoins.
- La connaissance des risques à la santé, de la mesure de l'état de santé et de la mesure du besoin en services dans les différentes couches de la population devront afficher une meilleure compilation statistique, être présentées à intervalles réguliers et de façon « accessible » sous la forme de rapports généraux de santé publique.

3. Personnel, formation et recherche

- La planification de la main-d'oeuvre et la formation devront être plus étroitement associées aux objectifs de services de santé et de soins médicaux.
- L'on devra consolider, voire même développer davantage la recherche médicale en Suède, si renommée soit-elle. Il est proposé de réaliser cet objectif en donnant une plus grande priorité aux mesures préventives, à la médecine générale, à l'épidémiologie, aux soins infirmiers et à la réadaptation, tout cela dans une perspective interdisciplinaire.

Le développement futur des services de santé et des soins médicaux en Suède sera bien entendu associé à la croissance économique globale de la société. Durant les dernières années, la demande de services a surtout été comblée par une augmentation d'efficacité et de productivité dans l'ensemble des services de santé et des soins médicaux.

Quelques données statistiques — Suède

Superficie du pays	1988	450 000 km ²
Population totale	1988	8,4 millions
Densité de population	1988	19/km ²
Taux de natalité	1986	12,1 %
Taux de chômage	1988	1,5 %
Population de 20-64 ans	1988	57,7 %
Population de 65 ans et plus	1987	16,8 %
Population de 75 ans et plus	1987	7,1 %
Espérance de vie à la naissance		
Hommes	1987	74,2
Femmes	1987	80,2
Taux de mortalité infantile par 1000 naissances d'enfants vivants	1986	5,9
PNB total	1987	1 008,5 milliards de SEK
PNB per capita	1987	120 000SEK (19 350 \$US)
Part du PNB consacrée à la santé	1987	9,2 %
Dépenses de santé per capita	1987	11 050 SEK (1 782 \$US)
Taux d'inflation	1988	environ 6 %
Nombre total de médecins	1988	24 000
Population par médecin	1988	350
Population par infirmière	1988	91
Lits d'hôpital par 1000 habitants	1988	13,6
Taux brut de mortalité par 1000 habitants	1986	11,15
Principales causes de décès	1986	
Maladies du système circulatoire		54,5 %
Tumeurs		21,2 %
Maladies du système respiratoire		7,9 %
Facteurs externes incluant les accidents		5,4 %
Autres facteurs		11,0 %

Bibliographie

SWEDISH INSTITUTE, *Fact Sheets on Sweden. The Health Care System in Sweden*, 1987.

THE NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE, *HS 90. The Swedish Health Services in the 1990s*, 1985.

————— *Public Health Report 1988*.

STATISTICS SWEDEN (SCB), *Health in Sweden, Yearbook of Health Statistics 1987/88*, 1989.

WHO, HEALTH SERVICES IN EUROPE, *Country reviews and statistics. Sweden* Vol. 2, 177-183, Regional Off. for Europe, Copenhagen, 1981.

BORGENHAMMAR, Edgar, « Health Services in Sweden », dans *Comparative Health Systems. Descriptive Analyses of Fourteen National Health Systems*, 1985, édité par Marchall W. Raffel, pp. 470-487.

WENNSTRÖM, Gunnar, « Health and Medical Care in Sweden », dans *The Journal of Medical Practice Management*, Vol. 2, no 1, 1986, pp. 65-72.

La santé communautaire en Italie

Carlo Hanau

Ce travail a été réalisé grâce à la subvention du CNR (Comitato per le Scienze Economiche, Statistiche e Demografiche) et le concours du D^r Yves Souteyrand et de Mme Marie-Christine Sénéchal (Mission recherche expérimentation — ministère des Affaires sociales et de l'Emploi — Paris)

Historique de la santé publique en Italie

Quelques années après l'unification nationale, le gouvernement Crispi fit voter la loi n° 5849 du 22 décembre 1888, sur la restructuration des tutelles de l'hygiène et de la santé publique. Cette loi avait pour objectifs le développement et la coordination des structures sanitaires universitaires, des activités de la santé humaine et animale des « condotte »*, des obstétriciens et des pharmaciens. Elle concernait également les instituteurs du primaire dont on pouvait espérer une aide active et efficace relative à l'éducation sanitaire.

Cette restructuration portait également sur l'autre grand secteur de la santé : le secteur hospitalier qui devenait public. Cette transformation fut réglementée par une série de lois, instaurées à partir de 1862 jusqu'à celle du 17 juillet 1890 (n° 6272). Elle transformait en institutions publiques d'assistance et de bienfaisance les oeuvres religieuses hospitalières (gérant les hôpitaux et leur immense patrimoine) qui fonctionnaient jusqu'alors sur la base des statuts établis par les fondateurs de ces oeuvres, bien souvent motivés par la morale chrétienne. Leurs conseils d'administration étaient mis en place par les élus locaux (mairie, provincia) qui ont été remplacés (1923-1928) par des préfets, nommés par le gouvernement central, lors de la législation fasciste.

Après 1850, au nord de l'Italie en voie d'industrialisation, les « Sociétés ouvrières de secours mutuel » s'étaient constituées. Les premières formes d'organisation des travailleurs salariés étaient nées. Leur principe de base est simple : chaque travailleur doit verser une cotisation à une caisse commune où, en cas de maladie, il pourra trouver les fonds nécessaires à sa survie et au paiement des soins médicaux. Dans un contexte de précarité sanitaire générale, tant au niveau des conditions de travail que des conditions de vie domestique et de l'environnement général, il était difficile, voire même impossible de discerner les maladies générées par les conditions de travail des autres

* Les « condotte » sont les zones géographiques placées sous la responsabilité des médecins « medici condotti » et des vétérinaires salariés des municipalités.

maladies. Le système mutualiste s'est ainsi développé de manière progressive mais néanmoins massive au sein même de la population.

Arrivant au pouvoir, le régime fasciste a bouleversé certaines caractéristiques fondamentales des principes de base de la mutualité. Il a tout d'abord rendu obligatoire, pour la plus grande partie des salariés et de leurs familles, l'adhésion à une mutuelle, qui jusqu'alors avait un caractère volontaire et avisé; de plus, en centralisant au plan national la nomination des dirigeants de ces mutuelles, il a pu mieux les contrôler et accentuer la division corporatiste de celles-ci. Ainsi, chaque travailleur, selon l'emploi qu'il occupait et son secteur d'activité, devait s'inscrire, cotiser à une mutuelle particulière régie par des règles propres et dont les prestations économiques et sanitaires étaient très différentes selon leurs statuts.

La Constitution républicaine de 1947 prévoyait dans ses articles 117 et 118 de conférer les pouvoirs législatifs, dans le domaine de la santé et de l'assistance sociale, aux régions* et la gestion administrative aux communes. Néanmoins les mutuelles ont survécu dans les mêmes formes qu'auparavant. Jusqu'en 1978, on comptait encore un nombre impressionnant de mutuelles. Leurs fonctions premières étaient basées sur les soins; aussi l'INAIL (Institut national d'assurances des accidents du travail), par l'intermédiaire de l'ENPI (Institut national de prévention des accidents et des maladies professionnelles), orientait ses actions en faveur de la prévention (surtout dans l'industrie), par exemple: certificat d'incapacité au travail après consultation, inspection des équipements (machines-outils, etc.), homologation des ascenseurs, etc.

La régionalisation souhaitée par la Constitution se concrétisa au début des années 1970, après la création des 20 régions italiennes, par le « Décret du président de la république » (DPR) n° 4 du 14 janvier 1972 (décret en matière d'assistance sanitaire et

* L'Italie se partage en vingt régions, une centaine de « provincia » et quelques milliers de communes de tailles très différentes.

hospitalière) et par la loi qui suivit (n° 382 du 22 juillet 1975), dont l'article 1 a été actualisé par le DPR n° 616 du 24 juillet 1977.

Faggioli et Maccolini⁽¹⁾ observent que les décrets et lois cités plus haut ont donné aux régions un degré d'autonomie très élevé, autonomie que la réforme sanitaire de 1978 (loi n° 833 du 23 décembre 1978) va quelque peu réduire en faveur des communes et du gouvernement central.

La régionalisation de l'assistance sanitaire révolutionne la précédente structure pyramidale centralisée. Le poste de maire a, depuis toujours, été considéré comme un organe local du ministère national de la Santé auprès duquel il devait répondre de ses activités depuis la loi n° 2248 du 20 mars 1865 jusqu'au DPR n° 4 du 14 janvier 1972; sur la base de l'article 32 du DPR n° 616 du 24 juillet 1977, le maire devient autorité sanitaire locale en tant que titulaire en propre des fonctions sanitaires de la commune. Il reste, cependant, et en même temps, l'organe du gouvernement central pour les compétences peu nombreuses laissées à la charge du ministère de la Santé. La régionalisation met en crise les organes techniques locaux: le « Medico Provinciale » (médecin d'hygiène publique départemental) et surtout l'« Ufficiale Sanitario ». Ce dernier (médecin de l'hygiène) était l'organe technique périphérique du ministère de la Santé (d'après les dispositions du DPR n° 264 du 11 février 1961), véritable autorité sanitaire locale à laquelle le maire faisait appel pour avis technique avant de prendre quelque décision que ce soit (autorisations diverses, concessions, arrêts...). L'« Ufficiale Sanitario » était l'organe le plus important dans le domaine des vaccinations, de l'hygiène du milieu (eau, air, sol), des conditions sanitaires relatives à l'habitat, à l'urbanisation et à l'alimentation, ainsi qu'en matière de certificats de santé et de police sanitaire. Le DPR n° 4 du 14 janvier 1972 transforme l'« Ufficiale Sanitario » en un organe de la région et réduit à zéro en même temps ses prérogatives d'autorité locale⁽¹⁾.

De par la situation d'instabilité et d'incertitude des régions italiennes au moment de leur création, ce que nous avons décrit plus haut a provoqué une crise aiguë de « l'Ufficiale

Sanitario » et de son « Ufficio d'Igiene ». Il y a un certain parallélisme entre « l'Ufficiale Sanitario » italien et le « Medical Officer of Health » anglais⁽²⁾, qui, dans la régionalisation du NHS de 1974 a perdu une grande partie de ses attributions dans le domaine de l'hygiène et de l'environnement : celles-ci sont passées aux mains des autorités locales tandis que celles relatives à la protection infantile et à l'assistance sociale sont passées aux mains des spécialistes de la médecine communautaire. La restriction des attributions de « l'Ufficiale Sanitario »⁽²⁾⁽³⁾ fut sans aucun doute une grave erreur ; quinze ans après, cette erreur est reconnue par tous ! S'ajoute à cela l'effet désastreux d'une politique rétributive favorisant les médecins hospitaliers qui a suivi la loi n° 132 du 12 février 1968 portant sur la réforme hospitalière, provoquant la démission massive des effectifs de « l'Ufficio d'Igiene » et du « Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi » (laboratoire provincial d'hygiène et de prophylaxie), démission en faveur des laboratoires et directions médicales des hôpitaux.

La réforme sanitaire de 1978

Un regard institutionnel

La réforme sanitaire de 1978 est importante à plusieurs niveaux. Tout d'abord elle équilibre, selon le principe d'équité, les prestations qui auparavant étaient basées sur le taux de cotisation individuelle. Ensuite, elle regroupe, à l'intérieur d'un système sanitaire national unique, les activités de prévention, de soins et de réinsertion. Enfin, elle réalise la décentralisation politique dans le domaine de la santé en sollicitant la participation des citoyens, comme cela est prévu dans la Constitution.

L'argument principal qui a favorisé l'approbation et l'application de la réforme sanitaire fut la nécessité d'élargir le champ de la prévention. Ce n'est donc pas l'effet du hasard si les plus grands experts de l'hygiène (tels que Giovanardi, Maccolini et Seppilli) furent les précurseurs de cette réforme ; les politiques avaient, jusqu'à présent, renvoyé le problème à plus tard.

Le mouvement « culturel » de la réforme sanitaire remonte à la libération du pays⁽⁴⁶⁾; il était inscrit dans la Constitution par les articles 117 et 118 (déjà cités). La loi portant sur la réforme sanitaire (n° 833 du 23 décembre 1978) ne fut votée que trente ans plus tard. Giovanardi⁽⁷⁾ expliquera les étapes les plus importantes du processus qui a abouti à la réforme, ainsi que les réticences venues de part et d'autre. Il essaya de trouver une solution aux principaux problèmes qui auraient été causés par l'application de la réforme, qu'il s'agisse de prévention individuelle ou collective. Au niveau individuel ou familial, les soins curatifs et préventifs doivent être confiés à un seul médecin: le médecin de famille; il devra, bien entendu, faire appel à la collaboration d'infirmiers, « d'assistants sanitaires visiteurs » et autres professionnels (assistantes sociales, etc.).

L'Unité sanitaire locale (USL) ne doit pas se limiter à l'unification des services d'assistance, à leur ramification et à leur intégration tant au niveau social que sanitaire: elle doit aussi tenir compte de la participation démocratique des citoyens à la gestion des services, la nécessité de rééquilibrer la proportion des ressources allouées à la prévention et aux soins, la réorganisation des services de médecine scolaire et de médecine du travail, l'amélioration des services aux enfants et aux personnes âgées (sous leur double aspect sanitaire et social), tout ceci étant lié au fait que c'est à la santé publique que revient la responsabilité de mise en place des mesures de prévention des maladies dites « dégénératives » (non infectieuses) c'est-à-dire les maladies développées à cause des conditions insalubres et précaires des lieux de vie et de travail⁽⁷⁾.

C'est dans le domaine de la prévention que le système mutualiste a montré ses carences les plus graves. En effet, chaque mutuelle, d'après sa nature même qui est l'assurance sur les « risques », n'intervient en faveur de ses adhérents que lorsque le risque a été effectivement vérifié. La fonction première de ces mutuelles est curative, et non préventive. C'est pour cette raison que le système mutualiste ne peut s'adapter à l'article 32 de la Constitution qui dit: « La république est responsable de la santé en tant que droit fondamental de l'individu et qu'intérêt de la collectivité ». Pour ce faire, il est indispensable d'instituer un service sanitaire qui assurera en même temps les fonctions

curatives et préventives. C'est la réalisation de ce dernier point qui fera la réussite de la réforme sanitaire de 1978. Cependant, à l'heure actuelle, l'intégration entre hygiène et assistance médicale individuelle (favorisée par le médecin de famille) envisagée en 1945⁽¹⁴⁾, risque d'être mise en cause par les conflits qui opposent les représentants politiques et professionnels.

Un regard économique

D'un point de vue économique, et d'après la réforme, on peut s'attendre à voir le secteur de la prévention plus nourri, plus riche et diversifié, car, lorsque la même autorité (policy maker) avec le même budget, doit répondre à la fois aux exigences des soins et à celle de la prévention, elle se trouve dans l'obligation de faire une analyse complète du rapport coût-efficacité (coût de la prévention et coût entraîné par l'absence de prévention)^{(15) (16)}. A contrario, lorsque le secteur de la prévention et celui des soins sont gérés par des autorités différentes, on peut s'attendre à ce que les moyens du secteur curatif soient beaucoup plus importants que ceux du secteur préventif. Entre les deux autorités, une « compétition » acharnée est engagée pour l'attribution des moyens. Cette lutte ne se réalise pas sur des bases de rationalité économique, mais s'appuie sur la sensibilité de la population. En effet, il est plus facile de sensibiliser l'opinion publique sur les cas des individus déjà atteints de maladie ou confrontés à la mort, plutôt que par des arguments d'ordre statistique sur le risque potentiel de la maladie pour des individus qui ne sont pas encore atteints. Cet état de fait tend à favoriser le secteur curatif au détriment du secteur préventif. L'unification institutionnelle de tout ce qui touche à la santé (de l'hygiène à la réinsertion) devrait diminuer l'écart entre les deux grands secteurs*. C'est ce que propose la réforme sanitaire de 1978 qui vise la centralisation des financements publics du secteur sanitaire et la décentralisation des décisions au niveau des autorités locales. Les unités sanitaires sont donc

* Il serait sans doute encore plus opportun d'intégrer également les services sociaux; plusieurs analyses démontrent en effet leur « substituabilité » avec les services sanitaires, mais la réforme de 1978 ne retient pas cet argument à cause des conflits de pouvoir existants entre partis politiques dans le domaine des services sociaux.

financées par un budget global dont elles peuvent user librement pour leurs activités, qu'elles relèvent de la santé physique ou mentale dans les domaines de la prévention, des soins et de la réinsertion.

La centralisation du financement de la santé dans un chapitre unique du budget de l'État répond à la volonté du législateur, exprimée par la loi 833 du 23 décembre 1978, de réduire les très fortes inégalités entre les vingt régions italiennes, tant le niveau de consommation médicale que la dotation en personnel et en équipement, le poids du secteur public voire les disparités dans l'état de santé de la population.

À la centralisation du financement correspond d'une part, dans les textes, une autonomie décisionnelle législative considérable attribuée par la Constitution républicaine aux régions et d'autre part des pouvoirs dévolus dans le domaine sanitaire par la loi du 23 décembre 1978, aux communes qui l'exercent par l'intermédiaire des unités sanitaires locales (USL); on peut parler d'une véritable décentralisation politique et non d'une simple déconcentration administrative (par là même le Système de santé national (SSN) se distingue sensiblement du NHS britannique).

L'Unité sanitaire locale est le maillon de base de l'administration territoriale de la santé regroupant en moyenne 90 000 habitants et correspondant à une commune, à une association de petites communes ou à une fraction de commune plus importante. L'USL est dirigée par des représentants politiques des conseils municipaux; ses compétences s'étendent à tous les aspects de la santé, depuis l'hygiène et la prévention jusqu'au traitement et la réadaptation des malades. En particulier, la quasi-totalité du service hospitalier est directement gérée par l'USL (secteur public) ou conventionné par elle (secteur privé conventionné).

Selon le schéma théorique du SSN, tel que le dessine la loi 833, le gouvernement central a compétence en matière de programmation sanitaire nationale: il doit notamment proposer au parlement la loi de Plan sanitaire triennal qui fixe le niveau minimum de prestations et les critères d'allocation entre unités territoriales; le Comité interministériel de programmation éco-

nomique (CIPE) a compétence en matière d'allocation du financement entre les régions; il détermine le plafond des dépenses. Aux régions reviennent les tâches d'approbation du Plan sanitaire régional et d'allocation des ressources entre les USL. Enfin, toujours selon le schéma formel, l'USL a un réel pouvoir d'administration et de gestion de la santé en tant que représentant de l'autorité de la commune. Théoriquement, les communes, et par conséquent les USL qui les représentent, sont dotées d'une autonomie politique maximale, qui n'est limitée que par les conventions collectives de travail nationales, par les lois cadres nationales et régionales, et par les plafonds de dépenses fixés par le Plan*.

Tableau 1 — Dépenses courantes publiques sanitaires (classification fonctionnelle)
Tiré des bilans des USL en millions de livres

	1981		1982		1983	
	V.A. ¹	%	V.A. ¹	%	V.A. ¹	%
Dépenses hospitalières (hôpitaux gérés directement)	10 774 000	47,17	13 124 000	47,24	15 811 000	47,20
Dépenses hospitalières (hôpitaux conventionnés)	2 232 094	9,77	2 689 330	9,68	3 291 280	9,83
Total des dépenses hospitalières	13 006 094	56,94	15 813 330	56,91	19 102 280	57,03
Dépenses des médicaments consommés à domicile	3 246 310	14,21	4 452 862	16,03	5 375 382	16,05
Dépenses pour les honoraires des spécialistes des institutions publiques	191 961	0,84	263 448	0,95	366 720	1,09
Prévention, prophylaxie, tutelle hygiénique	769 000	3,37	1 013 000	3,65	1 224 000	3,65
Dépenses pour les honoraires des spécialistes privés	1 348 214	5,90	1 380 201	4,97	1 249 201	3,73
Dépenses honoraires des médecins de famille	1 176 391	5,15	2 185 629	7,87	2 475 223	7,39
Autres dépenses	3 104 859	13,59	2 676 008	9,63	3 704 496	11,06
TOTAL	22 842 829	100,0	27 784 478	100,0	33 497 302	100,0

1. V.A. = Valeur absolue

* Voir note page suivante.

Tableau 1 — Dépenses courantes publiques sanitaires ... (suite)

	1984		1985		1986	
	V.A. ¹	%	V.A. ¹	%	V.A. ¹	%
Dépenses hospitalières (hôpitaux gérés directement)	17 876 000	48,09	19 702 000	46,95	21 732 000	48,43
Dépenses hospitalières (hôpitaux conventionnés)	3 793 402	10,21	4 167 115	9,93	4 582 964	10,21
Total des dépenses hospitalières	21 669 402	58,30	23 869 115	56,87	26 314 964	58,64
Dépenses des médicaments consommés à domicile	5 680 526	15,28	7 415 513	17,67	7 729 694	17,23
Dépenses pour les honoraires des spécialistes des institutions publiques	399 254	1,07	462 728	1,10	480 550	1,07
Prévention, prophylaxie, tutelle hygiénique	1 613 000	4,34	1 776 000	4,23	1 960 000	4,37
Dépenses pour les honoraires des spécialistes privés	1 206 521	3,25	1 353 545	3,23	1 368 152	3,05
Dépenses honoraires des médecins de famille	2 597 643	6,99	2 804 899	6,68	2 845 561	6,34
Autres dépenses	4 003 892	10,77	4 286 022	10,21	4 174 242	9,30
TOTAL	37 170 238	100,0	41 967 822	100,0	44 873 163	100,0

Source: Ministero del bilancio e Ministero del tesoro. Relazione generale sulla situazione economica del paese, 1984, 1985, 1986, élaboré par Garattini^(*)**.

1. V.A. = Valeur absolue

* Précisons toutefois que les prix de la pharmacie, la liste des produits et des examens autorisés, le niveau du ticket modérateur et la détermination des catégories exonérées, les conventions avec les médecins de base, les spécialistes, les laboratoires et les hôpitaux privés sont des paramètres fixés au niveau central national: l'USL peut seulement chercher à influencer le niveau des consommations et non pas leur prix (cette description du système de financement a été tirée de la référence (17)).

** Selon le plus récent avis des régions (cf. ISIS, XI, n° 17, 1988, p. 18) le montant des dépenses courantes serait 42,523 milliards de liras en 1985 et 46,086 milliards en 1986. Aux dépenses courantes il faut ajouter 700 milliards de dépenses annuelles en compte capital pour 1985 et pour 1986 (voir « Rapporto Sanità 1987 », ISS, XI, n° 16, 1988, p. IX inserto).

Dans le tableau 1 on constate qu'à la suite de la réforme de 1978, le pourcentage des ressources allouées au chapitre « prévention, prophylaxie, hygiène » a enregistré la plus forte augmentation, passant de 3,37 % en 1981 (première année d'application de la réforme) à 4,37 % en 1986.

S'il est vrai que la plus grande partie du budget affecté à la prévention de base (accidents du travail, accidents de la circulation, catastrophes naturelles) est à la charge des budgets publics et privés en dehors du secteur sanitaire (installation et rénovation des entreprises, construction des routes et des habitations, équipements pour le contrôle et la réduction de la pollution, problèmes liés à l'environnement, limitation de la production des produits toxiques ou dangereux, etc.), l'augmentation budgétaire au chapitre des dépenses sanitaires concernant l'hygiène et la médecine préventive (bien que plus élevée dans la période allant de 1981 à 1986) est loin d'être satisfaisante. Ceci se traduit par un manque de personnel qui devient évident lorsqu'on examine la situation de la région la plus industrialisée d'Italie, la Lombardie. Cette région compte près de huit millions d'habitants: 14 PMIP (Presidi multizonali d'igiene e prevenzione) de Lombardie ont été créés par la loi régionale n° 67 du 30 mai 1985 pour répondre aux différents problèmes liés à la prévention (en particulier dans le domaine de l'hygiène publique, de l'alimentation, de la pollution de l'environnement en général, de la salubrité des lieux de vie et de travail) en apportant l'infrastructure indispensable au niveau de chacun des 80 USL*. Selon la loi n° 67 de 1985, les PMIP auraient dû compter un effectif de 1 204 personnes; elles n'en comptaient en fait que 665 en 1986⁽⁹⁾.

* Les PMIP sont composées de différentes unités: l'unité fonctionnelle médico-micrographique et toxicologique, l'unité de chimie et de surveillance des lieux de travail (équipement et produits manipulés), l'unité de physique et tutelle de l'environnement.

Les acteurs de la santé publique

Les médecins de famille

Le système mutualiste antérieur à la réforme sanitaire recourt prioritairement au médecin de famille qui consulte à son cabinet ou à domicile (consultations, contrôles, quelquefois petites interventions médico-chirurgicales; prescriptions médicales, d'examens spécialisés, d'hospitalisation, etc.). Ces médecins de famille, après avoir signé une convention avec les mutuelles, sont choisis librement par leurs adhérents; on peut donc ici parler de « médecin de confiance », l'adhérent pouvant changer à sa convenance de médecin*. Les médecins de famille recouvrent leurs honoraires sous forme de paiement à l'acte d'après les tarifs fixés par la convention. Progressivement s'est développée la formule dite « pro-capite » afin de limiter la multiplication des consultations et des dépenses induites par chaque consultation (médicaments, examens, etc.). Après la réforme, l'USL s'est substitué aux mutuelles dans la convention passée avec les médecins. La formule « pro-capite » a été généralisée; par ailleurs, l'accès des médecins à la convention a été restreint (1 médecin pour 1000 habitants), tout comme le nombre maximum de leurs patients (1500 individus par médecin et 750 enfants par pédiatre).

En 1987, les prestations médicales, surtout à domicile, restant trop peu nombreuses, le paiement à l'acte est réintroduit (notamment pour les prestations de type assistance à domicile des personnes alitées) afin d'inciter les médecins de famille à limiter le recours à l'hospitalisation et aux spécialistes.

Les « bons » médecins de famille jouent naturellement depuis toujours un rôle important dans le domaine de la prévention individuelle et de l'éducation sanitaire aux malades; mais le système rétributif ne les y encourageait pas. En limitant le nombre de patients à 1500 par médecin, on espérait augmenter

* D'un point de vue plus théorique, la liberté de choix reste cependant très difficile, le citoyen n'étant pas le consommateur libre, rationnel, informé, que le fonctionnement optimal du « marché libre » exigerait.

le temps de chaque consultation et ainsi permettre aux médecins d'assurer un meilleur suivi de chaque individu quant à son état de santé général, ou quant à l'état d'avancement de la maladie pour laquelle il est soigné.

La convention signée en 1987 stipule l'obligation pour les médecins de créer et de tenir à jour une fiche individuelle d'état de santé pour chacun des patients qui l'ont choisi.

Les pédiatres « de famille »

Le pédiatre « de famille » s'apparente, bien plus que le médecin de famille, à un acteur de la santé publique. C'est un professionnel spécialisé en pédiatrie, conventionné par l'USL et qui bénéficie d'un « quota pro-capite » deux fois plus élevé que celui du médecin généraliste. Le pédiatre suit habituellement un enfant de la naissance jusqu'à l'âge de quatorze ans et à ce titre, joue un rôle majeur de prévention, d'éducation sanitaire, de dépistage précoce en même temps qu'il prodigue les soins curatifs nécessaires.

La médecine infantile et maternelle et la médecine scolaire

Le service de médecine infantile et maternelle et celui de la médecine scolaire sont composés, en général, de médecins salariés par l'USL, spécialisés, travaillant en collaboration avec d'autres salariés (infirmiers, psychologues, assistantes sociales, etc.). Leur activité principale reste du domaine de la prévention (les vaccinations, le suivi régulier des grossesses et des enfants en bas âge) même s'ils sont quelquefois amenés à prescrire certains soins curatifs.

Le suivi et les soins prodigués à chaque individu sont bien souvent pris en charge et par le médecin de famille et par les services infantile et scolaire; cette double prise en charge peut se révéler inefficace et coûteuse. À l'inverse, le suivi et les soins assurés aux collectivités infantiles (crèches, écoles, institutions infantiles diverses) relèvent du seul domaine des services infantile et scolaire.

Ces différents services publics (y compris le service de l'hygiène auquel ils restent rattachés dans certaines régions d'Italie) ont de grandes difficultés à collaborer avec les médecins de famille et les médecins hospitaliers travaillant dans les services de pédiatrie; l'article 17 de la réforme sanitaire prévoyant la création des départements n'a pas encore été appliqué*.

La médecine du travail et le contrôle de la pollution

La médecine du travail est une des branches d'activité confiée à l'USL après la dissolution (ordonnée par la réforme de 1978) de l'ENPI (Institut national de prévention des accidents et des maladies professionnelles); elle est exercée soit au sein d'un service autonome, soit à l'intérieur de services d'hygiène générale. Ce transfert d'activité répond au besoin d'autogestion revendiquée par les travailleurs eux-mêmes. Depuis 1970, le mouvement ouvrier refuse d'une part la salarisation des médecins du travail par l'entreprise et d'autre part la mise en place d'un système de « primes de risque ». Il organise ainsi la lutte contre les facteurs de risque (manipulation de produits toxiques, accidents liés à l'utilisation de machines-outils, etc.) afin d'améliorer les conditions de travail; il met au point, en utilisant la méthode épidémiologique par l'analyse des accidents, de leur fréquence, de leurs circonstances, une « science ouvrière » qui repère différentes causes d'accidents et maladies spécifiques aux lieux et conditions de travail. Cette démarche est quelquefois couronnée de succès (voir les contrats collectifs d'entreprises de 1970 à 1980).

La décision de confier le secteur de la médecine du travail à l'USL se justifie totalement. En effet, il est important que médecins et acteurs de la santé ne soient pas impliqués dans le conflit patronat-salariat et soient donc rémunérés par un organisme public extérieur et non par les entreprises privées.

* Le département regroupe différents services et différentes activités autour du même objet (par exemple, le département de pédiatrie devrait regrouper la pédiatrie de « famille », les services hospitaliers de pédiatrie et la protection maternelle et infantile).

Une autre des activités des USL est le contrôle de la pollution, problème qui concerne aussi bien l'entreprise que son environnement. La commune (dont l'USL est un des outils principaux) planifie l'aménagement du territoire par un « plan d'occupation » (habitat individuel ou industriel, hygiène du travail et de l'environnement). Il est en effet pertinent de centraliser tout ce qui concerne l'hygiène sous une seule autorité*.

La décentralisation n'a pourtant pas apporté de réponse à tous les problèmes posés. Par exemple, dans les USL de petite taille, on ne peut disposer d'un effectif de spécialistes suffisant pour répondre aux besoins; or, dans le domaine de l'hygiène industrielle, l'introduction de nouvelles technologies et de nouveaux matériaux dont on ne connaît pas les effets sur la santé nécessite des compétences spécifiques.

En remplacement de l'ENPI, la création de l'ISPELS (Institut supérieur pour la prévention et la sécurité du travail), organisme ayant pour tâche principale le conseil et les études pour le ministère et le SSN, ne répond pas à tous les besoins. Des « Presidii Multizonali » (PMIP), axés sur l'hygiène et la prévention, sont donc chargés de répondre aux besoins spécifiques des USL. Ces organismes locaux couvrent à peu près la totalité d'une « provincia » (environ 570 000 habitants).

Les résultats de cette politique ne sont cependant pas très convaincants. En effet, en 1985, pour 19 milliards d'heures de travail dans l'industrie et l'agriculture, il y a eu 1 079 356 accidents du travail dont 1 501 mortels; en 1987, les accidents mortels sont passés à près de 2 000 (selon les premières estimations données pour l'établissement d'un projet de loi du Parti communiste italien).

Le « medico condotto »

Le « medico condotto » a joué, jusqu'à l'application de la réforme, un rôle important dans l'histoire de la santé publique en

* En Italie, c'est la commune qui délivre les permis de construire, d'habilitation de l'habitat, elle contrôle également la pollution industrielle de toute nature.

Italie. Il cumule les rôles d'« *Ufficiale Sanitario* » des petites communes et de médecin de famille des classes les plus défavorisées (rappelons qu'avant la réforme de 1978, les soins prodigués aux populations défavorisées étaient à la charge de la commune d'après l'article 4 du texte unique des lois sanitaires de 1934). Il doit résider dans la commune dont il est alors salarié et ce, en vue d'assurer les urgences. Dans les communes de petite taille, il assure, en plus des soins, les fonctions d'« *Ufficiale Sanitario* » et de médecine scolaire.

Le système mutualiste a progressivement réduit le nombre d'assistés de la commune. La plupart des « *medici condotti* », tout en restant salariés de la commune à temps partiel, ont signé une convention avec les mutuelles et ont exercé à ce titre la fonction de médecin de famille. Dans la réforme de 1978, une distinction doit être faite entre ceux qui exercent la médecine préventive et ceux qui exercent la médecine curative. Le débat sur le rôle des médecins de l'hygiène⁽¹⁸⁾ s'est poursuivi depuis la réforme jusqu'en 1987. Il peut se résumer en trois propositions contradictoires :

1. Ces médecins doivent s'occuper uniquement des problèmes liés à l'environnement ;
2. Ils doivent poursuivre leurs activités, tout en assurant les fonctions de la médecine communautaire (par exemple la médecine scolaire), ce qui implique diverses interventions sur l'individu ;
3. Ils doivent pouvoir cumuler les fonctions de médecin de famille et de médecin de l'hygiène.

Le débat a été conclu, l'année dernière, en faveur de la deuxième proposition (suivant en cela l'avis de Giovanardi^(10, 18)), malgré l'avis contraire de la plupart des « *medici condotti* » (qui penchaient plutôt pour la troisième proposition). Ainsi, dix ans après l'approbation de la réforme sanitaire, ils ont dû choisir entre la médecine de santé publique et la médecine de famille.

La nouvelle définition du médecin et de la médecine de santé publique

Après la réforme, un processus de définition du rôle de la médecine et du médecin de santé publique fut entamé. Ce qui semble prévaloir aujourd'hui, si l'on se réfère aux lois et projets de loi régionaux qui s'y rattachent, se rapproche du rôle du spécialiste de la « Community medicine » du NHS en Grande-Bretagne⁽¹¹⁾. Le médecin s'occupe d'hygiène de l'environnement, de l'alimentation, des vaccinations, il est également épidémiologiste et devient même le gestionnaire d'une grande partie des interventions sanitaires se rapportant au domaine social de l'éducation sanitaire⁽¹²⁾.

On envisage, en raison de ses compétences dans le domaine de l'épidémiologie et du « management », que le médecin dit de « communauté » soit le coordinateur, au niveau de chaque commune ou district, de tous les services sanitaires; il serait une sorte de trait d'union technique entre l'action extra-hospitalière des professionnels de la santé et le monde des décideurs politiques (comité de l'USL, élus locaux). Il est chargé de donner un avis technique et financier sur tel ou tel programme d'intervention choisi par les élus locaux pour répondre aux problèmes liés à la santé.

Le Plan sanitaire national (1986-1988), proposé et accepté par le Conseil sanitaire national*, qui n'a d'ailleurs jamais été suivi d'une loi, instaure la mise en place d'un « médecin de communauté » pour chaque commune et d'un « médecin coordinateur » pour chaque district sanitaire.

Le représentant du syndicat des « medici condotto »⁽¹³⁾ a approuvé l'ensemble des dispositions de cette proposition en réaffirmant la nécessité de créer des districts sanitaires tels qu'ils sont prévus par la réforme de 1978, les districts devant prendre en charge l'éducation sanitaire, les interventions sociales et sanitaires, la formation continue et l'application des

* Le parlement, au lieu d'adopter le Plan sanitaire national, s'est limité à adopter la loi n° 595 de 1985.

résultats des recherches effectuées par chaque service et ce, dans les domaines sanitaire et social.

Les nouvelles fonctions du « médecin de communauté » exigent donc une formation mieux adaptée. Il faut alors intégrer au cursus universitaire suivi par les étudiants en médecine des cours d'épidémiologie évaluative et d'économie de la santé, en y incluant l'analyse de l'interaction des domaines sanitaire et social. Il en va de même pour la formation universitaire des spécialistes en hygiène et médecine préventive. Il faudra également, dans l'avenir, prendre en compte dans l'enseignement, selon certains auteurs⁽¹⁹⁾, les résultats les plus récents des recherches sociales et sanitaires, par exemple ceux concernant la prédominance de la pathologie chronique ou accidentelle comme cause de mortalité, l'élargissement des maladies dites « sociales » (alcoolisme, toxicomanies diverses, troubles mentaux), l'existence résiduelle mais néanmoins importante du risque infectieux, l'importance du comportement individuel dans la prévention de la maladie, la complexité des relations homme-environnement, la « demande » de santé en tant que droit individuel du citoyen, enfin les textes juridiques concernant notamment l'organisation complexe du SSN.

Cette formation complète permettrait une meilleure collaboration avec les spécialistes d'autres disciplines (médecine légale, économie de la santé, chimie, ingénierie civile et mécanique). Malheureusement, cette collaboration interdisciplinaire (voir « science des systèmes »), qui fait surtout défaut dans les pays de langue latine, ne se développe pas dans les universités.

D'après la loi récente qui régleme les études de médecine et de chirurgie, les universités devraient introduire, dans le cursus universitaire existant, certaines matières nouvelles. Dans le groupe des matières dites « d'hygiène » par exemple, les étudiants devront étudier l'économie sanitaire qui jusqu'ici n'est enseignée qu'à certains médecins en dernière année de spécialisation en hygiène et médecine préventive.

La formation en gestion, si elle est réservée aux seuls médecins de santé publique, risque d'empêcher une bonne communication entre médecins et gestionnaires. Une recherche du Centre

de recherche en économie sanitaire de Turin (CRESA) menée pour le ministère de la Santé, citée par Morgagni⁽²⁰⁾, estime qu'au moins 50 000 médecins qui occupent aujourd'hui une place de dirigeant, devraient compléter leur formation en fréquentant une école d'administration. Face à cette demande potentielle, l'offre de formation, qu'elle soit publique ou privée, est très limitée (environ 2 000 places par an). Le nombre d'écoles de spécialisation universitaire en hygiène et en médecine préventive ou en médecine communautaire⁽¹⁸⁾ est très insuffisant. Il apparaît que la formation en administration et en gestion du service public n'est pas à la hauteur des normes et des règlements de la CEE.

Parmi les initiatives publiques de formation, certains établissements universitaires (par exemple le Consorzio Universitario, Organizzazione Aziendale de Altavilla Vicentina, l'école Majorana de Erice, l'Université Tor Vergata de Rome, l'Istituto Superiore di Sanità de Rome) dispensent aux médecins ou fonctionnaires non médecins de la santé, des cours d'épidémiologie évaluative, d'analyse coût-efficacité et de comptabilité analytique. Aujourd'hui émerge à nouveau l'idée de créer une école de santé publique qui pourrait assurer la formation des cadres supérieurs du SSN.

Les institutions privées, telles que la fondation Smith-Kline de Milan, l'Université commerciale Bocconi de Milan, la Fondation internationale Fatebenefratelli de Rome, le CRESA de Turin ainsi que plusieurs centres d'étude de syndicats médicaux (Centre Pespani, SIMMG, ANAAO-SIMP en collaboration avec l'Institut Mario Negri de Milan, SNABI et plusieurs syndicats confédéraux ou autonomes) continuent leur action de formation « managériale », s'adressant à des médecins et autres cadres supérieurs. Les médecins d'hygiène sont, dans l'effectif d'enseignement de ces écoles, les plus nombreux.

Perspectives futures de la médecine publique

Du panorama dressé des principaux acteurs de la santé publique, émergent les problèmes actuels à résoudre dont l'énumération et les propositions de solution ont été faites ci-dessous, à partir des articles de Giovanardi^(7, 21).

Le premier problème est un problème institutionnel. Aussi bien la loi de réforme de 1978 que la toute récente loi n° 4 de 1986 (appelée mini-réforme) ont essayé d'intégrer plus étroitement l'USL à la commune. Par contre, le projet de loi n° 1942 présenté par le ministre de la Santé en 1987, vise à transformer les USL — tout en réduisant leur nombre — en entreprises autonomes, dépendant plus directement de la région; la plupart des hôpitaux devraient récupérer leur autonomie par la création d'un conseil d'administration hospitalier qui devrait gérer un budget autonome, distinct de celui de l'USL. Le projet de loi a été qualifié de « contraréformiste » par plusieurs « pères de la réforme sanitaire ». D'après Seppilli⁽¹⁾, la commune doit conserver son rôle de tuteur sur les activités en faveur de la santé; l'extension du système mutualiste, en confiant à la commune le secteur des soins diagnostics et curatifs, l'avait obligée à gérer la santé publique isolément des autres secteurs. Elle s'opposerait par le fait même au cadre nosologique actuel qui impose une gestion unitaire; du fait que la commune existe et que lui sont attribués d'autres services indirectement liés à la santé, c'est elle qui doit maîtriser la politique sanitaire. Tout ça n'empêche pas que la réforme des communes est souhaitable en Italie, car l'évolution démographique récente a bousculé les frontières des circonscriptions tracées il y a plus d'un siècle*.

Faggioli et Maccolini⁽¹⁾ mettent en évidence la cohérence de la loi de réforme sanitaire: d'après l'article 32 de la réforme, les régions ont approuvé les lois régionales qui ont donné au maire les prérogatives (en tant qu'autorité administrative) auparavant dévolues aux « Ufficiale Sanitario », aux « medico provinciale », aux « veterinario comunale » et aux « veterinario provinciale ». La prérogative du maire dans le domaine des « ordinanze » de nécessité** (jusque-là limitées à l'hygiène et à la santé publique — strictu sensu — d'après l'article 153 du

* En fait, la création des USL devrait correspondre à l'amorce d'un processus de réforme des autonomies locales (commune et « provincia ») en rationalisant leurs limites géographiques, en élargissant les limites des communes moins peuplées et en divisant les villes les plus grandes; malheureusement, ce processus a été interrompu.

** Il s'agit d'arrêts municipaux concernant les risques aussi bien collectifs (interdiction des baignades, organisation des secours...) qu'individuels (internements d'office...).

Regio Decreto (RD) n° 148 du 4 février 1915 et d'après l'article 55 du RD n° 383 du 3 mars 1934) a été élargie par la réforme (pour l'élimination des déchets — par exemple — d'après l'article 17 du DPR n° 915 de 1982).

La loi de réforme de 1978 reconnaît, pour ce qui concerne la santé publique, que la sauvegarde de la santé implique la promotion de la santé et de l'hygiène dans les lieux de vie et de travail (article 2), la tutelle des aliments, la prévention et le contrôle de la pollution de l'environnement (article 4), la nécessité d'une intégration étroite entre l'administration de la santé publique et l'administration du territoire (article 20), notamment au niveau communal: au maire ont été confiés tous les pouvoirs pour intervenir et pour diriger l'opération.

Dans une situation institutionnelle aussi favorable, il est regrettable que, loin d'atteindre les résultats espérés, la santé publique se soit dégradée⁽¹⁾. En fait, certaines communes ont confié le domaine de l'hygiène publique à l'USL depuis l'instruction technique jusqu'à l'acte administratif même, que le maire se limite à signer, sans intégrer la fonction de l'hygiène aux autres fonctions communales (par exemple au domaine de la programmation et de l'aménagement du territoire). D'autres communes vont même jusqu'à arrêter les règlements communaux concernant les bâtiments, l'urbanisation et l'hygiène, sans consulter les médecins d'hygiène, qui dépendent de l'USL mais restent cependant au service du maire, comme support technique naturel.

Dans un cas comme dans l'autre, on est bien loin de réaliser l'intégration entre la médecine publique de l'USL et les services de la commune « naturellement » liés aux problèmes de santé, en dépit de la réforme sanitaire⁽¹⁾.

On peut expliquer cet échec relatif de la réforme par la résistance de la structure bureaucratique à tout changement et par le manque de capacité et de volonté des décideurs politiques. Il en va de même en ce qui concerne la réalisation du « dipartimento » (département sanitaire, prévu par le décret ministériel du 11 novembre 1976⁽²⁾ et par l'article 17 de la loi de réforme de 1978). Il s'agit d'un mode d'organisation qui

devrait permettre la coordination entre les activités de médecine hospitalière et extra-hospitalière, entre médecine préventive et médecine curative, entre services régionaux, services sociaux (USL) et services des districts, entre professionnels salariés et libéraux, entre professionnels de la santé et des services sociaux. En ce qui concerne la médecine publique, plusieurs modèles ont été élaborés, par exemple pour la Lombardie (voir Volpato⁽²⁴⁾); de la même manière les lois de la région Emilie-Romagna n° 33/1979, n° 1/1980, n° 19/1982 pourraient permettre la constitution du département de médecine publique: hygiène publique, santé du travail, hygiène vétérinaire, éducation sanitaire⁽²⁵⁾.

Un autre problème qui, bien que général, touche plus directement la médecine publique, concerne la création du « *distretto* » (district sanitaire). La loi de réforme prévoit la répartition de l'USL en plusieurs districts où devrait se réaliser la participation démocratique directe des citoyens. Un modèle a été proposé par Giovanardi⁽²³⁾: les districts devraient être créés dans toutes les USL de taille moyenne ou grande; les services sanitaires de base, y compris certains spécialistes, et les services d'assistance sociale devraient dépendre du bureau du district dans leur activité ambulatoire et à domicile. Des centres sanitaires et sociaux de base devraient regrouper plusieurs médecins de famille selon un critère territorial afin de favoriser la cueillette et l'utilisation de l'information épidémiologique. L'intervention en institution ou à domicile en faveur des personnes âgées et des handicapés devrait y trouver son siège habituel; il en est de même en ce qui concerne l'éducation sanitaire et la participation démocratique directe⁽²⁾.

La relation entre le maire et les médecins de l'hygiène n'est pas bien définie par la loi sur la réforme⁽²⁶⁾ comme on l'a vu précédemment. Cependant, la région de Toscane a essayé de résoudre ce problème et celui des districts, la création de ces derniers pouvant faciliter, aider ou compliquer les rapports maire-médecin⁽²⁷⁾. La loi régionale n° 71/1980 et la loi n° 69/1983 permettent, selon l'interprétation de Carloni et Tomassini⁽²⁷⁾ une déconcentration des activités, voire même une décentralisation des décisions. Une première expérimentation a été réalisée dans l'USL n° 10G, où les districts ne correspondent

pas aux territoires des communes de l'USL: le règlement approuvé en 1984 a donné de bons résultats et de la phase expérimentale on est passé à la phase définitive le 1^{er} décembre 1985. Ainsi ont été déconcentrés la tutelle de l'hygiène (des maisons et des bureaux), le contrôle sur les institutions résidentielles et scolaires, l'hygiène et le contrôle des cimetières, le contrôle de la production et de la distribution des produits alimentaires, de l'eau potable et de l'eau minérale, le contrôle sur les établissements thermaux, les activités de désinfection, désinsectisation, dératisation, les avis préalables et a posteriori sur la construction ou la rénovation de maisons ou de bureaux. Ce qui reste au niveau central de l'USL, c'est la coordination des services, la tutelle sur la pollution de l'environnement, sur les institutions sanitaires publiques et privées, l'avis préalable et a posteriori sur les projets et la construction des immeubles à vocation industrielle. Des médecins de l'hygiène, délégués par le Comité de gestion des USL, ont été chargés de la coordination des activités du district.

Même si on ne peut généraliser cette expérience de Toscane qui présente des conditions particulières*, on peut en tirer des bases rationnelles pour espérer que la réforme sanitaire italienne puisse se réaliser complètement.

* L'USL 10G de Toscane est composée de plusieurs communes dont les limites géographiques ne correspondent pas à celles des districts sanitaires.

Quelques données statistiques — Italie

Superficie du pays	301 277 km ²
Population totale, fin 1986	57 290 519
Densité de population (nombre de personnes/km ²)	190,2
Taux de natalité en 1986 par 1000 habitants	9,7
Taux de chômage en 1986	10,0 %
Pourcentage de personnes âgées dans la population en 1987	
65 ans et plus	13,38 %
75 ans et plus	5,83 %
Espérance de vie en 1982	
Femmes	78,2 ans
Hommes	71,5 ans
Mortalité infantile en 1986 par 1000 naissances d'enfants vivants	9,8
PNB (par personne et en dollars américains)	11 874 \$ US
(y compris l'importation de biens et services)	14 028 \$ US
Part du PNB consacrée aux dépenses de santé globales en 1986 (dépenses publiques: 5,1 %; dépenses privées: 1,5 %)	6,6 %
Dépenses de santé par personne (en dollars américains) en 1986 (taux de change au 1 ^{er} janvier 1987: 1 \$ US = 1 314,72 lires italiennes) (dépenses publiques: 611 \$ US; privées: 180 \$ US)	791 \$ US
Taux d'inflation annuel, de 1985 à 1986	6 %
Nombre d'habitants par médecin ou dentiste, fin 1986	230
245 116 médecins (qui peuvent également exercer la chirurgie dentaire)	
3 697 chirurgiens dentaires (une faculté dentaire a été créée depuis quelques années seulement)	
Nombre d'habitants par infirmier en 1985	environ 268
Nombre de lits par 1 000 habitants en 1985	
Secteur public 5,92 lits pour 1 000 habitants (court séjour)	
0,62 lit long séjour (psychiatrie, tuberculose, réinsertion, gériatrie...)	
Secteur privé 0,72 lit pour 1 000 habitants (court séjour)	
0,52 lit long séjour	
Taux brut de mortalité en 1986	9,5
Principales causes de décès en 1984	
Accidents du système circulatoire	46,2 %
Tumeurs	24,7 %
Appareil respiratoire	6,6 %
Appareil digestif	5,9 %
Causes extérieures (traumatismes, empoisonnements, etc.)	4,9 %

Références bibliographiques

1. FAGGIOLI, A. et R. MACCOLINI, « Aspetti istituzionali, finanziari e organizzativi nella programmazione e nell'esercizio delle funzioni di igiene pubblica », dans *Sanità Pubblica*, 1988, pp. 389-408.
2. GIOVANARDI, A., « L'organizzazione delle attività di prevenzione nell'Unità Sanitaria Locale », dans *Educazione Sanitaria e Medicina Preventiva*, IV, no 2, 1981, pp. 119-134.
3. SEPPILLI, A., « I due medici di comunità », dans *Educazione Sanitaria e Medicina Preventiva*, VIII, no 4, 1985, pp. 203-204.
4. GIOVANARDI, A., *Progetto di riforma dell'ordinamento sanitario italiano del Comitato di Liberazione Nazionale Regionale Veneto. Atti della Consulta veneta di Sanità*, 1, 47, 1945.
5. GIOVANARDI, A., « Riforma dell'ordinamento sanitario. Atti del congresso degli igienisti italiani (Firenze, 10-13 oct. 1946) », dans *Notiziario Amministrazione Sanitaria*, VIII, fasc. no 3, 1947, p. 41.
6. GIOVANARDI, A., « Evoluzione dell'igiene e suoi attuali orientamenti », dans *Annali di Sanità Pubblica*, IX, 1948, p. 1416.
7. GIOVANARDI, A., « La riforma sanitaria: origini, vicende e prospettive », dans *Annali di Sanità Pubblica*, XXXIII, 1972, pp. 3-17.
8. GARATTINI, L., « La dinamica della spesa sanitaria di parte corrente (1981-86) », dans *Economia Pubblica*, 1988, p. 309.
9. BLANCO, G. et P. ABIUSI, « Presidii multizonali di igiene e prevenzione. Attività svolta dalle unità operative nel 1986 », dans *Isis News*, IV, no 3/4, 1988, pp. 4-29 (en appendice: loi, règlement des PMIP et composition de l'effectif).

10. GIOVANARDI, A., « La medicina di comunità. Origine, sviluppo e prospettive », dans *Difesa Sociale*, no 1, 1983, pp. 67-89.
11. GIOVANARDI, A., « I servizi sanitari nazionali inglese e italiano a confronto: considerazioni, deduzioni e proposte in merito al difficile avvio dei servizi di medicina pubblica in Italia », dans *Difesa Sociale*, no 2, 1982, pp. 48-72.
12. VETERE, C., « Chi é il medico di comunità », dans *Federazione Medica*, XXXV, no 9, 1982, pp. 868-871.
13. TRECCA, P., « La provocazione », dans *L'Ospedale*, XL, Supplemento no 12, 1987, p. 69.
14. SEPPILLI, A., « Atti del Convegno », dans *Tecnica Sanitaria*, XXV, no 3, 1987, p. 293.
15. HANAU, C., « Quando la salute paga », dans *Salute e Territorio*, no 32, 1983, pp. 29-33.
16. HANAU, C., « Valutazione economica del costo delle malattie microbiche », dans *Sanità Pubblica*, 1987, pp. 163-173.
17. HANAU, C., « Le financement du S.S.N. Les politiques de santé des pays étrangers », dans *Commissariat général du Plan: Actes du colloque international, Paris, mars 1985*, Paris, La Documentation française, 1987.
18. GIOVANARDI, A., « Medicina di comunità e sanità pubblica: inserimento e compiti del medico di base e del medico specialista in Medicina di comunità nel Servizio Sanitario Nazionale », dans *Federazione Medica*, XXXVII, no 38, 1984, pp. 832-836.
19. RAUSA, G. et al., « La ricerca scientifica e la formazione professionale: il ruolo dell'università nei rapporti con l'U.S.L. », dans *Tecnica Sanitaria*, XXV, no 3, 1987, pp. 273-281.
20. MORGAGNI, C., « Formazione del medico dirigente un servizio o presidio sanitario », dans *L'Ospedale*, XL, Supplemento no 12, 1987, p. 47.

21. GIOVANARDI, A., « Atti del convegno », dans *L'Ospedale*, XL, Supplemento no 12, 1987, pp. 100-103.
22. « Decreto Ministeriale 11.11.1976 », dans *Gazzetta Ufficiale* no 313, 24.11. 1976.
23. GIOVANARDI, A., « Organizzazione dell' U.S.L. nei grandi centri urbani », dans *Federazione Medica*, XXXIX, no 7, 1986, pp. 885-888.
24. VOLPATO, C., « Il dipartimento di prevenzione », dans *La sanità a Milano dal 1980 al 1985. Linee di piano sanitario cittadino*, Comune di Milano, 1985.
25. MARTIGNANI, A., « Prevenzione, salute, ambiente: la proposta dei comunisti », (relation présentée lors de la convention nationale du PCI à Rome le 11 juin 1988).
26. GIANNINI, M.S., *Il servizio sanitario nazionale*, Giuffré, Milan, 1981.
27. CARLONI, M. et A. TOMASSINI, « Il servizio d'igiene pubblica », dans *Salute e Territorio*, no 45, 1985, pp. 46-50.

On peut se procurer les textes (français et anglais) de la réforme sanitaire italienne, au Centre d'études du ministère de la Santé italien (Centro Studi, Ministero della Sanità, ROMA-EUR, Italia). De plus, nous attirons l'attention du lecteur sur cette récente publication d'*Isis News*, le numéro spécial 5-6, « Lo stato dei servizi e dei presidi di prevenzione in Italia ».

Le service de santé publique en République fédérale d'Allemagne

Alfons Labisch

Introduction

La République fédérale d'Allemagne possède un système complet de services médicaux avec une structure complexe. Ses principaux sous-systèmes, pourvus chacun d'une grande autonomie, sont les soins ambulatoires, les centres hospitaliers et le service de santé publique. Ce dernier surveille l'état de santé, rend compte de ses observations, identifie et élimine ce qui peut porter atteinte à la santé tant de la population en général que de certains groupes particuliers.

Il existe un grand écart entre les objectifs du service de santé publique tels que fixés et son organisation actuelle. Les raisons en sont les différences de structures longtemps développées à la fois au sein de ce dernier et à la fois au sein du système d'assurance-maladie prévu par la loi. Le système de santé publique est bureaucratique et n'a que peu de support politique alors que l'assurance-maladie obligatoire rejoint les intérêts à la fois des pourvoyeurs (les médecins) et des consommateurs (les assurés), ce qui permet au « marché médical » une expansion uniforme.

Lors de la dernière décennie, des changements sont survenus dans le climat social et dans celui qui touche les politiques de santé, ce qui n'a pas été sans effet sur la santé publique. On a assisté à une croissance des soins médicaux et de leurs coûts comme faisant partie de l'assurance-maladie. Toutefois, il est devenu rapidement évident que l'assurance-maladie ne pouvait plus satisfaire toutes les demandes sociales et médicales, particulièrement au niveau des maladies chroniques, des soins infirmiers et de la médecine préventive. Comme résultat, le débat a conduit à une réforme de structure, celle du système de soins médicaux.

Les soins médicaux en République fédérale d'Allemagne

Les principaux sous-systèmes de soins en RFA sont les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le service de santé publique. En plus de ces trois « assises classiques des services de

santé », on y retrouve de nombreux autres domaines dont la médecine du travail. Les sous-systèmes de soins possèdent tous leurs propres lois, leurs propres organismes de planification et corps décisionnels, leurs propres corps exécutifs et leur propre financement. Les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et la médecine occupationnelle sont brièvement décrits plus loin. Ces éléments permettront de bien comprendre les structures, les problèmes et les perspectives de développement du service de santé publique. Chacun de ces points fera l'objet d'une section particulière.

Les origines des soins ambulatoires en RFA se retrouvent dans l'ébauche de l'assurance-maladie (Gesetzliche Krankenversicherung: GKV) présentée par Bismarck en 1883. Ils sont organisés, administrés et financés de façon autonome par 18 associations de médecins adhérant à l'assurance-santé (Kassenärztliche Vereinigung: KV) et par les quelque 1200 sociétés d'assurance-maladie (Krankenkassen).

Les lois garantissent aux associations (KV) le monopole des soins ambulatoires: ils ne peuvent être pris en charge par les hôpitaux, par les services de santé publique ou de santé du travail, ni par des médecins qui n'ont pas eu l'autorisation de traiter les personnes obligatoirement assurées. Même si un certain nombre d'arrangements financiers sont légalement permis, les médecins licenciés (Kassenärzte) sont habituellement payés à l'acte. Plus de 90 % de la population est protégée par l'assurance-maladie obligatoire alors que la partie résiduelle est assurée à un niveau similaire, soit d'une façon privée, soit comme groupe particulier (fonctionnaires, armée, police). L'assurance-maladie couvre le coût des traitements et la perte de revenus qui s'ensuit. Elle couvre également les services de dépistage et de prévention, les prestations de maternité et la réadaptation. Les contributions pour en financer le fonctionnement s'élevaient à 12,4 % du salaire moyen en 1987. L'employeur et l'employé se partagent chacun 50 % des coûts.

Le système hospitalier en RFA regroupe des hôpitaux religieux, indépendants, sans but lucratif, privés et étatiques. En dépit de leur longue histoire, il n'y a toujours eu qu'une seule base légale uniforme pour les soins médicaux dans les hôpitaux; cela remonte à la Loi sur le financement des hôpitaux de 1972

(Krankenhaus-Finanzierungs-Gesetz: KFG) dont le but était d'offrir des services à la population, suivant la demande, d'une façon efficiente et à des coûts acceptables socialement. Le financement des hôpitaux est divisé entre l'immobilisation et le fonctionnement. Les fonds publics défraient les coûts d'immobilisation alors que les fonds de l'assurance-santé fournissent les budgets de fonctionnement. La planification hospitalière est sous la responsabilité des provinces (Laender).

La Loi sur le financement des hôpitaux de 1972 révéla les vrais coûts des soins hospitaliers qui étaient par le passé cachés dans le budget des autorités locales. Les médecins du milieu hospitalier, maintenant le groupe le plus important, sont habituellement payés ou comme employés de l'hôpital ou comme fonctionnaires. La loi de 1972 fait reposer les responsabilités hospitalières sur les soins médicaux et infirmiers.

Les malades chroniques et les personnes âgées sont dirigés vers les soins ambulatoires ou encore dans des foyers d'accueil. Considérant l'importance du vieillissement de la population en RFA, le faible investissement dans les foyers et les services autres qu'à domicile constitue un des problèmes majeurs des politiques de santé publique aujourd'hui. Ce point sera repris en guise de conclusion.

L'Allemagne a une longue tradition de soins médicaux en milieu de travail. Il n'y avait pas de base légale pour obliger les employeurs à fournir des soins médicaux avant l'adoption de la Loi sur la sécurité au travail de 1973. Elle requiert des employeurs qu'ils embauchent d'une part des médecins spécialisés en médecine du travail et d'autre part du personnel qualifié pour maintenir la sécurité en milieu de travail. L'étendue et l'intensité des soins médicaux occupationnels varient selon les secteurs économiques pour lesquels les médecins sont spécialement formés. La prestation de soins varie des bureaux de santé à l'intérieur de grandes industries à des services de médecins indépendants possédant des qualifications en médecine industrielle et payés en fonction du temps travaillé. En 1987, il y avait en RFA 6 645 médecins avec une qualification en médecine du travail dont 1 722 (26 %) étaient des spécialistes certifiés.

Le système public de services de santé en République fédérale d'Allemagne

Le système public de services de santé^(1, 2) recouvre tous les services conçus pour préserver la santé de la nation et fournis par l'État (Fédération, Bund et Laender), les corporations et les fondations de droit public (par ex. les associations de communes (Gemeindeverbaende), les communes (Gemeinden) et toutes autres institutions et associations dans lesquelles les corporations publiques sont impliquées).

Au niveau fédéral, les services publics de santé sont sous la responsabilité du ministère fédéral de la Jeunesse, de la Famille et de la Santé (rebaptisé en 1986 le ministère fédéral de la Jeunesse, de la Famille, de la Femme et de la Santé, BMJFFG). Ce ministère s'occupe tout autant des services de santé comme système et ses sous-systèmes à partir de la Loi sur la santé, de l'assistance en matière de santé*, de la protection du consommateur, de la Loi sur les drogues et poisons, que de recherche et de développement pour l'ensemble de la RFA. Le ministère du Travail et de l'Ordre social (BMAS) est responsable des questions de sécurité sociale incluant le programme d'assurance-maladie.

La partie publique des services de santé est organisée différemment dans les 10 Laenders et dans la zone spéciale de Berlin-Ouest. En Rhin – Westphalie du Nord, par exemple, elle est sous la responsabilité du ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales (MAGS). Ces responsabilités méritent qu'on s'y arrête et sont indiquées dans la liste ci-après.

D'autres intervenants partagent aussi des responsabilités en matière de services de santé publics en Rhin – Westphalie du Nord, tels que le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Justice, le ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt ainsi que le ministère de la Science et de la Recherche.

* « Health assistance » dans le texte anglais.

**Tableau 1 — Liste des responsabilités en matière de services de santé
du ministère du Travail, de la Santé et des Affaires
sociales en Rhin – Westphalie du Nord**

-
- Administration hospitalière;
 - Services d'intervention et de réanimation*;
 - Médecine de l'environnement;
 - Soins médicaux d'urgence et mesures de défense civile;
 - Prestation des médicaments, poisons, drogues et narcotiques;
 - Assistance-santé et prévention de la santé;
 - Éducation de la santé et mesures pour combattre la dépendance;
 - Administration des services de santé publique incluant la supervision professionnelle des bureaux de santé publique et des instituts d'hygiène;
 - Protection et éradication des maladies infectieuses, vaccination.
-

Les plus grandes provinces possèdent un niveau administratif intermédiaire, soit le district (Regierungsbezirk). En Rhin – Westphalie du Nord, le président du district agit comme médiateur entre l'administration provinciale et l'administration locale autonome. Le président supervise aussi les services donnés par les bureaux de santé locaux et les instituts d'hygiène. Les régions couvrant plusieurs districts (Kreise) et les municipalités équivalentes au Kreise ont elles aussi des instituts d'hygiène, comme un centre suprarégional de recherche médicale et un institut de médecine légale qui sont souvent à caractère universitaire.

Il faut ajouter à la liste de ceux qui sont directement impliqués en matière de santé publique sur le plan local, le bureau de santé publique (Gesundheitsamt), le bureau vétérinaire, les bureaux des services sociaux et, à un pallier inférieur, les autorités de qui relève la salubrité de l'eau. C'est le Laender qui coordonne leurs politiques de santé par le biais informel, mais institutionnalisé, de la Conférence des ministres de la santé (GMK). Ces conférences sont préparées par un groupe de travail influent composé de médecins de santé publique** du Laender (AGLMB).

* « Rescue services » dans le texte anglais.

** « Senior medical officers » dans le texte anglais.

Au sein du système public de santé (öffentliches Gesundheitswesen: ÖGW) se trouvent les services de santé publique qui revêtent un caractère d'« administration sanitaire » spéciale. C'est la partie du système administratif étatique qui maintient et supervise la santé de la nation et des groupes spécifiques comme nous le disions, qui identifie, combat les risques et fait la promotion de la santé. La santé publique est administrée par le Laender et, prenant encore l'exemple de la Rhin – Westphalie du Nord, contient :

- le bureau de santé publique (Gesundheitsamt) de la municipalité avec ou sans Kreis: c'est le plus bas niveau d'administration de la santé;
- les présidents du district administratif: le niveau intermédiaire;
- le ministre de la santé: le plus haut niveau d'administration.

Ses principales fonctions sont la prévention et la réadaptation; elles s'exercent à travers certains types de services, particulièrement l'éducation sanitaire, la surveillance, le contrôle de l'hygiène, la santé de l'environnement, l'assistance pour les démunis et pour ceux dans le besoin, la santé scolaire et les services dentaires à l'école. La levée de fonds est principalement de la responsabilité du Laender et des communes (Gemeinden). Les médecins travaillant en santé publique sont des employés salariés ou des fonctionnaires et sont payés selon des conventions publiques.

En 1986, les services de santé publique employaient un médecin hygiéniste à plein temps pour chaque 25 220 personnes. Le coût total de la prévention et du traitement de la maladie en 1986 était de 4116 DM par habitant annuellement (~ 2 287 \$US). De ce montant, approximativement 34 DM (~ 18,90 \$US) par personne par année allaient à la santé publique. Aussi y a-t-il une énorme différence entre les objectifs poursuivis et les possibilités en termes de ressources.

Politiques et initiatives au sein du développement des services de santé publique

La santé publique en Allemagne a eu une tradition enracinée aux communes (Gemeinden) et provinces (Laender); elle remonte au Moyen Âge. Dans les années précédant 1933, les soins médicaux commençaient à se définir par trois secteurs, chacun avec ses propres objectifs, ses groupes de clients, ses méthodes et ses organismes payeurs⁽³⁾.

Les médecins des sociétés d'assurance et les hôpitaux assumaient la responsabilité des soins médicaux curatifs tant en milieu hospitalier qu'ambulatoire. Ces soins sont pris en charge et financés par l'assurance-maladie. En comparaison, les médecins de santé publique au niveau régional avaient la responsabilité des politiques administratives des services de santé publique et plus particulièrement la supervision médicale et l'hygiène; cela inclut aussi des fonctions consultatives en médecine légale avec les expertises qui en découlent. Ces services sont pris en charge et financés par le Reich et le Laender. Les médecins communaux de leur côté assument ces deux secteurs de responsabilité en plus d'organiser la prestation des soins pour la commune dans son entier ou pour des groupes cibles. Ces services sont financés par les communes, les municipalités ou les regroupements suprarégionaux* avec le support des sociétés d'assurance-maladie et des institutions indépendantes de charité.

Une caractéristique particulière des fonctions sanitaires de la commune résidait dans ce lien entre les soins et les besoins sociaux: les médecins communaux et les paramédicaux étaient habilités tout autant à poser des diagnostics socio-médicaux et donner des conseils sur la santé que de porter une assistance globale tant sociale que financière. L'organisation du système de santé publique communal était vue par les associations centrales des autorités locales comme naturellement liée aux politiques sociales et au rôle d'entraide économique qu'avait à jouer la commune.

* « Supraregional working groups » dans le texte original anglais.

Au début de la période du national-socialisme, le département de médecine du ministère de l'Intérieur du Reich, chapeauté par le personnel du national-socialisme, a pu forcer l'adoption d'une loi pour unifier et standardiser le système de santé publique au niveau national (Reich), malgré des résistances énormes. La Loi sur l'unification du service de santé publique du 3 juillet 1934 (Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens: GVG) visait à assurer « la souveraineté complète de l'État sur le système de soins de santé publique ». Son but était de créer un système administratif capable de mettre en pratique l'eugénie du national-socialisme: cette approche fut mise en opération par des lois et règlements à caractère particulier tels que par exemple la Loi sur la stérilisation du 14 juillet 1933 obligeant la création d'une bureaucratie distincte comme « courroie de transmission ». Ainsi la protection de la santé par l'État, les « éléments indispensables » que sont les services de santé communaux et l'eugénie du national-socialisme furent réunis pour former une nouvelle triade d'objectifs de santé publique. Ceci fut la première loi en Allemagne à porter l'administration du service de santé publique à un niveau national.

La loi de 1934 a eu des effets percutants. Non seulement donna-t-elle au pays son premier système administratif de santé publique normalisé avec un réseau de bureaux locaux de santé publique, 735 bureaux en 1935, mais elle créa également la fonction de médecin hygiéniste provincial* (Amtsarzt) et en fit un poste de carrière médicale de plein droit. Parallèlement à cela, une ordonnance promulguée par le Reich (Durchführungsverordnung: DVO) dota les bureaux de santé publique d'une liste complète de responsabilités bien classiques qui peuvent encore aujourd'hui être considérées comme la base des services à offrir en matière de santé publique. La liste était toutefois très imprécise, omettant de définir des champs de responsabilités bien identifiés ou de préciser l'esprit dans lequel devraient s'exercer ces responsabilités. Elle sépara aussi l'exercice de la médecine des services orientés vers l'aide sociale et économique. Plus encore, le personnel supérieur devint fonctionnaire et

* « State Medical Officer » dans le texte anglais.

tout ce service fut intégré à l'intérieur d'un système national bureaucratique et monolithique.

L'administration de l'assistance sociale communale et les fonctions administratives nationales de contrôle furent jumelées en une seule autorité de santé publique. Cette autorité s'exerçait localement et, il importe de le souligner, la loi releva les communes de leur responsabilité en regard du système de santé publique local.

Une fois la République fédérale d'Allemagne fondée en 1949, la Loi sur l'unification de 1934, bien que non reconnue comme loi fédérale, était utilisée comme point de référence dans l'organisation des services de santé publique de chaque *Laender*. Quelques bureaux de santé publique locaux furent transformés en autorité spéciale de la province (la Bavière, la Wuerttemberg – Baden, la Basse-Saxe, le Palatinat rhénan, la Sarre). Quelques bureaux de santé publique retrouvèrent leur statut communal (Berlin, Brême, Hambourg, Hesse, la Westphalie rhénane du Nord, le Schleswig – Hollstein et, depuis 1978, à nouveau la Basse-Saxe) et l'on pouvait remarquer une variété de procédures légales dans une même région. Ajoutons à cela l'adaptation graduelle des bureaux de santé publique aux conditions locales, avec pour résultat que si la base légale était similaire pour l'ensemble, on ne pouvait toutefois pas parler d'autorités sanitaires ou encore de bureaux de santé publique uniformes en RFA.

Ainsi, la structure sous-jacente des services de santé publique mise en place par la Loi sur l'unification de même que les responsabilités précisées par l'ordre exécutif persistent. Les imperfections soulignées précédemment dans la structure continuent d'affecter les services de santé. La Loi sur l'unification fut la bienvenue pour plusieurs parce qu'elle dotait la santé publique d'une base solide. Mais les discussions sur le secteur public du système de santé depuis 1949 devaient démarrer sans pouvoir se référer à une structure, un concept ou même un personnel pourtant en place avant 1933. On obtint comme résultat que le grand nombre de propositions réformistes avancées dans les années 1950^(4, 5) et encore aujourd'hui jugées remarquables furent sans effet.

L'expansion libérale capitaliste du « secteur de la santé »⁽⁶⁾, anticipée dans l'esquisse légale de la Loi de l'assurance-maladie de 1883, commença à gagner encore plus de terrain lorsque les médecins accrédités à ce régime surent se garantir une position dominante à l'intérieur de ces cadres d'une part et que les systèmes de soins de santé locaux (milieu classique pour les mesures de prévention environnementale et pour une approche dirigée vers des groupes cibles) se virent retirer la responsabilité générale des services sociaux du Gemeinde d'autre part (Daseinsfürsorge). Après 1945, il ne subsistait plus d'influence dans le Gemeinde qui eût pu peser assez lourd pour défendre et faire valoir le service de santé publique sur l'échiquier de la santé. Le temps vint en 1955 où les médecins faisant partie du régime d'assurance réussirent à faire reconnaître dans la loi la position qu'ils avaient d'abord gagnée lors des réglementations d'urgence pendant la crise économique de 1931 puis consolidée en 1935 durant la période du national-socialisme. Avec la Loi sur le droit des médecins du régime de l'assurance-maladie de 1955 (Gesetz über das Kassenarztrecht : GKAR), la Fédération et le Laender se trouvèrent soulagés des questions politiques touchant la santé, sans compter que le service de santé publique n'était plus en mesure de jouer un rôle de premier plan.

Il n'y a pas que les soins médicaux thérapeutiques qui se sont développés à l'intérieur du cadre de l'assurance-maladie. Graduellement, les soins préventifs ont été transférés du service de santé publique aux médecins du régime d'assurance-santé. Citons à cet effet la Loi sur la protection des jeunes personnes au travail de 1961 et la Loi sur l'aide aux mères et aux enfants de 1965. Le diagnostic précoce de la maladie fut pris en charge par ces médecins comme le veut le second amendement sur l'assurance-maladie de 1971 à titre de service assuré qui peut être exigé par des patients sur une base personnelle⁽⁷⁻⁸⁾. Avec l'assouplissement des lois sur la vaccination, celle-ci fut de plus en plus faite par les pédiatres et les médecins de pratique générale. La diminution continue des soins nécessitant l'intervention des médecins de santé publique conduisit à une sévère diminution dans le recrutement des médecins et des travailleurs sociaux⁽⁹⁾.

Une perte similaire de responsabilités dans le système de santé publique s'est aussi produite dans les domaines reconnus de la consultation médicale légale et dans la protection de la santé. Mentionnons que des rapports écrits de consultation sont de plus en plus exigés par les instituts spécialisés tels les instituts universitaires de médecine légale ou d'hygiène. Les lois sur le bien-être social telles que la Loi sur les grands handicapés et la Loi sur la réadaptation, toutes deux de 1974 ont transféré à d'autres les fonctions de consultation en médecine spécialisée. Aujourd'hui, seulement les personnes handicapées non protégées par l'assurance sur la sécurité sociale sont prises en charge par le Bureau de santé publique. L'hygiène industrielle, auparavant sous la responsabilité du service de santé, a en grande partie été reprise en charge par les médecins du travail et les comités de supervision au sein de l'industrie. Même l'évaluation des dommages suite aux réactions vaccinales adverses est devenue du ressort de l'administration des services sociaux.

Aussi le service de santé publique de la seconde moitié des années 1970 avait-il l'apparence d'un sous-système résiduel de soins médicaux dont les fonctions et responsabilités avaient été données à d'autres. Puis tout à coup le mot « subsidiaire » commença à apparaître dans le discours en matière de politiques de santé publique^(10, 11). Ce terme exprime le fait que le service de santé publique doit se donner seulement les devoirs qu'aucun autre sous-système médical ou aucune autre institution de bien-être, qu'elle soit publique ou privée, ne peut offrir. Ce terme exprime en clair le fait qu'il n'y a aucune notion, aucun concept de santé publique.

Dans l'état actuel des politiques de santé, les amendements au cadre légal de la santé publique en Schleswig – Hollstein (1979), à Berlin (1980) et en Bavière (1986) sont de loin plus restrictifs que les règlements de la Loi sur l'unification de 1934. Épousant le concept du « subsidiaire », les projets de lois les plus récents proposent de transférer les responsabilités des services en milieu scolaire et pour les jeunes personnes aux pédiatres privés. Cela aura pour conséquence d'enlever à la santé publique la dernière de ses plus classiques responsabilités. Il existe aussi une proposition à l'effet que la responsabilité des avis d'expertise médicale qui incombaient jusque-là aux

médecins hygiénistes provinciaux soit assumée par des médecins privés*, ce qui rappelle singulièrement ce qui s'est produit avec les notaires. C'est un pas en avant qui nous conduit droit au « médecin de district » du 19^e siècle...

Situation et perspectives pour le service de santé publique d'aujourd'hui

Comparativement à d'autres sous-systèmes de soins médicaux en RFA, il est évident que la santé publique s'est trouvée marginalisée ces dernières décennies. Toutefois, de récentes tendances économiques et sociales et d'autres tendances résultant de politiques sociales et de santé pourraient avoir une influence positive tant sur les services que sur le système de santé publique dans son ensemble. Les moyens informatiques modernes de traitement et de gestion de l'information ont provoqué une réorganisation radicale de la production. L'emploi est garanti seulement dans les secteurs de la population qui sont efficaces et mobiles socialement et géographiquement; la chance d'obtenir un emploi permanent n'est plus accessible à tous (l'emploi des jeunes, des femmes et des travailleurs âgés forcés à une retraite partielle ou prématurée selon le cas pour masquer le chômage comme « artefact socio-politique ».)

Cette révolution du secteur de production est la cause d'une crise dans l'assurance sociale en RFA qui, en se développant graduellement avec l'industrialisation depuis 1883, est intimement liée à l'emploi. Expliquons-nous.

Le travail seul permet aux individus de bénéficier de la sécurité sociale. C'est le présent emploi ou le précédent qui donne à l'individu le droit à des bénéfices lors de sa retraite, lors d'invalidité, de maladie, de chômage et d'autres épisodes du genre. Même les questions de pensions aux dépendants qui ne sont pas eux-mêmes assurés, comme les femmes qui « ne sont que des épouses » et dont le travail dans l'ombre permet à leur mari de travailler à l'extérieur et aux enfants d'être élevés,

* « Independent doctors » dans le texte anglais.

demeurent des questions brûlantes. La pauvreté à la vieillesse signifie la pauvreté chez les femmes âgées: en 1986, 72 % des bénéficiaires âgées retiraient une pension de dépendante de moins de 600 DM comparé à 9 % chez les hommes du même âge.

Ainsi donc, le chômage s'est accru depuis les dernières années et le nombre de personnes qui ont eu besoin de prestations supplémentaires (Sozialhilfe), le plus bas niveau de l'aide sociale publique, s'est aussi accru. Les individus qui ne sont pas couverts par l'aide sociale sont alors devenus des victimes de la « nouvelle pauvreté ». Dans la période allant de 1970 à 1983, le PNB grimpa d'un indice de 100 à 248, le quota de l'aide sociale, de 100 à 307 et les prestations supplémentaires, de 100 à 527 (ce nombre était de 652 en 1986). Les principaux motifs de prestations supplémentaires en 1986 étaient effectivement le chômage et les pensions inadéquates. Les prestations supplémentaires sont en grande partie financées par des organismes communaux avec, comme conséquence, que la République fédérale d'Allemagne doit faire face à un appauvrissement dans la population qui se dénote selon le sexe, le lieu géographique ou le groupe social; cela se ressent dans les secteurs industriels chroniquement faibles (l'agriculture, les industries vieillissantes telles le charbon, l'acier, le domaine portuaire, etc.), chez les personnes âgées, chez ceux qui nécessitent des soins, chez les chômeurs, chez les femmes qui n'ont jamais payé ou qui n'ont payé des contributions d'assurance sociale que sur une courte période de temps et chez les jeunes sans formation particulière. Tous ces groupes ont été gravement touchés. La fonction de soulagement social du système d'assurance sociale classique n'est désormais plus en état de marche: non seulement la pauvreté, mais le chômage, la vieillesse, la maladie chronique et le besoin en soins infirmiers sont vus comme de nouveaux... anciens... problèmes dans une commune⁽¹²⁻¹⁵⁾. Et pourtant elle tente, devant les augmentations exorbitantes du fardeau financier social, d'en réduire les frais.

Plutôt épargnée par toute cette réorganisation, une tendance s'est affirmée de par le monde ces dernières années visant à considérer de nouveau la commune/communauté comme le centre des mesures préventives. Certes, le système médical est

parfois capable de soulager mais non pas de mettre en place des mesures avant-gardistes pour combattre ou éviter des maladies chroniques dégénératives. L'on a reconnu que l'environnement, le travail et la communauté étaient susceptibles de placer la population dans des situations à risque. Mais nonobstant les problèmes associés à la prévention des dangers au travail^(14, 15), le bien-fondé de la prévention au niveau de la communauté a été redécouvert^(16, 17).

Dans le développement de programmes visant une politique de santé, ici encore la commune est considérée comme le centre dispensateur de soins. Ceci est particulièrement à propos dans le contexte où l'Organisation mondiale de la santé met de l'avant les « soins de première ligne » et la « promotion de la santé »^(18, 19); on parle même de la promotion de la santé comme de la « nouvelle santé publique »⁽²⁰⁾ dont les résultats pratiques apparaissent actuellement sous la forme d'un projet « Villes en santé ». En RFA, le potentiel des communes dans la planification locale de la santé est à l'étude⁽²¹⁾. Ces activités de prévention orientées à la manière communale ont jusqu'à maintenant concentré leurs efforts au niveau de la médecine sociale sur un plan théorique et au niveau d'une politique de la santé sur un plan de recherche. Mais ces mesures de prévention communales ne porteront pas fruit à moins que les communes ne reconnaissent la santé comme faisant partie intégrante de leur propre infrastructure sociale.

Il y a deux types de problèmes particuliers dans les soins médicaux au niveau communal. Citons d'abord la maladie chronique et les soins infirmiers inadéquats pour les personnes âgées. Il est clair que ces situations demandent plus d'attention. Il faut mentionner ensuite la prévention orientée vers la communauté. Elle doit s'attaquer à la racine même des causes des maladies qui affectent la communauté. N'est-ce pas là deux secteurs classiques des soins de santé communaux, la réponse aux besoins sur une large échelle et la poursuite de la santé au sein de la communauté?

En guise de conclusion, mentionnons qu'il est impossible de prédire où nous mènera l'administration de la santé publique dans l'arène des politiques de santé. Mais un certain nombre de

directions possibles pour le développement futur se dessinent : l'emphase sur les mesures de l'environnement local qui pourrait aller aussi loin que de mettre sur pied des « bureaux locaux de santé publique et d'environnement ». C'est déjà chose faite à Hambourg. Mentionnons aussi l'emphase sur les aspects du bien-être, des soins, de la promotion de la santé. C'est ce qui ressort de la participation des bureaux de santé publique de Brême et de Düsseldorf dans le projet international de « Villes en santé ». Mais en regardant la réalité sous un autre angle, il faut aussi noter que de récents projets de loi indiquent une tendance qui va plutôt vers la restriction de l'organisation et des responsabilités de santé publique, ce qui en pratique signifie sa disparition. L'administration des services de santé publique est donc à la croisée des chemins des politiques de santé. Elle pourrait soit être réduite à une quantité négligeable, soit connaître un nouvel essor, à la condition que les services* soient arrimés à une base locale.

* « Care » dans la version originale anglaise.

Quelques données statistiques — République fédérale d'Allemagne

Superficie du pays		248 700 km ²
Population totale	1986	61,066 millions
Densité de population	1985	245 hab./km ²
Taux de natalité par 1000 habitants	1986	10,3
Population économiquement active	1986	25,786 millions
Taux de chômage		9 %
Pourcentage de personnes âgées dans la population		
65 ans et plus	1986	15,06 %
75 ans et plus	1986	7,01 %
Espérance de vie à la naissance		
hommes	1986	70,5 ans
femmes	1986	77,1 ans
Mortalité infantile par 1000 naissances d'enfants vivants	1986	8,7
PNB per capita	1986	31 900 DM, 17 720 \$US
Part du PNB consacrée à la santé	1986	9,5 %
Dépenses de santé per capita en dollars US	1986	2 287 \$US
Taux d'inflation		(moins 0,2 %)
Population par médecin	1986	370
Population par infirmière		127,8
Lits de soins aigus par 1000 habitants	1985	11,06
Taux brut de mortalité par 1000 habitants	1986	11,5
Principales causes de décès:		
Maladies cardio-vasculaires	1985	51,0 %
Cancers	1985	23,1 %
Maladies du système respiratoire	1985	6,3 %
Traumatismes et accidents	1985	5,0 %
Maladies du système digestif	1985	4,7 %
Autres	1985	9,9 %

Références bibliographiques

1. FEMMER, H. J. et al. (éd.), *Grundriss des öffentlichen Gesundheitswesens zum Gebrauch an Medizinischen Fakultäten und an Medizinal-Lehranstalten*, Bielefeld, 21-1985.
2. IGSF/BESKE = INSTITUT FÜR GESUNDHEITS-SYSTEM-FORSCHUNG/F. BESKE (éd.), *Strukturanalyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein*, Vol. 8, Kiel, Schmidt Kläunig, 1978.
3. LABISCH, A. et F. TENNSTEDT, *Der Weg zum « Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens » vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und-momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland*, (= Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, 13, 1.2), Düsseldorf, Verlag der Akademie, 1985.
4. HAGEN, W., *Vorbeugende Gesundheitsfürsorge*, Stuttgart, Thieme, 1953.
5. AUERBACH, W. (E. JAHN pour la partie « Gesundheits CH sicherung »), *Sozialplan für Deutschland*, Berlin/Hanovre Dietz, 1957.
6. TENNSTEDT, F., *Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg*, Göttingen, Vandenhoeck u Ruprechh, 1981.
7. MANGER-KOENIG, L. v., « Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen gestern und morgen », dans *Öff. Gesundh. — Wesen*, 37, 1975, pp. 433-448.
8. BADURA, B. et K. LENK, « Der öffentliche Gesundheitsdienst: Begräbnis oder Neubeginn? », dans BLANKE, B. et al. (éd.), *Die zweite Stadt*, 1986, pp. 306-320 (Voir plus bas note 12).
9. LABISCH-ZIESMANN, U. et A. LABISCH, « Zur Personalsituation (insbesondere der Ärzte) im öffentlichen Gesundheits-

- dienst von 1951 bis 1980 im Vergleich zur ambulanten und stationären Versorgung », dans *Öf. Gesundb. — Wesen*, 46, 1984, pp. 63-67, 125-130.
10. GEISLER, H., « Was erwartet der Gesundheitspolitiker vom öffentlichen Gesundheitsdienst? », dans *Öf. Gesund. — Wesen*, 36, 1974, pp. 97-103.
 11. WOLTERS, H.-G., « Moderne Gesundheitspolitik im öffentlichen Gesundheitsdienst », dans *Öf. Gesundb. — Wesen*, 36, 1974, pp. 727-737.
 12. BLANKE, B. et al. (éd.), *Die zweite Stadt. Neue Formen lokaler Arbeits- und Sozialpolitik* (= Leviathan. Zs. f. Sozialwissenschaft. Sonderheft 7), Opladen, Westdeutscher Verlag, 1986.
 13. KAUFMANN, F.-X. (éd.), *Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Bedingungsanalysen sozialpolitischer Intervention*, (= Soziologie und Sozialpolitik, 7), Munich, Oldenbourg, 1987.
 14. SCHMIDT, M. et al. (éd.), *Arbeit und Gesundheitsgefährdung. Materialien zur Entstehung und Bewältigung arbeitsbedingter Erkrankungen*, Francfort, a.M. Haag und Herchen, 1982.
 15. MILLES, D. et R. MÜLLER (éd.), *Berufsarbeit und Krankheit*, Francfort/New York, Campus, 1985.
 16. TROSCHKE, J. v., « Präventive Gemeindestudien in der Bundesrepublik Deutschland », dans *Dtsch. Ärztebl.*, 80, no. 42, 1983, pp. 65-70.
 17. MURZA, G., « Gemeindeorientierte Prävention », dans *Prävention*, 7, 1984, pp. 3-8.
 18. WHO/EUR 1983, *Weltgesundheitsorganisation/Regionalbüro Europa, Einzelziele zur Unterstützung der Regionalstrategie für « Gesundheit 2000 »* (WHO/EUR/RC 33/9), Copenhagen, 1983.

19. WHO/EUR 1985, *Weltgesundheitsorganisation/Regionalbüro Europa, Einzelziele für « Gesundheit 2000 »*. *Einzelziele zur Unterstützung der Regionalstrategie für « Gesundheit 2000 »*, Copenhague, 1985.
20. KICKBUSCH, I., *Health Promotion. An International Journal*, Vol. 1, (sq.) Oxford, 1986.
21. SCHRÄDER, W.F. et al., *Kommunale Gesundheitsplanung*, (= Stadtforschung aktuell, Bd. 13), Bâle, Birkhäuser, 1986.

Belgique: le jeu des acteurs sociaux et les soins de santé primaires

Xavier Leroy

Monique Van Dormael

Introduction

Le système de santé belge est le résultat historique d'initiatives multiples et non articulées entre elles, laissées à la libre entreprise de particuliers et des collectivités, mais largement financées par la Sécurité sociale (paiement à l'acte) et l'État.

Ce contexte a permis au corps médical, et en particulier aux médecins spécialistes hospitaliers, de s'assurer une prépondérance de fait par rapport aux autres acteurs qui déploient leurs stratégies pour maîtriser les enjeux économiques et médico-sociaux du système et ménager leurs intérêts propres: les citoyens, les pouvoirs publics, les mutuelles, les autres professionnels de la santé, les entreprises, les universités.

Le corps médical devient plus hétérogène cependant et le front uni qu'il veut présenter se lézarde. Les aspirations des citoyens évoluent. Et, malgré la complexité des mécanismes de décision au niveau des pouvoirs publics, on voit apparaître depuis quelques années une relative continuité de politique de santé: dans un double objectif de maîtrise des dépenses et d'amélioration qualitative du système de soins, la restructuration du secteur hospitalier devrait permettre, en théorie, une réaffectation partielle des économies dégagées dans la création de maisons de repos et de soins et dans les soins de santé primaires.

Cependant, c'est bien dans le domaine des soins de santé primaires que les mesures adoptées sont jusqu'à présent les plus timides.

Des expériences variées et dynamiques de coordinations locales et de centres de santé débouchent, sur le terrain, sur de nouvelles perspectives de santé publique communautaire. Mais, en dépit des discours officiels, les appuis tangibles des pouvoirs publics restent limités.

Certes, le jeu des acteurs penche souvent en défaveur des soins de santé primaires, et l'extrême morcellement des compétences ne favorise pas des décisions cohérentes. Mais ce décalage entre discours et mesures concrètes s'explique peut-être aussi par un malentendu de fond: les soins de santé primaires sont trop

souvent perçus avant tout comme instruments de maîtrise des dépenses, et de ce fait comme démarche restrictive et pis-aller imposé par la crise économique, plutôt que comme stratégie d'amélioration qualitative du système de santé.

Aperçu historique

Jusqu'à la fin du 19^e siècle, les rapports entre les médecins et leurs patients étaient régis par les principes qui avaient dominé les corporations depuis l'époque médiévale : contrôle de l'accès à la profession, surveillance de la qualité des services et fixation des prix. Les responsabilités en matière de santé publique étaient confiées par la Constitution belge de 1830 aux pouvoirs locaux soutenus dans cette tâche par les provinces et l'État. Les communes jouèrent en effet un rôle important dans l'amélioration de l'hygiène publique et dans le domaine de l'assistance aux pauvres et aux malades nécessiteux : l'Assistance publique.

Lors de l'avènement du machinisme et de la première révolution industrielle, l'utilisation de la force de travail s'était faite de manière anarchique.

Les conditions de travail n'ont été modifiées qu'à travers le lent mouvement des revendications ouvrières, tantôt légal et pacifique, tantôt violent. Alors que les associations de travailleurs étaient interdites (la loi Chapelier les interdisant ne fut abrogée qu'en 1866), des caisses d'aide mutuelle se sont créées pour subvenir aux besoins des travailleurs malades, victimes d'accidents ou licenciés. Progressivement reconnues et subventionnées par l'État, elles devinrent le noyau autour duquel s'élabora, entre les deux guerres mondiales, une ébauche d'assurance-maladie et de sécurité sociale. Pendant la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement belge, en exil à Londres, eut connaissance du rapport social de Lord Beveridge qui inspira le National Health Service en Angleterre. Par ailleurs, patrons et ouvriers, qui fraternisaient dans la résistance à l'occupation nazie, avaient conçu un projet de pacte social pour permettre la reconstruction du pays. Dès 1944, il permit de jeter les bases d'un système de sécurité sociale. Dans le domaine de l'assurance-maladie, le financement est assuré conjointement par les cotisa-

tions des travailleurs et des employeurs ainsi que par l'État. L'organisation des services de santé est confiée à la libre entreprise des particuliers ou des collectivités. L'intervention de l'assurance consiste en un remboursement à l'acte. La mutuelle joue un rôle d'intermédiaire entre les cotisants et le Fonds national d'assurance-maladie-invalidité qui centralise et redistribue les fonds.

Depuis lors, l'assurance élargit triplement sa couverture: d'abord en l'étendant aux indépendants, puis à d'autres groupes jusqu'à couvrir toute la population, ensuite en acceptant le remboursement de nouveaux types de prestations et enfin en améliorant l'étendue des frais couverts. Ainsi, les pensionnés, veuves et invalides ayant un faible revenu se virent reconnaître le droit à un remboursement complet, comme les victimes de « maladies sociales » (cancer, tuberculose, maladies mentales, malformations congénitales et polio). Ils furent dispensés des tickets modérateurs imposés aux autres bénéficiaires.

La croissance exponentielle des coûts supportés par l'État et les cotisants inquiétait déjà les responsables avant la crise économique des années 1970, sans que pour autant le système ne soit modifié. La croissance du chômage et de la dette publique amena le gouvernement à rechercher des économies drastiques. Celles-ci se concrétisèrent à partir de 1980 dans plusieurs directions importantes:

- limitation des remboursements pharmaceutiques par l'instauration de classes d'utilité thérapeutique, modulant l'intervention de l'assurance et par la promotion de produits « génériques » ;
- compression du nombre de lits d'hôpitaux et des coûts hospitaliers par une programmation plus stricte des hôpitaux, des appareillages médico-techniques dits « lourds » (c'est-à-dire onéreux), remplacée ensuite par celle des « services lourds », ainsi que par une révision des bases et critères de financement des hôpitaux (suppression des petits hôpitaux, modulation des subsides par référence aux coûts moyens d'hôpitaux « analogues »).

Les acteurs du système de santé et leurs stratégies

Fruit d'un compromis entre les partisans d'une médecine libérale et les protagonistes d'un système de santé nationalisé, l'organisation issue des lois de 1944 et de 1963 laisse d'importantes zones d'incertitude qui deviendront le champ où les différents acteurs agiront pour s'assurer le pouvoir et ménager leurs intérêts propres.

Les deux principaux enjeux sont de nature

- économique: qui paie? — combien? — à qui?
- médico-sociale: quels objectifs de santé? — pour qui? — par qui? — par quels moyens?

Mais les fronts où se joue la lutte d'influence entre les acteurs sont multiples. L'opinion publique et, par conséquent, les médias ont une importance capitale pour la diffusion des images et des comportements en matière de santé. L'appareil juridique et réglementaire: lois, arrêtés, décrets, nomenclature, conventions médico-mutuellistes, etc., fixent les règles du jeu après de multiples négociations.

En analysant le pouvoir imparti à chacun des groupes d'acteurs et leurs stratégies, on prendra connaissance du fonctionnement de ce système de santé. On le situera dans une typologie définie par les relations entre acteurs^(1, p. 350).

À propos de chacun de ces groupes, on développera succinctement:

- leur pouvoir;
- les valeurs et idéologies qui soutiennent leur action;
- les mouvements et événements qui ont déterminé leur place dans le système de santé.

1. Les citoyens

Ils disposent d'un pouvoir important en matière de santé, mais ils l'utilisent rarement en tant que force organisée. Les syndicats de travailleurs ont généralement laissé aux mutuelles les responsabilités en matière de santé.

Les partis politiques ont rarement fait campagne en faveur d'une politique de santé déterminée. Le plus souvent, leurs slogans sont des déclarations d'intention peu opérationnelles. Par contre, le jeu du clientélisme partisan a souvent nui à la cohérence des décisions et même à la simple exécution des décisions prises (en matière de programmation hospitalière par exemple).

La liberté de choisir son médecin (généraliste ou spécialiste) ou son hôpital et d'accepter ou non un traitement est totale, l'accessibilité géographique est excellente et les freins financiers (ticket modérateur) ne sont dissuasifs que pour certaines prestations et pour certains bénéficiaires peu fortunés ou moins bien protégés (les indépendants par exemple).

Toutefois, cette liberté n'est que théorique et elle se limite le plus souvent à choisir son point d'entrée dans le système de santé et à déposer sa confiance (et sa liberté) entre les mains d'un ou de plusieurs médecins qui en disposeront pour vous.

Cette attitude passive vis-à-vis de l'institution médicale, bien que très répandue, est loin de satisfaire l'ensemble des citoyens. Les associations de consommateurs ont appliqué aux services médicaux les mêmes critères d'évaluation qualité-prix qu'aux autres biens de consommation. Loin de s'indigner d'une assimilation qui paraissait sacrilège à certains, l'homme de la rue n'a rien trouvé d'anormal à cette démarche, signe sans doute d'une distanciation plus grande du public vis-à-vis de la médecine. Il faut toutefois noter qu'il est encore rare que des procès soient intentés aux médecins à la suite d'erreurs ou de négligences.

Face à l'attitude devenue traditionnelle de soumission aux décisions médicales, deux courants divergents se dessinent:

- Méfiance vis-à-vis des méthodes de la médecine « scientifique » : celle-ci ne prendrait pas assez en compte des paramètres jugés essentiels, tels que l'énergie vitale et le potentiel psychologique de la personne et elle négligerait les capacités naturelles de l'organisme vivant à garder ou retrouver son équilibre. Il en résulte un attrait pour les thérapeutiques dites naturelles, les médecines « parallèles » et le souhait d'une relation plus gratifiante avec le thérapeute.
- Attente centrée sur la capacité d'expertise du médecin. Son rapport est demandé de façon à éclairer la décision à prendre. Considéré alors comme un technicien ou un expert, il lui est reconnu un pouvoir quasi instrumental qui n'entame pas l'autonomie de l'individu.

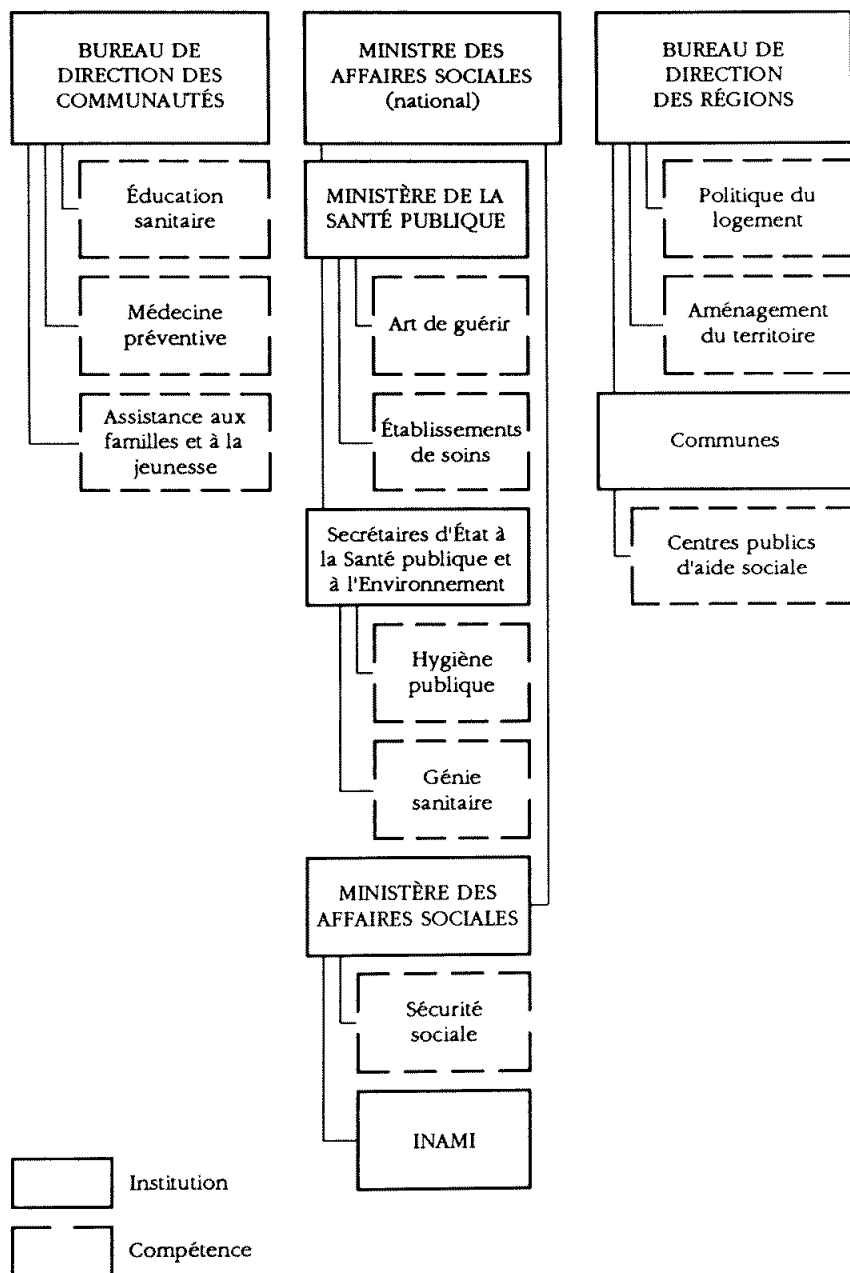
On notera encore la création de nombreuses associations ou ligues de malades ou d'anciens malades faisant appel à l'entraide entre personnes concernées par un même problème de santé. Certaines d'entre elles sont vraiment prises en main par les intéressés eux-mêmes, comme les Alcooliques anonymes; d'autres sont pratiquement dirigées par des professionnels.

Ces initiatives, d'un type plus récent, font suite à d'autres plus anciennes dans le domaine de la prévention primaire, de la prophylaxie des maladies transmissibles ou de la réadaptation. Elles ont joué et jouent encore un rôle considérable en ce domaine. Souvent, elles ont reçu un statut officiel ou semi-officiel et un support financier de l'État, mais leur caractéristique commune est d'agir dans un secteur spécifique sans qu'il n'y ait de coordination globale ni de lien avec le secteur curatif.

2. Les pouvoirs publics

Les compétences en matière d'organisation et de financement ont été progressivement concentrées aux mains de l'État central, sans toutefois aboutir à la création d'une instance unique responsable des décisions en matière de santé. Le rapport Petit⁽²⁾ dénombrait en 1976 onze ministères se partageant ces compétences. Les principales étaient toutefois détenues par le ministère de la Santé publique et celui de la Prévoyance sociale.

Figure 1 — Répartition des compétences publiques en matière de santé



Depuis lors, la régionalisation du pays en 1977 a transféré aux communautés linguistiques du pays les responsabilités concernant les matières personnalisables (dont la santé). Mais cela n'a pas simplifié le fonctionnement des institutions.

Les communautés sont compétentes en matière de politique de dispensation des soins, d'éducation sanitaire et de médecine préventive. Elles sont aussi responsables de la politique familiale et de toutes formes d'aide et d'assistance aux familles et aux enfants. L'organisation et le financement de la coordination des soins à domicile, en 1987, constituent des exemples récents d'exercice de ces attributions.

On verra dans la troisième partie que les communautés française et néerlandophone ont pris des options différentes en cette matière. Ces décisions divergentes reflètent les liens privilégiés des acteurs intéressés avec le pouvoir politique dans chaque région.

Il faut remarquer que les communautés ne contrôlent ni le fonctionnement de l'assurance-maladie, ni son financement. Le cloisonnement existant entre l'organisation de la prévention et celle des soins curatifs a donc été renforcé par la régionalisation.

L'État national

Les compétences nationales appartiennent principalement à deux ministères, celui de la Santé publique et de l'Environnement et celui des Affaires sociales.

Le ministre des Affaires sociales regroupe ces deux ministères sous son autorité depuis 1980. Deux secrétaires d'État détiennent, sous son contrôle, les responsabilités en matière de génie sanitaire et d'hygiène publique. Il se réserve directement l'administration des établissements de soins et l'exercice de l'art de guérir.

Il lui appartient donc de mettre en oeuvre la législation organique régissant l'exercice des professions médicales et paramédicales, la programmation des hôpitaux et des services médico-techniques lourds, leur reconnaissance officielle et le

financement de leurs infrastructures; l'administration des établissements de soins intervient également dans la fixation des prix de journée à l'hôpital et dans le financement de celui-ci (25 %).

En tant que ministre des Affaires sociales, il est responsable de l'ensemble de la Sécurité sociale. En particulier, il exerce la tutelle de l'État sur l'INAMI (Institut national d'assurance-maladie-invalidité).

Il se trouve ainsi à un poste clef permettant de définir et de mener une politique de santé, bien qu'il doive en négocier les modalités et les moyens avec ses partenaires du gouvernement (en particulier le ministre des Finances), les communautés et les groupes de pression⁽⁵⁾.

L'INAMI

L'INAMI est un organisme parastatal qui gère le fonctionnement de l'assurance-maladie (soins de santé), mais aussi l'allocation des indemnités pour incapacité de travail ou invalidité. Il reçoit de l'ONSS (Organisme national de sécurité sociale) les cotisations des travailleurs et des employeurs à l'assurance; l'État lui verse sa contribution au financement, il effectue les remboursements par l'intermédiaire des mutuelles. Ces dernières versent la quote-part de l'assurance, soit directement au prestataire de soins (système du tiers-payant) — ce système est le plus courant en cas d'hospitalisation —, soit au patient lui-même. Pour les soins ambulatoires, ce dernier système a été rendu récemment obligatoire.

Pour la petite histoire, on notera que lorsque cette mesure a été prise en 1986, les mutuelles ont installé des bureaux de remboursement dans leurs hôpitaux et polycliniques, si bien que le patient pouvait successivement payer sa consultation et se faire rembourser au guichet suivant. Le ministre a obligé les mutuelles à fermer ces bureaux. Cette mesure repose sur la conviction que non seulement le ticket modérateur (part du prix restant à la charge du patient), mais aussi l'obligation de déboursier la totalité de la somme due pour les soins ambulatoires, auraient un effet dissuasif sur la surconsommation.

L'INAMI est dirigé par un comité de gestion où sont représentés les différents groupes professionnels, les interlocuteurs sociaux (patrons, syndicats, classes moyennes), les mutuelles et les administrations concernées. Le poids réel de l'INAMI dépasse de loin celui d'un simple exécutant. Statutairement, il est chargé de négocier la conclusion de conventions entre les mutuelles et les groupements professionnels (médecins, dentistes, kinés, pharmaciens, infirmiers, établissements hospitaliers), afin de fixer les prix des prestations. Il propose au ministre les modifications à apporter à la nomenclature des soins ou à la liste des médicaments remboursables. Il vérifie encore l'ampleur des prestations des praticiens (profil par prestataire). Bien qu'il ne soit pas habilité à définir une politique de santé, l'INAMI, par la voie des taux de remboursement et des règles qui conditionnent celui-ci, a une influence considérable sur le fonctionnement du système de santé. Dans les organes de décision ou de concertation, les mutuelles et les médecins y sont les plus influents et s'y affrontent fréquemment.

Les pouvoirs locaux

Les pouvoirs locaux, communes et provinces, ont un rôle important en tant qu'« entrepreneurs ». Le secteur hospitalier public (40 % des lits de soins aigus et 23 % des lits de soins psychiatriques) est principalement organisé par eux et financé par l'État de la même manière que le secteur privé. Les hôpitaux publics, dont le déficit annuel croissait d'un milliard de FB par an depuis 1978, se sont vu imposer l'obligation d'atteindre l'équilibre budgétaire en six ans (AR du 20-12-1982). Les centres publics d'aide sociale (CPAS) interviennent dans le coût des soins aux personnes ne pouvant supporter la part des frais leur incombant. Il est fréquent également qu'ils mettent à la disposition du public des maisons de repos pour personnes âgées et des services de soins et d'aide à domicile.

Proches des usagers, les communes sont bien placées pour répondre à leurs besoins. Il est hélas fréquent que les décisions soumises au pouvoir politique communal se préoccupent du rendement en supputant les voix et les appuis divers à obtenir aux prochaines élections plutôt qu'en fonction d'une politique cohérente de santé publique!

3. Les mutuelles

Le mouvement coopératif qui a présidé à leur création n'est plus guère perceptible aujourd'hui. Par contre, les liens idéologiques et politiques avec les trois grands courants qui se disputent l'hégémonie (sociaux-chrétiens, socialistes et libéraux) reste très vivace. Les mutuelles sont donc une pièce importante dans la stratégie des partis politiques.

Leur rôle ne se limite pas à celui d'organismes de remboursement des prestations couvertes par l'assurance-maladie. Elles offrent en outre une assurance complémentaire (petits risques des indépendants, séjours de convalescence, colonies de vacances, soins infirmiers, épargne pré-nuptiale, etc.) qui leur fournit des ressources propres considérables.

Elles ont également assumé le rôle d'entrepreneur en ouvrant des hôpitaux, des polycliniques et des pharmacies, de manière à être présentes sur le marché et veiller ainsi à l'application des conventions avec les professionnels de la santé. De plus, les Mutualités chrétiennes ont développé un service de soins infirmiers à domicile qui couvre l'ensemble du pays: La Croix jaune et blanche.

Cette situation entretient toutefois une ambiguïté dans la représentation des mutuelles au sein des organes où elles sont censées défendre les intérêts du patient et elle a contribué à aviver le conflit qui les oppose de manière quasi permanente au principal syndicat des médecins.

4. Les professionnels

Le système de paiement (et remboursement) à l'acte et la liberté d'entreprise — contrecarrée seulement par les normes de reconnaissance officielle et la programmation des hôpitaux et des services lourds (qui commence peu à peu à devenir effective) — donnent aux professionnels de la santé une prépondérance de fait par rapport aux autres acteurs.

Le corps médical s'y est assuré la part du lion. Son champ de compétence s'est développé grâce aux progrès de la science médicale, mais aussi en empiétant sur celui des autres profes-

sionnels, ce qui lui a permis de s'assurer des revenus parmi les plus élevés du pays. La pléthore actuelle de médecins a toutefois fait baisser leur revenu moyen, surtout celui des jeunes⁽⁵⁾; d'une part, elle renforce les réflexes corporatistes et les pratiques de concurrence, d'autre part, elle lézarde l'unité d'intérêt.

Les médecins disposent d'organisations professionnelles: l'Ordre des médecins, plusieurs syndicats médicaux et des organisations scientifiques. La principale organisation syndicale — les Chambres syndicales des médecins — s'est constituée peu après la parution de la loi organisant l'INAMI en 1963, afin d'assurer la représentation des médecins au sein de la commission médico-mutuelliste (qui doit établir les honoraires conventionnés) et de défendre les intérêts de la profession.

Ce syndicat a été très combatif et il se présente comme le défenseur des médecins contre les velléités d'emprise étatique (le danger de collectivisation) ou l'immixtion des institutions ou des professions non médicales dans le domaine de la santé.

Un conflit quasi permanent les a ainsi opposés aux mutuelles, aux ministres successifs de la Santé publique et à la plupart des centres de recherche — universitaires ou non — qui ont le système de santé comme objet d'étude ou d'action. Les valeurs par lesquelles sont justifiées leurs prises de position sont généralement la défense du libre choix du patient et la liberté thérapeutique du médecin. Ces deux thèmes majeurs sont souvent accompagnés d'un thème mineur en apparence, mais tout aussi important du point de vue stratégique, à savoir l'incompétence déclarée de toute personne qui n'est pas médecin à penser, analyser ou agir, non seulement en matière de santé physique ou mentale, mais encore dans toute discipline des sciences humaines dès qu'elles touchent à la santé ou au système de santé.

Le syndicat des médecins a vieilli en même temps que ses promoteurs et il s'est cristallisé autour d'un bloc dur de spécialistes d'un âge certain. Il a été ainsi amené à privilégier les intérêts des spécialistes au détriment des généralistes, la médecine hospitalière de préférence à l'ambulatoire et les médecins âgés plutôt que les jeunes. Ces derniers sont fort nombreux

— un généraliste sur deux a moins de 35 ans et un spécialiste sur deux moins de 40 — et ils ont du mal à se faire entendre. Une enquête récente a montré que, parmi les diplômés des sept dernières années, le taux de syndicalisation ne dépassait pas 17 %. Ils manifestent beaucoup de méfiance vis-à-vis des syndicats médicaux et de l'Ordre; par contre, ils participent souvent à des associations de médecins locales ou régionales susceptibles, selon eux, d'apporter des réponses concrètes à leurs problèmes professionnels^(4, 5).

Les syndicats de médecins doivent, pour être considérés comme représentatifs aux yeux de la loi, regrouper aussi bien des généralistes que des spécialistes. Cette représentation commune obligatoire, tout en masquant de plus en plus mal les divergences d'intérêts entre généralistes et spécialistes, pourrait bien constituer un frein non négligeable au renforcement du premier échelon, car leur puissance reste considérable dans les instances de négociation.

Les dentistes et les kinésithérapeutes rencontrent également des difficultés liées à la croissance rapide de leurs effectifs. Leurs prestations bénéficient d'une couverture moins complète que celles des médecins, aussi sont-ils touchés à la fois par une certaine stagnation de la demande et par l'augmentation rapide de l'offre.

Quant aux *infirmières*, leur nombre s'est certes accru et l'on rencontre un nombre important de chômeuses parmi les moins qualifiées d'entre elles. Il ne semble pas toutefois qu'il y ait menace de pléthore. Le ministre de l'Emploi et celui des Affaires sociales ont pris des dispositions pour favoriser l'emploi à temps partiel dans les hôpitaux. Il y a cinq ans, 18 % du personnel soignant hospitalier exerçait déjà de cette façon; dans un hôpital universitaire de Bruxelles, cette proportion atteint déjà 37 %. La formation des infirmières est fortement orientée vers le secteur hospitalier. Un diplôme de 2^e cycle en santé sociale existe mais il n'offre guère de débouchés sinon dans les organismes de prévention, la fonction d'infirmière de quartier ou de secteur n'existant pas en Belgique. Actuellement, 7 % seulement des infirmières diplômées acquièrent une telle formation.

Le *secteur hospitalier privé* connaît une grande variété de « pouvoirs organisateurs ». Le plus important d'entre eux est la Fédération des institutions hospitalières catholiques regroupées au sein de « Caritas Catholica ». La plupart des hôpitaux fondés par des congrégations religieuses et progressivement laïcisés se trouvent dans cette fédération. Les unions mutualistes ont également chacune leur réseau propre. Enfin, il existe diverses cliniques possédant le statut d'association sans but lucratif ou de société anonyme. Quel que soit le statut de la clinique, le patient a droit au remboursement des prestations et du prix de journée moyennant une contribution modique si l'on est hospitalisé en chambre commune (quatre personnes ou plus), mais qui s'accroît en cas de séjour prolongé (au-delà de 91 jours) et peut devenir considérable si l'on exige une chambre privée.

Le secteur hospitalier, vu l'importance des investissements qu'il exige, vu l'emploi spécialisé qu'il offre (100 000 personnes, sans compter les 10 000 médecins qui y oeuvrent) et grâce aux liens privilégiés qu'il a noués en son sein et avec les milieux politiques et financiers, constitue un puissant « lobby ». La prépondérance des médecins dans ce secteur n'est cependant pas aussi évidente qu'il paraît à première vue.

5. Les entreprises

L'évolution des coûts de la santé inquiète et gêne l'ensemble des employeurs. Les cotisations patronales et les impôts des sociétés contribuent au financement de l'assurance-maladie ; à cela s'ajoutent les cotisations des travailleurs qui pèsent aussi sur le coût total de la main-d'oeuvre qui obère ainsi la compétitivité des entreprises et la rémunération du capital. Les associations patronales sont donc unanimes à exiger une diminution des dépenses publiques de santé.

De nombreux secteurs marchands ont toutefois de puissants intérêts liés aux dépenses de santé en général (bâtiment, industrie chimique, technologie médicale, restauration, assurances). Le conflit ne s'est donc pas situé entre le patronat et le personnel ou les institutions de santé mais entre le patronat et la sécurité sociale. La proposition clé est de confier au secteur marchand l'assurance des soins de santé. Pour l'essentiel, l'en-

tente entre les mutuelles et le ministre des Affaires sociales a permis de maintenir le principe de la solidarité comme base de l'assurance-maladie, chacun cotisant en fonction non pas de ses risques personnels, mais de sa capacité financière.

6. Les universités

Elles interviennent à de nombreux titres dans le système de santé; elles assument en particulier les fonctions de formation et de recherche mais aussi le rôle d'entrepreneurs par leurs hôpitaux universitaires et, à l'occasion, de conseiller en matière de politique de santé.

Les études de médecine ne sont pas soumises à un *numerus clausus*. La croissance du nombre de candidats fut très rapide entre 1966 et 1976 (+65 %). L'information sur les risques de pléthore dans la profession a permis depuis lors une baisse progressive rétablissant les nouvelles entrées au niveau de 1966. Ce niveau paraît raisonnable pour répondre à une demande en expansion, compte tenu des modifications concernant l'évolution du temps de travail et de l'âge de la retraite⁽⁶⁾.

Les universités, financées par l'État au prorata du nombre d'étudiants, pâtissent de cette contraction des entrées après avoir bénéficié des années de vaches grasses. Diverses mesures sont envisagées pour modifier le système actuel, mais la création d'un *numerus clausus* a été écartée par le gouvernement.

Le curriculum des études a été profondément remanié afin de permettre, après un « tronc commun », des orientations plus diversifiées: médecine générale, spécialités, santé publique. Les facultés multiplient également leurs programmes de 3^e cycle ou postuniversitaire: formation spécifique en médecine générale, santé publique, bio-ingénierie, gestion hospitalière, éducation à la santé, médecine du travail, gérontologie, médecine d'assurance, etc.

La recherche tant fondamentale que clinique a connu de graves difficultés de financement à cause des restrictions budgétaires et des mesures d'austérité dont les universités ont fait l'objet. Le secteur privé a été sollicité pour prendre partiellement le relais.

L'orientation « santé publique » a bénéficié du retour au pays, après la déclaration d'indépendance du Zaïre en 1960, d'un certain nombre de médecins qui avaient travaillé dans cette optique dans l'ancien Congo belge. Médecine sociale, hygiène publique, épidémiologie, prévention, éducation à la santé, gérontologie sont cependant restés des genres quelque peu mineurs au sein de facultés de médecine dominées par les cliniciens et même souvent par les cliniciens hospitaliers.

Les universités n'ont pas le monopole de la recherche. L'industrie pharmaceutique dispose de ses propres laboratoires et il existe des groupes de recherche et d'action en santé publique comme par exemple le GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine). De plus, les deux principales unions mutualistes disposent de services de recherche importants.

Existe-t-il une politique de santé?

Récemment encore, en 1986, Nuyens soulignait les nombreux paradoxes existant entre les objectifs déclarés et la réalité de la politique de santé⁽⁷⁾. Il faut toutefois constater que, depuis 1982, l'actuel ministre Dehaene a défini trois domaines d'action prioritaires pour une nouvelle orientation de la politique de santé⁽⁸⁾:

- secteur hospitalier
 - restructuration de l'infrastructure sanitaire à la lumière de l'évolution des besoins, notamment du vieillissement de la population;
 - mode de financement encourageant l'innovation et l'autonomie de gestion;
 - promotion de la qualité des soins (statut du médecin hospitalier, normes de personnel);
 - maisons de repos et de soins (MRS) destinées à remplacer les sections hospitalières pour personnes âgées atteintes de maladies chroniques (subventions de reconversion et subsides aux soins en MRS);
- soins de santé primaires
 - assurer une formation spécifique du médecin généraliste;

- favoriser la coordination entre les services de soins à domicile;
- assurer un financement adéquat aux prises en charge lourdes à domicile.

La réorganisation du secteur hospitalier devait dégager les économies nécessaires pour financer les MRS et la prise en charge à domicile. En 1987, les différents points de ce programme sont en voie de réalisation, à l'exception du dernier. Dans un document récent⁽⁹⁾, le ministre a réaffirmé son intention de passer à la dernière phase et d'accorder une subvention journalière pour les soins à domicile dispensés aux malades répondant à des critères déterminant qu'il s'agit d'une prise en charge « lourde ».

Cette évolution manifeste une capacité nouvelle de mettre en oeuvre une certaine politique de santé; mais l'objectif déclaré — l'amélioration de la qualité des soins — sera-t-il vraiment atteint? Ou aura-t-on seulement réussi à juguler la croissance des dépenses? Nous reviendrons sur cette question dans la prochaine partie.

Le devenir des soins de santé primaires en Belgique

Si depuis quelques années on observe donc une relative continuité d'objectifs — tout au moins sur le plan national — la réalisation de ces objectifs s'inscrit dans un système qui est le résultat historique des initiatives éparses d'une multitude d'entrepreneurs de services, plutôt qu'une construction agencée pour répondre à des objectifs de santé publique.

À côté de la problématique de limitation des dépenses de santé qui domine les débats, nous voudrions nous interroger sur les possibilités de développement qualitatif des soins et l'amélioration du niveau de santé, à partir d'une politique de soins de santé primaires.

Nous entendons par là, non pas une politique qui ne se préoccupe que du premier échelon, mais bien une politique ancrée dans un système de santé échelonné

- qui articule entre elles les fonctions du premier échelon et des soins spécialisés;
- qui développe les potentialités du premier échelon à remplir ses fonctions de premier contact, de synthèse et d'accompagnement⁽¹⁰⁾;
- qui garantisse la qualité technique des soins mais aussi — plus particulièrement au premier échelon — la globalité de l'approche, la continuité des soins et l'intégration des aspects curatifs, préventifs et promotionnels;
- qui s'inscrive dans un processus de développement communautaire, stimulant la participation des usagers à l'élaboration et la réalisation des programmes.

Comment, dans le contexte du système belge décrit à travers ses acteurs, se présentent les possibilités d'évolution vers de tels « soins de santé primaires » ?

Nous examinerons cette question d'abord sous l'angle de prises de position et mesures concrètes adoptées ou envisagées par les pouvoirs publics; ensuite nous décrirons brièvement quelques expériences concrètes et leurs articulations avec ces pouvoirs publics.

1. Les orientations des pouvoirs publics en matière de soins de santé primaires

Nous l'avons déjà indiqué, les « soins de santé primaires » constituent officiellement un domaine d'action prioritaire pour le gouvernement national. Cette option se fonde sur le constat du surdéveloppement hospitalier des années 1960 et 1970, exigeant des moyens financiers croissants dans un contexte de crise économique, tandis que le vieillissement de la population crée de nouveaux besoins, en particulier extrahospitaliers, en matière de soins de santé.

Et cependant, si des mesures concrètes ont été prises dans le secteur hospitalier (limitation du nombre de lits, création de maisons de repos et de soins, nouveau mode de financement

des hôpitaux), les mesures visant à concrétiser la revalorisation des soins de santé primaires restent jusqu'à présent fort limitées et de faible portée.

Pourquoi ce décalage entre déclarations d'intention et mesures concrètes?

Les mécanismes de décision

La première explication réside dans la complexité des mécanismes de décision et de mise en oeuvre de ces décisions, qui résulte du morcellement des compétences entre divers ministères nationaux et le secteur communautaire. Ainsi, en matière de soins de santé primaires, le financement des soins de médecine générale, des soins infirmiers à domicile et de kinésithérapie relève de l'assurance-maladie, sous la tutelle du ministre national des Affaires sociales. Les soins préventifs relèvent des communautés, de même que l'éducation pour la santé et l'aide sociale, mais aussi certains aspects de l'organisation des soins curatifs, tels que la coordination des soins à domicile.

En outre, certains ministres ont une compétence, totale ou partielle, dans des domaines déterminés, tels que la médecine du travail (ministre de l'Emploi et du Travail) ou la formation du personnel de santé (ministre de l'Éducation nationale).

À ce morcellement des compétences qui freine les prises de décisions et limite leur cohérence, se superposent les rapports de forces entre les acteurs en présence, partenaires des négociations préalables aux décisions qui s'avèrent capables d'exercer leur influence, éventuellement par le biais de relais ou d'appuis au niveau des pouvoirs politiques.

Or, sur le marché encombré des soins de santé, ce rapport de forces est fréquemment en défaveur du développement des soins de santé primaires. Ainsi, un groupe d'acteurs potentiellement puissant pour revendiquer une attention accrue au premier échelon, à savoir les médecins généralistes, se trouve encore fortement dominé au niveau des organes représentatifs

de la profession médicale par les spécialistes, ainsi que nous l'avons exposé plus haut.

Les autres groupes d'acteurs qui auraient intérêt à influencer les négociations en faveur des soins de santé primaires — groupes professionnels ou d'usagers — sont généralement beaucoup moins organisés ou plus démunis de moyens de pression que les groupes d'acteurs qui défendent plutôt les échelons de soins spécialisés. Ainsi, les syndicats des travailleurs qui représentent le personnel paramédical comptent beaucoup plus d'affiliés au niveau hospitalier qu'au niveau communautaire et luttent pour le maintien de l'emploi au niveau hospitalier; cependant, des expériences de reconversion du personnel hospitalier vers les soins à domicile commencent à être envisagées favorablement et ont déjà été menées avec succès.

Les conceptions des soins de santé primaires

S'ajoutent sur cet échiquier complexe, les conceptions divergentes ou peu claires des « soins de santé primaires » qui contribuent à freiner leur mise en oeuvre.

Si en effet l'usage du terme « soins de santé primaires » se répand et acquiert une relative légitimité, il n'existe cependant pas de définition communément admise de sa signification concrète. Chaque groupe les définit à partir de sa propre position sur le marché: soins de médecine générale, soins infirmiers à domicile, protection maternelle et infantile, campagnes d'éducation pour la santé, etc. Or, comme ces différentes activités relèvent de services et de professions différents et fortement cloisonnés entre eux, il n'y a pas de conception univoque, ni a fortiori d'alliance transdisciplinaire ou transsectorielle pour imposer le développement d'une conception commune.

D'autre part, les fondements mêmes d'une telle politique de soins de santé primaires ne font pas l'objet d'un réel débat public.

Le seul consensus — relatif — en faveur des soins de santé primaires n'est pas basé sur des arguments de qualité de soins,

mais repose sur l'argument économique: la croissance des dépenses en matière de santé doit être enrayerée. Cette croissance est préoccupante surtout dans les soins spécialisés et hospitaliers et les soins de santé primaires pourraient contribuer à réduire les hospitalisations. Cette logique de maîtrise des dépenses explique que les « soins de santé primaires » évoquent prioritairement, dans le contexte belge, les soins à domicile, négligeant la plupart des autres dimensions. Les soins à domicile constituent en effet, du moins en première analyse, une source d'économie en tant que solution de remplacement à l'hospitalisation.

Mais bon nombre d'incertitudes subsistent quant aux économies réelles susceptibles d'être engendrées par les soins à domicile.

En particulier, il ne peut y avoir économies qu'à condition que les soins à domicile soient effectivement substitutifs de l'hôpital pour une population donnée; dans une logique de maîtrise des dépenses, il ne serait pas acceptable que des soins à domicile plus étoffés soient dispensés à de nouvelles catégories de population, créant en quelque sorte un nouveau marché financé par la sécurité sociale qui s'ajouterait aux dépenses hospitalières. Les mesures prises jusqu'à présent par le gouvernement central visent d'abord le contrôle des dépenses dans le secteur hospitalier. La réaffectation dans d'autres formes de soins, en particulier les soins à domicile, est subordonnée aux résultats financiers des restrictions au niveau hospitalier⁽⁹⁾.

Cette priorité accordée de fait à la maîtrise des dépenses, qui aboutit à des restrictions au niveau hospitalier, au nom des soins de santé primaires mais sans réaffectation sensible au premier échelon, risque fort de faire apparaître les soins de santé primaires comme une démarche restrictive, un pis-aller imposé par la crise économique, plutôt que comme une stratégie pour améliorer qualitativement le système de santé tout en veillant à son efficacité en intégrant les contraintes économiques.

Les soins à domicile

Et cependant, même en se limitant aux soins à domicile et à leur financement, les revendications sur le terrain sont nombreuses.

Les médecins généralistes sont généralement très favorables aux soins à domicile, qui ne bousculent guère leurs habitudes — plus de la moitié des prestations des généralistes sont des visites à domicile — tout en améliorant leur position sur le marché médical encombré. Ils demandent toutefois une revalorisation financière de leurs prestations. Notons que cette revendication prend des orientations différentes: pour les uns il s'agit d'élargir la nomenclature et de rétribuer de nouvelles prestations techniques actuellement réservées aux spécialistes; une autre orientation, qui s'inscrit davantage dans la perspective d'une articulation entre fonctions du premier échelon et du niveau spécialisé, souligne les compétences relationnelles et l'approche globale comme spécifiques d'une médecine de famille et souhaite voir ces aspects revalorisés financièrement plutôt que de nouvelles prestations techniques.

Le financement des soins infirmiers à domicile, à l'acte également, est limité à un petit nombre de prestations techniques et de ce fait, il est pratiquement incompatible avec la réalisation de fonctions d'infirmière communautaire. Dans les faits, les infirmières à domicile doivent généralement se limiter à l'exécution correcte mais rapide des toilettes, pansements et injections prescrits par le médecin.

Les mesures d'économies dans le secteur de l'aide aux familles prises au niveau des communautés ont pour effet de limiter les aides accordées. Le rôle des aides familiales se rétrécit de fait aux tâches ménagères, aux dépens des aspects relationnels qui constituent bien souvent — en particulier pour les personnes âgées et leur entourage — un élément de rupture de la solitude et un facteur favorisant le maintien à domicile.

En règle générale, la concertation entre les services qui interviennent à domicile fait défaut: elle n'est inscrite dans aucune nomenclature et est assez largement considérée par les prati-

ciens comme une charge de travail supplémentaire non rétribuée.

Quant aux usagers eux-mêmes, leur intervention financière personnelle dans le coût des soins à domicile peut être relativement élevée et dépasse souvent les frais qu'ils auraient à supporter s'ils étaient hospitalisés. En outre, l'orientation qui vise à favoriser l'entraide mutuelle au niveau de la famille et de la communauté a bien souvent pour effet de supprimer l'aide — en particulier l'aide ménagère — si l'entourage peut se charger de ces tâches; on oppose ainsi aide bénévole et aide professionnelle, plutôt que de considérer que l'entourage ne peut bien souvent assurer à long terme un tel maintien à domicile qu'à la condition d'être épaulé par un soutien matériel et moral.

Des mesures concrètes sont cependant prévues par les pouvoirs publics.

La principale mesure envisagée pour soutenir les soins à domicile au niveau du ministère national des Affaires sociales consiste à attribuer une allocation journalière aux personnes qui se feraient soigner à domicile plutôt qu'à l'hôpital, et ceci afin de remédier à la pénalisation financière des patients soignés à domicile.

Pour concrétiser ce projet, il s'agira de définir des critères d'attribution qui, tout en favorisant le choix du maintien à domicile, ne constituent pas un nouveau poste de dépenses difficiles à contrôler.

Les soins à domicile sont cependant aussi l'occasion d'aborder les problèmes de la coordination entre les divers services du premier échelon qui fonctionnent généralement de manière très cloisonnée. Ce débat fait apparaître deux conceptions de la coordination :

- l'une qui préconise la création et le financement d'un poste de coordinateur local, qui établirait les contacts nécessaires pour que soient assurés les services demandés à domicile, c'est-à-dire qui assurerait la répartition et la liaison entre services;

- l'autre qui souhaite des incitants financiers à une concertation directe entre intervenants, le cas échéant au domicile du malade, de manière à échanger des informations pertinentes et favoriser un travail d'équipe.

Jusqu'à présent, la conception dominante reste celle de la coordination technique même si, en dépit de la non-reconnaissance officielle, des équipes expérimentent sur le terrain des formes de travail du second type.

Très récemment cependant des mesures ont été prises, respectivement par la communauté française et la communauté flamande, en vue de subventionner la coordination. Les réglementations adoptées diffèrent d'une communauté à l'autre et illustrent la manière dont les groupes professionnels et institutions peuvent trouver des relais aux niveaux ministériels.

En effet, le règlement francophone, émanant d'un ministre libéral proche des organisations professionnelles médicales, désigne des associations locales de généralistes comme initiateurs de la coordination et donc bénéficiaires des subsides; tandis que la réglementation flamande, conçue dans un ministère social-chrétien, accorde le contrôle de la coordination à des services de soins infirmiers à domicile, dont le plus important est la Croix jaune et blanche, proche des Mutualités chrétiennes.

Ces mesures sont toutefois encore trop récentes pour en mesurer l'impact réel et les effets sur les pratiques quotidiennes.

2. Des expériences de terrain

Mais sur le terrain, les expériences concrètes de soins de santé communautaire ont précédé les mesures prises par les pouvoirs publics, perpétuant en quelque sorte la tradition belge de libre entreprise.

Rappelons que les pouvoirs publics locaux, et en particulier les centres publics d'aide sociale auraient pu remplir une fonction d'organisation locale en matière de soins de santé primaires et de coordination entre les divers services sociaux et de santé fonctionnant sur leur territoire. Tel n'a pas été le cas, malgré le mandat explicite qui leur en est donné par la loi.

Par contre, depuis le début des années 1970, on a vu se développer çà et là en Belgique des expériences diverses de coordination locale ou de regroupement en centres de santé. Ces expériences restent peu nombreuses, mais sont indicatives des possibilités et limites de la libre entreprise en santé communautaire dans le contexte actuel. L'initiative en revient en effet dans presque tous les cas à des entrepreneurs de services privés (à but non lucratif) et en particulier à des professionnels de la santé.

Les coordinations locales

Les coordinations locales recouvrent des expériences très diversifiées. Leur point commun est de vouloir favoriser une coordination entre les dispensateurs de soins travaillant en solo — médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières « privées » — et les services qui interviennent sur un même territoire local, sans pour autant se constituer en un centre de santé. Il s'agit d'une part essentiellement de « coordinations sociales » qui tentent de promouvoir un travail de réseau des « intervenants sociaux » et d'articuler entre elles les interventions des multiples services sociaux, privés et publics, sur un territoire donné; d'autre part elles accentuent davantage le pôle soins de santé et constituent des organes de coordination technique et de concertation axés principalement sur les soins à domicile. L'interpénétration des réseaux sociaux et médicaux reste relativement difficile.

L'émergence de telles coordinations locales s'avère plus aisée en milieu semi-rural et dans des petites villes: contrairement aux grandes entités urbaines, les intervenants y sont en effet relativement aisément identifiables et se connaissent éventuellement entre eux.

Certaines expériences parviennent à rassembler et coordonner ainsi la quasi-totalité des services médico-sociaux locaux. D'autres ne regroupent qu'une partie des intervenants en raison des difficultés à surmonter les multiples barrières: concurrence entre services remplissant des fonctions identiques sur un même territoire, clivage de mentalité entre indépendants libé-

raux et salariés dans des institutions, non-recoupements des cultures médicale et sociale et divergences dans les priorités, antagonismes entre familles politiques auxquelles se rattachent différents services.

Certaines expériences limitent leur coordination à des aspects bien délimités, le plus souvent les soins à domicile. D'autres l'étendent à des actions de prévention ou d'éducation pour la santé.

Tantôt des réunions communes sont fréquentes et régulières, tantôt elles sont occasionnelles et la présence aux réunions est peu assidue. Le contenu des réunions est également variable.

La négociation des objectifs communs est progressive. Les liens de collaboration peuvent s'intensifier ou se dissoudre sans formalités. Tant aux yeux des institutions qu'à ceux des thérapeutes en « solo », cette formule apparaît comme peu menaçante pour leur autonomie, de sorte qu'ils la trouvent relativement acceptable.

Cependant, on peut formuler l'hypothèse que son efficacité repose en grande partie sur les collaborations informelles qui se structurent progressivement et donc notamment sur la taille d'un tel réseau de coordination. Convenant probablement à de petites entités géographiques, elles sont plus difficilement réalisables dans de grandes agglomérations.

Les centres de santé

Les centres de santé, créés le plus souvent à l'initiative de jeunes généralistes, regroupent généralement omnipraticiens, infirmières, kinésithérapeutes et éventuellement d'autres professionnels de la santé qui choisissent de s'installer en équipe sous un même toit. On retrouve de tels centres de santé — près d'une centaine pour tout le pays — plus fréquemment dans de grandes agglomérations.

Le niveau de coordination et de concertation interne atteint généralement un degré élevé. La collaboration porte sur l'ensemble de l'activité des soins de premier échelon, y compris les soins à domicile mais aussi d'autres aspects tels que prévention,

éducation pour la santé, programmes de prise en charge de maladies chroniques, auto-évaluation, recherche en assurance de qualité, promotion de la participation des patients.

Le travail d'équipe pluridisciplinaire y est favorisé par la petite taille des équipes (rarement plus de 15 personnes), par les contacts quotidiens, formels et informels, et par le fait que ces praticiens se sont généralement choisis mutuellement et ont négocié au préalable leurs objectifs communs.

La coordination externe — c'est-à-dire entre le centre de santé et d'autres services locaux, de premier ou second échelon — est variable: le grand nombre de services médico-sociaux concurrents que l'on retrouve dans ces grandes agglomérations constitue un frein si le centre de santé ne délimite pas les services avec lesquels il veut développer des collaborations privilégiées.

Les premières années d'existence des centres de santé — au début des années 1970 — ont été marquées par un contenu idéologique axé sur la qualité relationnelle entre thérapeutes et patients ainsi que sur le travail en équipe multidisciplinaire. Ces objectifs persistent, mais s'inscrivent dans une réflexion de santé publique plus marquée.

Ainsi, une des évolutions les plus notables de ces dernières années — même si elle ne concerne encore que quatre centres de santé — est l'expérimentation d'un système de paiement à la capitation.

L'initiative de cette expérience revient aux centres de santé, regroupés en fédération. Un groupe de travail constitué au sein de cette fédération a en effet entrepris, au début des années 1980, de négocier avec l'INAMI dans le but d'expérimenter un mode de paiement qui serait plus compatible avec leurs objectifs de santé publique communautaire (continuité, décroïssonement médical-social, préventif-curatif, participation communautaire, recherche d'efficacité)⁽¹⁰⁾.

Aboutissement de cette démarche, le règlement du paiement forfaitaire adopté par l'INAMI en 1982 fixe cependant des conditions d'application peu satisfaisantes, voire dissuasives. Les

montants d'abonnement sont en effet très bas, et certaines équipes, intéressées par la philosophie de l'abonnement, y ont renoncé momentanément, de crainte de mettre en péril leur équilibre financier atteint dans le système de paiement à l'acte.

Mais ces élargissements potentiels se heurtent cependant à des obstacles inhérents à ce « non-système » : absence d'échelonnement, cloisonnements et concurrence, inadéquations dans le financement. Ces mêmes obstacles freinent aussi l'extension de telles conceptions à un grand nombre de communautés locales.

Paradoxe d'un système si peu organisé « d'en haut » et où fleurissent les initiatives « d'en bas » en dépit du faible appui reçu des pouvoirs publics?

Dans un tel système, un enjeu majeur réside sans doute dans la capacité des pouvoirs publics, imbriqués dans le jeu des acteurs, à stimuler les initiatives de terrain et à leur donner une cohérence, sans les figer dans des conditions de pratique qui leur ôteraient leur souplesse et leurs potentialités d'adaptation, conditions mêmes d'un projet de santé communautaire.

Et cependant, dans les centres qui pratiquent l'abonnement depuis quelques années, on peut observer des changements d'attitude considérables chez les praticiens, tant sur le plan d'une recherche accrue d'efficacité et d'optimisation de l'usage des ressources disponibles, que sur celui de l'approfondissement de la qualité des relations personnelles entre thérapeutes et abonnés.

Conclusion

La difficulté observée en Belgique de mener une politique de santé tient probablement moins aux personnes et aux institutions qu'à la nature même du système de santé. On aura pu constater que les professionnels et en particulier les médecins spécialistes hospitaliers occupaient une place stratégiquement dominante sur cet échiquier. Certes leur capacité de maintenir par le poids de l'inertie une orientation qui leur est favorable est limitée par celle des autres acteurs mais ni l'État, ni les mutuelles, ni les autres partenaires soucieux de définir une

politique globale de santé n'ont pu jusqu'ici développer une stratégie cohérente.

Le système de santé belge est de ce fait parfois décrit comme un « non-système » faisant l'objet de peu de planification en fonction d'objectifs de santé publique.

C'est pourtant en partie ce « non-système », laissant une très large place à toute forme de libre entreprise, de libre installation, ou de libre association, qui rend possible l'émergence d'expériences locales de santé communautaire variées et dynamiques.

Souvent ces expériences sont, pour leurs promoteurs y compris, des terrains de découverte de pratiques et de concepts, s'ouvrant sur des perspectives de santé publique à un niveau communautaire. Les champs du possible s'élargissent de la médecine à la santé, du curatif au promotionnel, du cloisonnement professionnel à l'interdisciplinaire, de l'individuel au communautaire.

Quelques données statistiques — Belgique

Superficie du pays	1986	30 518,71 km ²
Population au 85.01.01.	1985	9 858 900
Taux de natalité par 1 000 habitants	1985	11,6
Population potentiellement active		
Hommes 20-64 ans (en % de la population masculine)	1986	61,56 %
Femmes 20-64 ans (en % de la population féminine)	1986	58,62 %
Taux de chômage*	1986	10,2 %
Pourcentage de personnes âgées		
65-74 ans	1986	7,66 %
75 ans et plus	1986	6,30 %
Espérance de vie à la naissance		
Hommes	1979-82	70,04 ans
Femmes	1979-82	76,79 ans
Mortalité infantile par 1 000 naissances d'enfants vivants	1985	9,4
PIB par habitant aux prix du marché	1985	10 605 ECU**
en \$US (1 ECU = 0,763 \$US en 1985)	1985	13 897 \$US
Dépenses de soins de santé		
Part du PIB consacrée à la santé	1983	6,5 %
Partage des dépenses de santé:		
dépenses publiques		
de l'État	1983	24,1 %
de l'assurance-maladie	1983	68,2 %
dépenses privées	1983	7,7 %
Dépenses de santé par personne en ECU	1983	589,9 ECU
en \$US (1 ECU 83 = 0,89 \$US)	1983	662,6 \$US
Taux d'inflation annuel	1986	1,3 %
Mode de paiement des médecins:		
généralistes		à l'acte
spécialistes		soit à l'acte, soit par contrat avec l'hôpital
Nombre d'habitants par médecin:		
tous médecins actifs	1985	365
omnipraticiens seuls	1985	760

* Nombre de personnes sans travail, disponibles pour travailler, à la recherche d'un travail, par rapport à la population active civile.

** ECU: European Currency Unit. Unité monétaire de la Communauté économique européenne.

Quelques données statistiques — Belgique (suite)

Nombre d'habitants par infirmière		
toutes infirmières actives (hab/N ^{***})	1983	137
infirmières actives en institution de soins (hab/ETP ^{****})	1983	188
Nombre de lits dans les hôpitaux généraux par 1 000 habitants	1986	6,94
Taux brut de mortalité par 1 000 habitants	1985	11,2
Principales causes de décès:		
système circulatoire	1982	43,7 %
tumeurs	1982	23,6 %
système respiratoire	1982	7,2 %
externes (accidents, etc.)	1982	6,9 %
système digestif	1982	3,7 %
autres	1982	14,8 %

*** N: nombre d'infirmières.

**** ETP équivalent temps plein.

Références bibliographiques

1. EVANS, R.G., « Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry » dans VAN DER GRAAG et PERLMAN (éd), *Health, economics and health economics*, Amsterdam, North Holland publishing Company, 1981.
2. PETIT, M., *Rapport sur l'assurance-maladie présenté par le commissaire royal M. PETIT*, Bruxelles, Chambre des représentants, session 1975-1976, 26 mai 1976.
3. DEHAENE, J.L., *Proposition du ministre des Affaires sociales en vue de réformer la Sécurité sociale*, Bruxelles, Cabinet du ministre, mai 1983.
4. « Être jeune médecin en 1987: sondage exclusif », dans *Jeune pratique* (Bruxelles), n° 12, mai 1987.
5. LEROY X., *Densité et activité des médecins en Belgique. Situation actuelle, évolution et perspectives*, Paris, Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 1984, n° 2.
6. DELIEGE, D., *Offre et besoins en médecins par région, 1985-2005*, Bruxelles, SESA-UCL, 1987.
7. NUYENS, Y., *Health sector structures: the case of Belgium*, Oxford, Pergamon Press, Social Sciences and Medicine, 1986, n° 2.
8. DEHAENE, J.L., *Une nouvelle orientation de la politique de santé en Belgique*, Bruxelles, Cabinet du ministre, janvier 1983.
9. DEHAENE, J.L., *Note politique du ministre des Affaires sociales concernant les hôpitaux, les maisons de repos et de soins, et les soins à domicile*, Bruxelles, Cabinet du ministre des Affaires sociales, mars 1987.
10. VAN DORMAEL, M., *Le Centre de santé intégré et les maisons médicales. Jalons pour les soins de santé primaires*, Bruxelles, Cahiers du GERM, n° 152, décembre 1981.

Bibliographie additionnelle

BLANPAIN, J., L. DELESIE et H. NYS, *National health insurance and health resources*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1978.

FOETS, M.M. et Y. NUYENS, *Focus op de Belgische gezondheidszorg*, Leuven, Sociologisch Onderzoeksinstituut, K.U.L., 1980.

La place de la santé publique dans le système de santé en France

William Dab

Jean-Claude Henrard

Introduction

En France, la santé publique renvoie traditionnellement à l'intervention des pouvoirs publics dans la gestion de la maladie et la protection de la santé de la population. S'y rattache principalement une activité législative et réglementaire⁽¹⁾. En tant que champ d'action et de recherche, la santé publique reste un secteur marginal, même si des efforts de développement sont perceptibles depuis une dizaine d'années.

Il est à cet égard intéressant de faire remarquer que le terme de « santé communautaire », forgé dans le monde anglo-saxon, ne correspond à aucune réalité dans l'organisation des pratiques de santé en réponse aux besoins de soins et de prévention.

Dans les débats actuels sur la santé, deux logiques s'affrontent et dominent la scène^(2,3). La première est celle des *gestionnaires et des forces politiques* qui prônent la maîtrise des dépenses de santé (ou plus exactement des dépenses de soins) à travers une multiplication des contrôles, des contraintes administratives et des tentatives pour limiter la consommation de soins. La seconde est celle des *professionnels* qui défendent une conception libérale de l'organisation du système de soins reposant, à défaut d'une liberté des tarifs, sur une liberté d'installation et de prescription.

L'une et l'autre logiques font peu de cas du « produit » résultant de l'activité du système de santé, c'est-à-dire l'amélioration de l'état de santé et la diminution des risques pour la santé. Il n'y a pas de demande importante pour une « expertise de santé publique » et les professionnels de la santé publique sont au bas de la hiérarchie des valeurs du monde de la santé.

Cependant les ingrédients existent qui permettraient de dynamiser le champ de la santé publique en lui donnant un poids plus important dans les processus de décisions. Tout d'abord, de nombreux professionnels, médecins, pharmaciens, ingénieurs, travaillent sur le terrain, exerçant la médecine dans des collectivités (dispensaires d'hygiène sociale, de protection maternelle et infantile, de planification familiale, médecine du travail, médecine scolaire, etc.), organisant des actions de dépistage et d'éducation pour la santé. Mais il s'agit de groupes

professionnels hétérogènes dans leur formation et dans leur statut, isolés les uns des autres et ne disposant pas d'outil pour échanger sur leur pratique et la valoriser. Ensuite, le développement d'un réseau d'observatoires régionaux de la santé (ORS) conduit à faire une démonstration de l'intérêt d'utiliser de façon systématique des informations scientifiques et techniques dans la planification de la santé et la gestion des services de santé⁽⁴⁾. Il y a là la possibilité de renforcer le secteur de la recherche opérationnelle, à côté des aspects méthodologiques faisant l'objet de travaux au sein de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)⁽⁵⁾. Enfin, la mise en place d'un enseignement universitaire de santé publique sur le modèle des écoles de santé publique anglo-saxonnes peut permettre de former des cadres qui font défaut actuellement et de déboucher sur la constitution d'une discipline universitaire dynamique.

Cet article vise à fournir les éléments d'un bilan des pratiques de santé publique en France et de ses évolutions possibles. Pour cela, il présente tout d'abord les grandes lignes de *l'organisation et du financement* des services de santé. Il expose ensuite le développement des capacités *d'expertise* en santé publique et la problématique de *l'utilisation de l'information* scientifique et technique dans les décisions. Finalement, il développe à titre illustratif l'exemple des pratiques en *gérontologie* qui reflètent bien les problèmes actuels du système de santé français.

Organisation générale du système de santé français

La France est un pays de 55 millions d'habitants dont 13,6 % sont âgés de plus de 65 ans. La proportion d'habitants vivant dans des villes de plus de 100 000 habitants est de 72 %. On se reportera au tableau à la fin de ce texte pour connaître les autres grandes variables descriptives du pays.

Le système de santé peut être considéré comme l'ensemble des moyens et activités dont la fonction est la production de la santé, c'est-à-dire la promotion de la santé, la prévention de l'exposition aux facteurs de risques et de l'apparition des

maladies, le traitement des maladies et des souffrances, la réduction des conséquences des maladies sur le plan fonctionnel et social⁽⁶⁾.

Cet ensemble comprend classiquement trois groupes d'éléments (le groupe des *producteurs* de soins, le groupe de la *population*, le groupe de *l'organisation administrative et financière*) entre lesquels existent des relations telles que toute modification portant sur l'un des groupes ou l'une des relations, entraîne la modification des autres éléments et des relations, donc de l'ensemble du système (figure 1).

Les professionnels et institutions de santé sont en étroites relations avec les clients usagers qu'ils orientent à travers les institutions (hospitalisation par exemple) et pour lesquels ils prescrivent des actes diagnostiques et thérapeutiques; ils sont également liés aux personnes et organismes chargés de l'organisation administrative et financière en cherchant à orienter ces fonctions dans le sens de leurs intérêts. Les clients usagers sont en relation avec les professionnels par leurs recours et leurs consommations médicales ou de santé et avec le troisième groupe en contribuant au financement de la protection sociale et en exerçant une pression pour obtenir les meilleurs soins — ou du moins ce qu'ils croient être les meilleurs soins. Le troisième groupe est formé des personnes et institutions qui organisent, financent et régularisent la production des soins et la protection de la population.

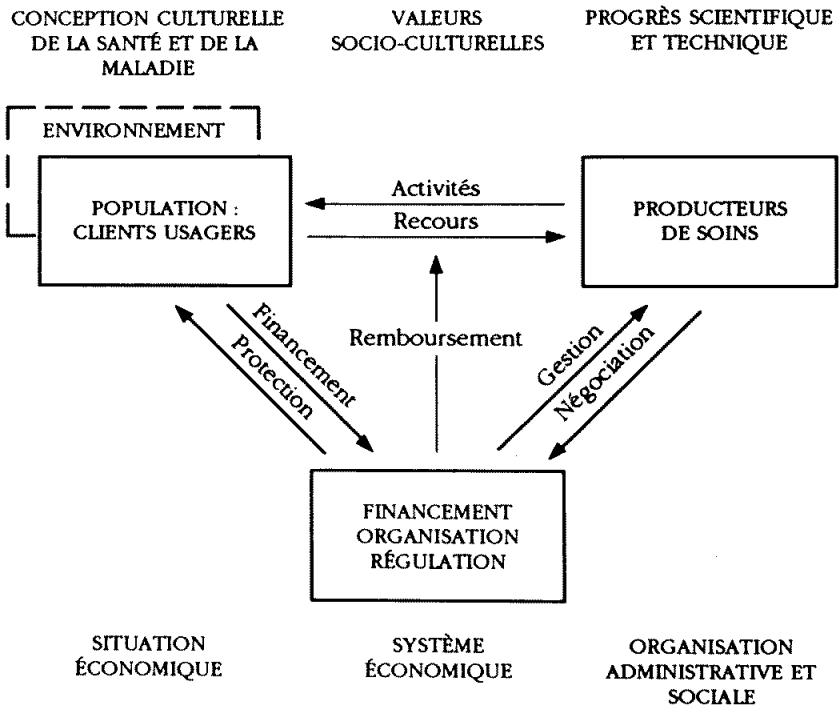
Parmi les personnes et organismes chargés de l'organisation administrative et financière, on peut identifier l'État, les collectivités locales*, les organismes d'assurance sociale (qu'on appelle les caisses), les compagnies d'assurance privées et les mutuelles (à but non lucratif).

Parmi les producteurs de soins, on distingue ceux qui exercent sur le mode libéral et qui sont payés à l'acte de ceux qui travaillent dans le secteur public et qui sont salariés.

* Par collectivités locales, on entend les communes (il en existe environ 36 000), les départements (il en existe une centaine) et les régions (il y en a 22).

Le système de santé est toujours à considérer dans un cadre plus général, prenant en compte les données d'ordre idéologique, économique, juridique. Ainsi en est-il de la conception culturelle de la société et de la maladie, du progrès scientifique et des innovations technologiques, de la situation économique et aussi des valeurs socio-culturelles dominantes, du système économique, de l'organisation politique et administrative.

Figure 1 — Le système de santé et son cadre



De façon générale, on peut présenter le système de santé français comme un système *pluraliste* (associant une médecine libérale à un fort secteur hospitalier public), orienté vers les soins curatifs au niveau individuel plutôt que vers la prévention et dont les activités font l'objet d'une planification à court

terme, proche de ce que Pineault⁽⁷⁾ appelle « l'étapisme d'adaptation » et qu'a décrit Blum⁽⁸⁾ sous l'appellation de « disjointed incrementalism ».

Répartition des responsabilités

On peut distinguer trois principaux secteurs: le curatif, le préventif et le médico-social. À l'intérieur de chacun de ces secteurs, on présentera l'organisation au niveau national, régional et départemental et pour chacune des instances, son rôle dans la gestion et dans la production des soins. L'ensemble forme un tout relativement complexe et contrasté associant des secteurs fortement centralisés à d'autres très décentralisés. Cependant, dans la mesure où la loi garantit l'autonomie des demandeurs, celle des offreurs ainsi que celle des financeurs (les caisses de sécurité sociale), on a affaire à un système essentiellement décentralisé.

1. Le secteur curatif

Les responsabilités aux différents niveaux sont représentés sur la figure 2.

a) Le ministère chargé des affaires sociales et de la santé

Outre sa fonction première de préparation des textes législatifs et réglementaires, il assure une fonction de direction générale des institutions sanitaires: il détermine pour chacune d'elles le rôle, les responsabilités et les modalités de financement; il assure la tutelle administrative des établissements d'hospitalisation publique.

Dans le domaine financier, il arrête dans le cadre budgétaire annuel: les subventions d'équipements, le nombre de créations d'emplois dans les établissements publics, le taux directeur des budgets des établissements publics.

Il détermine la cotation des actes inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale (consultations, visites et coefficients des actes de biologie, radiologie, etc.).

Figure 2 — Organisation générale des services de santé en France

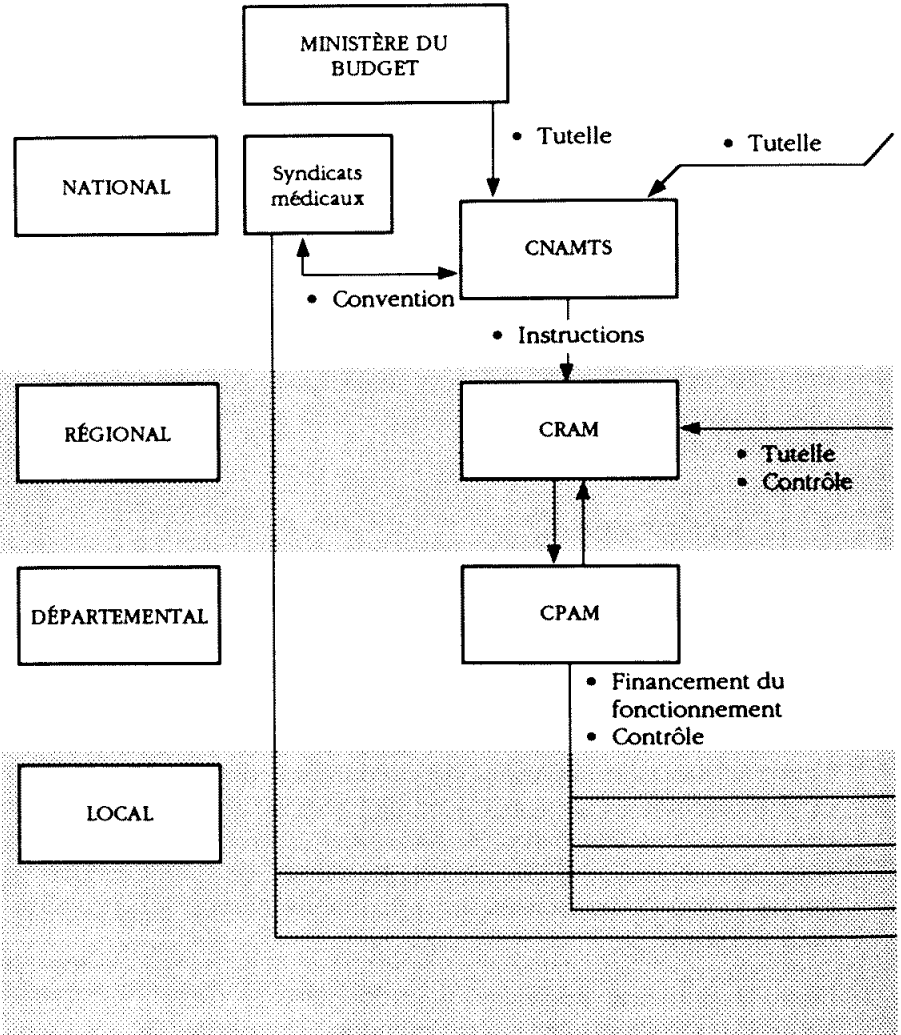
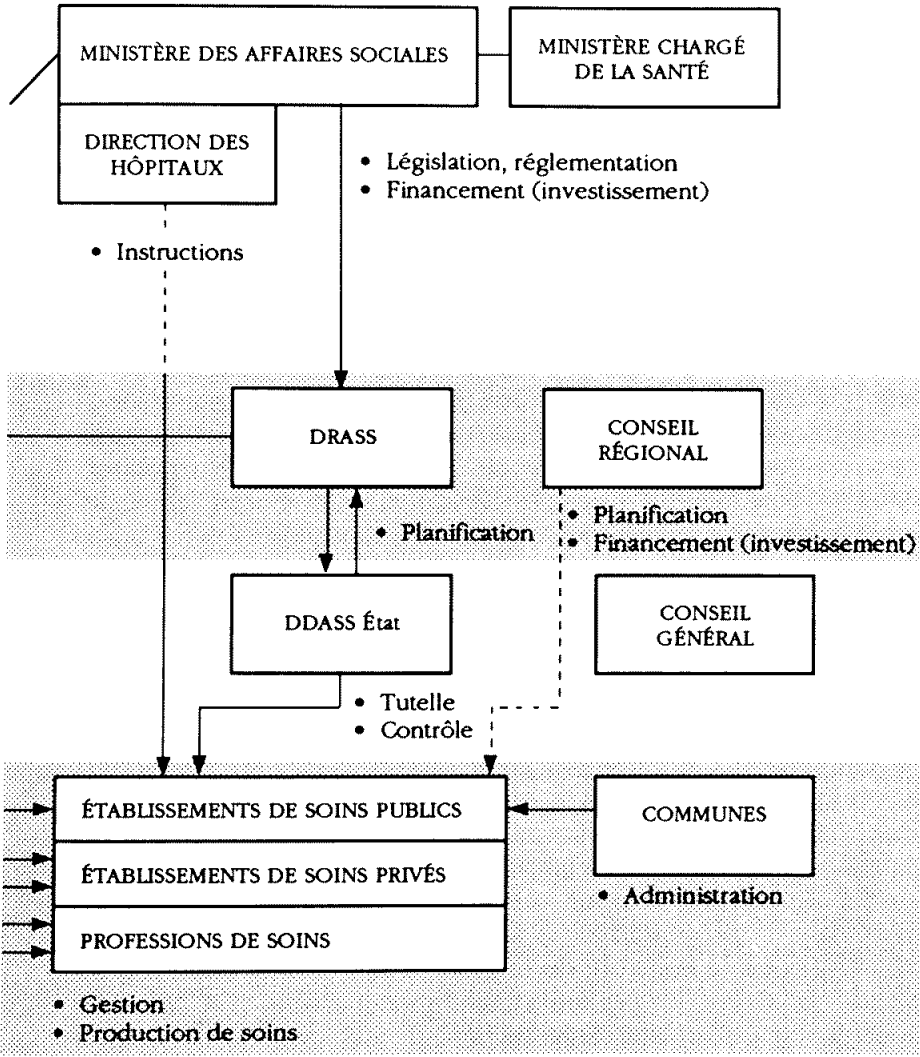


Figure 2 — Organisation générale des services de santé en France (suite)



Il a la responsabilité de la gestion des personnels des hôpitaux publics et assure des fonctions techniques d'établissement et de contrôle des normes.

Il exerce sa tutelle (avec le ministère du Budget) sur les caisses nationales de sécurité sociale, en particulier la Caisse nationale d'assurance-maladie du régime le plus important, le Régime général des travailleurs salariés (CNAMTS).

b) La Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM)

Elle couvre les deux tiers des personnes actives et de leurs ayant droit (enfants, conjoint...). C'est un organisme semi-privé, ayant son propre conseil d'administration composé de représentants élus des salariés, du patronat et des mutuelles. Il négocie les conventions nationales avec les syndicats nationaux des professions de la santé. Ces conventions imposent les tarifs conventionnels aux praticiens et assurent les taux de remboursement aux clients usagers. De plus, elle établit la réglementation pour les caisses régionales et primaires qu'elle inspecte et contrôle. Elle répartit les dotations entre les différentes caisses, les cotisants pouvant se faire soigner hors de la zone couverte par leur caisse primaire.

c) L'échelon régional

Il concerne essentiellement la planification des établissements et équipements sanitaires. C'est ainsi que la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), service extérieur du ministère des Affaires sociales, placée sous la responsabilité du préfet de région, a pour mission essentielle la planification régionale, la programmation annuelle des équipements sanitaires, ainsi que le contrôle de la gestion et la tutelle administrative de la Caisse régionale d'assurance-maladie (CRAM). Elle fournit, en outre, une aide technique aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

La CRAM, sous le double contrôle de la DRASS et de la CNAM, effectue les tâches d'intérêt commun aux caisses primaires et participe à la planification sanitaire.

Le Conseil régional, organe politique, peut subventionner des équipements d'intérêt régional et participer à des actions sanitaires concernant les grands problèmes de santé régionaux.

d) L'échelon local

La Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), service extérieur du ministère au niveau du département, placée sous l'autorité du préfet, s'occupe de la tutelle des établissements qui fournissent des prestations sanitaires d'ordre public avec l'aide technique de la DRASS. Elle gère l'organisation administrative des professions de santé, notamment les nominations, promotions et répartitions des personnels hospitaliers. Elle a également une mission de contrôle et de surveillance de l'hygiène du milieu (voir le secteur préventif).

Les caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM) dispensent les prestations en espèces (fixées par la loi, telles que les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie) et le remboursement des soins. Elle contrôle la justification médicale des hospitalisations et des prestations et établit des tableaux statistiques des activités des praticiens (TSAP) avec les représentants des syndicats médicaux.

Le Conseil général, organe politique élu, a un rôle renforcé dans le domaine de la prévention depuis les lois sur la décentralisation de 1982. Il assure également un rôle important dans le financement de l'aide sociale⁽⁹⁾.

2. Le secteur préventif

Sa description est plus difficile à schématiser car les institutions qui en sont chargées sont multiples et leur délimitation relève de plusieurs logiques. *Logique juridique*: la prévention peut être obligatoire (vaccinations, médecine du travail, surveillance de l'eau et des aliments, contrôle aux frontières, etc.) ou facultative (dépistage des maladies chroniques, éducation à la santé). *Logique sectorielle*: chaque secteur (hygiène du milieu, prophylaxie des maladies transmissibles, santé au travail, protection maternelle et infantile, etc.) fait l'objet d'une législation

propre. *Logique d'outil*: l'éducation à la santé a ses institutions propres qui sont des associations de droit privé à but non lucratif. Les campagnes de dépistage sont effectuées par de multiples organismes souvent mal coordonnés. *Logique institutionnelle*: un secteur donné de la prévention peut relever d'institutions différentes. Ainsi, en santé au travail, l'application de la législation relève du ministère du Travail, alors que l'hygiène industrielle est sous la responsabilité des CRAM. En santé scolaire, ce ne sont pas les mêmes organismes qui agissent dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire.

La France ne dispose donc pas d'un véritable système de prévention.

a) Au niveau national

La Direction générale de la santé, au sein du ministère de la Santé, assure l'essentiel des attributions de la prévention générale qu'elle réglemente et finance en partie. Mais d'autres ministères jouent également des rôles importants en santé publique: ministère chargé de l'environnement et ministère chargé de l'industrie, en matière de protection de l'environnement physique. Ministère du Travail, pour la médecine du travail. Ministère de l'Éducation nationale pour les services de santé scolaire. Ministère de l'Agriculture pour la surveillance vétérinaire et alimentaire.

Depuis les lois de décentralisation, de nombreuses responsabilités d'exécution ont été déléguées aux départements, l'État gardant, en la matière, un rôle de contrôle.

Le Comité français d'éducation pour la santé est un organisme privé associatif qui conçoit les grandes campagnes nationales d'information. Son financement provient, pour l'essentiel, du ministère de la Santé.

La CNAMTS et la Fédération nationale de la mutualité française financent de façon volontaire certaines actions pilotes de prévention (vaccination antigrippale, dépistage des cancers colorectaux, prévention des accidents domestiques).

b) Au niveau régional

Il s'agit plus d'un niveau de financement que d'un niveau de conception ou d'exécution. Ainsi, les DRASS disposent depuis quelques années de crédits régionalisés de promotion de la santé. Les CRAM financent également des actions de prévention par leur fonds d'action sanitaire et sociale voté par leur conseil d'administration. Les comités régionaux d'éducation pour la santé coordonnent les comités départementaux et leur fournissent un appui technique.

c) Au niveau départemental et local

L'acteur principal est, depuis les lois de décentralisation, le Conseil général qui a désormais la responsabilité de la mise en oeuvre d'une part importante des actions de prévention telles que les vaccinations, la protection maternelle et infantile, la lutte contre le cancer, la lutte contre la tuberculose, etc.

3. Le secteur médico-social

La figure 3 schématise la répartition des responsabilités dans ce secteur. Il importe de faire remarquer d'emblée le cloisonnement entre les secteurs sanitaires et sociaux. Cette séparation a été aggravée par les lois de décentralisation qui ont transféré aux départements l'organisation de l'action sociale. Mais la responsabilité départementale n'inclut pas les institutions qui relèvent d'un financement par l'assurance-maladie.

a) L'échelon national

Le ministère des Affaires sociales et le ministère chargé des personnes âgées, outre leur fonction législative, financent à partir du budget de l'État certaines prestations de solidarité nationale (Fonds national de solidarité contribuant au minimum vieillesse, certaines allocations aux personnes handicapées...).

Les caisses nationales d'assurance-maladie (CNAM), d'assurance-vieillesse (CNAVTS) et d'allocations familiales (CNAF) ont un rôle réglementaire vis-à-vis des caisses régionales ou départementales.

Figure 3 — Organisation générale de l'action sociale

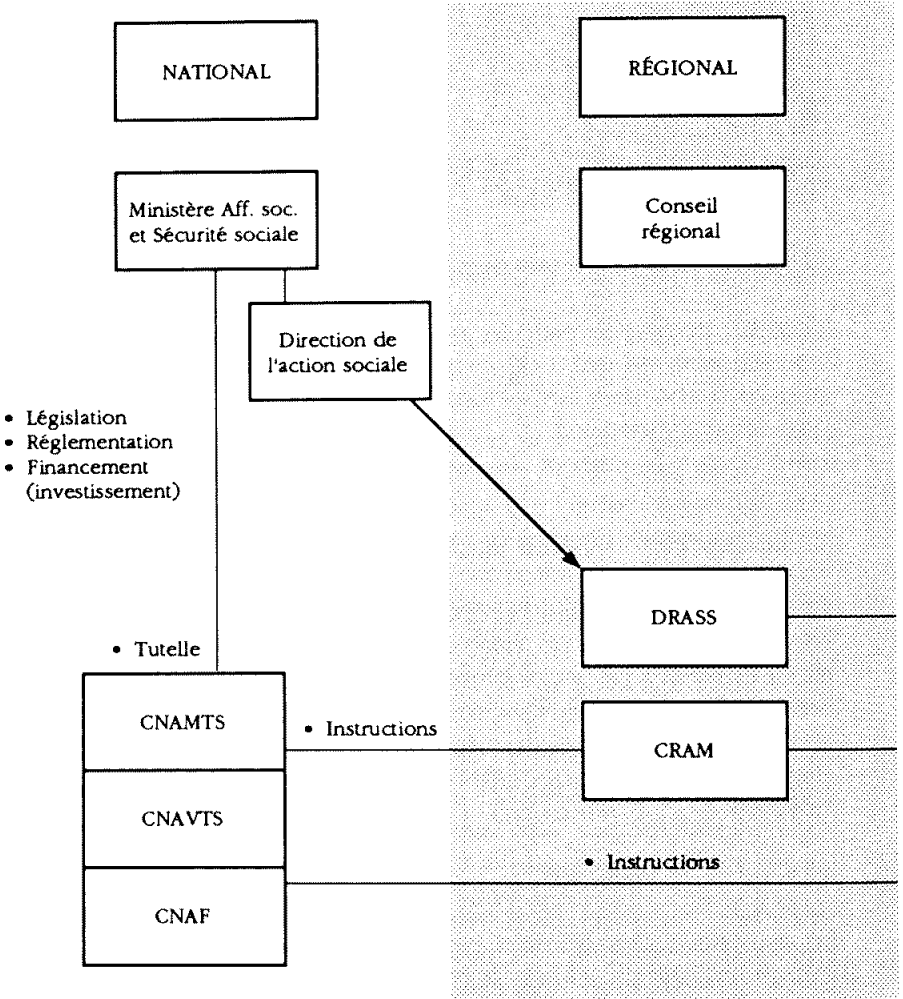
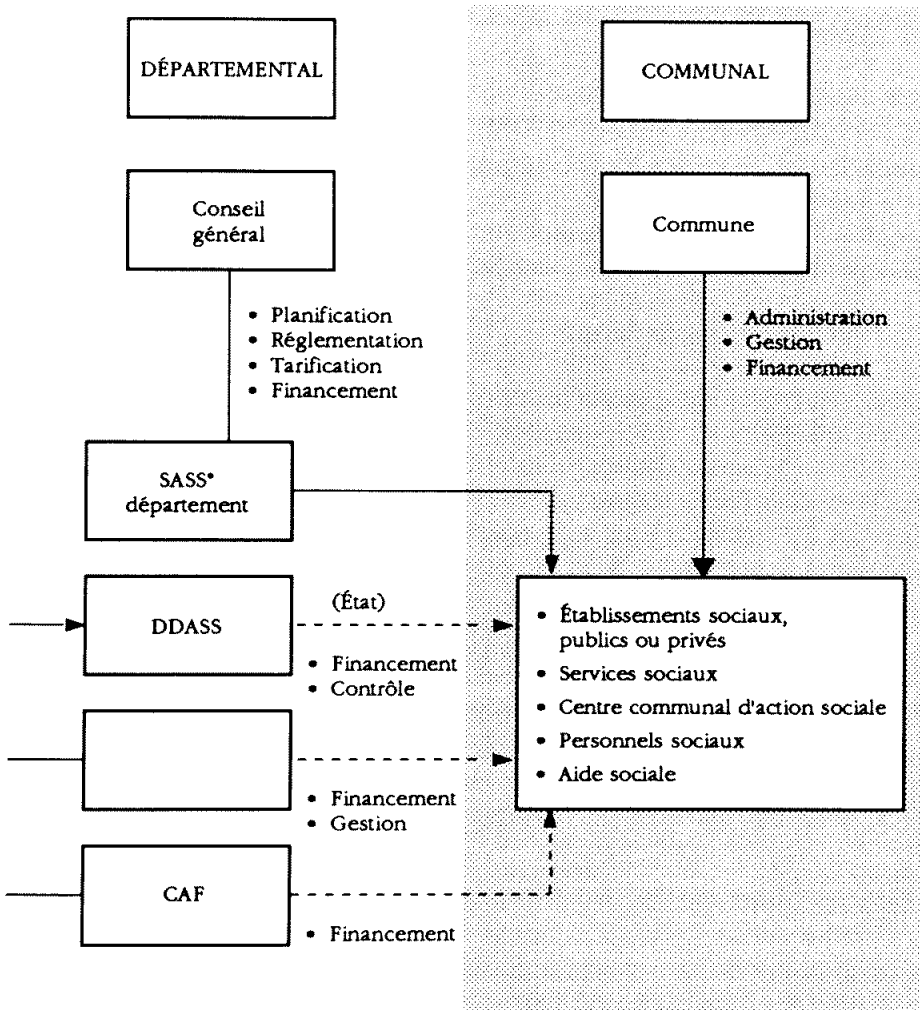


Figure 3 — Organisation générale de l'action sociale (suite)



*Service d'action sanitaire et sociale. D'un département à l'autre, son nom peut changer.

Il faut ajouter que certains ministères ont une politique sociale propre: travail (travailleurs handicapés), logement (logements sociaux), agriculture...

b) L'échelon régional

Il est peu important. La DRASS exerce un pouvoir de tutelle sur la Sécurité sociale. Le Conseil régional et les caisses interviennent dans la planification des équipements. Il faut souligner que si l'autorisation de nouveaux services est localisée au niveau régional pour le secteur sanitaire relevant de l'État, elle relève du niveau départemental pour les institutions sociales.

c) L'échelon départemental

Le Conseil général a donc un pouvoir réglementaire, d'autorisation de nouveaux établissements, de tarification des services; il établit un schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Il fixe les conditions d'attribution et finance les prestations d'aide sociale pour les personnes insuffisamment couvertes par la Sécurité sociale.

La DDASS a conservé le pouvoir d'attribution de certaines prestations financées par le budget de l'État.

Les caisses primaires remboursent aux assurés sociaux le coût de certains services (aide ménagère...) ou dispensent des prestations telles que les allocations familiales. Les critères d'attribution sont les niveaux de revenus.

Financement de la production des soins

On envisagera les sources de financement des dépenses de soins et les modalités de financement des principaux producteurs de soins.

1. Sources de financement des soins

Plus de 99 % de la population bénéficie des assurances sociales. Près des deux tiers des assurés sociaux relèvent du régime

général des travailleurs salariés de l'industrie et du commerce. Les autres assurés relèvent soit de régimes spéciaux pour les salariés (fonctionnaires par exemple), soit de régimes particuliers pour les non-salariés (professions indépendantes, etc.).

Les dépenses médicales représentent 93 % des dépenses de santé. Elles sont assurées pour l'essentiel par un financement collectif provenant des cotisations versées (à raison de 12,5 % et de 5,6 % du salaire respectivement par l'employeur et l'employé dans le régime général) à la branche assurance-maladie de la Sécurité sociale (73 % des apports), des mutuelles, de l'État et des collectivités locales (aide sociale départementale pour les quelques personnes non protégées par la Sécurité sociale). On remarquera donc que le budget de la Sécurité sociale est distinct du budget de l'État et qu'il n'est donc pas voté par le parlement. La Sécurité sociale finance ainsi les trois quarts des dépenses médicales, les ménages contribuant directement pour 20 % et les mutuelles pour 3,5 %.

2. Modalités de financement des producteurs de soins

Pour l'essentiel des soins ambulatoires et pour les actes effectués en clinique privée, une convention négociée tous les quatre ans organise les relations entre le système de protection sociale et les professions libérales. Elle détermine le tarif des honoraires et des actes techniques.

Pour les soins hospitaliers, les dépenses de fonctionnement entrent soit dans le cadre d'un budget global — c'est le cas des hôpitaux publics et privés à but non lucratif — soit dans le cadre d'un prix de journée agréé — c'est le cas des cliniques privées. Dans les deux cas, la Sécurité sociale finance 80 % des frais d'hospitalisation ou du prix de journée; de nombreuses exemptions évitent aux clients de payer les 20 % restants (la Sécurité sociale finance près de 90 % des dépenses d'hospitalisation).

Les dépenses d'investissement sont soit inscrites au programme d'équipement annuel et bénéficient alors d'un apport de l'État (40 %), soit autofinancées.

3. *Financement de la prévention*

Il est très disparate. Au financement provenant de l'État, des départements, des caisses de sécurité sociale (fonds d'action sanitaire et sociale) s'ajoutent les cotisations payées pour la médecine du travail par les employeurs. Pour donner un ordre de grandeur, si la consommation de soins et de biens médicaux représentent 400 milliards de francs*, la consommation de services préventifs (excluant la prévention collective) ne coûte que 13 milliards de francs⁽¹⁰⁾.

La planification sanitaire en France

Derrière l'idée de planification, il y a le constat que les mécanismes habituels du marché sont insuffisants pour assurer la satisfaction équitable des besoins de santé. À la base des activités de planification, il devrait donc y avoir la connaissance des problèmes de santé de la population et des besoins à satisfaire. Ces aspects feront l'objet d'un développement dans la prochaine section. On abordera ici l'état des pratiques de planification ou plus exactement les mécanismes de régulation, car la planification, qu'elle concerne des secteurs géographiquement délimités, des populations exposées à des risques importants ou des institutions sanitaires, est encore peu développée comme telle. Cette régulation peut s'exercer théoriquement au niveau des ressources allouées au système de santé (en termes de niveau et de prix) ou au niveau des services existants (en termes de volume et de prix)⁽¹¹⁾.

Au niveau des *ressources*, la régulation se réduit essentiellement à la « carte sanitaire » qui fixe le nombre de lits d'hôpitaux de court séjour et le nombre d'appareillage lourd (type scanner) pour chacun des secteurs sanitaires. Il s'agit d'une procédure centralisée qui ne tient pas compte du niveau d'activité médicale dans les établissements hospitaliers ni du niveau de la morbidité. La limitation du nombre d'étudiants en médecine et le contrôle des emplois dans le secteur public peuvent aussi être considérés comme une régulation au niveau de l'offre.

* 6 francs français valaient 1 dollar US en 1987.

Au niveau de l'organisation de la *distribution des services*, il n'y a pas non plus de planification à moyen ou à long terme puisque le système français est un système mixte qui laisse une place importante au secteur privé, lequel bénéficie de la liberté d'installation et d'un mode de fonctionnement libéral avec « libre choix » du médecin par le malade et liberté de prescription. Il n'y a donc pas de planification territoriale ni d'approche par groupe cible. La demande primaire de soins, formulée directement par le patient, peut aboutir chez le médecin généraliste libéral (parfois chez le spécialiste), au centre de santé (dispensaire), à l'urgence de l'hôpital ou à la consultation hospitalière (publique ou privée).

Certes, à travers la Convention nationale, le contrôle du tarif des actes inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale, la fixation ministérielle du taux directeur du budget des institutions sanitaires et sociales, la globalisation du budget pour les établissements hospitaliers, la tutelle administrative et la Caisse nationale disposent de moyens de contrôler le prix des services. Cependant, le volume des services consommés est, lui, à peu près totalement incontrôlé. L'inspection par les CPAM des tableaux statistiques d'activité du praticien, l'existence d'un ticket modérateur pour les « petits risques », les campagnes d'information sur le « bon usage des soins » ne peuvent avoir que des effets limités face aux tendances inflationnistes dues à la multiplication et à la technicisation croissante des actes médicaux liées au mode de rémunération des professionnels dans un contexte de vive concurrence.

Ainsi, il n'y a pas de véritables mécanismes d'ajustement des objectifs des demandeurs et des offreurs. Le principal rôle régulateur appartient à l'État qui fixe directement ou par une négociation centralisée le prix d'offre des prestations, les taux de remboursement et les taux de cotisation⁽¹²⁾. Le fonctionnement du système de soins est donc complexe et peu cohérent. Ses processus de régulation sont très centralisés et la répartition des responsabilités et des financeurs ne permet pas une régulation de l'activité du système en fonction des besoins. En effet, les décideurs sont distincts des financeurs, les financeurs, sont très peu des décideurs et les volumes de consommation de soins sont incontrôlés.

Le développement des capacités d'expertise en santé publique

La santé en France, comme dans les autres pays industrialisés, est vécue comme une valeur sociale primordiale, un acquis et même un droit⁽¹³⁾. Du côté des pouvoirs politiques, les problèmes de santé sont considérés comme étant l'affaire des médecins sauf en cas de crise majeure. Le discours est de plus en plus centré sur la maîtrise des dépenses sans que l'on s'interroge réellement sur ce que rapportent les soins de santé ou sur la qualité du « produit » santé. On ne peut pas véritablement parler d'une politique de santé en France. Le système de soins et le système de protection sociale sont traversés par toute une série d'oppositions difficilement maîtrisées, sources de gaspillage, d'inflation, d'hypertechnicisation et d'inégalités : oppositions entre le curatif et le préventif, entre le secteur libéral et public, entre le secteur ambulatoire et hospitalier, entre le secteur médical et social, entre généralistes et spécialistes, entre praticiens et gestionnaires, entre soins psychiatriques et somatiques.

Le concept de soins de santé primaire n'est pas opérationnel dans ce contexte. Il fait l'objet de nombreuses résistances qui ne seront pas présentées ici.

Actuellement, les pratiques de santé publique renvoient plus à des activités administratives qu'à une expertise propre susceptible d'éclairer les choix. L'absence d'une planification à moyen terme et d'une base territoriale unique pour l'organisation des services ne constitue pas non plus un contexte propice au développement d'une telle expertise en réponse à une demande d'aide à la décision venant des responsables en charge des affaires sanitaires.

Et finalement, il est vrai aussi que le bon niveau général de l'état de santé en France n'est pas pour stimuler une remise en cause radicale du fonctionnement actuel. Nul doute cependant que la persistance des facteurs inflationnistes et les difficultés croissantes de financement de la protection sociale conduiront tôt ou tard les responsables politiques et administratifs à penser une réforme du système de soins.

L'information : une ressource pour mieux gérer le système de santé

Le développement des observatoires régionaux de la santé (ORS) illustre bien cet état des choses⁽⁴⁾. Avant 1982, il n'en existait que deux qui avaient été mis en place dans des régions faisant face à des situations complexes (cas de l'Île-de-France, vaste métropole de 10 millions d'habitants) ou alarmantes aux plans sanitaire et social (cas de la Lorraine).

À partir de 1982 s'est manifestée une forte volonté politique orientée vers la promotion de la santé et prévoyant l'installation d'un ORS dans chacune des 22 régions métropolitaines, ce qui a été achevé en 1985.

Les ORS sont des organismes de droit privé ayant à une seule exception près (celui de l'Île-de-France) un statut d'association à but non lucratif. Ils sont subventionnés en partie par des crédits provenant du ministère de la Santé complétés par des ressources qui selon le cas sont apportées par les régions, les départements, les caisses de sécurité sociale, etc. Ils sont également susceptibles d'effectuer des contrats à la demande de tel ou tel organisme intéressé. Leur conseil d'administration est ouvert aux représentants des principaux acteurs du monde de la santé.

Ils sont conçus comme des organismes légers jouant un rôle technique d'aide à la décision et s'appuient pour ce faire sur une connaissance du terrain, des sources d'informations dans le domaine sanitaire ainsi que sur les méthodes de l'épidémiologie. Ils recensent les données disponibles, les valident et les analysent pour en tirer des informations susceptibles d'être utiles aux responsables. Quand les données n'existent pas, ils peuvent entreprendre des enquêtes spécifiques. Ils jouent également un rôle conseil.

Les ORS constituent ainsi une sorte de structure « interface » entre les décideurs (élus, administration, praticiens), les fournisseurs de données (institutions de recherche, de soins, etc.) et les chercheurs des grands organismes nationaux.

Ils diffusent auprès de leurs partenaires de l'information scientifique et technique qui provient soit de données existantes (celles du recensement de la population par exemple), soit d'enquêtes spécifiques. Ils tentent ainsi de renforcer les liens entre les producteurs et les utilisateurs potentiels d'information.

Bien entendu, il ne suffit pas de produire des informations pour que celles-ci soient utilisées et que cette utilisation serve réellement à quelque chose. Tout d'abord il faut que l'information soit diffusée sous une forme claire et accessible même aux non-spécialistes, ce qui demande un travail important de pédagogie. Ensuite il faut être bien conscient que d'autres considérations interviennent dans les décisions qui sont de nature plus sociale et politique que scientifique et technique. Ce point sera développé en conclusion.

Cependant le rôle des ORS est de faire reconnaître que l'information est une ressource du système de santé au même titre qu'un médicament ou qu'un lit d'hôpital et que son utilisation systématique permet de mieux gérer les autres ressources du système de santé.

L'émergence d'une nouvelle expertise en santé publique

Ainsi, malgré un contexte difficile, il est possible de trouver des voies pour le développement d'une expertise en santé publique. Cependant ce mouvement est encore bien fragile. La situation des ORS au sein du monde associatif leur confère une souplesse qu'ils n'auraient pas s'ils étaient insérés au sein du monde administratif. Cela leur donne aussi une meilleure crédibilité scientifique et leur assure une certaine indépendance qui contribue à créer un climat de confiance propice à un recueil fiable de données auprès des différents partenaires.

Cependant cette position est en même temps fragile car le statut associatif maintient les personnels travaillant dans les ORS dans une situation précaire. De plus, ils sont insérés au niveau régional, ce qui est une bonne échelle d'observation de la santé, mais ce qui n'est pas, comme on l'a vu dans la première partie, un échelon important de responsabilités en matière

sanitaire. Enfin, le fait de n'avoir pas de rôle direct dans la gestion des services de santé facilite le fonctionnement comme bureau d'études mais limite le pouvoir à un simple rôle d'influence.

Or l'observation de la santé est un enjeu social d'importance croissante du fait de la nécessité de procéder à des évaluations de l'efficacité du système de soins dans un contexte de maîtrise des dépenses. Les différentes sources d'informations sont souvent contradictoires et cela ne fait que refléter des logiques sociales et institutionnelles différentes et même conflictuelles. Aucun traitement de l'information ne peut être neutre de ce point de vue et cela risque d'exposer les ORS à un feu croisé de critiques au fur et à mesure que leurs travaux viendront conforter les uns et gêner les autres.

Une deuxième voie importante est le développement de la santé publique en tant que discipline universitaire. La refonte de l'enseignement du 3^e cycle liée à la création d'une filière de santé publique de l'internat des hôpitaux, un peu sur le modèle anglo-saxon de la résidence, et l'attrait de plus en plus grand des enseignements d'épidémiologie et de biostatistique laissent présager que d'ici cinq ans, il y aura de nombreux professionnels formés aux méthodes de la santé publique moderne. Il restera cependant à organiser un lieu d'échanges et de confrontation des différents modes de pratique de la santé publique (intervention, planification, recherche, enseignement).

L'exemple de la gérontologie va permettre d'illustrer concrètement cette situation.

Les conditions de l'utilisation de l'information pour la décision en santé publique : l'exemple de la gérontologie

Il y a en France⁽¹⁴⁾ 9,5 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus (17,5 % de la population) et 600 000 personnes âgées de 85 ans et plus (l'effectif de cette classe d'âge va presque doubler dans les quinze prochaines années). La prise en charge des problèmes de santé des personnes âgées est tout à fait révélatrice

ce de la situation du système de santé français et du rôle qu'y joue la santé publique comme institution et lieu d'expertise. Pour analyser cette situation, les informations disponibles ont été recensées. Leur rôle dans les décisions sera ensuite présenté. Finalement, les conditions d'une meilleure réponse aux besoins de santé des personnes âgées seront discutées.

Figure 4 — Principales filières des services de santé suivies par les personnes âgées

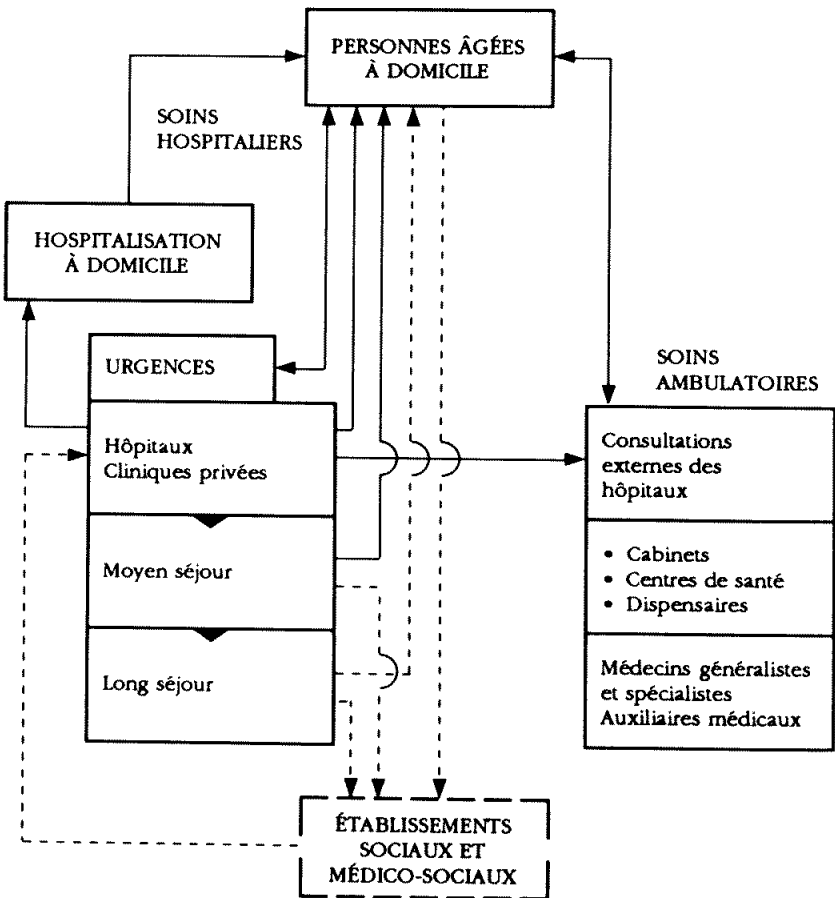
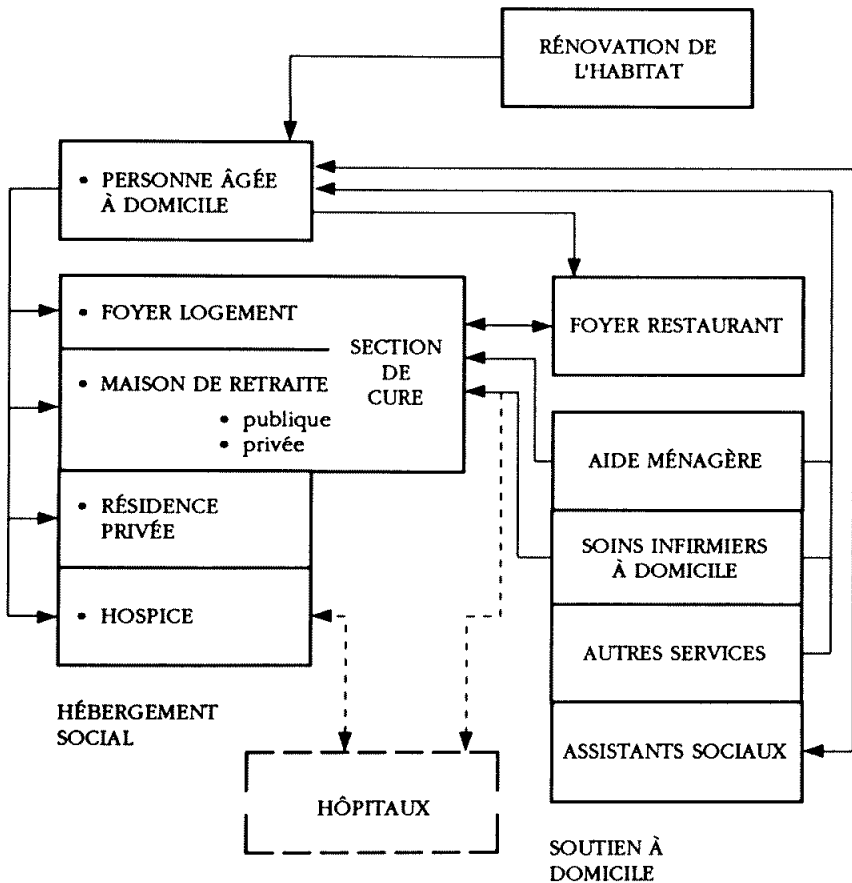


Figure 5 — Principales filières des services sociaux suivies par les personnes âgées



Une grande quantité d'informations disponibles sur la situation des personnes âgées

Lorsque l'on s'intéresse à la situation des personnes âgées dans une perspective de santé publique, on découvre qu'il existe de très nombreuses et riches sources d'informations⁽⁶⁾.

Ainsi, les données du recensement fournissent des informations sur la structure démographique et son évolution de même que

des renseignements sur les différentes caractéristiques sociales (état matrimonial, lieu de vie, conditions de logement, revenus...), l'âge et le sexe.

En termes d'état de santé, on dispose d'informations routinières sur le niveau et les causes de la mortalité. La connaissance de la morbidité et de l'incapacité est plus lacunaire. Elle s'appréhende à travers des enquêtes décennales de consommation de soins (à finalité plus économique qu'épidémiologique) ainsi qu'à partir d'enquêtes par entrevue sur échantillons représentatifs qui ont été menées dans plusieurs régions.

En termes de la production de soins et services, on dispose d'inventaires des établissements et services existants. Les figures 4 et 5 présentent les principales filières de soins que peuvent emprunter les personnes âgées recourant aux services sanitaires ou sociaux. Cependant, l'étude des clientèles des différentes institutions est encore incomplète. La complexité et l'intrication des circuits de soins expliquent en partie cette insuffisance.

Enfin en ce qui concerne le financement des soins, la comptabilité nationale permet d'obtenir des informations sur le volume des dépenses d'assurance-maladie, d'assurance-vieillesse, des allocations familiales, d'aide sociale ainsi que le montant des pensions de retraite. En revanche, il est impossible de connaître avec précision la répartition de ces différentes prestations.

Malgré ces lacunes, sur lesquelles on reviendra, il n'en reste pas moins que les informations disponibles sont multiples et qu'il existe un hiatus important avec l'utilisation concrète qui en est faite.

Les conditions d'une utilisation optimale de l'information pour les décisions de santé publique

Ainsi que nous l'avons déjà affirmé, cette discussion ne peut pas être purement technique; elle doit être socio-technique car on ne peut séparer la logique de la production d'informations de celle des institutions dont l'activité est ainsi analysée, ni de la

demande sociale pour de telles informations. L'information — tout autant d'ailleurs que la non-transparence — est aussi pouvoir.

C'est pourquoi il est important — et ce sera notre conclusion — d'en revenir aux conditions mêmes de la décision, ce qui renvoie à trois notions : celle de décideur et de processus décisionnel, celle de système de valeurs dans lequel s'inscrivent les politiques publiques et les stratégies des acteurs et finalement celle d'aide à la décision. En ce qui concerne la notion de décideurs, on peut en discuter la pertinence dans le système de santé français compte tenu de ce que nous avons décrit de la fragmentation des responsabilités au niveau de l'organisation et du financement des prestations, des financeurs et des prestations offertes aux personnes âgées. Il faut rappeler ici que les administrateurs ne sont pas les payeurs, que les payeurs ne sont pas les décideurs et qu'un énorme budget représentant environ le quart du produit intérieur brut échappe à la discussion parlementaire.

Quant aux processus de décisions, ils sont, on l'a vu également, très peu formalisés. Les choix importants sont en fait implicites. C'est ainsi que l'on voit que le système de soins est surtout destiné à répondre à des problèmes aigus en proposant prioritairement des réponses telles que l'hospitalisation où la prescription médicamenteuse. Mais il n'est pas bien organisé pour la prise en charge de problèmes chroniques et multifactoriels. Cette réalité va à l'encontre de tous les souhaits réaffirmés de façon constante depuis une trentaine d'années, ce qui pose donc bien un problème de processus de décisions.

Un début de solution a été prévu dans les lois de décentralisation qui prévoient l'élaboration d'un schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans lequel s'intègre la planification gérontologique. Mais les activités sanitaires médicales sont de fait exclues de ce processus. Cependant la lecture des plans déjà rédigés révèle bien des faiblesses méthodologiques posant la question de l'aide à la décision.

Avant d'en venir là, il faut dire un mot du système de valeurs au sein duquel se situe cette discussion. Si la santé est particulièrement valorisée, la vieillesse, elle, est complètement dévalorisée. Les « vieux » sont avant tout des retraités, ce qui reflète l'importance sociale du rôle économique des individus. Leur seule « chance » (si l'on peut dire) est qu'ils constituent un nombre important d'électeurs qui ira s'accroissant. Face à cela, il faut rappeler que la valeur maîtresse pour les professionnels de la santé — en particulier les médecins — est la libre entreprise avec l'avantage d'une forte responsabilisation du thérapeute, mais l'inconvénient d'un gâchis provenant d'une concurrence vive pour les « bons » cas. De ce point de vue, les personnes âgées, dès qu'elles perdent leur autonomie, deviennent des « mauvais » cas dont on cherche bien souvent à se décharger.

De façon générale, la gériatrie n'est pas une branche valorisée de l'activité médicale; en témoigne le peu d'importance qu'elle occupe dans le cursus des études médicales. Il y a dans cette situation une sorte de paradoxe puisqu'en même temps la médicalisation des problèmes de santé devient de plus en plus forte. Malheureusement, de nombreux observateurs constatent que les professionnels et les institutions développent des modèles de pratique plutôt normatifs et orientés principalement vers les soins curatifs individuels. Cela ne permet ni de tenir compte de l'ensemble des besoins de la personne, ni de s'inscrire dans le cadre d'objectifs sanitaires à atteindre pour le groupe des personnes âgées.

Finalement nous discuterons la perspective de l'information scientifique et technique pour l'aide à la décision. Pour cela il convient tout d'abord de s'interroger sur la finalité d'une information. Selon que l'on cherche à identifier les problèmes ou les besoins de santé, à choisir des priorités, à allouer des ressources de façon efficiente, à évaluer l'efficacité des interventions, on aura à chaque fois besoin d'informations de nature différente sur le fond et la forme⁽¹⁵⁾.

De même faut-il spécifier à qui s'adresse l'information: aux praticiens, aux responsables politiques ou administratifs, aux citoyens ou aux chercheurs?

Mais l'exemple de la gérontologie montre qu'au contraire l'information disponible est tout d'abord dispersée et qu'ensuite elle n'est conçue — en règle générale — ni pour approcher les besoins, ni pour évaluer les différents risques selon ses différents facteurs, qu'ils soient sociaux, démographiques ou épidémiologiques.

L'information n'est pas analysée ni présentée en tenant compte de ses différentes utilisations possibles, ni de ses différents utilisateurs. Il s'agit trop souvent d'une mise à plat ou d'une moyenne ne permettant pas d'identifier les groupes ou les zones à risque élevé.

Mais, encore une fois, ces constats ne font que refléter l'organisation du système de santé. Les séparations entre les services sanitaires et sociaux, entre les aides à domicile et en institution, entre soins somatiques et psychiatriques, les différences entre la vision bureaucratique et la vision professionnelle des besoins rendent impossible un système de soins intégré, ajustant les prestations aux variations temporaires des besoins chez une même personne âgée et assurant aux patients un véritable continuum de soins à travers les différentes institutions.

La tâche première des professionnels de santé publique est donc de développer leur capacité d'analyse et de démonstration, d'imaginer des solutions efficaces au meilleur coût et de contribuer à créer un consensus permettant l'adoption de ces solutions.

Quelques données statistiques — France

Superficie du pays		550 000 km ²
Population au 86.01.01		55 300 000
Taux de natalité par 1 000 habitants	1985	13,9
Population active (20-64 ans)	1985	43,8 %
hommes	1985	52,5 %
femmes	1985	35,6 %
Taux de chômage	1986	10,1 %
Personnes âgées		
65-74 ans	1982	7,3 %
75 ans et plus	1982	5,8 %
Total des 65 ans et plus	1982	13,1 %
Espérance de vie		
hommes	1985	71,2 ans
femmes	1985	79,3 ans
Mortalité infantile par 1 000 naissances d'enfants vivants	1985	8,3
PIB par habitant	1985	3 560 \$US
Part du PIB consacrée à la santé	1982	8,5 %
Consommation médicale per capita	1982	870 \$US
Taux d'inflation	1986	4,7 %
Mode de rémunération des médecins		Paiement à l'acte (secteur libéral); salaire (secteur hospitalier public)
Nombre d'habitants par médecin:	1986	
Tous les médecins		612
Omnipraticiens		1 053
Nombre d'habitants par infirmière	1986	2 050
Lits d'hospitalisation de court séjour par 1 000 habitants	1985	9,2
Taux brut de mortalité par 1 000 habitants	1986	9,95
Principales causes de décès en 1985:		
Affections cardio-vasculaires		36,9 %
Tumeurs		24,8 %
Accidents et morts violentes		9 %
Affections respiratoires		6,6 %
Affections digestives		5,7 %

Références bibliographiques

1. CECCALDI, D., *Les institutions sanitaires et sociales*, 8^e édition, Paris, Foucher, 1984.
2. de KERVASDOUE, Jean, « La France et les pays riches ou la similitude des évolutions des systèmes de santé », dans *L'hôpital à Paris*, n^o 58, juillet-août 1980, pp. 315-328.
3. RODWIN, V., « Analyse comparée des incohérences organisationnelles à l'intérieur d'un système de santé libéral, nationalisé et d'un système intermédiaire », dans *Revue médicale de l'assurance-maladie*, n^o 3, 1982.
4. *Actes du 3^e colloque national des ORS*, Paris, 13 et 14 juin 1985.
5. INSERM, *Conception, mesures et action en santé publique, Tome II, Approche socio-économique et institutionnelle*, Paris, INSERM, 1982.
6. HENRARD, J.C., « Les systèmes de distribution de soins aux personnes âgées en France », Document ronéoté, décembre 1986.
7. PINEAULT, R. et C. DAVOLUY, *La planification de la santé. Concepts, Méthodes, Stratégies*, Montréal, Agence d'Arc, 1986.
8. BLUM, H.L., *Planning for health. Generics for the eighties*, New York, Human science Press, 1981.
9. UNIOPSS, *Les nouvelles compétences issues de la décentralisation, Un contexte nouveau pour l'action sanitaire et sociale*, éd. UNIOPSS, Paris, 1985.
10. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, SESI, *Comptes nationaux de la santé*, mars 1987.
11. COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, *La santé choisie*, Paris, La documentation française, 1983.

12. MOUGEOT, M., « Asymétries d'informations, mécanismes de décisions et incitation dans le système de santé français », dans *J. Econ. Méd.*, 4, n^{os} 3-4, 1986, pp. 137-153.
13. DOCUMENTATION FRANÇAISE, *La santé en France, Rapport au ministre des Affaires sociales*, Paris, 1985.
14. INSEE, *Recensement général de la population de 1982: principaux résultats*, Paris, Collection INSEE, février 1984.
15. DAB, W. et L. ABENHAIM, « Connaissance scientifique et action en santé publique: l'utilité de la recherche dans l'élaboration d'un programme de santé », dans *Can J. Public Health*, vol. 75, septembre-octobre 1984, pp. 388-392.

La santé publique
aux États-Unis :
un secteur perdu
du complexe industriel
médical

Anthony Robbins

Pour ne rien cacher, la santé publique tient une très petite place aux États-Unis et c'est pourquoi elle est difficile à définir dans l'immense système de soins médicaux. Historiquement, la santé publique occupe une place à part au sein des services de santé mais les récents développements historiques qui la concernent font en sorte qu'elle est aujourd'hui une composante importante d'un système de services de santé combien plus large. Grâce à sa base scientifique et épidémiologique, elle en viendra peut-être à gérer la technique, la science et l'industrie des soins médicaux. Actuellement il est presque impossible de retrouver la santé publique ou l'épidémiologie dans le monde médical des États-Unis, monde dominé par d'importantes institutions dont les services s'adressent d'abord à des individus.

Dans le cadre de ce chapitre, il apparaît nécessaire de commencer par décrire le système de soins médicaux pour ensuite expliquer le rôle des programmes de santé publique. Nous étudierons ensuite deux domaines dans lesquels des problèmes peuvent surgir entre la santé publique traditionnelle et le système de soins médicaux, soit la protection de la population contre les accidents environnementaux et l'accès universel aux soins médicaux.

L'énorme importance du nouveau problème causé par le SIDA* complique ces deux questions beaucoup plus qu'on aurait pu l'imaginer il y a quelques années. Le SIDA devrait nous enseigner l'humilité en ce qui concerne les prévisions sur l'avenir de la santé publique sinon de l'évolution future de la société humaine. Nous reviendrons brièvement sur ce point pour ensuite aborder une dernière question à savoir si la philosophie économique actuelle persistera encore longtemps aux États-Unis ou si l'on adoptera une base épidémiologique pour la planification et l'administration à la fois des services de santé et de la santé publique.

Soins médicaux

L'économie des États-Unis consacre une grande partie de son PNB à la santé, plus que toute autre société et ce, pour une

* Syndrome d'immuno-déficience acquise.

population de 230 millions d'habitants. Mais les 11 % dépensés pour la santé paraissent tristement peu comparés aux importantes dépenses du secteur militaire, bien qu'il soit difficile de faire des comparaisons avec des pays qui investissent moins en armement. Aux États-Unis, le secteur de la santé dépense actuellement presque 450 milliards par année. Il est de mieux en mieux organisé et les institutions qui jouent un rôle majeur grandissent puis contrôlent davantage la « production » c'est-à-dire les services à la population. Les hôpitaux ont dominé l'économie des soins médicaux jusqu'au début de la Deuxième Guerre mondiale. Initialement, les assurances contre la maladie procuraient uniquement une protection contre le coût des soins hospitaliers; elles étaient destinées à assurer la sécurité financière des hôpitaux plutôt que celle des assurés. Les hôpitaux, en tant qu'institutions les mieux organisées dans le secteur de la santé, sont devenus le centre d'intérêt des politiques publiques, c'est-à-dire de la planification et de la réduction des coûts.

Ils ont répondu aux pressions de ces politiques publiques par des fusions et des opérations de marketing. Des chaînes d'hôpitaux privés à but lucratif se sont développées et ont prospéré en choisissant des patients ou des « cas » profitables. Des hôpitaux non gouvernementaux, communautaires et à but non lucratif* ont tenté de s'intéresser à des communautés plus riches où peu d'utilisateurs étaient non assurés. Et même des hôpitaux publics de ville et de comté ont essayé de réduire leurs pertes en se comportant davantage comme des institutions à but lucratif, choisissant d'offrir des services mieux rémunérés plutôt que ceux dont la communauté avait besoin.

Les 7 000 hôpitaux des USA représentent encore la partie la plus organisée du système de soins, mais les centres d'accueil, à l'origine de petites institutions locales, deviennent des unités de grandes chaînes nationales. Il y a environ 1,5 million de lits dans 15 000 centres d'accueil. Les programmes fédéraux et ceux des États qui paient pour les services dans les centres ont encouragé la ressemblance et même l'uniformité dans la construction, le personnel, le service et l'administration de ces

* « Voluntary non profit community hospitals » dans le texte anglais original.

centres. Avec l'augmentation de la population âgée et la pression exercée sur les hôpitaux pour donner rapidement congé à leurs patients, ils sont non seulement remplis mais surpeuplés. Il faudra donc soit les agrandir, soit les destiner à prendre en charge une population résidente de moins en moins autonome et donc plus malade. Les coûts de tels services sont déjà plus ou moins garantis par Medicaid, le programme d'assurance gouvernemental destiné aux personnes qui n'ont plus aucune ressource financière. Cette interaction entre des centres d'accueil commerciaux* et des programmes gouvernementaux d'assurance a fait que l'industrie des centres d'accueil est maintenant d'un grand poids politique au niveau des États aux États-Unis.

L'image du médecin américain, omnipraticien de campagne, ne constitue plus qu'un pâle souvenir du passé. Les 500 000 médecins américains font de plus en plus partie d'un système de soins médicaux très structuré. Mais ce n'est pas parce que les États-Unis sont reconnus pour représenter un des derniers bastions du paiement à l'acte qu'il faut imaginer que la plupart des médecins utilisent encore cette forme de rémunération. Il y a dix ans environ, les gouvernements, les hôpitaux et les corporations ont réduit considérablement cette forme de paiement au profit du salariat. Il y a maintenant plus de médecins salariés aux USA que de médecins à l'acte. De plus, des tarifs de remboursement imposés par les compagnies d'assurance ou le gouvernement limitent l'indépendance de ceux qui fonctionnent encore à l'acte.

Depuis 40 ans, l'emploi dans le secteur de la santé s'est développé rapidement en même temps qu'augmentaient les services en général. Des femmes prédominent dans pratiquement tous les emplois de la santé, à l'exception de la profession médicale. Comme on peut s'y attendre, leur salaire est bas comparé aux emplois occupés par les hommes. Dans le domaine de la santé, les emplois au plus bas niveau ne demandent souvent pas de compétence particulière et sont en retour très mal rémunérés. Pour les autres catégories d'emploi, les possibilités sont restreintes à cause des exigences professionnelles qui en retour réduisent la mobilité et la promotion. Au niveau

* « Commercial » dans le texte anglais original.

universitaire et sur le marché privé, il existe de nombreux programmes à l'intention des futurs professionnels du secteur de la santé. L'accréditation de ces programmes et la certification des professionnels par les gouvernements des États ont été calquées sur le modèle médical établi par l'Association médicale américaine.

Dans plusieurs petites communautés des États-Unis, l'hôpital est le plus important employeur. Et, à travers le pays, ce rôle d'employeur que détiennent les institutions de santé a signifié qu'en plus de fournir des services, elles ont une importante fonction économique au niveau local et national. Ainsi, les politiques de santé qui ont un impact sur l'emploi ne sont plus uniquement considérées sous l'angle de la santé des individus, mais également en tant que facteurs de « santé » pour les institutions et en tant que facteurs de « santé » économique pour les communautés.

Aux États-Unis, une assurance contre la maladie signifiait habituellement une assurance pour des services hospitaliers. Après l'importante dépression des années 1930, l'assurance hospitalière a rapidement augmenté. Au début, le « Blue Cross » à but non lucratif couvrait le paiement des factures d'hôpitaux. Il protégeait ainsi la santé fiscale de ces institutions. Quand l'assurance-maladie est devenue une forme plus répandue de bénéfice pour les individus, les compagnies d'assurance-vie ont alors commencé à vendre à des groupes d'employés de l'assurance-maladie, moussant ainsi par le fait même la vente d'assurance-vie. En plus des remboursements des frais d'hôpital, tant les plans « Blue » sans but lucratif que les compagnies commerciales ont offert une couverture pour les services des médecins. On a donc introduit dans chaque État un service « Blue Shield » pour couvrir les frais des médecins en plus des frais hospitaliers, couverts par le plan « Blue Cross ».

Après la Deuxième Guerre mondiale, une nouvelle forme d'assurance a regroupé les deux catégories susmentionnées. D'importants groupes d'employés et d'employeurs ont créé des groupes de pratique prépayés* pour fournir une couverture à

* « Prepaid Group Practices » dans le texte anglais.

l'hospitalisation et aux services médicaux à un grand nombre d'assurés. Pour réduire les dépenses des hôpitaux, les médecins se sont organisés en pratique de groupe à l'extérieur des hôpitaux. Dans un tel arrangement où les services hospitaliers et médicaux sont jumelés, il est évident que moins on utilise la ressource la plus coûteuse, c'est-à-dire l'hôpital, plus on réduit les coûts globaux de l'assurance.

Les groupes de pratique prépayés* ont changé de nom à la fin des années 1960 et, en tant qu'**organisations pour le maintien de la santé**** ou HMO, elles ont pris de l'expansion puis se sont diversifiées. Plus récemment, les assureurs et les employeurs ont réuni leur pouvoir d'achat en créant des **organisations de fournisseurs attirés***** dans le but d'acheter des soins médicaux à bas prix en retour d'un volume assuré.

Ces développements démontrent le pouvoir du monde de l'assurance dans les politiques de la santé. Le programme fédéral d'assurance pour les personnes âgées et les handicapés, Medicare, et le programme fédéral et des États pour les pauvres, Medicaid, ont souvent été utilisés comme leviers par le gouvernement pour influencer la répartition et l'attribution des services à la population. Tout, à partir des normes établies pour les hôpitaux et les centres d'accueil, jusqu'à la réglementation concernant le financement des hôpitaux et le paiement des honoraires des médecins, est inscrit dans les programmes d'assurance. Les assureurs privés ont été encouragés à s'inscrire dans le sillage du gouvernement qui réussissait à contrôler ses dépenses en imposant des restrictions en matière d'assurance.

Tout dernièrement, les versements de Medicare aux hôpitaux ont été limités par un système qui prédit la durée de séjour en milieu hospitalier à partir de familles de diagnostics (DRG)****. Medicare ne rembourse donc pas plus qu'un montant déterminé à l'avance selon le groupe spécifique auquel un patient donné appartient. Ce système incite à réduire le séjour hospitalier

* « Prepaid Group Practices » dans le texte anglais.

** « Health Maintenance Organizations » dans le texte anglais.

*** « Preferred Providers Organizations » dans le texte anglais.

**** « Diagnostic Related Groups » dans le texte anglais.

puisque l'hôpital n'est pas remboursé au-delà d'une certaine durée d'hospitalisation. Il favorise également la recherche de patients « en bonne santé » dont on prévoit qu'ils quitteront l'hôpital rapidement pour permettre ainsi à l'institution de recevoir des remboursements excédant les coûts du séjour réel. Ce programme, et bien d'autres, peut ainsi amener l'exclusion d'assurés qui ne correspondent pas aux critères économiques visés.

Le développement de l'assurance et son pouvoir grandissant causent ainsi des problèmes encore plus sévères à ceux qui ne sont pas assurés. Aux États-Unis, il y a plus de 35 millions de personnes de moins de 65 ans qui ne sont pas assurées, sans compter la proportion grandissante de personnes dont la protection est inadéquate. Moins de la moitié seulement des personnes jugées pauvres par le gouvernement touchent des prestations de Medicaid.

Malgré la complexité organisationnelle grandissante et l'interdépendance entre soins médicaux, gouvernement et société, il est important de se rappeler que le système est encore basé sur un modèle « médical », individuel, où maladie, invalidité et infirmité sont assimilées à l'individu qui, lui, peut décider de chercher de l'aide. Même les maladies causées par des problèmes de société tels que le tabagisme sont souvent vus comme la conséquence d'actes individuels. L'effet combiné d'un système économique qui se concentre particulièrement sur les institutions, en particulier les plus grosses, et sur les activités cliniques dont la préoccupation est l'individu, a largement entravé le développement d'une approche épidémiologique, ou « populationnelle » en matière de services.

La santé publique

Il existe deux types de programmes de santé publique : les soins pour des populations spécifiques et la protection contre les risques de l'environnement. En comparaison avec les énergies déployées et les dépenses en soins médicaux, ces programmes ont peu d'importance. Certains d'entre eux sont placés sous l'autorité fédérale, d'autres sont administrés par les États ou les gouvernements locaux. La Fondation de la santé publi-

que à Washington publie un rapport périodique des programmes et dépenses des bureaux d'États et des bureaux locaux. La dernière édition fait état de la description et du sommaire des dépenses du système américain de santé publique pour 1984 (voir document en annexe à ce chapitre).

Le tout premier programme fédéral de « soins » de santé publique a consisté en des services de quarantaine et de soins aux marins de la flotte marchande. Au niveau des États, les premières activités ont été les soins aux tuberculeux et aux malades mentaux. Cette dernière clientèle représente encore une part très importante des dépenses des États. Localement, les soins aux pauvres ont constitué le prolongement naturel des systèmes d'assistance publique et de bien-être social qui ont été, à l'origine, à la charge des gouvernements locaux.

À la différence de Medicare et Medicaid, programmes d'assurance gouvernementaux qui donnent « droit » aux soins médicaux, les programmes de santé publique sont organisés dans le but d'atteindre et de fournir des services à toutes les personnes d'une population spécifique. Ainsi, des centres de santé communautaire et des centres de santé locaux* s'occupent de résidents de communautés pauvres et cherchent à améliorer la santé de la communauté en amenant les gens vers les centres. Mais il faut comprendre que les programmes d'assurance remboursent seulement des services que l'individu demande personnellement. À l'opposé, les programmes contre la tuberculose par exemple ont été mis sur pied pour déceler et traiter tous les individus porteurs de cette maladie, dans un but de contrôle et d'éradication. De la même manière, les programmes concernant les maladies transmissibles sexuellement reposent sur notre compréhension épidémiologique de ces maladies et de leur transmission dans la population. Les programmes d'immunisation ont clairement pour but de vacciner toute la population infantile. Des programmes contre la drogue ou l'abus d'alcool suivent la même approche et des ressources limitées pourraient signifier que seulement les premiers arrivés seront les premiers servis. Les services publics de santé mentale ont toujours eu d'abord comme effet de protéger la population contre les

* « Community health centers » et « neighborhood health centers » dans le texte anglais.

désagréments et dangers que pourraient représenter des citoyens considérés « fous », et seulement ensuite de soigner et de protéger les personnes atteintes.

Les programmes de santé publique destinés à protéger la population contre les risques de l'environnement sont aussi organisés aux trois niveaux, fédéral, étatique et local. La responsabilité de la santé en général revient aux États et aux gouvernements locaux, à moins qu'une loi ne dise explicitement qu'il en va de la responsabilité du gouvernement fédéral. C'est très souvent poussé par l'urgence de la situation qu'un régime fédéral régulateur a suppléé à un assemblage de règles d'État tout autant onéreuses que contradictoires les unes par rapport aux autres. La plupart des programmes environnementaux consistent en des règlements et très peu en programmes de subventions pour aider par exemple à la construction de systèmes d'égout ou à la réduction de déversements toxiques dans l'environnement. Des programmes à un niveau local ou étatique concernant la pollution, le traitement des eaux, l'administration des déchets solides dangereux, sont organisés et partiellement financés à travers des lois nationales. La distribution de produits chimiques toxiques est réglementée sur le plan national. La sécurité dans les mines est aussi réglementée sur le plan national à titre de programme et est supportée par des mesures d'inspection. Le programme général pour la sécurité et la santé des travailleurs est national, mais on a délégué à quelques États le rôle de fixer des normes et d'inspecter les lieux de travail.

Le contrôle, la sécurité en matière d'aliments et de médicaments, est sous la responsabilité de la United States Food and Drug Administration (FDA). Médicaments, produits biologiques et technologies médicales nécessitent l'approbation de la FDA avant d'apparaître sur le marché. Les départements locaux de santé s'occupent de l'inspection et de la réglementation sanitaire dans les restaurants et les usines d'alimentation. C'est donc d'une manière un peu improvisée que les bureaux de santé publique en sont venus à contrôler et à réglementer les risques environnementaux dans la vie de tous les jours.

Les programmes publics à consonance de services pour des populations et les programmes de prévention des risques d'ac-

cidents dans l'environnement s'appuient sur l'épidémiologie. Ces deux types de programmes de santé publique sont fondamentalement en conflit avec le système beaucoup plus étendu de soins de santé qui cible l'individu et les institutions. Est-ce que la santé publique aura un avenir dans la gestion des soins médicaux ou dans la protection contre les risques à l'environnement? Quelle approche prédominera aux États-Unis?

Des programmes de protection contre les risques environnementaux ont été coupés sous le président Reagan depuis 1981. Le gouvernement a consciemment décidé de ne pas appliquer les lois. On a sabré dans les programmes environnementaux à partir de la Direction de la santé et sécurité au travail du ministère du Travail en passant par le programme sur les substances toxiques de l'Agence de protection de l'environnement jusqu'à la FDA du ministère de la Santé*. Le gouvernement fédéral a aussi ralenti le processus qui visait à déterminer les normes qui permettraient ainsi l'identification des risques que les programmes de support devaient cibler. Et on a finalement eu moins de ressources pour étudier les dangers environnementaux avec en tête l'idée que si un problème est inconnu ou non manifeste, l'on ne sera évidemment pas obligé de prévoir une réglementation.

Les activités sur le plan fédéral ont décliné au point que presque chacune des initiatives prises par des agences de réglementation n'a été possible qu'à la suite d'une poursuite judiciaire. Des gouvernements locaux et des États ont été obligés de prévoir des programmes et des lois leur permettant d'agir face à des problèmes d'intérêt public alors que le gouvernement fédéral demeurait passif. Des lois portant sur le « droit de connaître », tant au niveau local que des États, ont augmenté l'accès du public à l'information et elles ont contribué à le sensibiliser et à lui faire comprendre de plus en plus les risques environnementaux.

Chez les firmes industrielles, le déclin dans la réglementation a eu comme conséquence d'attirer l'attention sur les poursuites judiciaires par des tiers. Les assurances ont aussi constaté une

* « Department of Health and Human Services » dans le texte original.

« épidémie » de procès menant à des réclamations et des coûts en rapide augmentation. En ce qui concerne les dangers provenant de l'industrie, l'approche par programme s'appuyant sur l'analyse épidémiologique des risques et des populations à risque a été supplantée par une combinaison de démarches politiques locales et des poursuites agressives. Par ailleurs, les lois fortes subsistent et le mouvement environnemental démontre une préoccupation nouvelle face aux effets sur la santé humaine auxquels l'industrie nous expose. Mais il est difficile de prévoir si l'intervention énergique du gouvernement, qui s'est terminée avec l'élection du président Reagan en 1980, revivra un jour.

En même temps que le gouvernement tentait de minimiser les dangers pour la santé que comportent certains produits chimiques et la pollution, on a commencé à se préoccuper davantage des risques reliés à des choix personnels. Des dangers découlant du « style de vie » tels que l'usage de l'alcool, du tabac, des drogues, la mauvaise alimentation et l'inactivité sont devenus des préoccupations à la mode. Des études ont démontré les avantages d'un style de vie plus sain pour les Américains, mais cette recherche de solutions est d'abord axée sur les changements de comportement chez l'individu. Le seul domaine où les professionnels de la santé ont montré un intérêt accru pour une solution sociale plutôt qu'individuelle est celui du tabagisme. Des lois pour réduire l'exposition des non-fumeurs à la fumée se sont multipliées et l'usage du tabac est maintenant souvent interdit dans les avions, les restaurants et de nombreux endroits publics.

L'approche épidémiologique de la santé publique a été questionnée dans son essence. L'immunisation de la population infantile est acceptée à travers le monde comme moyen très avantageux* de prévenir des maladies infectieuses et leurs séquelles coûteuses. Mais les budgets du président Reagan ont consciemment sous-financé des programmes d'immunisation, l'achat de vaccins et la recherche dans ce domaine. Le président s'est, à différentes reprises, opposé à des améliorations dans les programmes d'immunisation, y compris à la compensation des

* « Cost effective » dans le texte anglais.

victimes d'accidents résultant de cette procédure. Cette administration a voulu abandonner des programmes de prévention efficaces s'adressant à la population dans son ensemble et a laissé la société payer un prix beaucoup plus élevé pour le traitement des maladies et de leurs séquelles.

Tandis que le gouvernement fédéral recule devant sa responsabilité de protection du public contre les dangers environnementaux et qu'il abandonne ce problème aux individus et au système de soins médicaux, ne faut-il pas en même temps se poser la question de savoir ce qui est fait pour permettre l'accès universel aux soins médicaux? Il y a deux chemins qui permettraient aux soins médicaux d'évoluer vers un système qui garantirait des services accessibles à tous. Des programmes gouvernementaux peu importants s'occupant actuellement de populations spécifiques peuvent être élargis dans le but de combler définitivement les brèches dans la formule actuelle d'assurance. D'une autre façon, les programmes nationaux d'assurance, d'abord Medicare et Medicaid, pourraient être développés pour fournir une indemnisation plus complète et couvrir toute la population qui n'a pas d'assurance-maladie actuellement.

Il y a eu peu de développement dans des programmes de soins médicaux pour des populations spécifiques depuis 1980. Le Congrès a accepté une coupure de 25 % dans les budgets et une élimination de plusieurs programmes de santé bien identifiés selon les propositions du président en 1981. La population visée par ces programmes a été réduite, bien que la pauvreté et le manque de couverture d'assurance aient augmenté. Il n'y a plus d'indice nous montrant que le public ou le Congrès s'attendent à ce que les programmes gouvernementaux de services médicaux se développent pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population. L'on parle bien plutôt de l'assurance comme moyen de permettre l'accès aux soins médicaux.

D'autre part, on utilise l'assurance pour rencontrer deux buts conflictuels de la politique: on la réduit et la comprime pour diminuer les dépenses et, au même moment, on la développe

pour couvrir de nouvelles classes de bénéficiaires et d'adhérents. Depuis que Medicare et Medicaid ont été créés en 1965, l'importance de la population cible et l'étendue des bénéfices ont été développées. Pendant les six dernières années, les compressions dans le système ont été plus importantes que le développement et il semble qu'il existe peu de volonté politique en faveur d'un programme d'assurance-maladie national à partir de Medicare et de Medicaid.

Dans les quelques États où le programme Medicaid et les assureurs paient les mauvaises créances provenant de patients non assurés qui consultent dans les hôpitaux, le législateur envisage de légiférer pour obliger toute personne ayant un emploi à cotiser à un régime d'assurance-maladie. Une législation semblable a été déposée au niveau fédéral. Cela paraît donc être le chemin le plus probable qu'emprunteront les États-Unis pour l'introduction d'une assurance-maladie universelle. Vu que les lois proposées sont prévues pour garantir la solvabilité des hôpitaux et des États, on peut imaginer qu'elles viseront le maintien des institutions existantes plutôt que l'organisation d'un système de soins médicaux basé sur les besoins de la population.

En guise de conclusion, nous croyons que le SIDA pourrait changer l'évolution des programmes et de soins médicaux et de santé publique. À San Francisco, à New York et dans d'autres centres touchés par l'épidémie, la demande pour des lits hospitaliers a déjà augmenté. Les compagnies d'assurance se préparent à exclure les coûts catastrophiques du SIDA de leurs polices. Médecins et autres travailleurs de la santé sont en rébellion, refusant de soigner les personnes atteintes. Des gouvernements des États et des gouvernements locaux ont supporté le choc du fardeau financier alors que le gouvernement fédéral réagissait lentement pour couvrir les coûts des traitements et de l'invalidité. Si les prédictions actuelles concernant l'ampleur de l'épidémie et le coût de chaque cas s'avéraient exactes, le rôle du gouvernement fédéral dans le financement des soins médicaux pourrait changer car les programmes gouvernementaux d'assurance ne peuvent définitivement pas faire face aux coûts exorbitants de ce grand nombre de cas fatals.

De la même façon, il faudrait mettre en marche des mesures préventives à grande échelle si l'on veut diminuer ou arrêter la progression du SIDA car pour l'instant le traitement reste strictement palliatif pour une maladie universellement mortelle. Nous avons déjà constaté des changements dans la promiscuité de la communauté homosexuelle, mais l'abus de drogue en milieu défavorisé et peu éduqué doit aussi radicalement changer. Si ni vaccin ni médicaments efficaces ne sont découverts, la maladie se stabilisera aux États-Unis, mais au prix d'une dévastation de plusieurs segments de la population.

On peut entrevoir deux résultats positifs de l'épidémie du SIDA: elle obligera le gouvernement à prendre le contrôle complet de l'assurance-maladie pour permettre des soins universels et elle revivifiera les programmes et départements de santé pour leur permettre de diriger des programmes de prévention associés au SIDA. Mais étant donné que le gouvernement fédéral a malheureusement été hésitant à protéger les victimes et que les départements de santé se sont tellement vidés de leurs ressources ces dernières années, il faudra malheureusement peut-être une menace encore plus sérieuse pour ressusciter la santé publique aux États-Unis.

Quelques données statistiques — États-Unis

(Toutes les informations sont extraites de l'Abrégé statistique pour les États-Unis)

Superficie totale du pays		3 618 770 mi ²
Population totale au 1 ^{er} juillet	1983	234 799 000
	1984	237 019 000
	1985	239 283 000
	1986	241 489 000
Taux de natalité	1984	15,5
par 1000 habitants		
Population économiquement active		
Hommes 20 - 64 ans		76,3 %
Femmes 20 - 64 ans		54,5 %
Taux de chômage	1985	7,2 %
		(marché du travail: population civile de plus de 16 ans)
Pourcentage de personnes âgées		
65 - 74 ans	1985	7,1 %
75 ans et plus	1985	4,8 %
65 ans et plus	1985	11,9 %
Espérance de vie à la naissance		
Hommes	1983	71,0
	1984	71,2
Femmes	1983	78,1
	1984	78,2
Mortalité infantile	1983	11,2
par 1000 naissances d'enfants vivants		
PNB per capita	1985	16 706 \$
(3 998 milliards au total)		
Part du PNB consacrée à la santé	1985	10,7 %
		(425 milliards)
Public: 165,2 milliards		
38,9 % des dépenses de santé totales		
72,3 milliards (Medicare)		
43,7 milliards pour l'assistance		
publique		
71,2 % du public (fédéral)		
Privé: 244,3 milliards		
105,6 milliards (paiements provenant		
directement des patients)		
133,3 milliards de primes d'assurance		
Dépenses de santé per capita	1985	1721 \$
Taux d'inflation		<3 %

Quelques données statistiques — États-Unis (suite)

Population par médecin		
Tous les médecins		
(omnipraticiens et spécialistes)	1983	438,6
(omnipraticiens seulement)	1983	3533,6
Population par infirmière	1983	162,6
Lits de soins aigus par 1000 habitants	1984	5,7
(lits aigus = lits dans les hôpitaux généraux et universitaires. Lits des hôpitaux psychiatriques exclus)		
Taux brut de mortalité par 1000 habitants	1983	8,6
Principales causes de décès	1983	
(Ajustées pour l'âge)		
maladies cardio-vasculaires		42,7 %
tumeurs malignes		24,1 %
accidents		6,4 %
maladies pulmonaires		3,2 %
obstructives chroniques		
pneumonies et influenza		2,1 %

Annexe

The Public Health Foundation*

Introduction: Le système américain de santé publique

Le système américain de santé publique consiste en un partenariat d'organismes de santé tantôt fédéral, tantôt d'un État, tantôt local. Dans leur ensemble, ils fournissent un grand nombre de services de santé curatifs et préventifs dans le but de protéger et d'améliorer la santé et le bien-être de toute la population des États-Unis. Le gouvernement fédéral, principalement le ministère de la Santé** assume historiquement la responsabilité de l'établissement des priorités nationales, la coordination des mesures pour faire face aux risques nationaux et régionaux en matière de santé et le support financier des services, tant pour des groupes à risques élevés que pour ceux qui ont un accès limité aux soins de santé. À l'intérieur de chaque État, du District de Columbia et de quatre territoires américains, la responsabilité première qui garantit l'accès aux services de santé publique a été confié à un seul organisme du niveau État⁽¹⁾. En règle générale, l'organisme de santé de l'État (SHA) a la responsabilité de la planification des priorités de santé publique au niveau de l'ensemble de son État. Il doit de plus répondre de mandats tant nationaux que de son État, prendre les mesures nécessaires en cas de danger pour la santé publique et voir à ce que les résidents moins bien nantis aient accès aux soins de santé. En tant qu'ombudsman et fournisseur de services de santé préventifs, et en tant que fournisseur de soins médicaux à ceux qui sont mal nantis, les SHA jouent un rôle unique et important dans le système de santé américain.

Dans 39 États qui collaborent avec notre fondation et un territoire (Puerto Rico), il existe au moins 2 200 départements

* Traduction de l'édition de novembre 1986, vol. 1 de « Public Health Agencies, 1984. Expenditures and Sources of Funds — PHF — Est'd by the Ass. of State and Territorial health Officials ». Reproduit avec la permission de la Fondation.

** « Department of Health and Human Services » dans le texte original.

locaux de santé (LHD) fournissant des services directs de santé communautaire.⁽²⁾ Dans les États et territoires où il n'existe pas de tels départements, le SHA est habituellement le principal prestataire de ces services. Les LHD américains fournissent des services préventifs tels que l'immunisation aux enfants, les soins périnataux, l'inspection des restaurants, l'investigation de maladies provenant d'aliments ou d'eau impropres à la consommation, la prévention des intoxications causées par la peinture à base de plomb, la dératisation en milieu urbain, le contrôle de la rage.

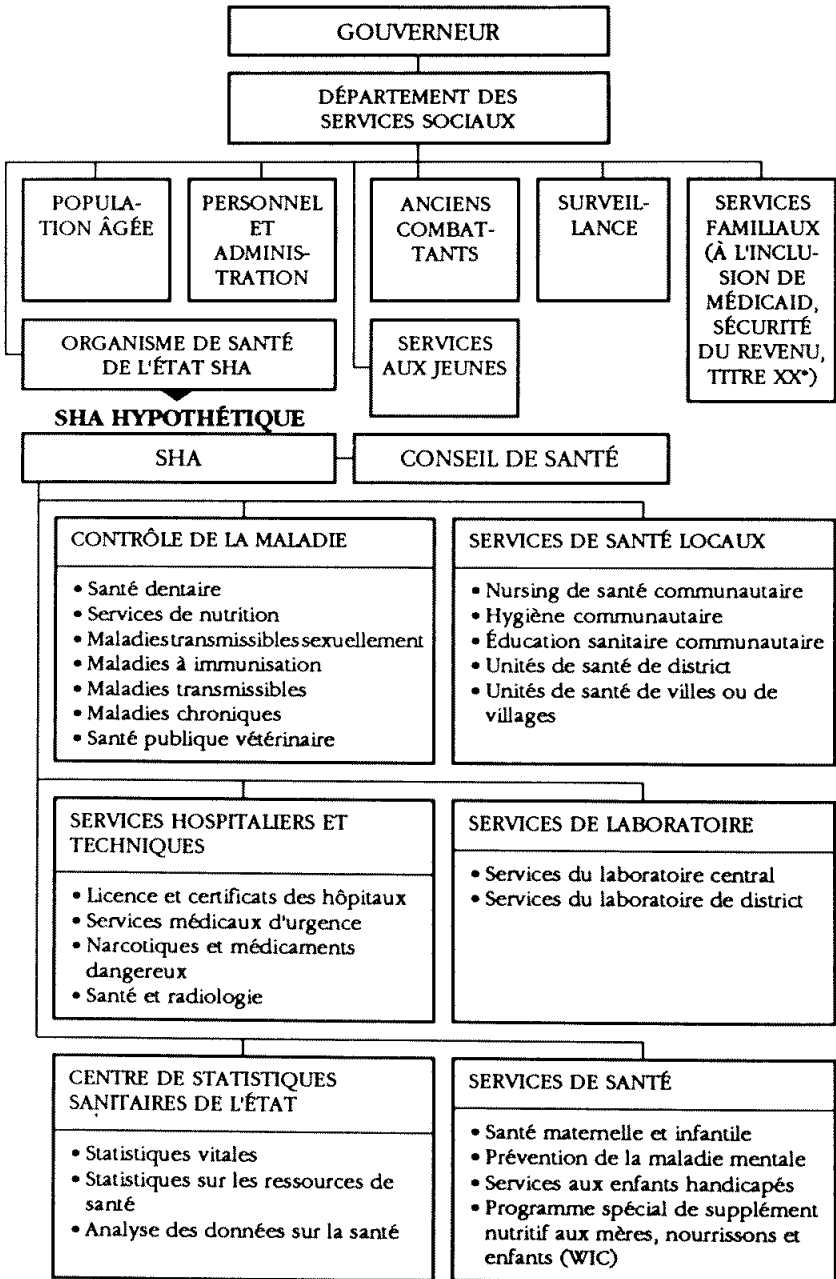
L'organisation et les responsabilités de ces deux types d'organismes en santé publique, le SHA et le LHD, sont décrites en détail ci-dessous.

Organisation et responsabilités des organismes de santé de l'État⁽³⁾

Chaque SHA est dirigé par un commissaire ou un directeur nommé par le gouverneur, par la magistrature ou par le Conseil de la santé. L'organisation des services de santé publique de l'État décide *de quelle manière* les services seront offerts et, jusqu'à un certain point, *quels services* seront offerts. Bien que certaines généralisations soient possibles au sujet de la façon dont la santé publique est organisée, il existe une variation appréciable entre les États.

Il y aurait deux modèles d'organisation du SHA : ou bien il fonctionne comme un bureau libre et indépendant, responsable directement devant le gouverneur ou le Conseil de santé, ou bien il fait partie d'une structure bureaucratique plus globale, une superagence. Il y a 33 SHA qui suivent le premier modèle et 22 le second [...]. La figure 1 montre un SHA en tant que partie hypothétique d'une superagence. Ce bureau hypothétique est assez complexe, comprenant non seulement des services de santé publique mais aussi Medicaid, des services de sécurité du revenu, des services pour les jeunes, les anciens combattants et les personnes âgées. Généralement un organisme libre et indépendant ressemble à la composante « santé publique » de celui qui est illustré ici.

Figure 1 — Organisation hypothétique d'une superagence de services sociaux



* Voir N.D.L.R. en page 4 de cette annexe.

Certaines responsabilités de santé publique sont déléguées conformément aux conditions de financement fédéral, tandis que dans d'autres domaines, les responsabilités tombent sous le mandat de l'État. Il n'existe pas de spécification fédérale par exemple pour la création d'un organisme principal de santé environnementale, mais la plupart des États ont suivi la directive fédérale en concentrant la majorité des services dans un seul bureau.

En plus d'une variété de structures organisationnelles, les SHA ont également des responsabilités différentes. Par exemple, pendant l'année fiscale 1984, des 55 SH :

- 43 ont été désignés comme organisme d'État pour enfants infirmes (Titre V, SSA*);
- 15 ont été désignés comme autorité d'État en santé mentale (PL 94-63*);
- 11 ont été désignés comme organisme d'État de Medicaid (Titre XIX, SSA*);
- 32 ont été désignés comme organisme d'État en planification et développement de la santé (PL 93-641*);
- 14 ont agi en tant que principal organisme en santé environnementale de leur État;
- 19 SHA ont administré des hôpitaux ou d'autres institutions de soins médicaux.

Malgré les différences de structure, d'organisation et de responsabilités, il existe quelques points communs entre les SHA. Presque tous fournissent des services et utilisent leurs crédits dans les domaines suivants :

- Santé maternelle et infantile;

* N.D.L.R. Ces abréviations renvoient à des documents légaux des États-Unis. Ils sont rapportés ainsi dans le texte original.

- Contrôle des maladies contagieuses (y compris les maladies sexuellement transmissibles, l'immunisation, le contrôle de la tuberculose et l'épidémiologie);
- Maladies chroniques (telles que cancer et hypertension);
- Santé dentaire;
- Soins infirmiers communautaires (y compris des visites à domicile);
- Nutrition;
- Éducation à la santé;
- Protection du consommateur et hygiène;
- Qualité de l'eau;
- Statistiques concernant la santé;
- Tests pour diagnostic en laboratoire.

Les différentes relations entre les SHA et les LHD seront décrites dans la section suivante.

Organisation et responsabilités des départements locaux de santé

39 États participant à notre fondation et 1 territoire ont des départements locaux de santé et fournissent des services de santé communautaire à leur population. Dans 31 de ces entités géographiques, 90 % ou plus de la population vit dans des zones desservies par des LHD. Dans les 9 autres États, les SHA fournissent généralement des services de santé communautaire à un niveau local (voir tableau 2 ci-dessous).

Plusieurs facteurs influencent l'organisation des LHD et leurs relations avec les SHA. Habituellement, quand les LHD reçoivent une grande partie de leur budget de l'État (plutôt que d'être financés localement), ils sont responsables devant les SHA et doivent en respecter les critères de programmes. Dans

l'État de Mississipi, par exemple, les LHD sont véritablement des sous-unités des SHA desquels ils reçoivent tous leurs fonds. Par contre, les LHD qui reçoivent la plus grande partie de leurs fonds de source locale ou de subventions fédérales ou encore de contrats peuvent être complètement autonomes. Ils dépendent rarement des SHA en termes de support ou d'orientation. Ce modèle s'applique fréquemment aux grands LHD des métropoles (comme la ville de New York) dont les budgets sont de plusieurs millions de dollars et qui emploient des centaines de personnes. Dans quelques États, en Virginie par exemple, le SHA dirige un important réseau de bureaux régionaux ou de district pour fournir de l'assistance technique et des services communautaires directs. Ces bureaux complètent en général les activités des départements de santé locaux.

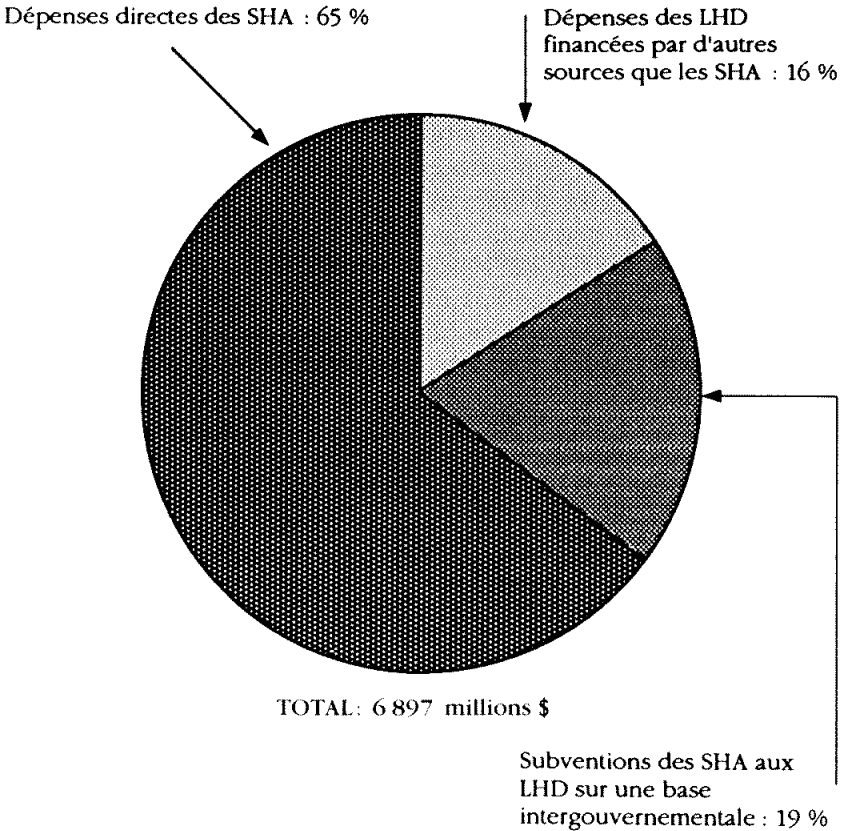
Mis à part les variations organisationnelles et les relations intergouvernementales, certains aspects du fonctionnement du LHD sont semblables d'un État à l'autre. Par exemple, ils disposent en général d'au moins un professionnel de santé publique à temps complet (infirmière de santé publique, hygiéniste ou autre). De plus, ils ont un noyau commun d'activités de santé publique qui consiste en soins infirmiers de santé publique, soins à domicile, services de santé en milieu scolaire, épidémiologie des maladies contagieuses et en hygiène^(*). Plusieurs LHD, particulièrement les plus importants, ont également la responsabilité de services en santé publique tels que le contrôle de l'hypertension, la surveillance des cancers et l'abus de drogues*.

Dépenses des SHA et des LHD

Durant l'année fiscale 1984, les organismes locaux et ceux des États oeuvrant en santé publique ont dépensé 6,9 milliards pour leurs programmes de santé publique (excluant les dépenses du Medicaid Single State Agency) dont 4,4 milliards ont été des dépenses directes des SHA, plus de 1,3 milliard des subventions intergouvernementales des SHA aux LHD et plus de 1,1 milliard des dépenses provenant d'autres sources que les SHA (voir figure 2). Ces dépenses ont été faites dans 46 États et territoires.

* « Substance abuse » dans le texte anglais.

Figure 2 — Dépenses totales en santé publique pour les SHA et les LHD, pour l'année fiscale 1984



Plus des deux tiers (70 %) des 6,9 milliards dépensés par les SHA et les LHD ont été affectés à des programmes de santé aux individus*; 8 % sont allés à des programmes de santé environnementale, 8 % à des « ressources de santé », 6 % à l'administration et 3 % à des programmes de laboratoire. Des dépenses non allouées à l'intérieur des programmes ont compté pour 5 % du total (voir tableau 1 [...]).

* « Personal health programs » dans le texte anglais.

Tableau 1 — Dépenses des organismes de santé publique à un niveau national, par secteur de programme, pour l'année fiscale 1984

Titre du programme	Dépenses totales SHA + LHD	Dépenses directes des SHA	Subventions des SHA aux LHD (inter-gouvernementales)	Autres dépenses des LHD
(en millions de dollars)				
Santé publique au total	6 897,3	4 445,1	1 338,0	1 114,2
Santé aux individus	4 841,8	3 425,5	871,1	545,2
Santé environnementale	542,9	250,4	131,4	161,1
Ressources de santé	552,0	332,0	185,8	34,2
Laboratoire	212,5	170,2	26,9	15,4
Administration générale	399,1	267,0	35,8	96,3
Non ventilée à un secteur de programme	349,0	—	86,9	262,1

Tableau 2 — Dépenses des organismes de santé publique, par source de financement, pour l'année fiscale 1984

Source du programme	Dépenses totales SHA + LHD	Dépenses directes des SHA	Subventions des SHA aux LHD (inter-gouvernementales)	Autres dépenses des LHD
(en millions de dollars)				
Santé publique au total	6 897,3	4 445,1	1 338,0	1 114,2
Financement de l'État	3 153,1	2 425,5	709,3	18,3
Subvention fédérale et financement à contrat	2 188,5	1 757,7	388,8	42,0
Financement local	830,8	4,1	134,8	691,9
Honoraires et remboursements	448,4	182,8	82,7	182,9
Autres sources	125,2	75,1	22,3	27,8
Inconnu	151,3	—	—	151,3

En règle générale, les programmes de « ressources de santé » et de laboratoire sont centralisés au niveau d'un État: les organismes locaux dépensent peu dans ces activités. À l'opposé, les programmes de santé environnementale et de santé des individus* sont plus équitablement répartis entre SHA et LHD, ce qui met en relief leur responsabilité partagée.

* « Personal health programs » dans le texte anglais.

Le système de santé publique est principalement financé par les gouvernements fédéral, locaux et des États. Le financement additionnel se fait par des honoraires et des remboursements pour les services de même que par d'autres sources telles que les fondations.

Les dépenses des organismes de santé publique sont financées comme suit: 46 % de l'État, 32 % de subventions fédérales et de contrats, 12 % financés localement, 8 % provenant d'honoraires, de remboursements et d'autres sources et 2 % non identifié (voir tableau 2 et figure D*). Comme dans le passé, les sommes provenant des États et du fédéral ont permis les plus grosses dépenses des SHA (qu'il s'agisse de dépenses directes ou des subventions intergouvernementales aux LHD) alors que le financement local s'est avéré la plus importante source de dépenses additionnelles pour les LHD.

Les tableaux 3, 4 et 5* fournissent des détails État par État des dépenses de santé publique en 1984 à la fois au niveau local et au niveau de l'État.

Plan du volume 1 de *Public Health Agencies 1984*

Le chapitre 1 de ce premier volume décrit le financement et les dépenses des SHA nationaux; le chapitre 2 traite du financement et des dépenses des départements locaux de santé et les chapitres 3 et 4 mettent l'accent sur deux aspects particuliers du financement et des dépenses des organismes de santé publique:

- Les sources de financement des programmes de santé aux individus** des SHA;
- Les dépenses des SHA en matière de prévention.

Ce volume ainsi que les trois autres de la collection *Public Health Agencies 1984* utilisent les données que les SHA four-

* N.D.L.R. Ces illustrations ne figurent pas dans ce document.

** « Personal health programs » dans le texte anglais.

nissent à la Fondation de la santé publique. Pour des renseignements sur des programmes et des services spécifiques, le lecteur est prié de se référer à *Public Health Agencies, 1984 Volumes 2-4* (Washington, DC: Public Health Foundation, 1986).

En lisant les volumes de cette série, il faut garder en mémoire la spécificité de chaque SHA, particulièrement en comparant les différents programmes et les dépenses. Il faut noter qu'un examen des dépenses par rapport aux programmes minimisera les montants alloués à des services spécifiques. Ces montants ne sont corrects que si un SHA les identifie comme faisant partie de tel ou tel programme puisque autrement un service particulier peut être fourni à travers de multiples programmes différents (et, réciproquement, la plupart des programmes fournissent de nombreux services). Par exemple, la majorité des immunisations qui sont effectuées à l'intérieur des programmes d'immunisation identifiés séparément ont des dépenses bien identifiées. À l'opposé, bien que les programmes de soins infirmiers, en santé publique, en santé maternelle et infantile ainsi qu'en planification familiale fournissent également des services de vaccination, ces dépenses ne peuvent pas être identifiées à partir des coûts globaux des programmes.

Enfin, l'annexe de ce volume 1 fournit des renseignements additionnels sur le système de classification de la Fondation de la santé publique ainsi que sur la méthodologie utilisée pour le recueil des données.

Notes

- (1) Il existe 55 organismes de santé d'État. Les bureaux des 7 États et des 2 territoires suivants n'ont pas fourni leurs dépenses pour l'année fiscale 1984.
États: Maine, Massachusetts, Montana, New Mexico, Ohio, South Dakota et Wisconsin.
Territoires: American Samoa et Guam.
- (2) Il n'existe pas de LHD dans les six États et territoires suivants: Arkansas, Delaware, District de Columbia, Rhode Island, Vermont et les îles Vierges.
- (3) La Fondation de la santé publique a rapporté séparément les neuf organismes de santé d'État qui n'ont pas fourni de données sur leurs dépenses pour l'année fiscale 1984. Cette discussion illustre les résultats de cette enquête et se concentre sur les caractéristiques organisationnelles et les responsabilités confiées à l'ensemble des 55 organismes de santé d'État.
- (4) US CONFERENCE OF CITY HEALTH OFFICERS, *Local Health Departments: Leadership Views on Organizational Issues*, Washington, DC, USCCHO, 1981.

Santé publique et santé primaire au Québec (Canada): les défis du partage des responsabilités

*Pierre Duplessis
Bernard Pouliot
Suzanne Couët
John Hoey*

Les auteurs voudraient remercier madame Sylvie Dillard et monsieur Jean-Pierre Bélanger pour leur aide dans la rédaction de ce chapitre.

Introduction

La santé publique au Canada est une mosaïque plus ou moins homogène de services et d'organismes, tout comme le domaine de la santé au sens large. Chaque province ayant juridiction en cette matière dans cette confédération qu'est le Canada, il serait donc difficile de parler « du » système de santé publique puisqu'il y a dix provinces. Toutefois, il existe bon nombre de points communs d'un endroit à l'autre. Le Québec présente une évolution unique par rapport au reste du pays, tant au niveau des structures, du déploiement des ressources que des objectifs de santé. Issu de la tradition des luttes contre les maladies infectieuses et des responsabilités dévolues à l'officier de santé publique (le médecin hygiéniste), le système se décentralise et rompt avec la prestation de services et les lignes d'autorité habituelles en santé publique. C'est cet aspect de son évolution que nous voudrions mettre en lumière. Il est particulièrement manifeste alors que le système s'ouvre aux dimensions modernes des problèmes de santé.

Ce chapitre traitera donc du système de santé publique au Québec en renvoyant, lorsqu'il y a lieu, aux autres provinces et plus particulièrement à l'Ontario. Notons que le Québec et l'Ontario totalisent plus de la moitié de la population canadienne et les deux métropoles que sont Montréal et Toronto, 25 % de la population du pays.

Dans un premier temps, l'on tracera l'historique de la santé publique au Canada et plus particulièrement au Québec et en Ontario; les auteurs insisteront brièvement sur quelques comparaisons interprovinciales. L'on développera ensuite la notion de santé communautaire au Québec depuis les quinze dernières années en revoyant ses objectifs et la transformation du système. Enfin, les auteurs tenteront d'analyser les perspectives futures qui confrontent le système québécois.

Rappel historique

Le Canada est un pays de 10 millions de kilomètres carrés comprenant 26 millions d'habitants. Le climat est rude et la

majeure partie du territoire impropre à la culture et difficile d'habitat. Le Québec à lui seul compte 1 667 926 km² pour 6,5 millions d'habitants dont la majeure partie se regroupe le long des rives du vaste fleuve Saint-Laurent. La moitié de la population du Québec se concentre dans l'agglomération du Montréal métropolitain alors qu'environ 10 000 personnes seulement habitent au nord du 50^e parallèle où se trouvent pourtant près des 3/5 du territoire de la province.

Héritant d'une longue tradition politique parlementaire à nette influence européenne et particulièrement de l'Angleterre, les provinces canadiennes sont confédérées et partagent avec le gouvernement central juridictions et compétences. La santé, rappelons-le, est d'abord et avant tout du ressort provincial.

Bien que la majorité de la population canadienne vive dans une bande de 200 kilomètres au nord de la frontière américaine, l'histoire sociale et politique de ce pays est différente de ses voisins du sud. Ajoutées aux conditions climatiques et géographiques rigoureuses, plusieurs dépressions économiques graves ont sévi depuis 150 ans. À la fin des années 1800 et au début des années 1900, plusieurs épidémies causées par des maladies infectieuses se sont abattues sur la population et la tuberculose¹¹ était à l'état endémique jusqu'à la pasteurisation du lait. Les ravages de la variole et de l'influenza s'ajoutèrent à ceux de la tuberculose. Le peuple canadien et particulièrement celui du Québec, a été un peuple pauvre, affligé par la maladie et la misère sociale. On dénombrait par exemple lors de la dépression de 1929 jusqu'à 30 % de chômeurs parmi la main-d'oeuvre capable de travailler. Il n'y avait pas à l'époque de système de compensation pour les indigents ou les chômeurs.

C'est pourquoi la population canadienne a vite senti le besoin de garantir l'accès de tous à des domaines particulièrement névralgiques comme l'éducation et la santé en partageant les coûts. Les gouvernements fédéral et provinciaux se sont impliqués à différents niveaux. C'est ainsi que le rapport d'une commission d'enquête recommandait en 1964 un régime d'assurances universelles pour soins de santé qui doublait ainsi l'assurance-hospitalisation implantée moins de 10 ans auparavant. En 1971 toutes les provinces canadiennes bénéficiaient

d'un tel régime de santé universel et « gratuit »⁽²⁾. Et ce ne sont ici que quelques exemples parmi les plus importants du rôle social de l'État.

Le développement de la santé publique dans les provinces canadiennes

Comme bien d'autres pays, les traits dominants de la santé publique au 19^e et au début du 20^e siècle peuvent se résumer ainsi: la lutte contre les maladies infectieuses par l'assainissement du milieu environnant, des conditions d'hygiène personnelle et des conditions de vie décentes (travail, logement, etc.).

Avant l'instauration de régimes d'assurance-maladie, les services curatifs étaient offerts par les médecins de profession libérale sur une base privée en plus du bénévolat important dans lequel les communautés religieuses ont eu un rôle prépondérant, surtout au Québec: le clergé géra la presque totalité des institutions hospitalières jusqu'en 1970⁽¹⁾.

Encore au Québec, c'est lors de l'écllosion d'épidémies que l'on instituait un conseil de santé (Board of Health) et que le ministère de la Santé ordonnait par décret l'application de mesures familières au lecteur telles que la quarantaine, le traitement obligatoire, la vaccination lorsque celle-ci existait ou toute autre mesure d'hygiène nécessaire. Jusqu'au début des années 1930, il n'y avait pas de système de santé publique organisé de façon cohérente et permanente. Un historique plus complet peut être trouvé dans certains articles traitant spécifiquement de la question⁽¹⁾. Notons à cet effet le développement du modèle de l'unité sanitaire, unique alors en Amérique, modèle supporté financièrement par la Rockefeller Foundation et érigé en exemple⁽³⁾. L'Ontario, pour diverses raisons, a été beaucoup plus progressiste que le Québec, en règle générale, dans l'implantation de mesures de santé publique. De même, la vaccination fut beaucoup plus facile à mettre en application dans cette province qu'elle ne le fut au Québec.

À cet effet, les mesures prises dans la province de l'Ontario et particulièrement dans la ville de Toronto sont dignes d'exemple. La lutte contre la misère, la pauvreté et les logements

insalubres y fut intensive, doublée de campagnes de protection de l'environnement et de vaccination massive⁽⁴⁾. Ce n'est qu'en 1922 que le Québec créa le service provincial d'hygiène, produit direct de la Loi de l'assistance publique de 1921. Puis en 1926 vint la création d'unités sanitaires relevant directement du ministère de la Santé suivie, en parallèle, par le développement de services de santé municipaux entièrement à la charge des villes qui étaient assez riches pour se doter de tels services⁽⁵⁾. Cette dualité de structures dans le système québécois a été maintenue jusqu'en 1973 et ce modèle fut et prévaut du reste encore largement dans de nombreuses provinces⁽⁶⁾. En Ontario, les conseils de santé et les unités de santé publique sous la gouverne d'officiers de santé publique sont encore en fonction. Ces unités relèvent du ministère de la Santé de la province, sauf pour la ville de Toronto. Des exceptions du même genre existaient pour certaines municipalités au Québec avant les années 1970: on y retrouvait un département de santé publique à caractère municipal. Bien que la Loi sur la santé publique ait été modifiée en 1983 en Ontario, l'organisation des services demeure la même. Au Québec, les buts de la Loi de la protection de la santé publique n'ont pas été substantiellement changés mais les structures et la finalité du système ont été complètement modifiées en 1973.

L'Alberta a également une longue tradition en faveur du rapprochement avec les structures locales, et c'est pourquoi il existe des conseils de santé publique dans les grandes villes. En Colombie-britannique, en Saskatchewan et au Manitoba, les conseils municipaux de santé publique ne se retrouvent que dans quelques grandes villes; ailleurs dans ces provinces, les services sont offerts directement par des structures régionales. Dans les quatre provinces atlantiques, la santé publique est affaire provinciale, les services étant offerts par des bureaux régionaux du ministère. Compte tenu des bassins de population généralement petits en région en comparaison de ce que l'on retrouve dans les pays européens, ce ne sont donc que quelques grandes villes qui gèrent leurs propres services de santé publique au Canada. Les régions de quelques centaines de milliers d'habitants prennent en charge cette responsabilité, soit directement, soit par le biais d'une structure provinciale.

À part l'Ontario et la Saskatchewan où les villes assument une part importante du financement, ce sont les gouvernements provinciaux qui financent les services de santé publique. Le financement de ces derniers est estimé à moins de 5 % du budget national de la santé⁽⁶⁾.

Les services que l'on retrouve sous la rubrique « services de santé publique » sont d'allure assez traditionnelle. Il s'agit par exemple du contrôle des épidémies et des maladies infectieuses, de la vaccination, de l'hygiène dentaire, de la nutrition, des activités en santé maternelle et infantile, du contrôle de l'environnement, de la santé mentale, des soins à domicile, de l'éducation sanitaire, etc. Ici encore, il faut mentionner le caractère unique de chaque système dans chaque province. Ainsi, l'énumération de ces services ne reflète pas bien l'activité déployée au Canada car il n'y a rien de vraiment uniforme d'une province à l'autre. L'organisation et les services de chacune d'entre elles doivent être examinés séparément. Ce fait sera évident dans les sections suivantes qui traiteront du Québec.

Le système de santé au Québec

Pour mieux comprendre le système de santé publique, nous étudierons d'abord le système de santé en général. Son organisation au Québec est fortement décentralisée horizontalement et, à un degré moindre, verticalement⁽⁷⁾. La composante publique du système, c'est-à-dire celle financée et régie par l'État, y occupe une large place; nous étudierons celle-ci en premier lieu. Le financement, dans les provinces et pour le Canada entier, demeure un des plus puissants leviers pour influencer le système. Dans la province de Québec, le domaine de la santé est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Certains pouvoirs administratifs sont délégués aux régions socio-sanitaires qui sont régies par des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS). Quant aux services de santé, ceux-ci sont dispensés par des centres hospitaliers, des centres d'accueil, des centres de services sociaux et des centres locaux de services communautaires.

Voyons maintenant plus en détail les fonctions de ces différentes organisations. Le MSSS occupe le haut de la pyramide du

système public et le régit par des lois, règlements, directives, ainsi que par le financement d'une large part du budget total des organismes.

Ceux-ci sont répartis grosso modo à l'intérieur de 12 régions socio-sanitaires coiffées d'un conseil régional. Ces conseils exercent différents pouvoirs administratifs qui leur sont confiés par la loi et par le ministère. Ils ont aussi des responsabilités de type conseil surtout à l'égard de ce dernier : le changement de mission de certains organismes ou l'attribution de crédits importants à des fins d'immobilisation relève de leur juridiction par exemple. Les conseils régionaux ont un conseil d'administration et sont des entités légales autonomes, distinctes du ministère, mais n'ont pas l'autonomie des cantons suisses ou des régions suédoises par exemple ; elles n'ont pas un gouvernement régional et ne prélèvent pas d'impôts ni de taxes. Une région est en quelque sorte un découpage territorial à des fins administratives.

Il existe quatre types d'organismes prestataires de services au sens de la loi appartenant à la partie publique du système. Les centres hospitaliers offrent particulièrement les soins secondaires et tertiaires alors que les centres d'accueil s'occupent d'héberger la clientèle en perte d'autonomie. Les centres de santé primaire appelés centres locaux de services communautaires (CLSC) offrent des soins de santé courants, curatifs et préventifs, ainsi que des services sociaux. Les centres de services sociaux pour leur part offrent généralement des services sociaux spécialisés, notamment la protection de la jeunesse, le « counselling », le placement des personnes âgées. Tous les organismes prestataires, et il y en a plusieurs centaines au Québec, ont un conseil d'administration et sont légalement incorporés. Ils administrent un budget global et ont une marge de manoeuvre dans la gestion de leur personnel et des services à l'intérieur de lignes de conduite fixées par le ministère et le conseil régional.

S'ajoute à la partie publique du système de santé, une constellation d'autres organismes, mi-publics ou mi-privés pourrions-nous dire, qui viennent compléter et la gamme et la quantité de services offerts. Il existe en effet des centres d'accueil privés, des centres d'accueil privés mais conventionnés, tout comme il

existe nombre de polycliniques et de cabinets privés de médecins de médecine libérale. Citons par exemple le fait que plus de 80 % des services médicaux de première ligne sont donnés en cabinet privé, en clinique externe des hôpitaux, voire même en urgence hospitalière et non en CLSC. L'on peut apprécier ainsi à quel point le système de services de santé est ouvert, combien il peut offrir de portes d'entrées différentes, ce qui n'est pas sans poser un certain nombre de problèmes. L'accès à la médecine spécialisée peut se faire directement sans que le client soit d'abord référé par un omnipraticien.

Le client est à peu près roi et maître. Le système de soins de santé au Québec n'est donc pas seulement ni surtout le système public. C'est un amalgame historique auquel la réforme des années 1970 ajouta une composante publique prépondérante en matière de services sociaux et de soins hospitaliers, tout en gardant des composantes mi-publiques (ou mi-privées) et privées florissantes. Les médecins par exemple ont tous un statut de professionnel autonome. Ils ne sont pas des employés du système, même dans les organismes publics et la majorité de leurs honoraires sont versés sous forme de paiement à l'acte (fee for service). Comme il n'existe pas de ticket modérateur, les médecins facturent directement un organisme payeur en vertu d'ententes négociées entre leur syndicat professionnel et le ministère de la Santé⁽⁸⁾.

Bien sûr, à ces organismes prestataires de services, s'ajoutent d'autres organismes « régulateurs » du système. L'on parlera des syndicats, des corporations professionnelles, d'une régie faisant office de tiers payeur. Une description exhaustive dépasse le cadre de cet article. Aussi renvoyons-nous le lecteur à d'autres sources d'information^(2, 9).

En élargissant nos perspectives, faisant référence ici à l'environnement du système de santé, l'on doit aussi considérer l'influence profonde d'autres types d'organismes. Mentionnons ici les organismes d'éducation, de protection de l'environnement, du milieu du travail. Ce ne sont que trois exemples parmi d'autres des ramifications du système de santé pris dans son ensemble. C'est dans un contexte aussi global qu'il faut situer la santé publique au Québec.

La santé publique au Québec

La composante publique du système

Au terme des travaux d'une commission d'enquête sur la santé et le bien-être social de 1966 à 1972¹⁰⁾, le système de santé a été profondément modifié au Québec. Rappelons que la commission fut créée pour réévaluer l'ensemble du système eu égard à la proposition fédérale de partager les coûts du programme d'assurance-maladie qui s'ajoutait ainsi au programme d'assurance-hospitalisation. Chaque province, puisque la santé est de juridiction provinciale, était libre d'adhérer ou non à ce partage interprovincial (c'est-à-dire fédéral) des coûts de santé. C'est ce qui a servi de point de départ pour l'établissement de cette commission dont les recommandations de joindre le programme fédéral ont été bien accueillies de même que celles visant à mettre sur pied la partie publique du système dont nous avons discuté plus haut. Pour être financièrement à frais partagés avec le gouvernement fédéral, ce programme doit être gratuit pour les patients, offrir une couverture complète, c'est-à-dire pour toutes maladies et pour tout Québécois, couvrant les bénéficiaires voyageant à l'extérieur de leur province ou de leur pays et administré publiquement.

L'étude de la santé publique fut confiée tardivement à un groupe de travail sous la présidence du docteur John Corbett McDonald¹¹⁾ puisque ce volet n'avait pas fait l'objet d'études particulières durant les travaux de la commission si ce n'est un survol historique. Le rapport du groupe de travail préconisa l'abolition des unités sanitaires qui existaient à l'époque, ainsi que la disparition des services de santé municipaux. Ces deux types d'organismes ont dû transférer leurs ressources aux départements de santé communautaire (DSC) nouvellement créés et rattachés à des centres hospitaliers désignés.

Malgré la réflexion importante et les changements profonds qu'il entraîna, le rapport comme tel est passé presque inaperçu. Il faut dire qu'il fut complété en moins de trois mois et que les décisions politiques qui en ont rapidement découlé ont davantage attiré l'attention. Il partait du constat que « la situation

présente est inquiétante puisque ni l'assurance-hospitalisation ni l'assurance-maladie ne sont susceptibles, en elles-mêmes, d'avoir des effets sensibles sur l'état de santé de la population. [...] D'un autre côté, le système des unités sanitaires se détériorant depuis une quinzaine d'années, est maintenant dans un état lamentable »^(11, p.7). Le rapport innovait en proposant comme but du système le maintien d'un état de santé optimal de la population et la prévention des maladies. Les stratégies utilisées seront la fonction épidémiologique, le contrôle de l'environnement au sens large, les actions sur le plan individuel, l'administration et la coordination des activités et programmes dans le domaine de la santé (ce qui sera repris plus tard sous le vocable d'intersectorialité).

Il est intéressant de souligner en passant la convergence de pensée à la même époque sur le plan national. Rappelons en effet que le document « Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens » était publié en 1974⁽¹²⁾. Dans la foulée des travaux de Blum⁽¹³⁾, développées par Laframboise⁽¹⁴⁾ sous la signature du ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social, l'honorable Marc Lalonde, ces nouvelles perspectives ont aussi eu le mérite d'innover. Innover par l'analyse descriptive des grands problèmes de santé et innover en arrimant cette analyse à quatre déterminants de la santé. Ainsi dégagées, ces perspectives permettaient d'arrêter des priorités qui, nonobstant la critique autour de certaines d'entre elles, conduisaient droit vers des objectifs de santé. Plutôt que de revenir sur ces critiques, nous préférons souligner la limite de l'exercice du document qui introduisait comme élément nouveau la responsabilisation individuelle, mais sans aller toutefois jusqu'à une approche de population. Cette brèche ne sera définitivement ouverte que quelques années plus tard avec le mouvement « Santé pour tous d'ici l'an 2000 »⁽¹⁵⁾, les objectifs du Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé⁽¹⁶⁾ et ceux des États-Unis^(17,18). Il n'en reste pas moins que « Nouvelles perspectives... » est un point de repère important qui malheureusement ne s'est pas traduit, au Canada, par l'allocation de ressources qui devait en découler tant au niveau fédéral que provincial.

Le rapport McDonald définit ensuite un plan structurel par niveaux de soins calqué sur le modèle d'organisation du réseau,

propose la création de départements hospitaliers de « médecine communautaire » responsables d'une population de 100 000 à 300 000 personnes et stipule que « l'intégration [... du personnel de santé publique d'alors...] ne devra donc pas être un simple transfert de personnel, mais devra permettre l'expansion de fonctions d'intelligence, de coordination, de surveillance et de distribution des services préventifs »^(11, p 12). Ainsi sont nés les DSC au Québec, au sein d'hôpitaux désignés, DSC qui ne devaient réaliser pleinement les objectifs fixés par le groupe de travail que 15 ans plus tard.

Au nombre de 32 sur la base d'un découpage de population d'environ 200 000 personnes, ces nouveaux départements sont reconnus légalement en 1973. Lors de leur mise sur pied, ils héritent de la prestation de services traditionnels en matière de santé publique en attendant un réseau complet et fonctionnel de CLSC qui doit prendre la relève. Leur responsabilité première est celle de la planification sanitaire par opposition à la planification de la gestion des services. Nous entendons ici par planification⁽¹⁹⁾, l'analyse de la situation sanitaire, la détermination des priorités et objectifs, l'élaboration de stratégies et le développement de programmes, leur implantation et leur évaluation. Plusieurs années plus tard s'est ajouté le mandat de l'évaluation de l'organisation, du fonctionnement et donc des résultats des services de santé sur leur territoire.

Les premières années ont été consacrées à la mise sur pied de telles unités^(20, 22) et à leur intégration au niveau du centre hospitalier. Il est difficile de connaître précisément les motifs qui ont amené les décideurs à situer les DSC dans les hôpitaux. Aurait-il été trop difficile d'imposer à la structure du système de santé nouvellement transformée trente-deux nouvelles unités administratives autonomes? Certes nous voulions un rapprochement entre la médecine préventive et la médecine clinique⁽²³⁾; il était question aussi de faciliter l'implantation de ces unités en les dotant d'une infrastructure déjà existante (celle d'un hôpital) leur assurant un fonctionnement dans les meilleurs délais. Il est possible que d'autres raisons politiques soient à l'origine de cette décision, raisons qui sont demeurées inexécutées.

Au cours des 10 premières années de leur existence, les départements de santé communautaire ont graduellement intégré puis transféré aux CLSC la prestation des services courants en matière de santé publique (soins à domicile, santé scolaire, cours prénatals, etc.). Après avoir reçu le mandat et mis sur pied les services en santé et sécurité du travail en 1980, ils sont demeurés depuis 1983 responsables de deux mandats principaux, la planification sanitaire telle que nous la décrivions plus haut et le contrôle des épidémies⁽²⁹⁾. Le premier de ces mandats ressemble de façon non équivoque à celui confié aux observatoires régionaux de santé en France. Par ailleurs, en ce qui a trait au contrôle des épidémies, les DSC ont conservé un tout petit nombre d'infirmières et de médecins et travaillent de concert avec les CLSC. Cela permet entre autres choses le suivi des maladies à déclaration obligatoire. Fait intéressant, le sens du mot épidémie n'a pas été précisé par le législateur, laissant ainsi la porte ouverte à une interprétation moderne beaucoup plus large que les seules maladies transmissibles. Aussi plusieurs DSC ont-ils entrepris des actions face à des problèmes importants et considérés comme épidémiques dans le monde industrialisé: les maladies occupationnelles, les accidents, le suicide, les maladies cardio-vasculaires, etc.

Ils ont aussi une responsabilité particulière en matière de santé et de sécurité au travail, nous l'avons mentionné. Ils ont tous signé un contrat de services avec un organisme de compensation en matière de maladies et accidents professionnels, la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Des crédits sont ainsi versés aux DSC qui exercent des fonctions de surveillance de l'état de santé et de planification sanitaire en matière de santé et de sécurité au travail. À l'égard de certaines industries prioritaires sur leur territoire, ils assurent aussi certains services du domaine de la médecine et de l'hygiène occupationnelles.

La description détaillée de la structure, des ressources et du fonctionnement des DSC dépasse le cadre du présent article. Nous nous contenterons de renvoyer le lecteur à des articles qui traitent du sujet⁽²⁰⁻³⁰⁾.

Les autres composantes du système

Tout comme pour le système de services de santé dans son ensemble, il y a dans le domaine de la santé publique plus que la partie publique du système. Dans une perspective plus large, le Québec a mis de côté le vocable de santé publique pour prendre celui de santé communautaire. Comme l'écrivait si justement Rochon en 1977⁽³¹⁾, « la santé communautaire peut se définir comme l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires ». Inspirée de Winslow et adaptée au contexte du Québec, cette définition venait solliciter l'ensemble des forces vives d'une communauté à la prise en charge de sa propre santé. Dans la foulée du rapport Lalonde, la voie était pavée pour le développement de concepts novateurs comme la promotion de la santé^(32,33) et des projets intersectoriels comme celui de « Villages en santé »^(29, 35-37).

Tous les niveaux sont sollicités dans une action de santé publique ou pour mieux dire de santé communautaire. L'individu et la famille par exemple sont mis à contribution pour modifier leurs habitudes de vie et développer des attitudes préventives et de santé positive. Chez les groupes sociaux, l'on encourage la formation de groupes d'entraide, tantôt organisés, tantôt sous une forme moins structurée et qui contribuent de façon significative à la résolution de problèmes et à l'amélioration de l'état de santé. L'on connaît l'influence importante de tels groupes face à des maladies comme l'alcoolisme, les maladies mentales, la violence, le SIDA, etc.

Au niveau des institutions et organismes, mis à part ceux dont nous avons fait mention et qui appartiennent à la composante publique du système, il faut souligner la création de nombreuses maisons de transition et d'hébergement, la naissance d'organismes de revendications, d'organismes bénévoles dans le but de supporter les initiatives en marche. Enfin, à un niveau beaucoup plus étendu, différents réseaux cette fois sont mis à contribution : pensons par exemple à l'industrie du transport et aux problèmes d'accidents, à l'industrie pharmaceutique dans la production d'agents immunisants, au ministère de l'Éducation

et son réseau dans la transmission des connaissances et saines habitudes de vie, au ministère de l'Environnement et son réseau dans une perspective de santé écologique.

Notons ici le rôle significatif joué par l'Association pour la santé publique du Québec, organisme sans but lucratif qui sensibilise l'opinion publique par la tenue de colloques, de prises de position officielles, de conférences et de publications. Cette association entretient avec différents ministères (Santé et Éducation par exemple), groupes et organismes, des liens qui reflètent la complexité des vecteurs qui interagissent pour l'amélioration de la santé publique en général.

Les activités de santé publique: un réseau

Comme nous venons de le constater, la santé communautaire au Québec n'est pas seulement l'apanage des DSC. Si ceux-ci se voient confier des champs de juridiction particulière, la santé globale d'une population met à profit les efforts de toute la communauté. Il serait impossible dans le cadre de ces quelques pages de reprendre en détail chacun des programmes ou chacune des initiatives à caractère populationnel et d'en montrer les ramifications. Nous croyons utile toutefois d'approfondir cette question à l'aide d'un exemple prenant pour acquis que la très grande majorité sinon toutes les actions de santé communautaire répondent à une collaboration aussi étendue. C'est à partir du contrôle des maladies infectieuses que nous illustrerons l'implication des multiples intervenants.

La prévention primaire contre les maladies contagieuses sous forme de vaccination et d'éducation sanitaire est faite à plusieurs niveaux dans le système. Tout médecin, spécialiste ou omnipraticien, en cabinet privé ou en institution, obtient les substances vaccinales gratuitement du DSC de son territoire, en retour de quoi une information est transmise au DSC afin de tenir à jour des statistiques sanitaires, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas. Ainsi, la vaccination a lieu tantôt en cabinet privé, tantôt à l'hôpital en clinique externe, tantôt en CLSC, tantôt au DSC. Des cliniques spéciales d'immunisation à l'intention des cas complexes ou des voyageurs sont habituellement tenues par les DSC eux-mêmes.

Pour certaines affections, il existe des provisions spéciales. La vaccination contre l'hépatite B par exemple peut être effectuée en autant de points de services que mentionnés pour les maladies contagieuses. Cependant des populations cibles sont définies par le ministère, qui seules pourront recevoir gratuitement le vaccin. De plus, dans le cadre des mesures préventives contenues dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail, des groupes d'employés à risque en milieu de travail se verront offrir le vaccin par et aux frais de l'employeur cette fois, donc en règle générale par les services de santé en industrie. Nous voyons bien ici comment les mesures de santé publique débordent le cadre organisationnel des DSC.

Dans bien des cas, il y a plus que le réseau de la santé qui est impliqué. Un bel exemple en maladies infectieuses nous est offert par les toxi-infections d'origine alimentaire. En règle générale, l'examen des carcasses animales relève des inspecteurs du ministère fédéral (canadien) de l'Agriculture. Le contrôle des viandes et des lieux de distribution après l'abattage relève du ministère provincial de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation ou d'un organisme municipal pour la métropole de Montréal. Lorsqu'il y a toxi-infection, les DSC sont appelés à faire l'enquête épidémiologique auprès des personnes atteintes, alors que le ministère provincial envoie des inspecteurs pour prélever des échantillons d'aliments et faire l'inspection des lieux. Lorsque la toxi-infection prend de l'ampleur ou qu'elle se révèle complexe, des laboratoires provinciaux interviendront, autant pour assurer le support méthodologique aux DSC que pour analyser les prélèvements. Souvent, les premiers cas auront été vus et traités par un médecin généraliste ou encore par les services ambulatoires hospitaliers, voire par des professionnels de la santé en CLSC. Ce sont ces points de services qui traiteront les patients malades, les DSC ayant pour fonction le contrôle de la maladie au niveau épidémiologique. On voit ici pour chaque problème de santé les ramifications importantes en termes d'organismes impliqués, de juridiction et d'expertise.

Qu'il s'agisse de toxi-infection alimentaire, de maladies contagieuses, de tuberculose, de SIDA, bref de toute infection mettant en danger la santé de la population sur une grande échelle ou de toute intoxication pouvant atteindre un grand nombre

d'individus, ces infections ou intoxications doivent obligatoirement selon la loi être déclarées au directeur du DSC dans un laps de temps précisé à l'avance et relativement court. Également, le traitement et le dépistage de certaines maladies, peu nombreuses, est obligatoire.

Avant de terminer cette section traitant des maladies infectieuses, rappelons qu'elle avait pour but d'illustrer que les activités de santé communautaire au Québec sont le fait de tout un réseau. Ces activités s'inscrivent dans une perspective systémique où l'environnement du système de santé déborde sur toutes les activités sociales. Organismes bénévoles, industries privées, établissements de santé, bref tous les partenaires sociaux seront sollicités. C'est particulièrement le cas dans des problèmes complexes et multifactoriels comme les traumatismes routiers où une panoplie de mesures et d'actions intersectorielles seront déployées.

L'option unique du Québec: la décentralisation de 1980

Nous venons d'étudier l'historique et la structure du système de santé communautaire au Québec. Nous l'avons brièvement comparé à ce qui avait été mis sur pied dans d'autres provinces canadiennes. Nous avons aussi illustré son fonctionnement en prenant comme exemple les maladies infectieuses. De cette façon nous avons pu mieux saisir la perspective « réseau » qui se dégage de ses interventions.

Il est cependant une orientation fondamentale du système de santé publique qui caractérise davantage le Québec. C'est celle qui veut que la prestation des services à caractère général, préventifs ou curatifs, soit intégrée aux organismes dispensateurs de services de première ligne, c'est-à-dire les CLSC. Ainsi donc, les DSC, mis à part certains services bien spécifiques en santé et sécurité du travail ou en maladies infectieuses, n'offrent pas de services directs à la population comme c'est le cas aux Pays-Bas, en France ou même dans la province canadienne de l'Ontario. Rappelons qu'historiquement les DSC ont hérité temporairement par suppléance de la prestation directe de servi-

ces; c'est ce que nous disions au début de ce chapitre. Il convient donc d'étudier spécifiquement ici cette caractéristique unique au Québec qui a procédé par une opération de délestage des services que l'on a convenu d'appeler « la décentralisation ». Essentiellement, il s'agit d'une décision administrative stratégique qui a consisté à transférer des DSC vers les CLSC la prestation de services directs à caractère général telle que les DSC l'aurent assumée pendant les premières années de la réforme.

Ce faisant, les DSC, après plus de sept années d'existence, décidaient eux-mêmes de revenir au projet initial de leurs concepteurs, ce qui a eu plusieurs conséquences dont les plus importantes seront analysées ici.

- Cette décision a permis de consolider un réseau de services, faible en ressources au point de départ: il y avait peu de CLSC implantés au début de la décentralisation. Les CLSC sont aussi devenus des partenaires privilégiés pour une action de santé publique.
- Les DSC ont réellement développé leur fonction de surveillance épidémiologique, leur capacité de planification face aux problèmes de santé et les autres volets de protection de la santé publique qui leur étaient propres.
- Le Québec départageait clairement en santé publique l'expertise particulière et spécialisée, abritée sous une entité organisationnelle, le DSC, de l'expertise en général dont la responsabilité est celle d'un réseau et non d'un organisme. Peu de pays ont suivi cette voie. Il y a là un risque, nous le verrons plus loin.
- Cela aura aussi permis de préciser les rôles uniques et fondamentaux d'organismes exclusivement voués à la santé publique.
- Le caractère même des dossiers à traiter a favorisé un regroupement des DSC souvent sur une base régionale (Montréal, ville de Québec, Rive-Sud, etc.), mais aussi sur une base provinciale.

- Cela aura enfin amené une réflexion globale sur le type et la façon d'offrir les services à la population, une période de récession économique importante amplifiant cette féconde remise en question.

Étudions plus en détail ce point tournant de l'évolution de la santé communautaire au Québec. C'est en 1973 qu'un nouveau type d'organisme, le DSC, était légalement constitué. Il devait avoir à l'origine une fonction de protection en santé publique ainsi que de surveillance épidémiologique. Sa mise sur pied s'est faite à même les ressources des unités sanitaires et, lorsque cela existait, des services de santé municipaux⁽¹¹⁾. Le peu d'argent neuf qui a été injecté a, à lui seul, financé tout l'aspect novateur, le développement des nouvelles responsabilités en santé publique. Le détail du fonctionnement du système avant 1973 peut être retrouvé ailleurs^(1, 3). Là où il n'y avait point ou trop peu de CLSC, les DSC devaient continuer d'offrir les services à la population* à partir des ressources transférées, tout en développant leurs nouvelles fonctions. Lorsqu'il y aurait éventuellement mise en place d'un ou de plusieurs CLSC, ces ressources leur seraient transférées. Là où les CLSC existaient en nombre suffisant, il y avait partage des ressources entre ces deux types d'organisation selon la spécificité du personnel, en accord avec leurs mandats et fonctions.

De 1973 à 1979, période de consolidation de l'ensemble du réseau de la santé au Québec, bon nombre de DSC ont investi une large part de leurs ressources à gérer la prestation de services. La fonction épidémiologique tardait à s'actualiser^(20, 22, 38). À cela s'ajoutait la pression des CLSC qui vivaient un moratoire politique. Il était de moins en moins question de compléter le réseau de plus de 200 CLSC: aux yeux des politiciens, ceux-ci ne semblaient pas donner les fruits qu'on en attendait, tant dans la gamme de services que dans la pénétration de leurs services auprès de la clientèle. Leur seule possibilité d'expansion consistait en la création de CLSC provisoires ou modules à partir des ressources de DSC qui leur étaient destinées comme nous l'avons vu plus haut.

* Par services à la population, nous entendons ici les visites à domicile en pré et postnatal, en postopératoire, la vaccination, l'hygiène dentaire préventive, la santé et l'hygiène en milieu scolaire, etc.

Par suite d'une réflexion stratégique (stratégique selon le langage « managérial ») importante en 1980 et 1981, d'eux-mêmes les DSC décident de commencer cette décentralisation au profit de la création d'embryons de CLSC. Ils forçaient ainsi délibérément le pouvoir politique à compléter le réseau public de première ligne au Québec, réseau de partenaires privilégiés dans la poursuite des objectifs de santé communautaire. Et de fait, le parachèvement du réseau de CLSC fut annoncé politiquement très peu de temps après. La conséquence immédiate de ce transfert fut la cessation presque complète de la prestation directe de services par les DSC, sauf en cas d'épidémie et d'activités de prévention et de santé publique plus spécialisées. Ce fut aussi l'occasion d'un rehaussement de la fonction épidémiologique et de l'expertise globale en santé communautaire. Il y eut et il y a encore des exceptions, compte tenu des situations locales mais, en général, tel fut le changement et ses conséquences.

Reprenant un à un les impacts de ce changement important analysés dans cette section, nous disions en premier lieu que cela avait consolidé le réseau de CLSC — nous venons d'en discuter — et avait stimulé un partenariat privilégié. À cet égard, soulignons la toute nouvelle réforme en santé et sécurité du travail mise de l'avant au Québec précisément en 1980 où les DSC se voyaient maîtres d'oeuvre en matière de prévention et de réduction des risques à la source par contrat avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Le travail en milieu industriel, c'est-à-dire sur place, allait être effectué par les équipes de CLSC. Sans vouloir sous-estimer certaines revendications de part et d'autre, l'histoire a voulu qu'une fois de plus les axes de surveillance épidémiologique et de prestation de services soient ainsi répartis entre les DSC et les CLSC.

Nous avons aussi mentionné dans les conséquences de cette décentralisation, à la fois le rehaussement de l'expertise propre à la santé communautaire puis, plus loin, une réflexion globale sur le type de services et la façon de les offrir. Cela coïncidait, disions-nous, à la même période, avec une réflexion globale en matière de services dans la conjoncture économique sombre du début des années 1980. Les leaders universitaires en effet préconisaient des objectifs centrés sur les résultats et non sur la

quantité de services⁽³⁹⁾. Les leaders d'opinion quant à eux insistaient sur un décloisonnement tantôt des populations visées, tantôt des rôles professionnels et de l'approche utilisée: non plus la santé publique en milieu scolaire, mais la santé des jeunes au sens large; non plus seulement la médecine industrielle (dite de « gestion »), mais la santé et la sécurité du travail à travers des comités paritaires employés-employeurs⁽⁴⁰⁾.

C'est ainsi que des services ont été abandonnés parce que jugés non rentables, certains dépistages systématiques par exemple; quelques-uns ont été modifiés, la recherche des contacts pour les MST, les programmes de nutrition chez les jeunes; d'autres enfin ont été implantés, programmes contre les accidents, les maladies cardio-vasculaires, les problèmes de santé mentale et de l'environnement. Parallèlement, s'est consolidée l'expertise en épidémiologie, en évaluation, en méthodologie de la recherche. L'embauche de nouveau personnel jusqu'alors en nombre plutôt restreint et la formation continue ont amené les DSC à assumer de plus en plus cette vigilance épidémiologique dont parlait le rapport McDonald en 1971.

Par ailleurs, l'immunisation, les visites à domicile, les cours prénatals, l'hygiène et la prévention en milieu scolaire, bref toutes ces activités de première ligne en santé publique ont été transférées aux CLSC. Plusieurs DSC impliqueront des médecins en pratique privée pour différentes activités de programme et ne garderont que des fonctions de planification en matière de problème de santé au sens où nous l'avons défini plus haut. Cela diverge de l'orientation de bon nombre de provinces canadiennes, de bon nombre de pays. Le risque est la perte de pouvoir, la marginalisation dans un système où la reconnaissance du statut est lié à la taille du budget et où la justification est aussi liée au caractère essentiel des services offerts. C'est un gros risque politique, car à la perte de visibilité peut se superposer aussi la bureaucratisation des fonctions de DSC contre laquelle Rengelink nous met en garde lorsqu'il traite des services de santé publique aux Pays-Bas⁽⁴¹⁾.

Les DSC sont maintenant forcés de se définir plus clairement. Ont-ils cette spécificité, ce rôle unique qui les distingue du rôle des conseils régionaux par exemple? Pourquoi ont-ils droit de

citée en d'autres mots s'ils n'offrent plus de services et ne font que de la planification? À la faveur d'une deuxième commission d'enquête sur les services de santé et des services sociaux déclenchée en 1985 et qui se poursuivra jusqu'en décembre 1987, divers groupes de réflexion précisent la nature de la santé publique et partant, le rôle des DSC^(24, 42, 43). L'approche est populationnelle par rapport à l'approche clinique individuelle. L'action porte sur des phénomènes qui ont une ampleur « épidémique » ou qui risquent de frapper « d'épidémie » la population dont les DSC ont la charge. Leur rôle en est un d'« intelligence » des phénomènes et de leurs solutions. Les activités qu'ils préconisent sont souvent sinon toujours agencées par programmes et généralement de trois types à savoir la protection, la prévention ou la promotion de la santé. Les DSC n'ont rien ou peu à voir dans la gestion des services et des établissements. Ils fixent plutôt des objectifs de santé et en mesurent la réalisation. Ils agissent comme catalyseurs des forces intersectorielles. C'est à ces caractéristiques bien identifiées qu'a mené la décentralisation.

Dernier élément de notre analyse, le regroupement fonctionnel de ces départements afin d'uniformiser leurs activités. Bien qu'il y ait 32 DSC, la surveillance de l'état de santé ne se fait pas 32 fois pour 200 000 personnes chaque fois! Il ne doit pas y avoir 32 calendriers d'immunisation à diffuser aux CLSC. Ni non plus 32 programmes refaits un à un pour chaque problème de santé étudié. C'est ainsi que sont nés des regroupements sur une base volontaire pour réaliser une coordination, tantôt au niveau d'une région où existent quelques DSC, tantôt au niveau de l'ensemble de la province. Rappelons que chaque DSC est autonome, relevant d'un hôpital lui-même considéré comme société anonyme ou encore compagnie sans but lucratif. Aussi ces regroupements ne se sont-ils pas faits sans heurt. Il est indubitable par ailleurs qu'une synergie dans des dossiers communs s'est développée et que le réseau à tous points de vue y a gagné en expertise⁽⁴⁰⁾. Mais cela a aussi fait ressortir les limites du raisonnement territorial duquel on s'est inspiré en 1973 pour annoncer le chiffre magique de 32 comme étant celui du nombre de DSC. Dans un autre ordre d'idées, ce regroupement a aussi permis de noter l'absence de leadership unique qu'exerçait le ministère, absence perceptible depuis

huit à dix ans. Le réseau de santé publique est à ce point décentralisé que lorsqu'une épidémie transgresse les limites d'un territoire, personne n'a la responsabilité d'ensemble. Ce leadership appartient toujours au ministère, croyons-nous, et des pressions sont aujourd'hui exercées pour que celui-ci reprenne ce rôle important.

Ainsi, plus que jamais, la santé publique au Québec s'appuie sur un réseau où la figure de proue de chaque territoire est le DSC à qui incombe cette vigilance ou intelligence épidémiologique face à la population. C'est aussi à lui qu'incombe la coordination de l'intersectorialité au niveau local. Sans cette décentralisation des services de première ligne en faveur des CLSC, jamais, croyons-nous, les DSC n'auraient acquis cette personnalité qui leur est propre; bien plus, la gestion puis les luttes de pouvoir autour des services auraient absorbé une grande quantité d'énergie.

Conclusion

La santé publique au Canada a toujours occupé une place particulière, principalement au Québec, site privilégié de notre analyse. Des phases d'adaptation importantes ont pris place et certaines d'entre elles se sont cristallisées dans des changements considérables de structures, de rôles professionnels, d'objectifs visés, de mode de fonctionnement, d'imputabilité. Dans l'ensemble du Canada, la perspective de la fin de ce siècle est tournée résolument vers les épidémies de la civilisation moderne: les maladies chroniques, les troubles mentaux, le suicide, l'alcoolisme, la violence, les accidents, pour ne nommer que ceux-là.

Bien plus, cette approche dite populationnelle, ce paradigme d'objectifs de santé où doit converger l'ensemble du système, ont été repris d'une façon significative dans un plan d'ensemble d'avant-garde: il s'agit de la « Santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé »⁽⁹⁾ sous la signature de l'honorable Jake Epp. Rendu public lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé en novembre 1986, tenue sous les auspices de l'Association canadienne de santé

publique, en collaboration avec l'OMS et plus de 50 pays participants, ce plan clarifiait les liens entre les éléments de l'action individuelle et sociale et son environnement global. La figure 1 illustre ce projet repris différemment par la charte d'Ottawa en promotion de la santé (figure 2). Nul doute que le Canada prend à nouveau la tête du peloton en santé publique⁽¹⁵⁾, comme il le fit lors de la parution du rapport Lalonde.

Le Québec n'en est pas moins dans la même foulée. Que de chemin parcouru depuis quinze années! Deux points de repère majeurs témoignent bien de la difficulté, mais aussi de la capacité d'adaptation de la santé communautaire. Ce sont la mise en place d'un réseau entièrement redéfini et ce, du jour au lendemain, en 1973, puis la décentralisation des années 1980 transférant de 50 à 75 % du personnel des DSC vers la première ligne. Quoi qu'il en soit, elle n'avait pas le choix, dirons-nous. Cette adaptation se caractérise aussi par l'inclusion de nouveaux professionnels et de nouvelles disciplines au sein des équipes de santé. L'apparition en 1980 d'une nouvelle spécialité médicale en santé communautaire, requérant, au même titre que toute autre spécialité en médecine, quatre années additionnelles de formation, n'est pas étrangère à ce phénomène.

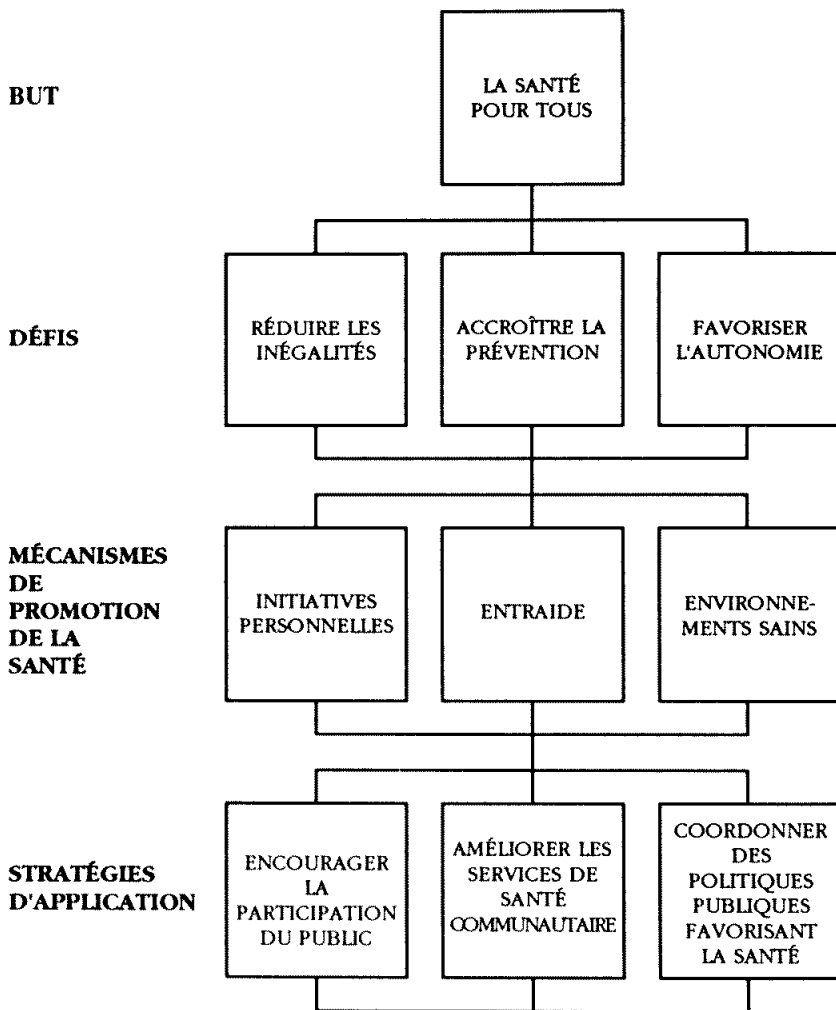
Ces deux phases, celle de 1973 et celle de 1980, bien qu'elles furent difficiles, auront permis un essor considérable. Bien plus, elles auront permis d'identifier des ressources et des activités spécialement affectées à la prévention, à la promotion de la santé, à la surveillance et à la connaissance épidémiologique. Ainsi se seront définis des objectifs de santé dans les territoires des DSC et les étapes de réalisation et d'évaluation subséquentes auront été amorcées. Fait important à signaler, les hôpitaux auront fait plus qu'héberger physiquement les DSC; le puissant lobby hospitalier aura été « mis dans le coup », puisque c'est au sein de l'Association des hôpitaux du Québec que se seront réalisées les principales activités de coordination des DSC au niveau provincial. Les hôpitaux auront non seulement défendu nombre de dossiers de santé publique (fluoruration des eaux de consommation domestique, maladies sexuellement transmissibles, santé au travail, accidents routiers, etc.) mais aussi les DSC eux-mêmes. Il n'en demeure pas moins que l'allégeance hospitalière, c'est-à-dire un DSC à l'intérieur de l'hôpital et

« imputable » à la structure hospitalière plutôt qu'à un territoire, soulève plusieurs questions^{120, 22, 46).}

Certaines difficultés restent à solutionner. Les épidémies modernes sont aussi problématiques que ne l'étaient les maladies infectieuses avant l'antibiothérapie et la vaccination. Au Québec, les problèmes de santé mentale et d'environnement sont restés longtemps sans recevoir toute l'attention qu'ils méritaient en santé publique; et il reste encore aujourd'hui du chemin à parcourir. Sur le plan du fonctionnement, des difficultés de coordination se posent là où dans une même région existent plusieurs DSC. Une simple remise en question de leur nombre serait une solution simpliste qui risquerait de créer un bouleversement et de déstabiliser à nouveau le personnel en place. Les regroupements sur une base volontaire avec partage des grands dossiers offrent un avenir plus prometteur. Restent à régler les questions de la responsabilité légale et de l'autorité sans compter le leadership au niveau de l'ensemble de la province car non seulement le système de santé publique est-il décentralisé, mais peut-être l'est-il trop. Sur ces difficultés structurelles et de fonctionnement, plusieurs travaux importants devraient baliser le chemin des quinze prochaines années comme nous en faisons état dans la section précédente. Des intentions claires du ministère sont attendues dans les mois à venir sous la forme d'un Livre blanc.

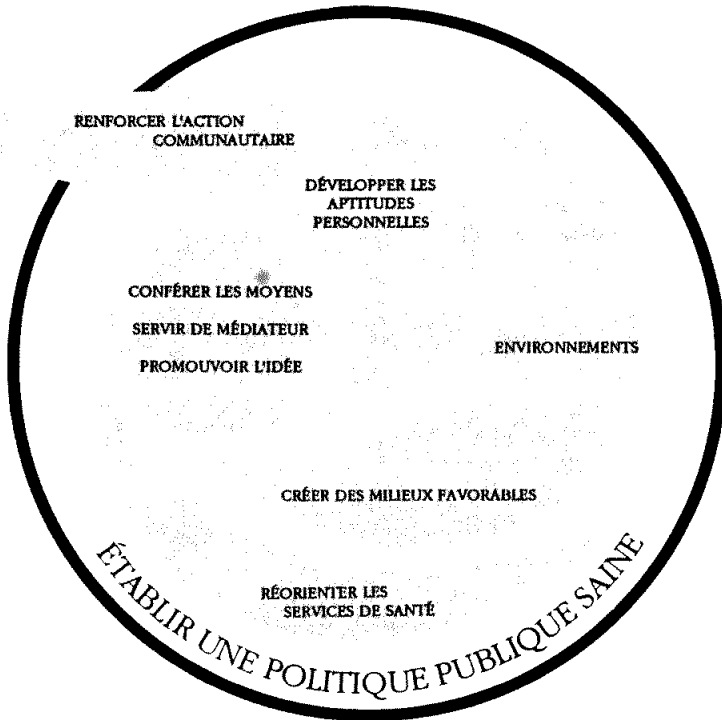
Le Québec a su bâtir en quelques années un réseau de santé communautaire riche et fructueux. Le développement de la promotion de la santé ainsi que l'évolution de projets comme « Villes et villages en santé » — « Healthy Cities » en anglais — en marche dans 28 communautés et qui sont en plein essor, en témoignent. La collaboration intersectorielle à tous les niveaux est aussi un gage du plus grand succès. Nul doute, malgré les difficultés, que l'approche de santé communautaire est solidement implantée dans cette province, comme dans le reste du Canada d'ailleurs, et en pleine expansion.

Figure 1 — Plan d'ensemble pour la promotion de la santé



Source: *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Santé et Bien-être social du Canada, 1986.

Figure 2 — Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé



Quelques données statistiques — Québec

Superficie du Québec		1 667 926 km ²
Population totale du Québec	1986	6 532 461 habitants
Taux de naissance		
Indice synthétique de fécondité, c'est-à-dire le nombre moyen d'enfants par femme, obtenu à partir de la somme des taux de fécondité par âge, observés à une année donnée.	1986	1,4
Population économiquement active (15 ans ou plus avec emploi)		
Hommes	1987	75,3 %
Femmes	1987	52,3 %
Taux de chômage*		
N.B. : Par rapport à la population âgée de 15 ans ou plus		
Hommes	1987	10,1 %
Femmes	1987	10,6 %
Pourcentage de la population âgée de 65 à 74 ans	1986	6,2 %
Pourcentage de la population âgée de 75 ans et plus	1986	3,7 %
Espérance de vie à la naissance		
Espérance de vie totale à la naissance		
Hommes		72,1 ans
Femmes		79,5 ans
Espérance de vie sans incapacité à la naissance		
Hommes		64,0 ans
Femmes		68,7 ans
Mortalité infantile		
Mortalité infantile par 1 000 naissances d'enfants vivants	1986	7,1
Mortalité périnatale par 1 000 naissances d'enfant vivants	1986	9,6
PIB per capita pour l'année financière 1987-88		19 623 15 761
Part du PIB consacrée à la santé en 1985 (1986 non encore disponible)		
En 1985, les dépenses totales de santé (publiques + privées) représentent 9,1 % du PIB québécois comparativement à 8,4 % pour la moyenne canadienne. Si on considère uniquement les dépenses publiques de santé, le pourcentage québécois s'établit à 7,2 % du PIB en 1985.		

* Chiffres réels, facteurs saisonniers et données désaisonnalisées.

Quelques données statistiques — Québec (suite)

Dépenses de santé per capita (en \$US)

		\$CAN	\$US*
Dépenses publiques	1985	1 205,40	968,19
Dépenses privées	1985	315,44	253,37
Dépenses totales	1985	1 520,84	1 221,56
Taux d'inflation			
	1986	1987	% inflation
Québec	134,5	139,7	3,9
Canada	132,5	138,2	4,4
Population par médecin en 1987			
Omnipraticiens et résidents			947,9
Spécialistes			1 032,3
Ensemble des médecins			494,1
Population par infirmière	1987		125
Nombre de lits de soins aigus par 1 000 habitants (à l'exclusion des lits psychiatriques)	1986		4,0
Taux brut de mortalité			
Hommes	1986	8,2 décès pour 1 000 hommes	
Femmes	1986	6,2 décès pour 1 000 femmes	
Total	1986	7,2 décès pour 1 000 habitants	
Principales causes de décès et, pour chacune d'elles, le pourcentage par rapport à la mortalité générale en 1986			
Maladies de l'appareil circulatoire			41,4 %
Tumeurs			27,5 %
Accidents, empoisonnements et traumatismes			8,3 %
Maladies de l'appareil respiratoire			7,7 %
Maladies endocriniennes, nutritionnelles, métaboliques et immunitaires			3,5 %

* En appliquant le taux de change en vigueur le 2 novembre 1988.

Références bibliographiques

1. ANCTIL, H. et al., « La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986 », dans *Santé et société*, Gouvernement du Québec, Direction des communications, Édition spéciale, 1986.
2. VAYDA, E. et al., « The Canadian Health Care System: An Overview », dans *Soc. Sc. Med.*, 18(3), 1984, pp. 191-197.
3. HASTINGS, J.E.F. et al., « Introduction: The Evolution of Organized Community Health Services in Canada », 1964, dans *Perspectives on Canadian Health and Social Services Policy: History and Emerging Trends*, MEILICKE, C.A. et al. (éd), Ann Arbor, Health Adm. Press, 1980.
4. OBERLANDER, H.P., « Aspects of Public Health in Toronto, in the 19th and early 20th Centuries », dans *Can. J. Publ. Health*, 75, 1984, pp. 364-365.
5. MATTHEWS, V.L., « What's Past is Prologue: Future Issues in Public Health », dans *Can. J. Publ. Health*, 75, 1984, pp. 348-351.
6. KITCHEN, H.M., « Local Government Finance in Canada », chap. 5 de *Financing Canadian Federation*, Canadian Tax Foundation, 1984.
7. GOSELIN, R., « Decentralization/Regionalization in Health Care: The Quebec Experience », dans *H.C.M.R.*, 9(1), 1984, pp. 7-25.
8. GOSELIN, R., « The Quebec Health Care System in the Canadian Context: Impact on Medical Practice », dans *J. Med. Practice Management*, 1(1), 1985, pp. 73-80.
9. MEILICKE, C.A. et al., op. cit. (3).
10. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, Éditeur officiel, 1970.

11. McDONALD, J. C. et al., « Rapport du Comité d'étude sur la prévention sanitaire », non publié, 1971.
12. LALONDE, M., *A New Perspective on the Health of Canadians, a working document*, Ottawa, Bureau du ministre de la Santé et du Bien-être du Canada, Gouvernement du Canada, 1974.
13. BLUM, H., *Planning for Health: Developmental Applications of Social Change Theory*, New York, Human Sciences Press, 1974.
14. LAFRAMBOISE, H.L., « Health Policy: Breaking the Problem Down into More Manageable Segments », dans *Can. Med. Ass. J.*, 108, 1973, pp. 388-393.
15. MAHLER, H., « Present Status of WHO'S Initiative, « Health For All, by the Year 2000 », dans *Ann. Rev. Publ. Health*, 9, 1988, pp. 71-97.
16. OMS, *Regional Targets in Support of the Regional Strategy for Health for All*, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1984.
17. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Healthy People. The Surgeon-General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*, Washington, 1979.
18. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Promoting Health/Preventing Disease Objectives for the Nation*, Washington, 1980.
19. KNOX, E.G. et al., *Epidemiology in Health Care Planning*, Oxford University Press, Oxford Med. Publ., 1979.
20. DUPLESSIS, P., « Réflexion sur les D.S.C. dix ans après la Réforme. — Partie I », dans *Adm. H. Soc.*, 26(4), 1981, pp. 30-35.
21. DUPLESSIS, P., « Réflexion sur les D.S.C. dix ans après la Réforme. — Partie II », dans *Adm. H. Soc.*, 27(1), 1982, pp. 17-22.

22. O'NEILL, M., « Les départements de santé communautaire », dans *Recherches sociographiques*, XXIV (2), 1983, pp. 223-237.
23. PINEAULT, R. et al., « Health Promotion Activities in Quebec Hospitals: A Comparison of DSC and Non-DSC Hospitals », Rapport de recherche non publié, Dép. de médecine soc. et prév., Université de Montréal, 1986.
24. COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Rapport*, Les Publications du Québec, Gouv. du Québec, 1987.
25. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, « La santé communautaire », dans *65 à l'heure*, 4(5), 1977, pp. 1-40.
26. GARON, G., « Le département de Santé communautaire des centres hospitaliers (CH-DSC): son territoire et sa responsabilité », dans *Un. Méd. Can.*, 108, 1979, pp. 1095-1106.
27. DESROSIERS, G. et al., *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire*, Synthèse critique no 16, Comm. d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 1987.
28. ASS. DES HÔPITAUX DE LA PROVINCE DE QUÉBEC, *Bilan et prospective de la santé communautaire du Québec*, Rapport non publié, 1978.
29. POULIOT, B. et al., « Public Health and the City », dans *Urban Political Issues*, LORETTO, R.A. et T. PRICE (éd.), McClelland and Stewart, (à être publié sous peu), 1989.
30. COUËT, S. et al., « Public Health in Quebec, 15 Years of Organizational Experimentation », (soumis pour publication), 1989.
31. ROCHON, J., « La santé communautaire dans le système régional de services de santé et de services sociaux », Division 2 de *Annuaire du Québec 1975-76*, Québec, Gouvernement du Québec, 1977.

32. *Ottawa Charter on Health Promotion*, OMS, Santé et Bien-être du Canada et Association canadienne de santé publique, 1986.
33. KICKBUSCH, I., « Health Promotion: A Global Perspective », dans *Can. J. Publ. Health*, 77, 1986, pp. 321-326.
34. *Special Health Promotion Issue*, *C.J. Publ. Health*, 77(6), 1986.
35. HANCOCK, T. et al., « Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Context », Communication présentée au symposium « Villes en santé » à Lisbonne (Portugal) en avril 1986.
36. HANCOCK, T., « Vers des villes saines: le projet canadien », dans *Promotion de la Santé*, 26(1), Santé et Bien-être social du Canada, 1987.
37. DUHL, L.J., « The Healthy City: Its Function and its Future », dans *Health Prom.*, 1(1), 1986, pp. 55-60.
38. PINEAULT, R., « The Place of Prevention in the Quebec Health Care System », dans *Can. J. Publ. Health*, 75, 1984, pp. 92-97.
39. PINEAULT, R. et al., « Le système de santé du Québec: objectifs de soins ou objectifs de santé? », dans *Un. Méd. Can.*, 113, 1984, pp. 750, 754 et 770.
40. LE MINISTRE D'ÉTAT AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL, *Santé et Sécurité au Travail: Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs*, Gouvernement du Québec, Éditeur officiel, 1978.
41. RENGELINK, H., « Santé et soins de santé aux Pays-Bas », chap. 2 dans *Santé publique et pays industrialisés*, DUPLESSIS, P. et al. (éd.), Québec, Les Publications du Québec, 1989.

42. DIRECTION DE L'ÉVALUATION; DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du groupe de travail sur l'analyse de l'action des départements de santé communautaire*, non publié, 1988.
43. ASS. DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, *Avis sur le rapport: Analyse de l'action des Départements de Santé Communautaire*, non publié, 1988.
44. EPP, J., *Achieving Health For All: A Framework for Health Promotion*, Ottawa, Santé et Bien-être du Canada, 1986.
45. MAHLER, H., « Address », dans *Health Promotion*, 1(4), 1986, pp. 409-411.
46. PINEAULT, R. et al., « The Integration of Public Health in Hospitals: The Case of Community Health Departments in Quebec », dans *J. Pub. H. Pol.*, 7(3), 1986, pp. 314-323.

Analyse du processus d'implantation de la réforme sanitaire en Espagne

Eduard Portella
José I. Cuervo

Introduction

La Loi générale sur la santé⁽¹⁾ a été approuvée par le parlement espagnol en mars 1986. Elle constitue le cadre juridique qui supporte les bases des modifications conceptuelles et fonctionnelles du système de santé. Ces bases ont donné naissance à ce qu'il a été convenu d'appeler la « réforme sanitaire ». Depuis l'approbation de la Constitution démocratique en 1978, le débat sur la santé s'est intensifié, mettant l'accent sur la reconnaissance du droit de chaque citoyen à la santé et sur le devoir des pouvoirs publics de garantir l'exercice de ce droit. Malgré l'opinion générale insistant sur le besoin d'introduire de profonds changements au sein du système de santé espagnol, aucune entente n'avait encore été possible concernant la ligne de conduite à adopter.

La Constitution espagnole de 1978 prévoit également un nouvel aménagement du territoire qui divise l'État en dix-sept communautés autonomes. Conséquemment, la structure du système de santé doit être remaniée car elle est fortement centralisée. Elle doit aussi être ajustée aux diverses réalités régionales reconnues par la Constitution.

En 1984, le gouvernement socialiste a déposé un projet de loi qui ne sera approuvé que deux ans plus tard, après l'élaboration de quatorze avant-projets « définitifs » et suite à de fortes controverses entre les intéressés : partis politiques, associations et professionnels. La Loi générale sur la santé met en place le Système national de santé regroupant à son tour les dix-sept services autonomes chargés des questions de santé. C'est l'impact de cette décentralisation que nous allons analyser plus à fond dans ce chapitre. Il importe cependant, avant d'aller plus loin, d'avoir une vue d'ensemble des caractéristiques du système sanitaire, avant et après une réforme si importante.

Caractéristiques du système sanitaire

Le système de soins médicaux

Les aspects fondamentaux de l'organisation du système d'assistance sanitaire sont étroitement liés à la création, en 1942, de

l'assurance-maladie obligatoire. À l'origine, elle était destinée aux travailleurs de l'industrie percevant un faible salaire. En 1944, 25 % de la population espagnole bénéficiait d'une telle couverture sociale. Ce chiffre a progressivement augmenté, atteignant 45 % en 1963 et plus de 90 % pour la période des années 1980⁽⁴⁾.

Le système de soins repose sur un modèle de sécurité sociale particulier, dans la mesure où la sécurité sociale espagnole ne compte que sur ses propres ressources (hôpitaux, centres d'assistance primaire et centres de santé spécialisés). C'est dans ces centres que se réalise la majeure partie de l'assistance sanitaire⁽⁵⁾. Outre ce réseau d'assistance appartenant à la sécurité sociale, il existe également d'autres centres gérés par des organismes publics ou privés, fonctionnant comme « réseau complémentaire ». L'importance de ce réseau est différente dans chaque communauté autonome.

Bien que les moyens alloués à la sécurité sociale soient de loin les plus importants, il convient de signaler la coexistence de nombreux réseaux publics d'assistance, tant de l'administration centrale que locale. Cet état de fait a freiné la mise en place des systèmes de coordination les plus élémentaires qui auraient permis de mieux mettre à profit les moyens disponibles. Ceci a été considéré comme l'un des points justifiant le besoin d'entreprendre la réforme sanitaire⁽⁶⁾.

L'organisation du système de soins relève de la compétence des hôpitaux. Bien que le secteur hospitalier ait favorablement évolué au cours de ces dernières années, selon certains auteurs, cette affirmation est essentiellement justifiée par les lacunes existant dans le domaine de l'assistance primaire⁽⁷⁾. En effet, on a pu constater dans quelles mauvaises conditions se réalise l'assistance sanitaire en milieu extrahospitalier^(8,9) et ceci, malgré certaines caractéristiques structurelles qui mettent en valeur le système d'assistance primaire. Notons particulièrement à cet égard une meilleure accessibilité, étant donné que médecins généralistes et pédiatres sont rémunérés suivant le système de capitation, ce qui facilite la distribution des ressources humaines en fonction de la répartition géographique de la population⁽⁹⁾.

Bien que le secteur hospitalier bénéficie, au sein du système sanitaire, de bien meilleures conditions, la disponibilité de moyens et leur utilisation sont cependant inférieures à la majorité des pays européens. À ce jour, le secteur hospitalier dispose de 5,4 lits par mille habitants et il a subi récemment de nombreuses modifications. Le nombre de lits a augmenté, alors que la quantité d'établissements hospitaliers a diminué. L'activité et le ratio du personnel par lit se sont considérablement accrus ces dernières années, comme le démontre le tableau 1.

Tableau 1 — Évolution de certains indicateurs hospitaliers

	1982	1984
Taux d'occupation	70 %	81 %
Séjour moyen	10	8,3
Indice de rotation	2,1	2,9

Ces nombreux changements ont conduit à un développement du secteur public par rapport au secteur privé. Le secteur public dispose de 38 % des centres hospitaliers et de 79 % de l'ensemble des lits. Le secteur privé compte un plus grand nombre de centres hospitaliers mais, en moyenne, ces établissements comportent moins de 100 lits.

L'emplacement des établissements hospitaliers, selon qu'ils appartiennent aux secteurs public ou privé, n'est pas homogène et les situations sont fort différentes. En Catalogne, par exemple (nord-est de l'Espagne), 60,5 % des lits d'hôpitaux sont privés alors qu'en Andalousie (sud de l'Espagne), le pourcentage de lits publics est le plus élevé du pays.

Le problème le plus aigu en matière de soins hospitaliers est la pénurie de lits qui rend difficile les hospitalisations à long terme. Bien que les hôpitaux aient atteint un niveau de fonctionnement acceptable, le traitement efficace des maladies chroniques et les problèmes découlant du vieillissement de la population n'ont pas encore été résolus.

Le taux d'hospitalisation est l'un des plus faibles des pays occidentaux : 89 par mille habitants et les accouchements constituent la cause principale d'entrée à l'hôpital.

Le système de santé publique

La santé publique moderne en Espagne a été réglementée jusqu'à la création de la réforme sanitaire, par la Loi sur les bases de la santé nationale datant de 1944. Cette loi vient remplacer celle de 1855 tout en étant calquée sur le même schéma d'organisation.

Bien que, sous certains aspects, la loi de 1944 présente quelques innovations, elle n'en est pas moins désuète. L'administration publique joue un rôle important dans la prévention auprès des collectivités par l'adoption de solutions aux problèmes sanitaires qui affectent l'ensemble de la communauté : c'est le développement de la médecine préventive. Mais l'assistance et les soins personnels de santé ne sont pas envisagés par cette loi. Et ceci, compte tenu du fait que deux ans auparavant avait été créée la Loi sur l'assurance-maladie obligatoire.

Les fonctions développées par le système de santé publique envisagent traditionnellement les actions sur l'environnement, l'assainissement du milieu, l'alimentation, le contrôle épidémiologique des maladies transmissibles et la lutte contre certaines maladies à portée sociale telles que, par exemple, la tuberculose. Les campagnes de vaccination et de lutte contre les maladies font l'objet d'actions transversales.

L'organisation de la santé publique est à la fois fortement centralisée tout en étant dispersée dans de nombreux organismes publics. C'est précisément en ce sens que des structures spécialisées ont été créées au niveau central car l'apparition de nouvelles préoccupations sanitaires et le développement de nouvelles fonctions débouchent toujours sur l'organisation de structures nouvelles.

Pendant de nombreuses années, le maigre budget consenti à la santé publique l'a tenue à l'écart. D'une part, le développement important de l'assistance sanitaire dû à l'élargissement des couvertures sociales a constamment absorbé les ressources

financières; d'autre part, la Direction générale de la santé dépendait du ministère de l'Intérieur (sécurité, ordre public, politique intérieure), ce qui ne favorisait pas une priorité accordée aux questions sanitaires dont les dirigeants étaient peu enclins à s'occuper. Cette marginalisation se traduisit par l'impossibilité de mettre en place des structures efficaces puis par le vieillissement progressif des structures existantes.

À partir de 1977, l'établissement de gouvernements démocratiques dans les municipalités a favorisé la santé publique. Les municipalités se chargent maintenant de l'assistance sanitaire locale en mettant en oeuvre divers programmes de planification familiale, de santé mentale, etc. et en transformant les actions transversales envisagées par les gouvernements en programmes de soins et de services continus.

Les premières délégations de pouvoir en matière de santé de la part du gouvernement envers les communautés autonomes reconnues par la Constitution espagnole datent de 1979.

Les problèmes de santé

La situation sanitaire en Espagne ne diffère pas énormément de celle qui existe dans les pays au même environnement social et géographique. Les données statistiques à la fin de ce chapitre présentent certains indicateurs de santé qui mettent en évidence une telle situation. L'aspect le plus intéressant à signaler qui n'apparaît pas dans ces chiffres est l'évolution au fil des années qui a conduit à de telles statistiques, compte tenu que, antérieurement, l'état de santé était loin de ce qu'il est aujourd'hui. Ainsi, par exemple, il convient de souligner que la mortalité infantile est passée de 26,3 en 1970 à 9 par 1 000 naissances d'enfants vivants en 1986. Cette baisse de la mortalité infantile s'est avérée beaucoup plus spectaculaire en Espagne que dans les autres pays européens.

Conclusions concernant le système sanitaire

Nous résumerons brièvement à ce stade de notre analyse les caractéristiques qui définissaient le modèle sanitaire espagnol avant la réforme.

Il y a un manque de coordination entre l'assistance individuelle et la santé publique, elle-même très fortement marginalisée. Dans le modèle espagnol, l'assistance sanitaire est privilégiée, notamment en milieu hospitalier. Ce manque de coordination se manifeste dans l'ensemble du système où coexistent trois réseaux d'assistance sanitaire publique :

- le réseau des centres de la sécurité sociale ;
- le réseau des centres appartenant à l'État ;
- le réseau des centres de l'administration locale.

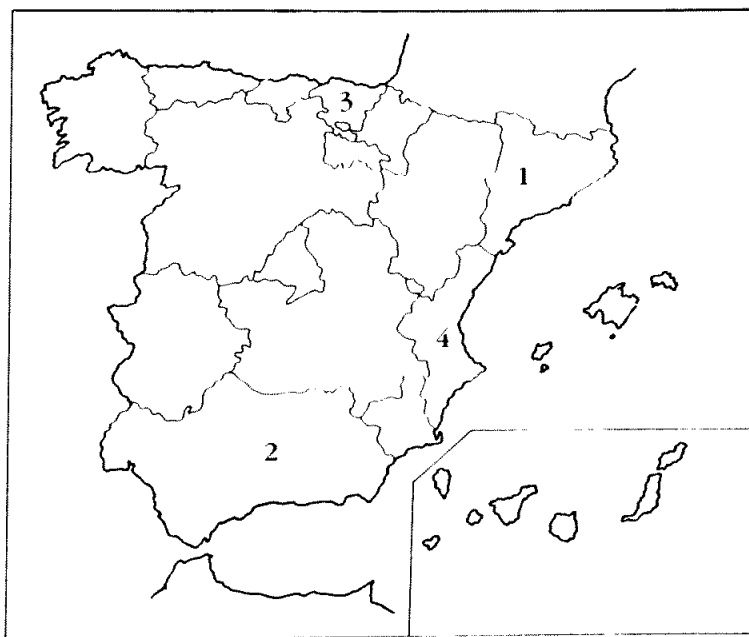
Il existe une multiplicité de compétences relevant de divers organismes et parfois de plusieurs ministères. Avant la création du premier ministère de la Santé, certaines attributions sanitaires relevaient de la compétence de onze ministères distincts⁽¹⁰⁾. On ne peut expliquer ce fait que par le manque de dynamisme de la Direction générale de la santé, amoindrie par sa dépendance administrative et ses faibles ressources économiques. Ces deux facteurs ont déjà fait l'objet de nos commentaires.

Le système sanitaire espagnol, ainsi que l'administration publique en général, étaient extrêmement centralisés. Cette forte centralisation a freiné l'homogénéisation du secteur de la santé dans l'ensemble du pays et la mise en oeuvre de moyens efficaces.

D'autres auteurs affirment par ailleurs que cette centralisation a provoqué une baisse dans la professionnalisation de la gestion, un blocage dans les innovations du système sanitaire et un manque de flexibilité dans la gestion. L'approbation de la Constitution espagnole en 1978 et l'importance politique et administrative acquises conséquemment par les dix-sept régions converties en communautés autonomes, modifient notablement l'organisation de la santé dans la mesure où celle-ci réclame une décentralisation urgente. Ce processus de décentralisation a pris naissance en 1978 avec l'implantation des fonctions de la santé publique, bien que son rythme ait varié selon chaque communauté autonome. Il convient de signaler qu'une fois exécuté le transfert des compétences sanitaires aux différentes communautés autonomes, toutes ne bénéficieront

pas pour autant du même degré d'autonomie dans le domaine de la santé. Ainsi, le réseau d'assistance sanitaire ne sera pas transféré à toutes les communautés, même si les services de santé publique, eux, seront entièrement décentralisés. Cette situation bloque l'intégration des services de santé publique au sein des services d'assistance sanitaire, notamment ceux des soins de santé primaire (figure 1).

Figure 1 — Identification des communautés autonomes avec le transfert complet des compétences en matière de services de santé



	Population	% *	Superficie	% **
1. Catalogne	5 978 638	15,5	31 930	6,3
2. Andalousie	6 789 772	17,6	87 268	17,3
3. Pays basque	2 136 100	5,5	7 261	1,4
4. C. valencienne	3 732 682	9,7	23 305	4,6

* % du total de la population.

** % du total du territoire espagnol.

L'un des aspects fondamentaux dans le modèle sanitaire espagnol et auquel la réforme peut donner toute sa valeur est l'existence d'un système unique de sécurité sociale. Depuis 1963, un organisme unique perçoit les cotisations en même temps qu'il abandonne progressivement les régimes spéciaux de la sécurité sociale et efface les différences entre les assurés en matière de prestations sanitaires. Nous avons précédemment mentionné que ce système a préféré développer son propre réseau de soins, devenu le plus important du pays, au lieu d'en confier les services à des tiers.

La couverture des prestations sanitaires est importante. Les estimations réalisées en 1987 par le ministère de la Santé offrent un chiffre de 96,2 % de l'ensemble de la population. Une étude concernant les 3,8 % de la population restante⁽¹¹⁾ démontre que 0,9 % sont des individus défavorisés bénéficiant de programmes d'aide sociale. D'autre part, 1,8 % sont des personnes ne disposant pas de moyens économiques suffisants pour faire face aux dépenses sanitaires: il s'agit surtout des personnes du troisième âge. Quant au 1,1 % restant, ce sont des individus aux ressources financières confortables appartenant aux classes sociales aisées. Néanmoins, en Espagne, 25 % des dépenses sanitaires vont au secteur privé. Alors que la couverture des prestations de la sécurité sociale voisine les 100 %, le pourcentage ci-dessus mentionné traduit la préférence accordée aux services privés par les personnes bénéficiant des avantages de la sécurité sociale. Un sondage sur la santé effectué à Barcelone, chef-lieu de la Catalogne, a révélé que seulement 55,4 % des bénéficiaires de la sécurité sociale utilisent ses services de manière exclusive et que seulement 56 % des consultations de médecine générale passent par le système de l'assistance sanitaire de la sécurité sociale⁽¹²⁾. Bien que le contexte socio-économique de la Catalogne ne soit pas représentatif de l'ensemble du pays, ces chiffres doivent nous inciter à réfléchir sur la nécessité d'envisager des moyens de coordination avec le secteur privé quand il s'agit de mettre sur pied des actions qui requièrent l'intégration des services de santé publique avec les soins médicaux.

Un autre aspect du système d'assistance sanitaire concerne la distribution qui tend vers une équité dans la répartition des

ressources humaines au sein de la population, étant donné que la rémunération des médecins généralistes à la capitation a donné lieu à une telle distribution proportionnelle uniforme. Cet aspect représente un point essentiel dans l'organisation des services de la médecine générale (dont le dysfonctionnement a déjà fait l'objet de nos commentaires) et constitue un excellent point de départ pour que cette assistance sanitaire puisse assumer un nouveau rôle au sein du système. Ceci permettrait également d'incorporer les fonctions de prévention et de promotion de la santé.

En dernier ressort, signalons que les dépenses sanitaires en Espagne ne sont pas très élevées: elles représentent 6,6 % du PNB, soit 4,8 % dans le secteur public et 1,8 % dans le secteur privé⁽¹³⁾. Le manque de ressources du système sanitaire est notoire. Plus particulièrement, celui-ci ne dispose pas des moyens nécessaires garantissant la distribution rationnelle de ces ressources ni leur utilisation efficace. Ce niveau des dépenses s'est maintenu ces dernières années tout en coexistant avec une forte politique de rationalisation de ces faibles moyens (tableau 2).

Tableau 2 — Évolution des dépenses de santé

	1984	1985	1986	1987
Dépenses de santé/PNB	6,64	6,75	6,51	6,63
Dépenses publiques/PNB	4,83	4,98	4,82	4,99
Dépenses privées/PNB	1,81	1,77	1,69	1,64
Dépenses privées/total dépenses	27 %	26 %	26 %	25 %

Source: Référence bibliographique 11

La réforme sanitaire

La loi qui a mis en place la réforme sanitaire⁽¹⁾ se propose de passer d'un modèle de santé basé sur un système de sécurité sociale à un modèle de système national de santé. Ce processus de transition s'échelonne sur une période de dix ans et les

caractéristiques principales de ce nouveau modèle sont les suivantes^(14, 15) :

- a) Intégrer la santé publique à l'assistance sanitaire;
- b) Intégrer tous les centres et services qui appartiennent aux divers réseaux sanitaires du secteur public;
- c) Étendre la couverture de tous les services à l'ensemble de la population en établissant des systèmes d'accès aux services sanitaires individuels selon les différents groupes sociaux;
- d) Inclure les prestations qui n'étaient pas prises en charge par la sécurité sociale (odontologie, médecine du travail, psychiatrie, etc.);
- e) Renforcer le rôle de l'assistance primaire, car c'est à ce niveau que doivent fusionner les services de la santé publique avec ceux de l'assistance sanitaire;
- f) Promouvoir la décentralisation du système sanitaire dans les dix-sept communautés autonomes et mettre en place en même temps des mécanismes de coordination. C'est ainsi que sont nés le conseil interterritorial et les instituts centraux;
- g) Modifier le mode de financement en prévoyant le passage du système de financement basé sur les cotisations de la sécurité sociale à la modalité de financement prise en charge par le budget de l'État;
- h) Établir un modèle et un schéma de planification;
- i) Encourager la participation de la communauté dans les organismes de gestion territoriale de la santé par l'intermédiaire de ses représentants dans les administrations locales;
- j) Créer la « zone de santé » comme unité territoriale de base pour la prestation de services intégrés. La zone de santé couvre un ensemble de 250 000 habitants.

Les défis de la santé publique dans le cadre de la réforme sanitaire

La santé primaire

Afin d'intégrer dans la pratique les fonctions et les services de soins avec ceux de l'assistance, il est nécessaire de modifier substantiellement le modèle de santé primaire. L'apparition en 1978 de la spécialité en médecine familiale et communautaire, ainsi que l'essor considérable de cette spécialité, à en juger par les programmes de formation des spécialistes (tableau 3), devraient présager d'un avenir prometteur pour cette discipline.

Tableau 3 — Proportion des médecins de famille par rapport au nombre total de médecins en formation spécialisée

	1978-79	1980-82	1983-85	1986-88
Nombre de médecins en formation spécialisée	4 834	6 999	3 852	7 044
Médecins de famille	1 016	1 056	1 127	1 719
Proportion	21 %	15,1 %	29,2 %	24,4 %

Il reste cependant de graves problèmes à résoudre. Étant donné le manque de ressources et le besoin de financement des divers secteurs du système de santé, il n'est pas surprenant de voir s'installer une compétition entre le secteur hospitalier et les autres secteurs pour l'attribution des fonds. Par exemple, pour la période allant de 1984 à 1987, alors que le budget alloué aux dépenses de fonctionnement pour l'ensemble de la santé primaire était augmenté de 32 %, le secteur hospitalier bénéficiait, de son côté, d'une augmentation de 52 %. Soulignons aussi que les coûts imputables à la réforme de l'assistance primaire ont dépassé de 20 % le budget de fonctionnement initialement prévu⁽¹⁶⁾. Ces chiffres ne tiennent pas compte des besoins en investissement qui, établis selon les conditions d'aujourd'hui, devraient être bien supérieurs à ce qu'ils ont été⁽¹⁷⁾.

D'après cette étude, même les conditions consenties aux centres sanitaires en milieu urbain, lesquels bénéficient en règle générale de la plus grande part des ressources, se sont avérées totalement insuffisantes, malgré l'augmentation de 25 % qui leur fut accordée.

Ainsi donc, la première conséquence de cette situation en fut-elle une de désenchantement chez les médecins de famille qui se sont tournés par préférence vers le domaine de la santé publique, ralentissant de ce fait le jumelage de ces deux spécialités⁽¹⁸⁾.

Le modèle de planification

La Loi générale sur la santé établit un modèle de planification sanitaire qui semble assez complexe et qui reprend très sommairement les formules qui pourraient très bien être mises en oeuvre à partir de chaque unité territoriale. Aussi, lorsque le processus de réforme de l'assistance primaire a été entamé, on a pu constater que le modèle de planification des ressources humaines reposait encore uniquement sur des ratios ressources/population. Ajoutons cependant que ledit modèle est propre aux systèmes dans lesquels les médecins généralistes sont rémunérés à la capitation. Cette planification « réglementée » des ressources humaines tend à homogénéiser sa répartition sans tenir compte des besoins de chaque secteur sanitaire, tout en bloquant le développement de solutions de remplacement.

Les ressources humaines

Le système de santé a toujours été fortement centralisé avec comme conséquence la centralisation de la majeure partie du personnel le plus compétent. Les communautés autonomes, devant faire face à de nouvelles responsabilités, se sont alors trouvées dépourvues des ressources indispensables aux administrations.

Aussi les communautés autonomes chargées de la santé publique ont-elles dû mettre sur pied une nouvelle administration parfois très jeune et inexpérimentée. Qui plus est, elles n'ont

pu compter sur l'appui efficace de l'administration centrale qui ne saisissait pas bien le nouveau rôle que cette jeune administration avait à jouer.

Les municipalités

Dès 1977, l'administration locale s'est occupée de pallier à certaines carences existant dans le domaine de la santé publique. Ses programmes relevaient bien plus de la bonne volonté que d'un processus de planification en profondeur. Une certaine rigueur scientifique faisait défaut dans la conception et la mise en marche des interventions. Néanmoins, son rôle a été décisif et a couvert un vaste domaine allant de l'assainissement de l'environnement à la prévention et la promotion de la santé.

Étant donné les caractéristiques de l'assistance primaire et les lacunes dont elle souffre encore aujourd'hui, la prestation de services dépend plus que jamais des municipalités et de la continuité qu'elles assureront dans ce domaine, bien que la loi soit restée muette devant une telle possibilité.

À la lumière des conditions dans lesquelles se développe le système de santé primaire, si l'abandon des fonctions qu'exercent les municipalités se produit rapidement, il pourrait bien se produire un arrêt complet de services dans ces domaines.

L'information sanitaire

La création des services de santé au sein de chaque communauté autonome et l'établissement de leurs compétences individuelles devront conduire à l'organisation de divers modèles adaptés à chaque région. Le fait que chacune de ces communautés autonomes s'appuie sur des factions politiques différentes pour chaque gouvernement nous incite à penser que le développement et la consolidation de modalités distinctes d'organisation sont envisageables. Toutefois l'une des premières conséquences de cette situation, et peut-être la plus grave, pourrait être l'impossibilité de recueillir de l'information sanitaire sur une base uniforme et comparable pour l'ensemble du pays. En effet, la lenteur et le manque d'efficacité des systèmes de

coordination, alliés à une certaine désorientation quant à leurs nouvelles compétences, risquent de provoquer un déficit difficilement surmontable pour l'accès à l'information sanitaire. Cette situation est d'autant plus visible quand on examine l'état actuel en information sanitaire, point faible de notre système de santé.

Quelques données statistiques — Espagne

Superficie du pays		504 782 km ²
Population totale	1986	38 473 418
Densité de population	1986	76 hab/km ²
Taux de natalité par 1 000 habitants	1985	11,7
Population active	1986	30 %
Taux de chômage	1987	20 %
Pourcentage des personnes âgées	1986	13 %
Espérance de vie à la naissance		
Hommes	1984	73,2
Femmes	1984	79,8
Mortalité infantile par 1 000 naissances d'enfants vivants	1986	9,0
PIB par habitant	1985	4 360 \$US
Part du PNB consacrée à la santé		6,6 %
Privé: 1,8 %		
Public: 4,8 %		
Dépenses sanitaires par habitant	1984	187 \$US
Taux d'inflation	1987	4,6 %
Nombre d'habitants par médecin	1984	320
Rémunération des médecins		
Capitation familiale dans les soins de santé primaire.		
Salaire dans les hôpitaux		
Nombre d'habitants par infirmière/infirmier	1984	272
Lits hospitaliers de soins aigus par mille habitants	1984	3,7
Taux brut de mortalité par 1 000 habitants	1986	7,9
Principales causes de décès		
Maladies cardio-vasculaires		45 %
Cancers		24 %
Maladies respiratoires		8 %
Appareil digestif		6 %
Accidents		5 %

Références bibliographiques

1. Ley General de Sanidad, de 18 de Marzo de 1986.
2. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, *Necesidades sanitarias y recursos asistenciales*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1979.
3. TERRIS, M., « Tendencias y perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica », dans *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 1 (1, 2), 1980, pp. 93-103.
4. MANSILLA, P.P., « La sanidad en tránsito », dans *Nuevos Archivos de la Facultad de Medicina*, Vol. 43 (5), 1985, pp. 260-261.
5. ORTUN, V. et A. SEGURA, « España: democracia, crisis económica y política sanitaria », dans *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Vol. 57 (3), 1983, pp. 603-626.
6. BRAVO, F. et al., *Sociología de los ambulatorios: análisis de la asistencia sanitaria primaria en la Seguridad Social*, Barcelone, Éd. Ariel, 1979.
7. SCALLY, G.J., « Primary Health Care in Barcelona », dans *British Medical Journal*, Vol. 287, 1983, pp. 1191-1192.
8. GERVAS, J.J., *Presentation of Spain and its Primary Health Care*, Wonca News (sous presse).
9. GLASSER, W.A., *Paying the Doctor. Systems of Remuneration and their Effects*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1980, pp. 91-96.
10. BRAVO, F., *Análisis histórico del Seguro Obligatorio de Enfermedad y organización de la sanidad en España*, MIR, Vol. 4 (2), 1982, pp. 64-74.
11. ELOLA, A., E. MENGUAL et J. VELAYOS, « Asistencia sanitaria pública en España. Gasto y cobertura », dans *Jano*, Vol. 35 (837), 1988, pp. 522-531.

12. *Enquesta de salud de Barcelona 1983*, Ajuntament de Barcelona, 1984.
13. *Financing and Delivering Health Care*, Paris, OCDE, 1987.
14. MANSILLA, P.P., *Reforma sanitaria. Fundamentos para un análisis*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
15. CUERVO, J.I. et E. PORTELLA, « Espagne: la réforme du système de santé », dans *Journal d'économie médicale*, Vol. 4 (5), 1986, pp. 275-285.
16. GUTIERREZ, R. et R. BELENES, « El concepto de autonomía en el sistema sanitario español », dans *Congreso de la Federación Internacional de Hospitales, Finlandia, 1987*.
17. OTERO, A. et J.L. ENGEL, « La evaluación de la estructura en los centros de salud. Aproximación a la situación en España », dans *Atención Primaria*, Vol. 4 (9), 1987, pp. 484-496.
18. PORTELLA, E et I. BERRAONDO, « Dos especialidades médicas ante la Reforma Sanitaria, Medicina Preventiva y de Salud Pública y Medicina Familiar y Comunitaria » (en 2 parties), dans *Gasetta Sanitaria de Barcelona*, Vol. 4 (nov.-déc. 1985), pp. 215-220 et Vol. 5 (janv.-fév. 1986), pp. 11-14.

La santé publique au Portugal

Constantino T. Sakellarides
José Luis Castanheira

Introduction

Le Portugal est un pays d'environ 92 000 km², soit trois fois la Belgique ou près d'un sixième de la France. Il contient 10 millions d'habitants. Il a acquis son indépendance au 12^e siècle et ses frontières sont demeurées inchangées depuis près de 700 ans. Bien qu'il ait été une importante puissance coloniale autour du 16^e siècle, le Portugal ne bénéficie pas aujourd'hui de l'impact socio-économique de la révolution industrielle du 19^e siècle.

Aux alentours de 1974 et durant les années précédentes, ce pays montrait des signes tangibles d'essoufflement après 40 années d'administration non démocratique: on observait un processus de décolonisation rapide et massif, un environnement économique à la fois national et international en contraction et une instabilité politique aiguë. En janvier 1986, douze ans après le retour à la démocratie, le Portugal joignait, en même temps que l'Espagne, les rangs de la Communauté économique européenne.

On pourrait identifier cinq caractéristiques majeures du système de santé portugais tel qu'il existait des années 1940 jusqu'au milieu des années 1970:

- Un système de soins médicaux ambulatoires dit de sécurité sociale (assurance): les cliniques médicales de la Sécurité sociale étaient, au début des années 1970, la principale source de soins médicaux accessibles à la population portugaise avec une couverture de la population de 70 %;
- Un secteur hospitalier public en expansion, un réseau d'hôpitaux régionaux et centraux (50 % du nombre de lits total en 1974 et plus de 80 % en 1979);
- Des maisons de charité (« Misericordias »), des unités de bénéficiaires dont la vocation était de donner des soins aux pauvres (particulièrement les malades chroniques, les enfants handicapés, les jeunes et les personnes âgées), constituées d'abord et avant tout par de petits hôpitaux locaux et par des dispensaires de santé maternelle et infantile;

- Un secteur médical privé, rémunéré à l'acte et davantage à caractère ambulatoire: ce secteur offrait également certains services financés à partir des deniers publics (par exemple, la caisse des employés du secteur public);
- Des services de santé publique qui s'adressaient autant à la personne qu'à l'environnement. Ils étaient orientés vers les programmes préventifs, l'immunisation par exemple, les services à certains groupes de population à risque, la santé de la mère et de l'enfant par exemple, et le contrôle des maladies endémiques comme la tuberculose.

En 1971, une importante réforme législative ouvrit une brèche à de nombreux changements dans le système portugais de santé publique: notons la mise sur pied d'un vaste réseau de centres de santé, une restructuration des perspectives de carrière pour les professionnels de la santé à l'inclusion d'une progression bien définie pour les médecins de santé publique, la mise sur pied d'un institut national de santé qui, à dessein, devait inclure l'École nationale de santé publique déjà existante. Nul doute que cette réforme a eu un impact profond sur l'ampleur, la nature et les ramifications des services portugais de santé publique. Malheureusement, à l'opposé, elle n'eut pas d'impact significatif sur les autres composantes du système de santé.

La mise sur pied d'un Service de santé national (SSN) au Portugal existait en vertu de la Constitution de 1976 et la loi particulière qui répondait à cette exigence constitutionnelle fut approuvée par le gouvernement en 1979. L'objectif principal du SSN vu sous l'angle de la gestion était sans aucun doute d'intégrer et de réorganiser la partie publique du système de santé (à l'inclusion des hôpitaux locaux*) en un service opérant sous des administrations centrale, régionales et locales.

Depuis 1979, la mise en place du SSN a été influencée par différents courants de pensée politique et efforts de gestion. La transition vers un service de santé national s'est faite d'une façon passablement lente durant les huit dernières années si

* « Local Beneficiary Hospitals » dans le texte original anglais

l'on considère les attentes suscitées par la loi. Cependant, il faut l'admettre, il y eut d'importants changements : des entités administratives du SSN ont été implantées tant au niveau local que régional et, à un moindre degré, national ; une nouvelle carrière en pratique générale s'est ouverte ; la formation en santé publique a rejoint un nombre sans cesse grandissant de jeunes médecins et infirmières.

La santé publique au Portugal — les quarante dernières années

L'histoire contemporaine du « Système de santé publique » portugais comprend trois périodes : la période « salubrité — dispensaire » d'avant 1971 ; la période qui se situe entre 1971 et 1979, que nous pourrions étiqueter « centres de santé » et finalement celle qui succède à 1979, encore appelée la période de la législation post-SSN.

La période avant 1971 dite « salubrité — dispensaire »

De la fin des années 1940 jusqu'à 1971, le système de santé publique portugais, à l'instar de plusieurs autres pays européens, peut être caractérisé ainsi d'une façon générale :

- L'existence d'un réseau d'officiers de santé* publique chargés de dépister et de modifier les facteurs qui pouvaient porter atteinte à la santé publique : c'étaient « les autorités de santé publique ».
- La mise sur pied de dispensaires et d'autres institutions de santé publique du même type afin de prendre en charge les groupes de population vulnérable, les mères et les enfants par exemple. Ils hébergeaient aussi les malades présentant des maladies chroniques transmissibles ; citons-en deux, la tuberculose et la lèpre. Ils se présentaient sous la forme d'instituts nationaux adoptant une structure de gestion verticale et centralisée.

* De l'anglais « Medical Officers of Health » ou parfois en français : médecins hygiénistes ou médecins de district.

- La mise sur pied de programmes de santé publique spécifiques comme par exemple le programme national d'immunisation ou le programme de contrôle des maladies vénériennes.
- L'importance du support de laboratoire en santé publique et de l'apport des institutions d'enseignement à la santé publique comme celui de l'Institut supérieur de l'hygiène.
- Le développement d'une expertise en matière de « santé publique tropicale » par le biais du prestigieux Institut de médecine tropicale.

Vu sous l'angle des services et à l'opposé de plusieurs autres pays européens, le déploiement des efforts en santé publique apparaissait comme morcelé, tantôt axé sur les maladies, tantôt axé sur les groupes à risque. Il ne s'était pas développé à partir d'un modèle ayant comme base la communauté.*

Au moment où les pays plus industrialisés d'Europe mettaient en place le concept d'État-providence, l'organisation de la santé publique portugaise évoluait dans un contexte nettement défavorable: des conditions socio-économiques difficiles (très bien illustrées par un taux de mortalité infantile autour de 58 en 1970), des politiques sociales à courte vue, ces facteurs étant doublés par un financement public des dépenses de santé très limité, sans compter l'absence totale de la participation qu'il serait habituel de retrouver dans des débats publics, ces deux facteurs étant vraiment caractéristiques d'une politique autoritariste.

Cependant, un certain nombre de professionnels de santé publique sont sortis de l'ombre durant cette période, professionnels hautement compétents et dédiés à la cause qui ont exercé le leadership nécessaire et apporté une contribution essentielle aux réformes à venir. Ce fait, aussi surprenant puisse-t-il paraître, provient peut-être de la tradition portugaise en santé publique qui a été particulièrement renforcée par des innovations importantes du début de ce siècle. Peut-être est-ce

* Voir l'expression « une base populationnelle » dans le chapitre de synthèse et plus précisément dans la section de l'organisation des services. Cette expression sera reprise ici tout au long en utilisant les mots « base communautaire » (N.D.L.R.).

aussi à cause de certaines « opportunités » que les institutions de santé publique portugaises auront réussi à catalyser.

La période des « centres de santé » entre 1971 et 1979

Pendant les années qui ont précédé le retour à la démocratie, de 1971 à 1974, bon nombre d'initiatives ayant un impact social et économique certain ont été prises au Portugal ; elles ont créé un contexte favorable dans lequel la réforme de la santé publique de 1971 s'est développée.

La période des centres de santé a fait figure d'avant-garde en Europe alors que se développait l'idéologie d'un système de santé reposant sur les soins de santé primaire. En fait, la législation de 1971 sur les soins de santé primaire qui est arrivée une année avant celle de la Finlande et sept années avant celle d'Alma Ata, a jeté les bases nécessaires pour intégrer les ressources de santé publique aux services de santé primaire au niveau local comme ce fut le cas pour approximativement trois cents municipalités portugaises. Le but était de répondre aux besoins à la fois individuels et communautaires.

Les « centres de santé » n'étaient pas seulement conçus pour être des entités physiques — c'est-à-dire des organismes de prestations de services — mais pour servir comme unités fonctionnelles de base d'un service de santé primaire public bien structuré et couvrant tout le pays. Ces centres de santé à base communautaire (la municipalité) relevaient d'un médecin de santé publique et étaient supportés par un centre de santé de « district » régional, lui-même le siège de l'administration de la santé publique régionale qui était sous la supervision du Directeur général de la santé (le département central du Service de santé publique portugais).

L'implantation de ces centres de santé devait se faire en deux phases distinctes. Dans la première, les programmes de santé publique et le personnel de services préventifs et curatifs s'adressant aux groupes à haut risque (les mères et les enfants) devaient être réunis à même les structures du centre de santé communautaire. Puis la deuxième phase devait faire en sorte

d'intégrer aux structures de la première phase un réseau important d'assurance sociale pour les services médicaux.

Entre 1971 et 1974 lors de la mise sur pied de ces centres de santé, un certain nombre de difficultés ont dû être résolues. Non seulement le secteur de santé publique devait-il créer de nouveaux centres de santé, mais aussi devait-il les mettre en place à l'avant-scène du développement des services de santé, en « compétition » dans un ensemble de services déjà pris en charge par des partenaires beaucoup plus puissants et mieux établis que lui: le système social d'assurance pour les soins médicaux de première ligne, le secteur hospitalier public et les « Misericordias ». Cela devait se produire quand ce concept aurait été bonifié, que la persévérance de ses défenseurs et de ses proposants aurait fait ses preuves et que l'évidence se serait imposée par elle-même qu'il fallait faire quelque chose devant une situation aussi désastreuse que ne l'était alors celle de la santé publique. Et par-dessus tout... cela se passait dans un contexte où l'appui politique était limité et circonstanciel. Ce sont les grands idéaux et l'énergie sociale issue de la réapparition de la démocratie en 1974 qui firent en sorte que la Loi sur les centres de santé put voir le jour. Nous pourrions énumérer les facteurs contributifs à un tel développement de la façon suivante: une allocation des ressources en faveur du développement des centres de santé, un support politique adéquat, un leadership incontestable du directeur général de la santé, la mise sur pied de programmes techniques dynamiques aux fins de supporter le développement des centres de santé (tels que la santé maternelle et infantile, la planification familiale, la santé scolaire, des programmes de contrôle en matière de diabète et d'hypertension, des programmes d'immunisation, des programmes d'hygiène environnementale et d'éducation sanitaire), l'adhésion d'un certain nombre d'infirmières hautement qualifiées en santé publique, un entraînement en santé publique axé sur la formation du personnel des centres de santé.

Durant les premières années, le personnel médical de ces nouveaux centres était composé d'une jeune cohorte de médecins qui avaient fait une année de service obligatoire, particulièrement en région rurale. Cette expérience d'avant-garde a porté

fruit en attirant les jeunes médecins compétents vers la santé publique.

C'est durant cette période qu'une importante partie du secteur public de la santé, tant par les capacités qu'il avait développées que par ses ressources, adopta l'orientation d'un système de santé primaire basé sur la communauté et dont les objectifs étaient d'améliorer les programmes de santé communautaire et d'établir un cadre organisationnel et de gestion pour le développement des services de santé primaire (planification sanitaire, système d'informations sanitaires et gestion des centres de santé).

Le Système social d'assurance des services de soins médicaux primaires* a finalement été intégré au ministère de la Santé en 1977. Tous les éléments principaux du système de santé publique étaient sous la même administration publique. Enfin, la législation de 1975 sur le service de santé nationale permettait de définir un cadre qui devait mener à la réorganisation de tous ces éléments.

La période de la législation post-SSN (après 1979)

Dans une perspective de santé publique, le SSN offrait une occasion remarquable de pousser plus avant les réalisations très positives en santé publique faites pendant la période précédente et de les arrimer aux soins médicaux curatifs de première ligne (aussi appelés soins médicaux curatifs primaires) fournis par un réseau appréciable de cliniques de la Sécurité sociale**. Lorsque les centres de santé et les cliniques médicales de l'assurance sociale se fusionnèrent à l'intérieur des structures nouvellement établies du SSN, l'étendue du réseau de centres de santé était incroyablement réduite comparée à celle des cliniques médicales, fait particulièrement notable en milieu urbain ou semi-urbain. La question qui se posait alors était de savoir jusqu'à quel point leur influence positive allait demeurer dans ce phénomène de « dilution » des ressources de « santé

* « The Social Insurance Primary Medical Care System » dans le texte original anglais.

** « Social Security Clinic » dans le texte original anglais.

publique » puisque identité et philosophie étaient jusqu'alors véhiculées par le *Directorat général de la santé* dans l'importante composante des services médicaux.

Au début des années 1980, un facteur synergique s'ajouta à ceux mentionnés plus haut, en l'occurrence le développement d'une carrière de pratique générale en plein essor. Rappelons qu'avant cette date, les médecins qui travaillaient dans les cliniques d'assurance sociale étaient des spécialistes à temps partiel ou des médecins non spécialisés, la plupart pratiquant en milieu rural et sans perspective de carrière.

Depuis 1983, la demande en nouveaux médecins se fait surtout sentir en pratique générale. Et jusqu'à tout récemment (1986) au Portugal, à peu près tous les diplômés des facultés de médecine pouvaient facilement se trouver du travail dans les services publics de médecine. Il faut aussi mentionner que vers la même année, trois médecins portugais sur quatre étaient de jeunes praticiens généraux et cet important changement, « instantané » pourrions-nous dire, du milieu hospitalier aux soins médicaux de première ligne, devenait à long terme un potentiel énorme pour le développement de la santé publique. Toutefois, à court terme, c'était plutôt un débordement qui pesait lourd sur la très fragile orientation en santé communautaire des nouveaux centres de santé. Aussi croyons-nous qu'une génération rapidement grandissante de médecins des nouveaux centres de santé était bien plus susceptible de trouver son « identité médicale » dans le mouvement de pratique générale en Europe que de se considérer essentiellement comme un groupe d'agents de santé publique à l'intérieur du SSN portugais qui prenait lentement forme.

Dans le SSN, l'ancien *Directorat général de la santé* devint le *Directorat général pour la santé primaire*, plaçant sous l'autorité des services médicaux de santé primaire les professionnels de santé publique ainsi que le personnel technique et administratif. Au niveau régional, le service de santé publique fut intégré à l'administration régionale de la santé, très souvent sous la responsabilité de personnes nommées faisant partie du giron politique, sans formation en santé publique. Au niveau local, comme nous l'avons mentionné, les centres de santé furent

soumis de plus en plus à l'influence du groupe professionnel dominant au sein du réseau de la santé, les praticiens généraux.

Les éléments de la santé publique dans les services de santé portugais peuvent être résumés de la façon suivante (figure 1):

Figure 1 — Intégration des services de santé publique et des soins médicaux de première ligne dans un service de santé national jumelée à l'émergence d'une carrière en pratique générale

Institutions de santé publique		Assurance sociale de soins médicaux de première ligne (santé primaire)
NIVEAU CENTRAL		
Avant 1977	Ministère des Affaires sociales Institut national de la santé (INS) École nationale de santé publique (ENSP) Directeurat général de la santé (Service de santé publique)	Ministère des Affaires du travail Fédération nationale de l'assurance sociale des services médicaux
Après 1984		Ministère de la Santé (ENSP) (INS) Service de santé national Directorat général pour les soins de santé primaire
NIVEAU RÉGIONAL (DISTRICT)		
Avant 1983	Bureau et services de santé publique de district	Assurance sociale des services médicaux de district
Après 1983		Administration régionale de la santé
NIVEAU LOCAL (MUNICIPAL)		
Avant 1983	Centres de santé	Cliniques pour patients ambulatoires
Après 1983	Apparition d'une carrière en pratique générale	Centres de santé intégrés

Aux fins d'une meilleure compréhension, nous examinerons le réseau de santé publique selon les trois différents niveaux.

Au niveau central, nous distinguerons trois éléments principaux dont le premier est le directeur général pour les services de santé primaire. Il a été pensé pour supporter le développement de l'administration de la santé régionale (pour les soins de santé primaire) et les centres de santé en matière de soins et services autant individuels que communautaires. Mentionnons ici par exemple l'éducation sanitaire, la santé scolaire, la santé maternelle et la planification familiale, la santé de l'enfant, l'hygiène environnementale, etc. Ce directeur coordonne aussi les services de santé mentale. Il joue un rôle important dans le développement de la carrière des praticiens généraux par le biais des instituts de pratique générale. Depuis 1984, alors que l'Institut d'assistance psychiatrique a été aboli, tous les services de santé mentale ont été placés sous la responsabilité de ce directeur général. Le but était de développer des organismes de santé mentale avec des racines dans la communauté, intégrés fonctionnellement aux services de santé primaire, aux hôpitaux et aux services sociaux, selon les termes mêmes des textes décrivant ces changements.

Le deuxième élément au niveau central est l'Institut national de la santé qui supporte et fait de la recherche et de la formation dans le domaine de la santé publique, depuis l'hygiène en matière de produits alimentaires jusqu'à la microbiologie de santé publique, l'épidémiologie, l'immunologie et la nutrition sans omettre la gestion des services de santé et le contrôle des risques en milieu de travail. Sa contribution au niveau de la coordination et de la supervision dans la formation infirmière est aussi à souligner.

Le troisième élément du niveau central est l'École nationale de santé publique. Elle a un rôle statutaire dans le développement de la carrière des médecins en santé publique car elle leur impose un cours d'un an en santé publique à l'intérieur des trois années de résidence. Elle joue un rôle semblable auprès des administrateurs d'hôpitaux qui doivent suivre un cours en administration hospitalière pour l'obtention d'un poste dans l'administration d'un hôpital et ce cours a une durée de 2 ans. Elle forme aussi les médecins d'industrie (une obligation légale pour détenir une position en médecine industrielle). Cette

école est un centre participant de l'Organisation mondiale de la santé pour le développement de la santé primaire en Europe.

Au niveau régional (ou district), nous mentionnerons ici l'administration régionale de la santé qui supporte le développement des centres de santé et s'acquitte aussi de services de santé publique comme par exemple l'hygiène environnementale ou certaines responsabilités en dehors de la structure des centres de santé comme l'inspection industrielle.

Au niveau local (ou municipal), le centre de santé dispense des services et programmes à l'individu et à la communauté tels que la santé scolaire et l'hygiène environnementale. Son personnel compte des praticiens généraux, des infirmières, un nombre plus restreint de spécialistes en médecine et un médecin de santé publique. Certains centres de santé plus importants possèdent un travailleur social. Il semble que le secteur de la santé publique, qui a joué un rôle majeur de porte-parole dans les débats qui ont précédé l'établissement d'un service de santé nationale et qui a aussi contribué à jeter les bases conceptuelles de ce même système, s'est affaibli lui-même lors de sa propre mise en marche. De façon plus précise toutefois, nous pourrions dire que *pour la seconde fois dans un très court laps de temps, c'est-à-dire en moins de 15 ans, le secteur de la santé publique a vécu une profonde réorientation dans ses rôles*. Au début des années 1970, toutes ses composantes étaient abritées au sein d'une structure de services de santé publique bien définie avec un niveau national, régional et local très clair. Au milieu des années 1980, il apparut évident que la santé publique se développerait dorénavant à plusieurs « niveaux » et « sites » du système de santé et donc en dehors du cadre général d'un service de santé publique. Ceci a posé la question de l'identité de la « santé publique » (qu'est-ce que la « santé publique » au Portugal aujourd'hui?) tout en offrant au même moment de nouvelles possibilités*.

* « Opened new opportunities for action » dans le texte original anglais.

Un exemple particulier : la santé maternelle et infantile

Durant « la période des centres de santé », l'ensemble des services curatifs et préventifs en santé maternelle et infantile (SMI) à l'inclusion de la planification familiale, a connu une expansion autant en termes de couverture de population qu'en termes de qualité. Ceci a été réalisé par le biais des équipes de SMI dans les centres de santé supportés par des programmes de SMI, eux-mêmes construits et orientés par le directeur général de la santé.

Entre 1970 et 1986, les taux de mortalité infantile, néonatale et périnatale ont été réduits de 58,0, 25,4 et 38,9 qu'ils étaient respectivement à 15,8, 10,7 et 18,2. Durant la même période, la mortalité maternelle a été divisée par sept et le pourcentage des accouchements sans assistance professionnelle est passé de 35 % à moins de 10 %.

Ces chiffres montrent combien « la période des centres de santé » a coïncidé avec une amélioration impressionnante des indicateurs de santé et des indicateurs d'utilisation des services. Ils soulignent aussi que les importantes modifications du rôle du secteur de santé publique telles que mentionnées plus haut ont pris place durant cette période accélérée de changements dans l'état de santé de la population portugaise.

La mise en place des structures d'un service de santé national et le développement de la pratique générale amenèrent deux gains évidents : le concept de médecin de famille et l'intégration efficace de toutes les ressources de santé primaire du secteur public sous la gouverne du centre de santé. Toutefois, des programmes tels que ceux en SMI à l'inclusion de la planification familiale et de la santé scolaire, semblent aujourd'hui avoir perdu du terrain dans les centres de santé si l'on considère 1) l'affaiblissement du leadership en santé publique au sein des centres de santé, 2) la diminution en termes relatifs du personnel infirmier avec une formation solide en santé publique, 3) l'utilisation de ce personnel pour ne supporter que la prestation de services des médecins et 4) le démantèlement des

équipes de santé maternelle et infantile à l'inclusion de la planification familiale et de la santé scolaire.

Le défi qui se pose aujourd'hui est de bâtir dans les centres de santé des mécanismes de support technique, organisationnel et de gestion qui pourront soutenir les objectifs et orienter les programmes de santé reposant sur la communauté dans des secteurs prioritaires pour le développement de la santé. Plusieurs arguments convaincants militent en faveur d'une telle position.

Dans une étude récente⁽¹⁾, qui faisait état des besoins non comblés en santé maternelle et en planification familiale, les conclusions montrent qu'approximativement 10 % des femmes qui ont participé à l'étude après leur accouchement n'avaient eu ou bien aucun soin prénatal ou bien une assistance nettement insuffisante pendant leur grossesse. Plus important encore, ce groupe semblait représenter des grossesses à haut risque, compte tenu des caractéristiques qu'il présentait.

Le rapport sur la planification familiale au Portugal⁽²⁾ indique qu'approximativement un tiers des femmes enceintes qui ont participé à cette étude présentaient des grossesses non désirées.

Un autre rapport récent⁽³⁾ qui faisait état d'une amélioration importante mesurée par les indicateurs de santé de l'enfant ces récentes années, s'inquiète de l'efficacité des services de santé dans ce domaine.

Finalement, une étude faite sur les besoins des adolescents portugais⁽⁴⁾ âgés de 14 à 18 ans rapporte qu'approximativement 9 % des adolescents qui ont été inclus dans l'étude étaient sexuellement actifs et n'utilisaient pourtant aucune forme de contraception.

La nécessité d'une approche de santé publique en profondeur face à des problèmes urgents comme ceux de la grossesse à l'adolescence, des enfants négligés, des difficultés d'apprentissage ou de la narcomanie, s'impose plus que jamais.

Une situation critique — la santé publique sans « un service de santé publique »

Il semble évident que le SSN portugais a développé la santé publique sans un service ou un secteur bien identifié comme étant celui de la santé publique. Ceci doit être considéré en définitive comme une conséquence directe de la logique intrinsèque d'un Service de santé national auquel le secteur de santé publique portugais avait pourtant contribué d'une façon aussi vigoureuse. Quoi qu'il en soit, lorsque les structures intégrées du SSN ont été mises sur pied, il n'y avait plus l'ombre d'un doute que non seulement « les activités de santé publique » à tous les niveaux allaient devenir moins influentes au sein de l'administration des services de santé, mais que l'ensemble « des perspectives de santé publique » suivraient la même voie. « Ce sentiment de dépossession » a été renforcé par l'existence d'une carrière-spécialité professionnelle médicale et infirmière en santé publique qui ne pouvait plus s'identifier à un secteur de services spécifique.

Il est dorénavant clair que cette situation critique ne se formule plus dans des termes tels que « comment rétablir un secteur de services de santé publique? » mais bien « comment stimuler une philosophie cohérente de santé publique, une politique de santé publique explicite, une action tangible de santé communautaire et le développement de la formation et de la recherche de façon continue en santé publique en l'absence d'un service spécifique à la santé publique? »

Nous croyons que certains stéréotypes fondamentaux* peuvent jouer un rôle crucial pour redéfinir la santé publique portugaise au sein d'un service de santé nationale et que ceux-ci commencent à réapparaître au sein de notre société. Nous en ferons brièvement l'analyse.

La nouvelle stratégie d'action en santé publique

La santé publique traditionnelle avait tendance à identifier « des problèmes de santé publique » et à adopter un comportement

* « Basic patterns » dans le texte original anglais.

organisationnel qui répondait à ces problèmes en offrant en contrepartie des services spécifiques dirigés vers l'environnement ou les individus. Cette façon d'apporter des réponses s'appuyait sur des stratégies d'interventions unidimensionnelles, simplistes et de nature mécaniste qui reposaient toujours sur le contrôle de l'expertise professionnelle en rapport avec le développement de la santé d'une communauté.

Une nouvelle philosophie de santé publique émerge à l'heure actuelle et elle repose davantage sur des stratégies d'action plus étendues, plus diffuses et multidimensionnelles centrées sur une meilleure répartition entre l'initiative individuelle, l'intérêt commun et un environnement positif, à l'inclusion, bien sûr, des services professionnels appropriés. Bâtissant ainsi un sentiment collectif face à l'importance de la santé, établissant des réseaux de développement ainsi que des espaces de communications micro-macro, voilà des instruments de « non-services » comme peuvent l'être les stratégies d'action de la nouvelle santé publique. Dans ces circonstances, le support d'une action de santé publique doit venir de plusieurs sources telles que le système d'éducation, les organismes de protection de l'environnement, les organisations culturelles et les municipalités, pour ne mentionner que celles-ci.

Un très bon exemple du développement de ces stratégies d'action de la nouvelle santé publique pourrait être la façon dont a évolué la prise en charge des grands problèmes de santé publique au Portugal (nommons ici l'incidence et la mortalité élevées liées aux maladies cérébro-vasculaires, elles-mêmes associées à la prévalence également élevée de l'hypertension au sein de la population). Au milieu des années 1970, alors que prenaient place les premières tentatives pour régler ce problème sur une base communautaire, une approche de détection de cas* par dépistages et traitements a été entreprise. Depuis les dix dernières années, dans un cadre où s'est développée une coopération entre le Directeur général de la santé primaire, l'Institut de cardiologie préventive, la Fondation portugaise de cardiologie, l'Institut national pour la santé et certaines administrations de santé régionale, une synergie s'est installée et l'em-

* « Case finding approach » dans le texte original anglais.

phase a été mise sur des styles de vie plus sains et sur la promotion de la santé, tout cela dans le contexte des programmes de l'Organisation mondiale de la santé en Europe connue sous l'acronyme CINDI*.

Un autre exemple que nous pourrions apporter est celui de la coopération entre la municipalité de Lisbonne, les services de santé municipaux et le regroupement des « Misericordias » de la même ville**, aux fins de lancer l'une des plus heureuses initiatives de santé publique en Europe, le projet « Villes en santé ».

Enfin, ces dernières années, on a tenté de résoudre le problème « égalité et santé » à partir de différentes perspectives, à la fois par des économistes de la santé et par des sociologues de la santé.

Associations de santé publique et réseaux

Il n'y a pas si longtemps, les professionnels de la santé publique considéraient leurs services et parfois même leurs institutions d'enseignement non seulement comme des balises pour assurer leur identité mais aussi comme des points de repère importants pour défendre leurs visées communes et leurs intérêts en tant que groupe. À l'heure actuelle, cela est en train de s'atténuer et le vide ainsi créé pave la voie à de nouvelles associations. Il y a donc une réelle possibilité que des associations ou des réseaux se préoccupent de problèmes de santé publique plus étendus qui feront appel à une participation multidisciplinaire plutôt que de répondre aux besoins et aux intérêts des spécialistes de la santé publique. Cela semble être le cas pour l'Association portugaise d'épidémiologie qui fut créée au milieu des années 1980.

La création plus récente de l'Association des médecins de santé publique en 1988 indique sans aucun doute un intérêt marqué

* « Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programmes » selon l'expression originale anglaise.

** « ...of the municipality of Lisbon, the Lisbon Health Administration and the Misericordias of Lisbon... » dans le texte original anglais.

pour les sujets hautement pertinents de santé publique tels ceux reliés à la santé et l'environnement ainsi que ceux qui appellent aux mécanismes de collaboration intersectorielle.

La formation postdoctorale en santé publique

Durant les années 1970 et le début des années 1980, l'entraînement postdoctoral en santé publique était conçu presque entièrement en fonction de professionnels qui travaillaient ou devaient travailler dans des secteurs bien précis. La formation plus récente, celle qui est par exemple offerte au niveau de l'École nationale de santé publique à Lisbonne, présente des changements dans deux directions particulières: elle s'adresse aussi à des professionnels qui ne sont plus considérés comme devant faire carrière en santé publique (par exemple des médecins généraux ou des médecins de famille) et elle offre une spécialisation dans des disciplines de santé publique telles que la gestion des services de santé, l'épidémiologie, la santé scolaire, etc. Bien plus, les facultés de médecine deviennent de plus en plus impliquées en matière de recherche et de formation postdoctorale en santé communautaire.

La gestion des services de santé

Cette vue globale des problèmes, des besoins communautaires et de la gestion des services et des programmes par une approche de santé publique continuera d'être essentielle pour le développement cohérent des systèmes nationaux de santé. «L'administration des ressources» purement et simplement sans aucun lien avec des considérations de santé publique ne mènera certainement pas à la mise sur pied de services de santé efficaces.

Dans la même veine, une contribution importante du secteur de la santé publique prend place actuellement à l'avant-scène des systèmes d'informations dans le domaine de la santé en introduisant par exemple des méthodologies de mesures de qualité au sein des services de santé primaire et des études qui mettent en lumière des façons plus efficaces d'allouer des ressources en matière de développement en santé primaire.

En guise de conclusion, nous pourrions affirmer que le Portugal est un participant à part entière du mouvement de la santé européenne par le biais de sa participation au Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé et par le biais également des projets du domaine de la santé déployés dans la Communauté économique européenne. Les experts de santé publique portugais ont été impliqués, tout spécialement durant les années 1980, dans un grand nombre de réseaux du sud de l'Europe : en santé primaire, en économie de la santé, en promotion de la santé et en santé maternelle. Un autre important point de convergence du système de santé publique portugais est celui qui s'est établi avec les pays africains d'expression portugaise. Les liens avec le Brésil, ce pays d'Amérique du Sud aussi d'expression portugaise, demeurent cependant plus limités à cet égard.

Le système de santé portugais et sa composante de santé publique ont été, sont et continueront d'être pour la prochaine décennie un terrain d'expérimentation si l'on considère les caractéristiques socio-économiques du pays, ses tendances démographiques et épidémiologiques, sa forte tradition de santé publique et le développement intéressant qui ont pu être observés durant les quinze dernières années.

Quelques données statistiques — Portugal

Superficie du pays	88 944 km ²
Population totale	9 665 000
Densité de population	109 hab. par km ²
Taux de natalité par 1 000 habitants	12,6
Population économiquement active (20-64 ans)	
hommes	2 431 000
femmes	1 618 000
Taux de chômage	10,9 %
Personnes âgées de 65 ans et plus	12,0 %
Espérance de vie à la naissance en 1980	
hommes	69,3 ans
femmes	76,8 ans
Mortalité infantile	
par 1 000 naissances d'enfants vivants	17,6
PNB per capita (en dollars américains)	2 020 \$US
Part du PNB consacrée à la santé	3,98 %
Dépenses de santé per capita en escudos	13 407 ESC
Taux d'inflation	19,3 %
Mode de rémunération des médecins	salariat
Population par médecin	408
Population par infirmière	453
Taux brut de mortalité	9,5 %
Principales causes de décès	
Maladies cérébro-vasculaires	25,0 %
Cancers	16,6 %
Maladies du coeur	16,2 %
Accidents	5,2 %
Maladies chroniques du foie	3,1 %

Références bibliographiques

1. DIRECTORATE GENERAL FOR PRIMARY HEALTH CARE, *Report on Unmet needs in Maternal Health and Family Planning — A joint Portuguese/WHO study (1985-87)*, 1988.
2. DIRECTORATE GENERAL FOR PRIMARY HEALTH CARE, *Report on the Education of Family Planning Activities in 1985*, 1988.
3. CARVELHO, M., « Child Health in Portugal — Trends in some Indicators », Rapport du Directeur général pour les soins de santé primaire, 1987.
4. CASTANHEIRA, J. L., « A Contribution to the Study of Health Needs of Portuguese Adolescent Development » (sous presse), 1988.

La médecine sociale
peut-elle remplacer
la santé publique
traditionnelle à l'intérieur
d'un système de santé
national?
Le cas de la Grèce

Anastas E. Philalithis

Introduction

Le développement des services de santé publique et des services de santé en général en Grèce doit être examiné dans le contexte d'une instabilité politique et de conflits armés, phénomènes qui ont marqué l'histoire de la Grèce moderne depuis 1821. La perspective historique fait ressortir que des efforts concertés en vue de l'organisation de départements de santé publique et du contrôle des maladies infectieuses ont été entrepris seulement à la suite de crises majeures (par exemple après l'afflux de réfugiés ou l'apparition d'une épidémie de dengue), ou encore en conjonction avec des mesures de développement économique (les années 1950). La volonté politique d'améliorer les soins hospitaliers et ambulatoires ne s'est fait sentir que récemment et l'insatisfaction grandissante de la population a mené en 1983 à l'adoption d'une loi créant un système de santé national (SSN). Le point crucial de cette réforme dont l'application fut retardée jusqu'en 1986, a été l'introduction de la notion d'une pratique médicale « à temps plein et exclusive » pour les médecins travaillant dans les services de santé de l'État, éliminant de ce fait pour ceux-ci la possibilité d'une pratique privée additionnelle. Par ailleurs, bien que la loi ne touche pas directement les départements de santé publique existants, ses dispositions prévoient la création de départements de médecine sociale à l'intérieur du SSN et pourraient paver la voie au développement d'une médecine préventive. Toutefois, pendant que l'on tergiverse encore autour des principaux règlements du SSN, les premiers jalons de la médecine sociale se sont limités à des discussions sur son rôle, ses fonctions et ses exigences en termes de formation. En 1987, la médecine sociale a été reconnue en tant que spécialité et les projets de mettre sur pied un premier département sont actuellement presque complétés. Mais il reste des questions non résolues sur l'avenir de cette branche de la médecine: est-ce que la nouvelle structure de carrière des médecins et les salaires seront suffisamment attirants? Est-ce que l'on saura éviter l'approche bureaucratique qui règne à l'intérieur du SSN? Est-ce que la médecine sociale saura établir des relations dénuées d'hostilité avec Le SSN? Est-ce qu'elle surmontera une possible résistance des spécialités cliniques à l'intérieur du SSN? Puisque l'avancement de la médecine sociale dépend

avant tout de la façon dont la prévention sera considérée, deviendra-t-elle une nécessité sociale, économique voire politique, étant donné l'augmentation du taux de mortalité causée par le cancer, les maladies dégénératives et les accidents? Le présent chapitre tentera d'amorcer une réflexion en ce sens en revoyant successivement l'organisation des soins et services de santé, ainsi que leur fonctionnement. Puis il étudiera plus particulièrement la structure des services de santé publique et leur fonctionnement, pour ensuite aborder l'interaction SSN — médecine sociale. La discussion reprendra en guise de conclusion les questions que nous avons évoquées plus haut et tentera d'analyser les conditions de succès et les difficultés face au développement de la médecine sociale.

Précisons d'abord quelques grands paramètres. Rappelons que la Grèce est une république de 9,9 millions d'habitants occupant un territoire de 131 957 km². Les agglomérations principales d'Athènes et de Thessalonique comprennent une population de respectivement 3 millions et 700 000 habitants. La plus grande partie du reste de la population est dispersée dans des régions montagneuses et les 141 îles faiblement peuplées. L'économie grecque se base sur des activités de différents secteurs: l'agriculture, le commerce (y compris une flotte navale parmi les plus importantes au monde), le tourisme et une industrie principalement légère.

Les indices de santé de la population sont bons (voir tableau 1): en 1984, l'espérance de vie était respectivement pour les hommes de 72,2 ans et de 76,4 ans pour les femmes. En 1984, la mortalité infantile était de 14,3 par mille naissances d'enfants vivants. Des données globales montrent également que la population vieillit, avec ses 13,3 % de 65 ans et plus en 1984, et que le taux de natalité est à la baisse, se situant à 12,7 par 1000 habitants en 1984.

Les dépenses totales pour la santé en Grèce ont été estimées en 1985 autour de 7,5 % du PNB. Les dépenses publiques ont considérablement augmenté pendant les 10 dernières années, passant de 2,4 % du PNB en 1975 à 5,23 % en 1985. Les dépenses privées ne peuvent qu'être estimées et considérées à peu près constantes pendant la même période, c'est-à-dire autour de 2,5 % du PNB.

Tableau 1 — Statistiques vitales et démographiques

	1938	1961	1971	1984
Population en millions	7,1	8,4	8,8	9,9
Taux de natalité par 1000 habitants	25,9	17,9	16,0	12,7
Taux de décès par 1000 habitants	13,2	7,6	8,4	8,9
Taux de mortalité infantile par 1000 naissances d'enfants vivants	99,4	39,9	26,9	14,3
Espérance de vie à la naissance (années)				
hommes	44,9*	67,3**	70,1***	72,2****
femmes	47,5*	70,4**	73,6***	76,4****
Population de 65 ans et plus (%)	5,9*	8,2	10,9	13,3

* 1928, ** 1960, *** 1970, **** 1980.

Sources: Service de la statistique nationale de Grèce, publications sériées.

Perspective historique

L'histoire de la Grèce moderne a débuté par la guerre d'indépendance de 1821. Le siècle suivant a été marqué par des tentatives de libération de populations grecques des territoires adjacents et une instabilité politique sous la monarchie^(2, 3). C'est dans ce contexte que s'est fait le développement des services de santé que nous pourrions qualifier de désorganisé et de mal coordonné. C'est en 1837 que l'on a créé une faculté de médecine à l'Université d'Athènes. À la même époque, quelques hôpitaux, surtout bénévoles, voyaient le jour et des caisses d'assistance mutuelle s'organisaient^(4, 5). Délaissant pour le moment l'établissement des services de santé publique qui seront décrits plus loin, nous concentrerons notre description sur les services cliniques.

Pendant la première partie du 20^e siècle, beaucoup d'institutions de l'État moderne ont été fondées dans une instabilité politique chronique alors que la classe moyenne cherchait à consolider son pouvoir politique⁽²⁾. Des exemples dans le do-

maine médical sont la création du ministère des Services médicaux en 1918 et les différentes caisses de sécurité sociale qui relèvent du gouvernement et qui assurent des groupes spécifiques de la population urbaine (des travailleurs d'une industrie, des travailleurs autonomes, des groupes professionnels^(4, 5)). À partir de 1934, l'Institut de sécurité sociale (IKA) réunissait toutes les caisses d'assurance des travailleurs et employés du secteur privé^(4, 5).

La Deuxième Guerre mondiale a été suivie d'une guerre civile qui a amené la défaite des communistes, entraînant avec elle une défaite de toutes les forces de gauche faisant en sorte que des gouvernements conservateurs ont pris le pouvoir et se sont succédé jusqu'en 1963. Un mouvement politique vers le centre-gauche fut étouffé en 1965 puis un coup d'État militaire en 1967^(2, 6) mettait la junte des colonels au pouvoir jusqu'en 1974. Pendant une période de 25 ans, une surveillance politique étroite de toutes les institutions publiques sévissait côte à côte avec une politique économique de « laisser-faire ». Une croissance économique forte et une urbanisation rapide imprévue ont été les résultats directs d'une politique favorable à l'entreprise privée alors que le gouvernement investissait dans des secteurs trop vastes ou non profitables, tels que l'électricité, les télécommunications et les routes. Une politique semblable s'est pratiquée dans le domaine de la santé⁽⁷⁾. Le gouvernement a lancé des campagnes couronnées de succès pour le contrôle des maladies infectieuses, il a réorganisé des services hospitaliers publics en 1953 et il a créé un réseau de 1500 dispensaires permettant d'offrir des soins médicaux à la population rurale⁽⁴⁾. Entre-temps, le secteur privé prospérait dans les régions urbaines où des hôpitaux privés à but lucratif se sont construits. Ces derniers ont souvent capitalisé sur des prêts des banques d'État et tous les médecins, y compris ceux à l'emploi des hôpitaux publics et des caisses d'assurance-maladie, y exerçaient une pratique privée. Les liens entre la sécurité sociale et le droit aux services de santé ont été raffermis par la mise en place d'autres caisses d'assurance-maladie couvrant des secteurs spécifiques, comprenant l'Organisation des assurances des paysans (OGA) créée en 1961. Il en est résulté un modèle de services fragmentés et des inégalités sociales et géographiques: les avantages

fournis par ces caisses sont différents selon l'influence politique et l'importance économique qu'ont des groupes qui sont couverts. Les employés de banque et les fonctionnaires ont des avantages plus substantiels que les travailleurs assurés par l'IKA, ou les paysans assurés par l'OGA⁽⁷⁾.

Après l'effondrement de la junte, le processus démocratique a été restauré et la monarchie rejetée par référendum. Entre 1974 et 1981, la Grèce a de nouveau été dirigée par des gouvernements conservateurs réussissant selon leurs objectifs majeurs à stabiliser la démocratie et à adhérer à la CEE (Communauté économique européenne) en 1981⁽⁶⁾. Mais ils n'ont pas adopté une politique sociale différente, bien qu'ils aient semblé reconnaître la nécessité d'un tel changement. Ainsi, en réponse à l'insatisfaction grandissante de la population face aux services médicaux d'alors, des propositions pour une réforme des services hospitaliers et des soins médicaux ruraux ont été annoncées, mais sans jamais être appliquées.

Lors des élections de 1981, le parti socialiste (PASOK) a gagné avec une grande majorité, à un moment où la population aspirait à un changement politique majeur, spécialement dans le domaine social⁽⁶⁾. Aussi le parti a-t-il procédé à plusieurs réformes sociales, parmi lesquelles une loi pour l'unification de tous les services de santé dans un système de santé national connu en Grèce sous l'acronyme ESY et ratifiée par le parlement en 1983⁽⁷⁾. Actuellement cette loi est partiellement en vigueur; elle comporte un potentiel important pour la reconnaissance de la santé publique dont nous présenterons les aspects les plus intéressants dans la section suivante.

Structure et fonction des services de soins de santé

Selon la loi sur le SSN, tous les services de soins de santé fournis par l'État doivent être réunis sous la responsabilité du ministère de la Santé, du Bien-être et de la Sécurité sociale (SBSS). En tant que premier pas vers l'unification des services, le Conseil central de santé a été créé en 1982. C'était l'organe central du ministère. Mais pour l'instant, seuls les hôpitaux

publics sont unifiés; les services ambulatoires des régions urbaines conservent encore leur structure ancienne sous forme de caisses d'assurance-maladie. Ces deux pôles importants du SSN, les services hospitaliers et les services ambulatoires, méritent d'être présentés séparément vu leur importance. Analysons d'abord les services hospitaliers.

Les services hospitaliers

Le nombre total de lits d'hôpitaux en Grèce était de 57 081 en 1984, dont 66 % dans des hôpitaux d'État et 34 % dans des hôpitaux privés à but lucratif. En accord avec la loi sur le SSN, les hôpitaux publics qui étaient sous la responsabilité d'autres ministères (à l'exception de ceux appartenant à l'armée et de deux hôpitaux appartenant à l'Université d'Athènes), ainsi que les hôpitaux bénévoles, fonctionnent maintenant sous la responsabilité directe du ministère de la SBSS.

Les hôpitaux d'État sont dirigés par un conseil d'administration, nommé par le ministre de la SBSS. Ce conseil comprend des représentants désignés par des autorités municipales et également des membres élus directement par le personnel des hôpitaux. En ce qui concerne les fonctions, chaque préfecture (population: 30 000 à 250 000) en dehors des grandes régions urbaines est desservie par un ou plusieurs hôpitaux généraux pouvant fournir uniquement des soins secondaires, car leur importance, leur équipement et leur personnel limitent l'éventail des possibilités. Les cas plus compliqués sont dirigés vers les hôpitaux plus importants des régions urbaines qui disposent généralement de facultés de médecine. Les patients se présentent souvent dans ces hôpitaux sans y être référés, avec comme résultat que les hôpitaux d'État sont surpeuplés et obligés d'utiliser des lits de fortune. Il existe deux raisons pour expliquer cette surutilisation. D'abord, il y a le fait que les hôpitaux privés à but lucratif sont, à l'exception de la demi-douzaine situés à Athènes, des petits organismes ne pouvant traiter que des cas de chirurgie mineure et offrir des soins à long terme. La deuxième raison est l'insuffisance, dans tous les hôpitaux, de consultations externes: l'admission de patients qui ont besoin

d'investigation est accrue et provoque des retards dans les départs de patients nécessitant un suivi.

La loi sur le SSN a prévu une meilleure organisation et coordination de ce réseau non officiel en divisant le pays en neuf régions sanitaires dont chacune possède son conseil régional de santé et son hôpital régional (soins tertiaires) qui en retour soutient l'hôpital général (soins secondaires) de sa région. La régionalisation n'a pas encore été appliquée, mais une augmentation du personnel médical dans les hôpitaux périphériques sous la loi SSN contribue à une décentralisation des services fournis.

Enfin, toujours d'après la loi sur le SSN, les médecins travaillant dans des hôpitaux publics ne peuvent plus pratiquer en privé. C'est ainsi que l'article de loi sur la pratique « à plein temps et exclusive » des médecins des hôpitaux dans l'institution à laquelle ils appartiennent, article en vigueur depuis le début de 1986, a suscité beaucoup de remous et nous en discuterons plus loin.

Les services ambulatoires

Les services ambulatoires sont surtout dispensés à partir de la centaine de caisses d'assurance-maladie. À l'exception de la Caisse des fonctionnaires qui est sous l'autorité directe du ministère de la SBSS, elles possèdent toutes leur propre conseil d'administration qui répond au ministère dont le degré de surveillance est variable. Les caisses fournissent des soins ambulatoires à l'aide de différents arrangements énoncés ci-après par un bref exposé traitant des quatre plus grandes caisses.

L'IKA, l'Institut de sécurité sociale couvrant les travailleurs et employés du secteur privé et leurs familles (40 % de la population), dirige ses propres services ambulatoires à l'aide d'un réseau de polycliniques fonctionnant avec des médecins salariés et à temps partiel. La TEVE, la Caisse des professionnels indépendants et des artisans (9 % de la population), emploie des médecins sur une base de capitation. La Caisse des fonctionnaires (8 % de la population) fournit des soins ambulatoires à l'aide de contrats avec des praticiens privés et un arrangement à

base d'honoraires. L'OGA, l'assurance des paysans couvrant 33 % de la population, ne possède pas ses propres services : ses assurés sont couverts par un réseau de 1500 dispensaires dirigés par le ministère et qui fonctionnent avec des médecins salariés faisant leur année de service obligatoire dans des régions rurales immédiatement après l'obtention de leur diplôme.

Un autre aspect des services ambulatoires, aspect particulier au milieu urbain, est celui des médecins travaillant avec les caisses, généralement des spécialistes que les patients consultent directement sans leur être référés au préalable. De plus, il existe cette habitude de chercher plusieurs avis médicaux, soit auprès des médecins salariés dans une polyclinique de l'IKA, soit auprès des praticiens privés travaillant avec des arrangements à base d'honoraires avec les caisses les plus riches. Cette habitude conduit souvent à un dédoublement des services. Quant aux régions rurales, ce sont les seules qui ne sont pas couvertes par des spécialistes. Mais le fait que la plupart d'entre eux sont des jeunes praticiens signifie qu'ils réfèrent tous les cas un peu plus compliqués à des hôpitaux ou des spécialistes de région urbaine.

La loi sur le SSN affecte aussi les services ambulatoires. Elle contient des dispositions pour la création de centres de santé fournissant une gamme complète de services de santé primaires à des bassins de population spécifiques. Ces centres, administrés par des conseils d'administration, deviendraient en quelque sorte les seuls responsables des soins de santé à caractère public de la région, facilitant ainsi l'intégration de services primaires et secondaires. On y emploie des médecins travaillant à contrat aux mêmes termes que ceux des hôpitaux.

Leur mise en oeuvre a commencé dans des régions rurales où l'on a construit 167 nouveaux centres de santé depuis 1983 — dont environ 90 fonctionnent actuellement au moins partiellement. 19 autres seront annexés à des petits hôpitaux et quand ils deviendront fonctionnels, les dispensaires disparaîtront et avec eux, l'année de service obligatoire en région rurale pour les jeunes médecins disparaîtra elle aussi. Pour des raisons qui seront discutées plus loin, des projets de développement de centres de santé en région ont été abandonnés.

Le développement des services de santé publique

Malgré le fait que le pays a dû faire face à des endémies et des épidémies depuis le début de son indépendance et aurait dû profiter de telles circonstances pour structurer ses services de santé publique, leur développement a été et est encore aussi désorganisé que celui des soins de santé⁽¹⁾.

En 1928, avant la fin de la guerre d'Indépendance, des « inspecteurs spéciaux de santé publique » ont été nommés sur trois îles pour le contrôle d'un foyer de peste. La durée de leur existence semble avoir été courte. Sous la monarchie bavaroise, des départements de santé publique ont été établis sous le ministère de l'Intérieur et dans les préfectures qui divisaient administrativement le pays (1833). On a également créé une « police médicale », plus tard remplacée dans chaque préfecture par des officiers de santé publique (Nomiatros). En 1845, une loi attribuait aux préfets la responsabilité de l'application des règlements sanitaires pour la surveillance des maladies infectieuses, la supervision des hôpitaux et pharmacies, et le contrôle de l'exercice légal de la médecine. Mais, à l'instar de la loi décrétant la vaccination obligatoire contre la variole en 1835, ces mesures n'ont été que faiblement appliquées. Après 1862, les départements de santé publique dans les préfectures ont cessé d'opérer ; seul celui du ministère de l'Intérieur a subsisté. Il a été chargé de prendre des mesures en cas d'apparition de problèmes aigus (comme par exemple les épidémies locales de peste en 1835, de choléra en 1854, de typhus en 1882) et d'imposer des mesures de quarantaine aux navires marchands. Le contrôle de la malaria, endémique dans le pays et sous la responsabilité du ministère des Communications, est un exemple de la désorganisation des services. Un effort systématique de contrôle de cette maladie basé sur l'éducation du public, des améliorations dans le domaine sanitaire et la distribution de quinine par l'État n'ont commencé qu'en 1905⁽²⁾.

La guerre des Balkans (1912-1913) a amené un afflux de réfugiés en Macédoine, suivi par des épidémies de choléra, de peste et de typhus. Le département de santé publique créé en Macédoine est devenu le précurseur du ministère des Soins médicaux, lequel, en 1918, a repris la responsabilité du secteur de la

santé qui relevait précédemment du ministère de l'Intérieur⁽⁹⁾. En 1922, devant l'afflux de 1,5 million de réfugiés d'Asie mineure, son nom a été modifié pour celui du ministère de l'Hygiène et du Bien-être social. Des départements de santé publique, dirigés par un officier de cette discipline, ont de nouveau été mis en place dans toutes les préfectures. Leurs efforts se sont portés vers les soins aux réfugiés et le contrôle des maladies infectieuses^(4, 9).

En 1928 une épidémie de dengue s'est déclarée en Grèce; 1,4 million de personnes sur un total de 6,2 millions ont été atteintes. Cette épidémie a servi de signal de départ pour la réorganisation des services de santé publique avec l'assistance de la Société des nations et de la fondation Rockefeller. C'est ainsi que l'École de santé publique d'Athènes qui formait ses officiers, des infirmières visiteuses et des employés chargés de l'hygiène, a pu être mise sur pied et inaugurée en 1931. À la même époque, la malaria représentait toujours un problème avec 1 à 2 millions de cas annuellement.

Au moment des efforts de reconstruction après la dévastation des années 1940, les départements de santé publique ont été réorganisés et un effort majeur pour contrôler les maladies infectieuses a débuté avec l'aide des États-Unis^(4, 10). Des unités mobiles ont sillonné la campagne. Leur but a été d'assurer la vaccination et les services de santé maternelle et infantile, de faire des recommandations sur l'approvisionnement en eau et sur l'élimination des déchets sans compter l'implantation des programmes d'éducation. Quelques polycliniques d'hygiène sociale de l'État (dont quatre ont été ouvertes en 1939) ont fourni dans les régions urbaines d'Athènes et de Thessalonique⁽¹¹⁾ des services similaires ainsi que des soins ambulatoires. Les autres villes de Grèce ont été directement desservies par des départements de santé publique.

Une campagne pour le contrôle de la malaria a débuté avec l'assistance de l'OMS^(8,12). En 1956, l'on entamait la dernière phase, celle de l'éradication, qui réduisit le nombre de nouveaux cas à son plus bas niveau en 1963. Les derniers cas au pays ont été rapportés en 1973.

Tableau 2 — Cas déclarés de certaines maladies infectieuses*

	1958	1971	1984
Diphthérie	2 432	78	rien
Malaria	2 214	60	51**
Typhus (murine)	5	rien	rien
Poliomyélite	940	3	rien
Tétanos	135	51	33
Fièvre typhoïde	2 123	409	132
Rougeole	14 088	12 341	1 200***
Coqueluche	7 445	8 412	1 504
Brucellose	493	1 496	514

* À l'inclusion des seuls cas déclarés au ministère de la Santé.

** Non indigène.

*** 23 753 cas ont été déclarés durant l'épidémie de 1983.

Source: ministère de la Santé, du Bien-être et de la Sécurité sociale.

Dans le but d'intégrer et de coordonner des services curatifs et préventifs dans la préfecture, de former du personnel pour l'exécution des programmes de santé, on a créé en 1959 un projet pilote dans la région de Larissa en Grèce centrale. Bien que ce projet ait été planifié avec un objectif de développement visant à couvrir les préfectures adjacentes, il n'a eu qu'un succès limité⁽¹³⁾ et a cessé d'opérer à la fin des années 1970.

Tous ces efforts ont porté fruit (tableau 2) et durant les années 1960, la poliomyélite, la tuberculose, et d'autres maladies infectieuses ont été contrôlées^(10, 14). Mais malheureusement, pendant les années suivantes, les services de santé publique ont décliné⁽¹⁰⁾. Trois facteurs ont probablement contribué à ce déclin: la montée de services curatifs qui assument un rôle prédominant dans le secteur de la santé, une carrière d'officier de santé publique qui a peu d'attrait car elle ne permet pas de faire de la pratique privée et limite par le fait même le revenu des praticiens, et enfin les départements de santé publique qui ont

maintenu leurs orientations, fonctions et activités d'une façon traditionnelle, alors que les maladies infectieuses cessaient de représenter un problème important. Cette incapacité des départements de santé publique de répondre adéquatement à la nouvelle situation est bien illustrée par le fait que leurs services environnementaux, qui avaient oeuvré beaucoup pour faire un succès de l'application des mesures sanitaires immédiatement après la guerre, ont été inaptes à prévenir ou à limiter la pollution atmosphérique grandissante d'Athènes⁽¹⁵⁾. Bien que l'étude des facteurs contribuant à la pollution ait débuté en collaboration avec l'OMS en 1973, les recommandations pertinentes qui en ont découlé sont demeurées largement ignorées. Aussi en 1980, la responsabilité du contrôle de la pollution a-t-elle été confiée à un nouveau ministère. Le fait également qu'en 1968, l'École de santé publique d'Athènes a à toutes fins utiles cessé de fonctionner représente une évidence additionnelle du déclin des départements de santé publique. L'école devait être réorganisée et inaugurée à nouveau en 1978⁽¹⁶⁾.

Structure et fonctions des services de santé publique

La structure des services de santé publique suit la division administrative du pays en 52 préfectures: ils sont sous la responsabilité directe du ministère de la SBSS de qui relève aussi l'École de santé publique d'Athènes. Dans chacune d'elles existe un Département de santé publique dirigé par un médecin hygiéniste*. Les juridictions d'un tel département sont très diversifiées:

- Il opère les dispensaires fournissant des services ambulatoires aux régions rurales de la préfecture;
- Il agit en tant que siège local de la Caisse des fonctionnaires, remboursant médecins, pharmacies, hôpitaux locaux, etc. pour les services rendus;

* « Public Health Officer » dans le texte original anglais.

- Il émet des permis de pratique en médecine générale et spécialisée, en chirurgie dentaire sur une base privée; il émet aussi des permis pour l'établissement de cliniques de radiologie et pour l'exploitation des sources thermales (médicinales);
- Il supervise les hôpitaux privés et publics, les pharmacies, les opticiens voire même les commerces dont les activités concernent la santé, tels que les restaurants, les cafés et les boulangeries;
- Il contrôle également l'approvisionnement en eau potable, les déchets domestiques et industriels ainsi que la qualité des plages;
- Il surveille l'apparition de maladies infectieuses et prend les mesures qui s'imposent;
- Il est responsable des services de santé dans les écoles et de l'éducation sanitaire;
- Il offre des services de vaccination aux enfants ainsi qu'aux adultes qui voyagent à l'étranger;
- Il s'occupe des problèmes de drogue et d'alcoolisme.

Il est clair que ces départements ont officiellement beaucoup de pouvoirs exécutifs, administratifs et réglementaires. Mais il est également évident pour tout observateur que la plupart de ces fonctions ne sont assumées que partiellement, vu le nombre limité d'employés qualifiés pour remplir toutes les tâches que nous venons d'énumérer sans compter celles qui n'ont même pas été évoquées ici. Aussi les services de santé dans les écoles se limitent-ils à la distribution des vaccins obligatoires. L'éducation sanitaire consiste uniquement en une distribution sur demande de brochures et dépliants du ministère. Les soins aux narcomanes sont à peu près inexistantes. Les tâches routinières bureaucratiques (comme l'émission des permis) ne peuvent évidemment pas être éliminées et elles tendent à accaparer les activités des départements de santé publique, ce qui influence l'image qu'on en a.

Enfin, il faut remarquer qu'une partie des activités de promotion et de protection qui ne sont pas prises en charge par le ministère est reprise par d'autres ministères ou organismes d'État. Malgré la création du ministère de l'Environnement en 1980 comme nous l'avons mentionné, il n'y a pas encore de résultats tangibles en ce qui concerne la pollution atmosphérique d'Athènes. Notons aussi la Loi sur la médecine du travail votée en 1985 (il n'y avait à peu près rien en médecine occupationnelle avant cette date) dont la responsabilité incombe au ministère du Travail, la campagne pour le port obligatoire de la ceinture de sécurité lancée par deux fois par les autorités routières, les initiatives prises par le Secrétariat à la jeunesse pour la santé des jeunes, etc. Mais toutes ces initiatives, aussi louables puissent-elles être, ne constituent pas un effort concerté et coordonné pour la promotion de la santé; il leur manque un but principal, une direction.

Bien sûr les indices de santé sont bons⁽¹⁷⁾ et les maladies chroniques n'ont pas atteint le niveau de certains autres pays industrialisés. Mais leur tendance est à la hausse (tableau 3) et, vu sous un autre angle en prenant le tabagisme comme indicateur avec toutes les réserves qui s'imposent, notons que la Grèce qui avait en 1982 le deuxième plus haut niveau de consommation per capita au monde voit sa situation aller en empirant.

Le système national de santé et la médecine sociale

Un courant de pensée favorable à la médecine sociale existe indubitablement. Ainsi, lorsque la loi sur la réforme des services de santé publique a été votée, elle contenait des provisions rendant possible le développement des services médicaux préventifs à l'intérieur du SSN notamment par la création et le développement des divisions de la médecine sociale. Mais la façon de procéder n'avait pas été spécifiée en détail retardant ainsi l'application de la loi jusqu'à ce que soient réglés tous les enjeux majeurs. La question considérée comme vitale pour le succès de toute la politique a été celle de séparer le secteur public du secteur privé et, encore là, particulièrement de

Tableau 3 — Taux de mortalité pour certaines causes spécifiques
(non ajusté et pour 100 000 de population)

	1938	1961	1971	1984
Tuberculose (toutes les formes)	116,6	17,8	8,4	2,5
Toutes les autres maladies infectieuses	212,5	15,4	10,3	4,6
Néoplasies respiratoires et des organes thoraciques	54,3	106,0	28,0	43,8
Toutes les autres néoplasies			106,4	134,1
Maladies ischémiques du coeur	33,3	67,8	84,3	97,1
Maladies cérébro-vasculaires	65,8	84,3	124,2	172,5
Toutes les autres maladies du système circulatoire	33,3	39,9	87,7	131,1
Diabète mellitus	4,9	10,3	22,8	38,8
Toutes les maladies respiratoires	252,8	51,1	59,5	50,7
Les accidents de véhicule moteur	ND*	5,7	11,8	22,1

* ND: non disponible de façon spécifique.

Sources: Service de la statistique nationale de la Grèce, publications sériées.

changer les conditions au contrat des médecins des services de santé publique. Étant donné l'importance de ces modifications contractuelles, nous élaborerons davantage sur cet aspect.

Comme mentionné précédemment, tous les médecins salariés, à l'exception de ceux à l'emploi des départements de santé publique, avaient le droit à une pratique privée. De tous temps, les médecins recrutaient leurs patients privés dans les hôpitaux publics ou dans les cliniques des caisses d'assurance-maladie ou, inversement, ils utilisaient les hôpitaux publics pour traiter leurs patients privés. Le conflit d'intérêts inhérent à cette habitude a fonctionné en faveur du secteur privé. Comme exemple on peut citer la pauvreté des équipements et installations pour les consultations externes dans les hôpitaux puisque ce rôle était maintenant joué par les bureaux privés. Si l'on ajoute à cela les ententes pour être rémunéré à l'acte dans ce que l'on pourrait appeler les caisses « privilégiées » et les contrats entre caisses et

hôpitaux privés, on constate que le système a été dominé par les lois du marché tout en étant subventionné par les fonds publics. Partout, les médecins se sont d'abord installés dans les régions urbaines où se trouve un marché pour la pratique privée, dans les spécialités que cette pratique favorisait particulièrement.

Il fallut donc prendre des mesures pour contrôler le secteur privé et il a été décidé entre autres choses de modifier les conditions au contrat des médecins en faveur d'une « pratique à temps plein et exclusive ». Cette nouvelle disposition prévue par la loi devait d'abord être appliquée dans les hôpitaux pour s'étendre par la suite aux centres de santé des régions rurales et urbaines. Cette décision fut de loin la plus controversée de toute la réforme^(17, 19, 20, 21) et bien qu'elle ait été accompagnée d'une augmentation substantielle de salaire, elle s'est heurtée aux difficultés que l'on pouvait prévoir. De plus, l'introduction de la réforme fut liée à une restructuration majeure des postes dans les hôpitaux afin de permettre une distribution plus rationnelle de la main-d'oeuvre médicale en fonction du nombre de lits et des besoins et afin de faciliter la création d'un service régional à triple entité*. On annoncerait les postes restructurés et on donnerait aux médecins la possibilité d'accepter ou de rejeter les nouvelles conditions prévues au contrat selon qu'ils solliciteraient ou non ces postes.

En termes politiques, la décision a suscité une confrontation majeure entre le gouvernement et une importante faction de la profession médicale, retardant ainsi l'adoption de la loi par le parlement et, par la même occasion, la mise en application des nouvelles dispositions. Des discussions sur des points spécifiques ont duré plus de deux ans. Ce n'est que lorsque le parti socialiste est revenu au pouvoir lors des élections de 1985 que le gouvernement a fait avancer les choses. Et c'est en janvier 1986 que les médecins ont assumé leurs nouvelles fonctions selon les termes « d'une pratique à temps plein et exclusive » dans les hôpitaux publics, exception faite du personnel médical des facultés de médecine. Cette catégorie de praticiens peut donc encore travailler en pratique privée.

* « Three-tier » dans le texte original anglais.

Une conséquence importante de ce grand débat sur les conditions de travail des médecins a été le report de la mise en commun des ressources financières de toutes les caisses d'assurance-maladie. La réforme des soins ambulatoires en région urbaine a aussi été mise en veilleuse, entraînant dans son sillage le maintien d'une pratique de la médecine inchangée.

Par ailleurs, la construction des centres de santé en région rurale est terminée depuis janvier 1986 et les postes sont annoncés aux mêmes conditions que ceux des hôpitaux. Mais il y a peu de candidats. Peut-être est-ce à cause de l'aversion des médecins à s'installer en région rurale ou, plus vraisemblablement, parce qu'il n'y a pas de raison de déménager pendant qu'il existe du travail dans les régions urbaines: il y a en effet de l'emploi, soit à plein temps dans les hôpitaux, soit à temps partiel dans les cliniques des caisses d'assurance-maladie.

Après avoir regardé l'état d'avancement des différents aspects de cette politique de mise en place du SSN et leurs interrelations, nous étudierons maintenant la médecine sociale. Il faut mentionner en premier lieu qu'à la suite d'une réorganisation des universités, des départements de médecine sociale ont été mis en place dans certaines facultés de médecine. On les a juxtaposés à des départements d'hygiène et d'épidémiologie existants ou créés de toutes pièces. En deuxième lieu, bien que la loi soit presque muette sur leurs fonctions et leur rôle, les divisions de médecine sociale à l'intérieur du SSN ont le même statut que les quatre autres divisions traditionnelles hospitalières (médecine, chirurgie, laboratoire, psychiatrie). Comme leur statut est dorénavant équivalent, ces divisions possèdent maintenant le potentiel pour former une partie importante du SSN.

Après l'adoption de la loi, le Conseil central de la santé a commencé à planifier le développement des divisions de la médecine sociale. Dans une résolution du Conseil en 1984, la médecine sociale est définie comme étant une branche de la médecine qui s'occupe des problèmes de santé des populations et de certains groupes en prenant en considération les aspects sociaux de la santé et des maladies. On a aussi défini que son champ d'action inclut l'épidémiologie appliquée, la santé envi-

ronnementale, la prévention des maladies infectieuses et chroniques, l'éducation sanitaire et la promotion de la santé, la santé au travail, la planification, l'évaluation des services de santé et les systèmes d'information.

En 1985, le Conseil central de la santé a organisé un atelier où les fonctions, l'organisation et les exigences académiques dans chacune de ces divisions de la médecine sociale ont été discutées davantage^(22, 23). Il a été proposé que ces divisions de la médecine sociale, bien que sises à l'hôpital, dirigent leurs activités et programmes vers la population desservie par l'hôpital, tout en travaillant en collaboration étroite avec les centres de santé offrant des soins de santé primaire. Tout cela avait pour but de leur permettre d'agir comme agent d'une meilleure intégration des services aux différents niveaux de soins, des services curatifs et préventifs et des services offerts à la communauté. Il a également été proposé que les divisions de médecine sociale n'aient ni pouvoirs exécutifs ni pouvoirs de contrôle, lesquels seraient toujours exercés par le département de santé publique qui en retour abandonnerait ses fonctions relatives à la prévention, à la santé environnementale, au contrôle des maladies infectieuses en faveur de la médecine sociale. Un programme d'entraînement de quatre ans incluant un stage clinique, ainsi que des cours théoriques et pratiques a été proposé pour des médecins désirant se consacrer à la médecine sociale.

La plupart des propositions faites lors de cet atelier ont été adoptées par le Conseil central de la santé et en mars 1987, le ministère a émis un décret reconnaissant la médecine sociale en tant que spécialité après un entraînement de quatre années. Actuellement, un comité du Conseil central de la santé travaille sur des aspects techniques spécifiques du programme de formation et sur l'organisation de ses divisions.

Discussion: les problèmes qui confrontent le SSN

La perspective historique présentée ici montre que l'État a pris des initiatives pour organiser des services de santé publique et

pour fournir des services ambulatoires et hospitaliers uniquement en cas de crises majeures ou encore pour des considérations économiques et politiques. Cette vision est supportée par les réalisations entre les deux guerres mondiales en réponse à des épidémies ainsi que par la campagne de 1950 pour contrôler les endémies. Cette campagne, faut-il le rappeler, coïncidait avec d'autres efforts déployés pour le développement économique du pays. Par ailleurs, la création de dispensaires dans les régions rurales (sous le contrôle du Département de santé publique) avait pour but de fournir des services dans des régions où le secteur privé n'avait pas répondu aux besoins existants.

La réforme de la santé de 1983 constitue aussi une réponse à une crise montante dans les services de santé et elle s'est initialement concentrée sur des régions en difficulté. Dans ce contexte, le travail accompli jusqu'à présent pour la création de divisions de médecine sociale par le Conseil central de la santé et le ministère de la SBSS doit être considéré comme une « approche douce ». Aussi longtemps que les efforts ont porté sur la question de savoir si les médecins accepteraient la nouvelle loi et si en quelque sorte le SSN prendrait son envol, il n'était pas question de forcer l'application de ce qui ne constituait que des clauses secondaires. Et, bien entendu, si la question des conditions de travail des médecins était importante pour le SSN, elle l'était encore plus pour la médecine sociale. Aussi longtemps que le revenu des médecins dans les hôpitaux publics était fonction de l'importance de leur pratique privée, la médecine sociale n'avait aucune possibilité de jouir d'un statut comparable aux spécialités cliniques. Depuis que le SSN a réellement démarré et que les perspectives de carrière (et de salaire) des médecins qui choisissent cette spécialité ne diffèrent plus de celles de leurs collègues cliniciens, on peut espérer que les divisions de la médecine sociale deviendront bientôt opérationnelles. Mais il subsiste encore des doutes sur ce point car l'expérience d'un recrutement difficile dans les centres de santé indique que les forces du marché traditionnel attirent encore les médecins vers des domaines lucratifs et vers les spécialités cliniques. Même s'il est encore trop tôt pour observer un changement des attitudes et des modèles établis de longue date, il est permis d'entrevoir un résultat favorable.

Tout optimiste que nous soyons, nous croyons que plusieurs problèmes devront être résolus avant que les divisions de médecine sociale ne deviennent viables et ne s'érigent en ardents défenseurs de la médecine préventive. La première difficulté est sans conteste dans le recrutement de médecins bien formés pour être les leaders dans ce domaine pendant la phase initiale et qui à leur tour prendront en charge la formation de cette génération de spécialistes à venir. Ces leaders devront passer outre à cette tradition d'une gestion bureaucratique des problèmes de santé qui prédomine actuellement au sein des départements de santé publique. La stratégie pour le développement des départements de médecine sociale devrait prendre ce point en considération et procéder soigneusement par étapes.

La deuxième difficulté est celle d'un conflit possible avec les départements de santé publique. On peut espérer que de bonnes relations de travail mettant l'accent sur la complémentarité plutôt que sur l'antagonisme s'établiront et que les départements de santé publique accepteront l'idée que le succès de la médecine sociale rehaussera le prestige et la position de l'ensemble de la médecine préventive.

La troisième difficulté est celle d'une résistance potentielle de la part des spécialistes traditionnels à l'intérieur du SSN. Si le SSN accepte que ni leur rôle, ni leurs fonctions, ni leurs budgets ne soient remis en question par la mise en place de services hospitaliers reposant sur les besoins de la population, on peut espérer que cette résistance ne sera pas trop importante. Dans ce domaine, c'est avec une extrême prudence qu'il faut progresser.

La quatrième difficulté est reliée aux conditions sociales et politiques et soulève la question suivante: « Est-ce que la société grecque est prête à accorder à la médecine préventive l'attention qu'elle mérite? » L'histoire nous a montré que cette dernière a gagné du terrain uniquement lorsque la santé publique avait des répercussions politiques, sociales ou économiques. Vu qu'il existe actuellement une certaine complaisance concernant l'état de la santé de la population tel qu'il est, concernant les effets nocifs de l'environnement contemporain

et concernant le style de vie moderne, nul doute que la médecine préventive aura de la difficulté à se faire reconnaître. Les divisions de la médecine sociale se développeront comme complément du SSN, lui-même incomplet, en fournissant quelques services préventifs, élevant occasionnellement la voix pour protester contre des conditions sociales, des problèmes environnementaux ou des styles de vie reconnus nuisibles pour la santé.

Si, d'un autre côté, on réalise que la mortalité due aux maladies chroniques et aux accidents de la route par exemple représente un problème ou si les coûts des services des soins de santé s'élèvent à des niveaux tels que la société les considérera inacceptables, alors l'attention du public, et par extension celle des politiciens, se tourneront vers la médecine préventive. Dans ce cas, la médecine sociale prendra toute sa signification et rayonnera dans les domaines comme l'éducation sanitaire et la promotion de la santé, ce qui fait grandement défaut à l'heure actuelle.

En terminant, nous aimerions insister sur le fait que les deux scénarios ne reposent que sur des hypothèses car aucune division de médecine sociale n'a commencé à fonctionner pour l'instant. Cependant ils ne sont pas fictifs, loin de là ; au moment où ces lignes seront publiées, le processus d'organisation d'un premier département de médecine sociale à l'intérieur du SSN sera peut-être déjà complété.

Quelques données statistiques — Grèce

Superficie du pays		131 957 km ²
Population totale	1984	9 895 801
Densité de population		73, 8/km ²
Taux de natalité par 1 000 habitants	1984	12,7
Population économiquement active (20-64 ans) les 2 sexes	1984	3,2 millions
Taux de chômage	1984	8,1 %
Population de personnes âgées		
65 ans et plus	1984	13,3 %
75 ans et plus	1984	5,4 %
Espérance de vie à la naissance		
hommes	1980	72,2 ans
femmes	1980	76,4 ans
Taux de mortalité infantile par 1 000 naissances d'enfants vivants	1984	14,3
PNB per capita	1984	2 984 \$US
Part du PNB consacrée à la santé (public 5,0 %, privé 2,5 %)	1985	7,5 %
Coûts de santé per capita	1984	210 \$US
Taux d'inflation	1986	16,9 %
Population par médecin	1984	351
Population par infirmier tous infirmiers	1984	660
Lits d'hôpitaux par 1 000 habitants		
total	1984	5,8
à l'exclusion des lits en neuro-psychiatrie	1984	4,4
Taux brut de mortalité	1984	8,9
Principales causes de décès		
maladies du coeur		25,7 %
cancer		19,9 %
maladies cérébro-vasculaires		19,3 %
maladies respiratoires		5,8 %
accidents		5,0 %

Références bibliographiques

1. YFANTOPOYLOS, J.N., « Health Care Expenditures in Greece and in the O.E.C.D. Countries », dans *Arch. Hellen. Med.*, 1, 1984, pp. 506-515.
2. SVORONOS, N.G., *Histoire de la Grèce moderne*, Paris, Presses universitaires de France, 1972.
3. KOUMOULIDES, J.T.A., (éd.), *Greece in Transition: Essays in the History of Modern Greece, 1821-1974*, Londres, Zeno, 1977.
4. MASTROYANNIS, I., *History of Social Welfare in Modern Greece (1821-1960)*, Athènes, 1960.
5. LADA-HATZOPOULOU, A., « Public Health, Medical Care in Greece: Historical Evolution, Present Problems », dans *Synchrone Themata*, 3, 1978, pp. 3-15.
6. TZANNATOS, Z., « Socialism in Greece: Past and Present », dans TZANNATOS, Z., (éd), *Socialism in Greece: The First Four Years*, Gower, Aldershot, 1986, pp. 3-23.
7. PHILALITHIS, A.E., « The Imperative for a National Health System in Greece in a Social and Historical Context », dans TZANNATOS, Z., (éd), *Socialism in Greece: The first Four Years*, Gower, Aldershot, 1986, pp. 145-168.
8. BRUCE-CHWATT, L.J. et J. ZULUETTA, *The Rise and Fall of Malaria in Europe*, Oxford, Oxford University Press, 1980.
9. COPANARIS, P., *The Public Health in Greece*, Athènes, Chronopoulos, 1933.
10. VALAURAS, V.G., *Personal and Public Health*, Athènes, Evgenides Institute, 1979.
11. VIOLAKI, M. et T. STEFANOÛ, « The Activities of the 8 State Health Centres in the Area of Attica during 1946-1965 », dans *Mat. Med. Greca*, 8, 1980, pp. 263-274.

12. AVRAMIDES, D. et al., « Malaria in Greece during 1976-1978 », dans *Hippocrates*, 17, 1979, pp. 163-166.
13. CENTRE FOR PLANNING AND ECONOMIC RESEARCH, *Development Plan 1976-1980: Health-Report of a Working Group*, Athènes, 1976.
14. STEFANOUCI, T., « Preventive Medicine and Ministry of Social Services », dans *Hellenic Armed Forces Med. Rev.*, 14, 1980, pp. 59-68.
15. MARKANTONATOS, G., « Environmental Pollution in Athens Area », dans *Hellenic Armed Forces Med. Rev.*, 14, 1980, pp. 39-57.
16. PAPADAKIS, I., « Speech Delivered on the Occasion of the Reinauguration of the Athens School of Public Health », dans *Arch. of Hygiene*, 129 (1-6), 1979, pp. 43-49.
17. KOGEVINAS, M., « Health Problems of Greeks Today », dans *Synchrone Themata*, 29, 1986, pp. 17-26.
18. « Recent trends in Tobacco Consumption », dans *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 252, 1984, pp. 23-24.
19. VATOPOULOS, A. et Y. TUUNTAS, (éd.), *Health, Society, Politics: The symposium of « ANTI » on the National Health System*, Athènes, Polytypo, 1985.
20. PETROCHILOS, G., « Comment on a National Health System in Greece », dans TZANNATOS, Z., (éd.), *Socialism in Greece: The first Four Years*, Gower, Aldershot, 1986, pp. 169-173.
21. PINEAULT, R., « Departments of Social Medicine in Hospitals: functions, organization, personnel profile and educational needs », Document de travail préparé pour un atelier à Athènes, du 4 au 8 mars 1985, OMS (Europe), janvier 1985.
22. PINEAULT, R., « Workshop Report on the Establishment of Social Medicine Divisions in Hospitals », Central Health Council, Athènes, 4-8 mars 1985.

Modernisation médicale au Mexique: paradigmes, État et marchés du travail

Julio Frenck

Introduction

Ce chapitre tentera de faire le lien entre le développement des institutions médicales modernes du Mexique contemporain et certains changements sociaux comme l'intervention grandissante de l'État dans les soins médicaux et le développement du marché du travail; ces éléments ont finalement amené un sous-emploi parmi la profession médicale alors que d'importants segments de la population n'ont pas encore accès aux services de santé.

En réponse aux contradictions du modèle dominant de soins médicaux hospitaliers spécialisés, un nouveau paradigme a commencé à apparaître. Il prend racine dans les soins primaires et fait partie d'une réforme globale commencée depuis la fin de 1982 et comprend la reconnaissance d'un droit social aux soins médicaux ainsi qu'un sérieux effort pour la décentralisation des services du niveau fédéral jusqu'aux niveaux des États et encore plus bas. Une partie de sa base conceptuelle et organisationnelle est une définition moderne de la santé publique en tant qu'application des sciences biologiques, sociales et administratives à l'analyse des processus de santé de populations humaines et de l'organisation de services de santé globaux pour des populations définies.

Nous espérons que l'analyse « intégrée » présentée ici aidera à la compréhension de la dynamique complexe qui caractérise les modèles de soins médicaux dans le monde. Cette analyse abordera des perspectives de comparaisons internationales.

Problématique

La médecine vit actuellement un paradoxe important au Mexique: 1/8 de la population, soit presque 10 millions de personnes, n'ont pas accès aux services médicaux⁽¹⁾, pendant qu'environ 13 500 médecins sont sans emploi ou sous-employés dans les plus grandes villes⁽²⁾. Cette situation ne relève pas du hasard. Au contraire, elle provient du « modèle de développement médical »⁽³⁾ que le pays a choisi. Si l'on veut corriger le déséquilibre qui lui est inhérent, il faut d'abord examiner ses caractéris-

tiques historiques fondamentales. Une telle analyse montre une interaction étroite entre trois processus : l'implication croissante de l'État dans l'organisation des soins de santé, les changements qualitatifs et quantitatifs du marché médical et l'émergence de paradigmes alternatifs de soins de santé modernes.

Pour introduire le cadre général de cette analyse, ce chapitre entame une discussion sur la façon dont la santé publique a évolué pour s'ouvrir à une définition plus globale. Ensuite, nous offrons un bref aperçu historique du système médical mexicain. Bien que les efforts de développement d'un système « moderne » datent du début de la colonisation, notre recherche met l'accent sur la période après 1958 car les contradictions entre les trois processus mentionnés plus haut sont devenues plus préoccupantes à cette époque. Nous insistons sur des problèmes de main-d'oeuvre, en particulier le sous-emploi et le chômage parmi la profession médicale. Dans la dernière section, nous examinons les efforts entrepris au cours des années 1980 pour réformer l'organisation du système de santé et pour introduire un nouveau paradigme à partir des soins de santé primaires.

Définition de la santé publique

Le terme « santé publique » est ambigu. Au cours de son histoire, il a connu trois connotations particulièrement évidentes. La première relie l'adjectif « publique » à une action gouvernementale, c'est-à-dire au secteur *public*. La deuxième identifie santé publique à des services environnementaux ou non individualisés. La troisième est plus étendue ; elle inclut la deuxième mais comprend également des services de santé personnels de nature préventive (par exemple des programmes de santé maternelle et infantile). De plus, il existe des associations entre ces différentes définitions. Dans beaucoup de pays industrialisés, le secteur privé a tendance à fournir une grande partie des services curatifs* personnels, tandis que le secteur public assume la responsabilité des services non individuels et préventifs. Cette tendance a renforcé la notion de santé publi-

* « Therapeutic services » dans le texte anglais original.

que en tant que sous-système séparé des services offerts par l'État et d'emblée parallèle au courant principal de médecine curative de haute technologie.

Dernièrement, une vue plus globale de la santé publique est apparue. Selon cette tendance, l'adjectif « publique » ne signifie pas un ensemble particulier de services ou une forme privée-publique, mais fait référence à un niveau spécifique d'analyse, c'est-à-dire à une analyse par rapport à une population. Contrairement à la médecine clinique opérant à un niveau individuel et à la recherche bio-médicale opérant à un niveau encore plus restreint, la santé publique adopte une perspective basée sur des groupes d'individus, voire toute une population. Et cette dernière perspective propose deux applications particulières, un champ d'investigation et un terrain d'action.

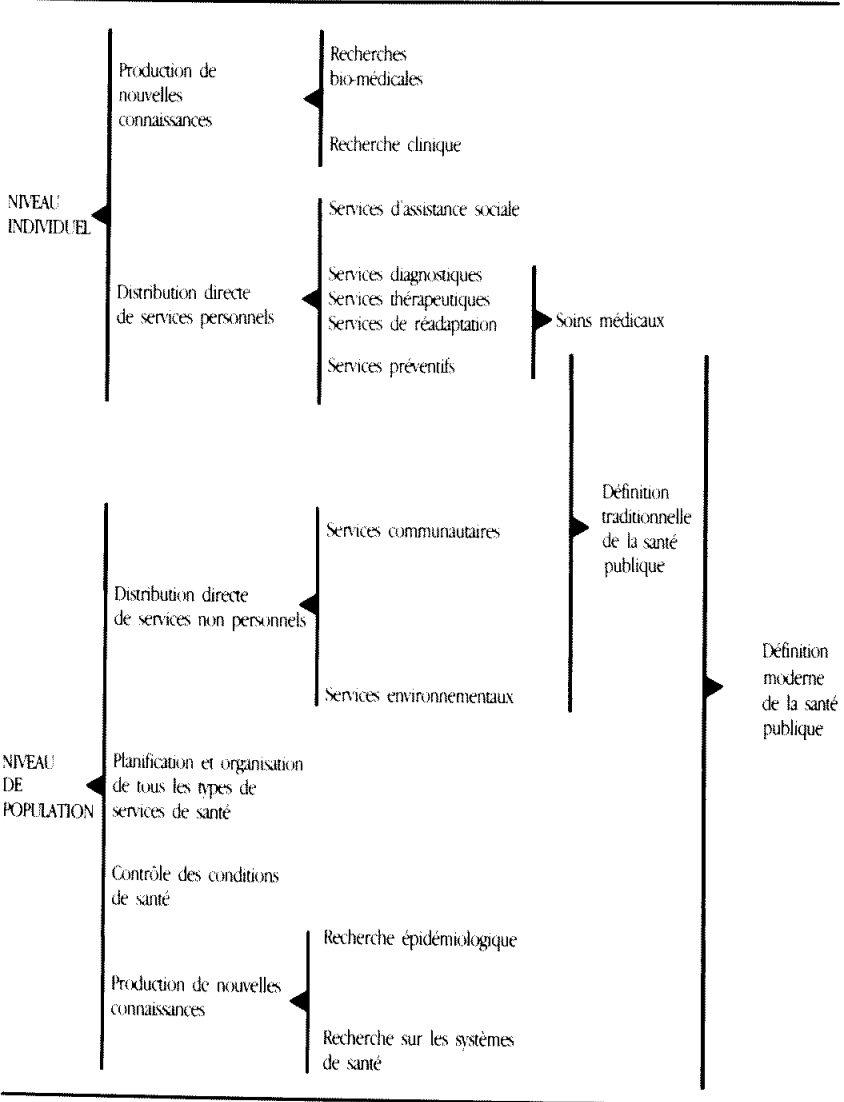
En ce qui concerne le champ d'investigation, la santé publique peut être vue comme l'application pratique des sciences biologiques, sociales et administratives dans le but de comprendre les phénomènes de la santé des populations humaines.

À partir de là, elle comporte deux objectifs majeurs d'analyse: d'une part l'étude épidémiologique des *conditions* de santé des populations, d'autre part l'étude de la *réponse* sociale organisée à ces conditions et particulièrement la façon dont une telle réponse est structurée dans le système de soins médicaux⁽⁴⁾.

Relativement au terrain d'action, le concept moderne de santé publique va au-delà des dichotomies fragmentaires, telles que services personnels contre services environnementaux, préventifs contre curatifs, publics contre privés. Il fait plutôt référence à l'organisation de services de santé globaux sur une base de population. Ainsi sa raison d'être est la santé de la population. Elle comprend « l'organisation du personnel et des ressources afin de fournir tous les services de santé nécessaires à la promotion de la santé, la prévention des maladies, leur diagnostic et traitement ainsi que la réadaptation physique, sociale et professionnelle »⁽⁵⁾. On constate donc que la santé publique dépasse le concept plus étroit de soins médicaux, non pas à cause de ses aspects techniques et interpersonnels tels que fournis aux individus dans le milieu clinique, mais à cause de sa

dimension organisationnelle par rapport à des groupes définis de fournisseurs et de clients (voir tableau 1).

Tableau 1 — Typologie des services médicaux



Un facteur majeur relié à l'apparition de cette vision globale de la santé publique a été la participation croissante de l'État dans le financement et la réalisation de tous les types de services de santé. Toute limitation initiale du secteur public dans les services environnementaux ou préventifs a effectivement été dépassée dans la plupart des pays du monde depuis que l'État a commencé à assumer un rôle de « leadership » dans les différents types de soins et services de santé, y compris dans les soins médicaux individuels. En fait, la majeure partie des ressources actuellement utilisées par le secteur public dans presque tous les pays est allouée aux services curatifs individuels fournis, soit par l'entreprise privée, soit par le personnel à l'emploi du gouvernement.

Dans le cas du Mexique, l'État a été la plus importante force de développement d'un système de santé moderne. Dans ce processus, les soins médicaux occupent une place disproportionnée. Pour cette raison, notre analyse traite davantage des soins médicaux: telle est la contribution du Mexique à cet ouvrage sur la santé publique. Nous devons pour ce faire rappeler brièvement le contexte historique. Nous pourrions ainsi examiner dans la dernière partie de quelle façon une perception plus globale de la santé publique a trouvé son application dans notre pays.

Contexte historique

La place de la médecine traditionnelle

Au moment de la conquête espagnole en 1521, la civilisation aztèque disposait déjà d'un système de santé bien développé. On peut supposer qu'en aucun moment la médecine européenne de cette époque n'a disposé d'un avantage par rapport aux pratiques utilisées par les indigènes. Dans une bataille culturelle qui avait pour but d'affirmer la domination économique, politique et militaire des Espagnols, le fait que ces pratiques faisaient partie intégrante de la religion indigène rendait leur destruction nécessaire.

Il est évident que la conquête médicale du Mexique ancien n'a jamais été totale. Des croyances et des pratiques traditionnelles ont continué à jouer un rôle crucial pendant la plus grande partie de la période coloniale. Et elles continuent aujourd'hui d'influencer les soins de 8 à 10 millions d'« Amérindiens » survivants ainsi que ceux d'autres populations rurales. Ces tentatives évidentes datant du début de la colonisation font que les croyances et pratiques traditionnelles représentent un élément moins important dans les soins de santé contemporains du Mexique que dans ceux d'autres pays.

Il faut également se rappeler que le Mexique a été le berceau de la médecine européenne dans l'hémisphère occidental. C'est au Mexique que le premier cours de médecine a été donné, que le premier hôpital a été bâti et que le premier livre de médecine a été imprimé.

Pour ces raisons, le but principal de la modernisation de la médecine au Mexique n'a pas été de défaire la pratique traditionnelle, bien que ce point reste un problème important et controversé. Pour la plus grande partie des soins de santé, la modernisation a signifié une succession de paradigmes compétitifs à l'intérieur de la médecine européenne. Étant limité dans l'analyse pour des raisons pratiques, nous nous concentrons sur l'un d'entre eux, soit « la médecine scientifique ». Étudions le déséquilibre que son introduction a produit, puis voyons la naissance d'une autre possibilité.

La mise sur pied des premières institutions

La semence d'une médecine moderne et scientifique a germé au Mexique vers les années 1920. Après plus d'un siècle de guerres civiles et à travers les guerres d'indépendance (1810-1821), la réforme (1858-1867) et la révolution (1910-1920), les conditions étaient réunies autour d'un État postrévolutionnaire pour s'attaquer sérieusement à une reconstruction économique, culturelle et scientifique. En 1924, les premières unités spécialisées de la cardiologie, de gastro-entérologie et d'urologie ont été créées à l'hôpital Général du Mexique. Pendant les années 1940, des instituts nationaux de pédiatrie, de cardiologie, de

nutrition et de médecine interne ont été établis. En 1943, le gouvernement fédéral a fondé le ministère de l'Hygiène et de l'Assistance publique et l'Institut mexicain de la sécurité sociale. Le premier avait la responsabilité d'organiser des services environnementaux et préventifs pour toute la population et de procurer un minimum de services aux communautés rurales. Le deuxième devait fournir des soins aux ouvriers des usines qui se développèrent rapidement.

La création d'institutions pendant la première moitié du 20^e siècle a fait apparaître une forme radicalement nouvelle de conception, d'organisation et de pratique de l'enseignement de la médecine. Dans ce processus, l'État a assumé un rôle primordial de modernisation en introduisant des changements fondamentaux dans le marché du travail médical et dans la cristallisation du nouveau paradigme de la santé. Cela s'est fait par le système d'éducation médicale. Ces changements sont devenus évidents vers 1958. Voyons-en l'évolution.

Le système de santé moderne*

Le rôle de l'État

Les années 1958 à 1967 ont vu une transformation inégalée du système de soins au Mexique à travers une expansion marquée du secteur public. Comme le fait remarquer Donnangelo⁽⁸⁾, elle s'exprime autant quantitativement que qualitativement. Sur le plan quantitatif, elle implique une augmentation dans le volume des services offerts en consacrant davantage de ressources aux soins de santé et en élargissant la couverture de la population. En ce qui concerne la qualité, une augmentation de l'intervention de l'État entraîne en général une redéfinition des paradigmes existants de la pratique médicale. Comparée à la formulation classique du Kuhn⁽¹⁰⁾, notre usage du terme paradigme se veut plus large, signifiant pour le domaine spécifique de soins un modèle idéologique de forme, de contenu et d'organisation

* Cette section s'appuie, avec des modifications, sur des parties de mon article « La atención médica, la enseñanza de la medicina y el mercado de trabajo para los médicos: el internado en México », qui a paru dans « Educación Médica y Salud », vol. 18, no 4, 1984, pp. 329-343.

que prend le travail médical, c'est-à-dire l'éventail de règles qui dictent normativement les façons dont les ressources humaines et matérielles devraient être utilisées pour pouvoir produire les types idéaux de services médicaux. L'État est une des sources fondamentales de ces règles puisqu'il représente un agent majeur de rationalisation et de modernisation.

Le nouveau paradigme, à la fin des années 1950 et au début des années 1960, qui a accompagné l'expansion de l'intervention de l'État fut celui de la « médecine scientifique »⁽¹²⁾. Il s'exprime à travers un mode très rationnel de la pratique médicale s'appuyant sur la division du travail selon certaines spécialités. Il évolue préférentiellement dans la structure centralisée d'un hôpital. Il trouve son cadre institutionnel dans une organisation appartenant à et financée par l'État offrant un haut niveau de ressources technologiques et administratives. En effet l'État mexicain a changé, entre 1958 et 1967, les définitions fondamentales concernant le genre d'endroits* où les soins médicaux seraient surtout fournis, le genre d'activités déterminant le caractère du travail médical et le genre d'institutions dirigeant la production des services médicaux.

D'abord, en ce qui concerne les endroits, il y eut un net déplacement de la pratique ambulatoire vers la pratique hospitalière. Par exemple, le nombre d'unités de soins médicaux avec des lits appartenant à l'Institut mexicain de la sécurité sociale a augmenté de 63 % en 5 ans, soit de 1959 à 1964. Le nombre total des lits a doublé pendant cette même période. Parallèlement, le ministère de l'Hygiène et de l'Assistance publique a augmenté le nombre de ses hôpitaux de 238 en 1959 à 731 en 1964. La prédominance grandissante de l'hôpital a été incarnée par la construction de grands centres médicaux regroupant différents hôpitaux spécialisés⁽¹³⁾.

En ce qui concerne les changements dans les types dominants d'activités, il y eut un mouvement s'éloignant de la pratique générale vers la spécialité. Comme indiqué plus haut, cette tendance a commencé pendant les années 1940 quand plusieurs hôpitaux spécialisés et semi-autonomes ont été ouverts.

* « Sites » dans le texte anglais original.

Pendant la période d'expansion rapide de l'intervention de l'État, le rôle de la spécialisation comme principe d'organisation de la production des services médicaux s'est affirmé. Ce processus a été rendu visible par la création de centres médicaux tertiaires et par l'extension des programmes de résidence* qui ont été implantés dans presque tous les hôpitaux du Mexique pendant les années 1950. Ainsi, la proportion de généralistes par rapport aux spécialistes travaillant pour l'Institut de la sécurité sociale du Mexique a diminué de 1,75 en 1961 à 0,93 en 1975⁽¹¹⁾.

Enfin, la domination relative de différents types d'institutions fournissant des soins médicaux a également changé. D'abord, *l'État est devenu la source principale de régulation et de production du marché médical* devançant ainsi le secteur privé en termes de couverture de la population et de volume de services offerts. Et à l'intérieur du secteur public, le système de sécurité sociale a commencé à acquérir une position centrale aux dépens des institutions d'assistance publique.

Ce processus a accentué la diversité du système des soins médicaux mexicains; ainsi les services privés se sont uniquement adressés à une classe privilégiée capable de les payer. En 1986, à peine 5 % de la population n'utilisait que les services privés. Il faut malgré tout noter que le secteur privé joue d'autres rôles dans le système. Il représente par exemple une « soupape de sécurité » pour les institutions de sécurité sociale en fournissant à une minorité de bénéficiaires une partie des soins médicaux. Un autre rôle important joué par ce secteur est celui des services de première ligne** offerts à travers un vaste réseau de pharmacies. De plus, la plupart des compagnies pharmaceutiques et médicales appartiennent au secteur privé.

Malgré ces influences du secteur privé, il faut constater qu'à cause des changements fondamentaux dans la structure du système de soins de santé, datant de la fin des années 1950, le secteur public apparaît comme la force dominante. Mais le secteur public a également connu une dichotomie: les insti-

* Programmes d'internat en Europe (N.D.L.R.).

** « First contact services » dans le texte anglais original.

tutions de la sécurité sociale, disposant de ressources importantes, se sont occupées de cols bleus et blancs dans les régions urbaines, tandis que les organisations d'assistance publique se sont vu confier la responsabilité de la santé de la population rurale et des pauvres des villes, avec des ressources limitées⁽¹⁵⁾. Pour n'apporter qu'un exemple, les dépenses per capita en 1986 ont été 3,5 fois plus élevées pour le sous-système de la sécurité sociale, couvrant la moitié de la population nationale, que pour le secteur d'assistance publique prenant soin d'un tiers des Mexicains. Parallèlement, il y avait 40 % de moins de lits d'hôpitaux pour mille habitants chez la population non assurée que pour la population assurée⁽¹⁶⁾.

Pourquoi la sécurité sociale est-elle devenue la forme dominante de l'intervention de l'État pour les soins médicaux? Un facteur important semble avoir été une série de 70 grèves affectant le pays en 1958. Comme réponse à un tel niveau d'agitation ouvrière, l'État a étendu les bénéfices sociaux, y compris les soins médicaux. En effet, les concessions dans le domaine de la sécurité sociale ont été les outils utilisés pour restaurer la paix sociale⁽¹⁷⁾. Exactement de la même manière que l'assistance publique a représenté pendant ses premières années un moyen de légitimation pour le régime naissant de la révolution mexicaine, la sécurité sociale a constitué la réponse de l'État aux réalités changeantes de l'urbanisation et de l'industrialisation: l'État avait besoin d'une force de travail saine et productive. De plus, la sécurité sociale couvrait des populations spécifiques, bien définies, ce qui lui conférait un caractère particulièrement compatible avec la structure mexicaine corporatiste de représentation des intérêts⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

À cause des facteurs susmentionnés et grâce à sa politique protégée et distincte de financement, le système de sécurité sociale mexicain a été capable de fournir les plus hauts niveaux des ressources administratives et techniques, les mieux adaptées à l'institutionnalisation du paradigme de la médecine scientifique au Mexique.

Le marché du travail médical

Le développement rapide de l'intervention de l'État dans le domaine des soins médicaux entre 1958 et 1967 a nécessité

deux changements dans le domaine médical: premièrement une augmentation quantitative en besoin de main-d'oeuvre et deuxièmement une réorientation qualitative des formes dominantes du travail médical et pour cette raison, de nouvelles compétences. Le système d'éducation médicale existant pouvait répondre convenablement à la dernière exigence, mais non à la première.

Sur le plan de la qualité, une réforme majeure de l'éducation médicale a révisé les structures du cursus dans le but de mieux les adapter à une pratique hospitalière et spécialisée. Avant cette réforme, la plupart des écoles de médecine du Mexique maintenaient un cursus dont la partie clinique (après deux années de sciences de base) était encore très influencée par la tradition française. C'était un enseignement clinique général de trois années, surtout axé sur une distinction entre phénomènes internes (c'est-à-dire médicaux) et externes (c'est-à-dire chirurgicaux) non spécialisés. Le besoin d'un entraînement pratique était rempli pendant la sixième année d'études par un « *practicum* ». Mais ce dernier n'était qu'une activité à temps partiel à raison de quelques heures dans différents hôpitaux après les cours et quelques gardes de nuit à l'occasion chaque semaine. Une autre manière de se familiariser directement avec la pratique médicale était la possibilité de devenir assistant d'un médecin établi, sans reconnaissance officielle toutefois. Tout cela a été changé en 1960 quand l'Université nationale du Mexique a formellement approuvé le nouveau plan d'études de l'École de médecine, introduisant une organisation de cours cliniques basée sur l'étude spécialisée de chaque organe ou système. La sixième année de ce nouveau cursus était entièrement consacrée à l'internat, obligeant les étudiants pour la première fois à consacrer une année complète au travail hospitalier avant d'obtenir leur diplôme médical⁽¹⁴⁾.

L'internat a permis aux futurs médecins d'acquérir des connaissances pratiques en plus de travailler dans un environnement hospitalier. Quantitativement, cette nouvelle organisation a également permis de satisfaire aux nouvelles exigences en main-d'oeuvre créées par l'augmentation de la production de l'État dans les services médicaux. À court terme, le rôle des internes a été particulièrement important car il a aidé à compenser la

pénurie temporaire de médecins diplômés. En effet, les inscriptions à l'École de médecine de l'Université nationale du Mexique sont restées pratiquement stables entre 1958 et 1967. De plus, aucune nouvelle école n'a été créée entre 1961 et 1965 et seulement quatre ont été ouvertes entre 1966 et 1970⁽²¹⁾.

Depuis 1967, et davantage depuis les années 1970, cette relation quantitative entre la formation de nouveaux médecins et le système de soins a été pratiquement identique à celle de la décennie précédente. Pendant que l'expansion de soins médicaux ralentissait, voire diminuait, la formation a soudainement connu un développement explosif tant à l'Institut mexicain de la sécurité sociale qu'au ministère d'Hygiène et de l'Assistance publique. Une stagnation dans l'investissement de l'État a conduit à une réduction du taux de croissance des services ainsi que du nombre de lits. Ce nombre à l'Institut a augmenté entre 1959 et 1967 à un taux annuel de 12 %, comparé à 4 % entre 1967 et 1976. De la même manière, les visites ambulatoires ont augmenté à un taux annuel de 9 % et le nombre d'admissions hospitalières à un taux de 15 % dans la même période, alors qu'entre 1967 et 1976, les chiffres correspondants ont été de 5 et 7 % respectivement⁽¹³⁾.

À la même époque, la formation médicale a commencé à prendre de l'expansion à travers deux processus : d'abord l'augmentation des inscriptions dans les facultés existantes*, puis la création d'un grand nombre d'autres facultés. Le nombre total d'étudiants en médecine dans le pays est passé de 28 731 en 1970 à 93 365 en 1980. Il a commencé à diminuer depuis ce temps, bien qu'en 1983 il ait atteint encore 79 122⁽²²⁾. Parallèlement, le nombre de facultés a plus que doublé entre 1970 et 1980⁽²³⁾, passant de 26 à 54 et il est de 58 aujourd'hui.

Le dénominateur commun entre le ralentissement en matière de soins médicaux et la croissance en formation médicale semble avoir été la crise économique des années 1970. Cela a conduit le pays à des coupures dans les programmes sociaux, les soins médicaux par exemple, pendant que des systèmes intermédiaires et supérieurs d'éducation étaient développés

* « Schools of medicine » dans le texte anglais original.

uniquement pour permettre à davantage de jeunes de poursuivre des études en période de chômage.

Comme nous l'avons vu, cela a entraîné le sous-emploi et le chômage parmi les diplômés en médecine. Si le nombre de nouveaux médecins a effectivement été multiplié par cinq (2 493 en 1976, 14 099 en 1983)⁽²²⁾, le nombre de postes de résidents* est resté relativement égal, soit environ 2 000 par année. De plus, une étude récente estime qu'en 1971 chaque médecin avait un poste assuré, tandis qu'en 1984, jusqu'à quatre médecins étaient en compétition pour chaque poste salarié ouvert dans le secteur privé et public⁽²³⁾.

Ceux qui ne réussissaient pas dans cette compétition étaient obligés de devenir autonomes au sein d'un secteur grandissant de soins médicaux mal organisés, secteur caractérisé par l'instabilité et la basse productivité ou d'abandonner la pratique médicale. Une enquête représentative auprès des détenteurs d'un doctorat en médecine (dans les 16 plus importantes villes du Mexique) a révélé que le taux de chômage ou de sous-emploi était de près de 17 %, touchant 13 500 médecins en 1986⁽²⁾.

Les soins primaires: un paradigme naissant

La coexistence de médecins sans travail et d'une population sans médecin a montré les limites du paradigme existant, reposant sur des soins spécialisés et hospitaliers. Ainsi la fin des années 1970 semble avoir marqué un changement fondamental dans la politique des soins de santé. Des concepts tels que l'accès universel, le droit aux soins de santé, les soins primaires et la participation de la communauté ont défini le nouveau discours moderne dans le domaine de la santé.

Débutant en 1979, alors que les ressources générées par le boom du pétrole auraient pu maintenir une augmentation continue du nombre d'hôpitaux spécialisés, deux programmes innovateurs et de grande envergure ont été lancés. Leurs buts étaient d'étendre la couverture de base de la population. Le

* Programmes d'internat en Europe (N.D.L.R.).

premier a été un programme de « solidarité sociale » dirigé par l'Institut mexicain de sécurité sociale; ce programme lui permettait d'utiliser ses compétences organisationnelles auprès d'une population rurale non assurée. Le résultat de cet effort a été la construction de plus de 3 000 unités médicales rurales et une addition de 1 600 lits dans des hôpitaux ruraux généraux, couvrant une population de 11 millions d'habitants⁽²⁵⁾. Le deuxième programme, implanté en 1981, a développé un réseau moderne de 255 centres de santé pour plus de 4 millions d'habitants dans les bidonvilles des grands centres urbains.

Ces deux programmes ont ouvert de nouvelles possibilités d'emploi aux médecins voulant pratiquer une médecine générale ou familiale dans des territoires ruraux ou périphériques. En même temps, une réduction de l'expansion en nombre des facultés de médecine a démontré qu'elles venaient d'atteindre leur niveau de saturation et qu'une économie prospère avait la capacité d'offrir un plus grand choix de carrière à ces jeunes. Malgré de tels développements favorables, l'augmentation des inscriptions, phénomène de la décennie précédente, était restée tellement importante que le nombre de diplômés a continué d'excéder la demande.

À nouveau, il semblait se profiler la stratégie bien connue de coupures dans les programmes sociaux lorsque la grave crise économique de 1982 arriva. L'État allait-il prendre cette décision? Bien au contraire. Prenant le pouvoir en décembre 1982, la nouvelle administration a déclaré que les soins de santé étaient une priorité majeure puisque c'est précisément dans des moments de crise économique que la majorité de la population souffre particulièrement de telles coupures.

Cette décision a entraîné la plus profonde réforme dans les soins de santé en 40 ans. Depuis 1983, le système de santé mexicain a effectivement connu une série de changements structurels couvrant tous les aspects à partir des dimensions éthiques, légales et politiques de la santé, jusqu'aux stratégies concrètes concernant l'organisation de services⁽²⁶⁾.

La réforme a commencé par un amendement à la constitution reconnaissant le droit universel aux soins de santé; elle intro-

duit un nouveau principe de répartition des bénéfices autour de la notion de citoyenneté. Elle avait pour but de modifier la nécessité d'une contribution préalable ou d'une attestation de besoin d'assistance financière, les principes mêmes qui sont les assises de l'assistance publique. Au lieu de cela, la citoyenneté confère à chaque Mexicain le droit à des soins de santé primaire. Pour légiférer plus spécifiquement sur le mandat constitutionnel, une loi générale sur la santé a été adoptée par le Congrès en février 1984. Cinq mois plus tard, le Programme national de santé a été approuvé en tant qu'instrument de base régissant complètement les activités du secteur de la santé. Ces documents ont fourni le cadre légal et concret pour l'établissement d'un système de santé national.

Le changement structurel qui s'en est suivi a procédé par l'utilisation de 5 stratégies majeures: la décentralisation, une administration moderne, la sectorisation, la coordination intersectorielle et la participation de la communauté.

Une redéfinition du rôle du ministère de la Santé a été la clé de voûte de la *décentralisation*. Dans le passé, le ministère s'occupait directement des équipements, institutions et programmes de soins, y dépensant ainsi la plupart de ses énergies. Par la décentralisation, les responsabilités et les ressources permettant de faire fonctionner les programmes ont été graduellement transférées aux gouvernements locaux et étatiques qui pouvaient mieux répondre aux besoins de leur population. Le ministère fédéral de la Santé pouvait alors mieux agir comme centre de coordination de l'ensemble du système national de santé comportant des responsabilités stratégiques en matière de planification, de financement, d'établissement de normes pour prévenir l'inégalité dans la qualité des soins entre les États, de réglementation sanitaire, de recherche, de promotion de l'indépendance technologique et de développement des ressources humaines. À l'aide d'une stratégie d'administration moderne, le ministère pouvait maintenant assumer ces fonctions avec une organisation restreinte et rationnelle. Avec une stratégie de sectorisation, le ministère a également obtenu une autorité grandissante au niveau des organismes publics dispensateurs de soins de santé (voir tableau 2).

Figure 2 — Organisation générale des services de santé en France

**Institutions s'occupant
des causes ayant une
influence sur l'état
de santé**

**Institutions impliquées
dans des actions sur
la santé**

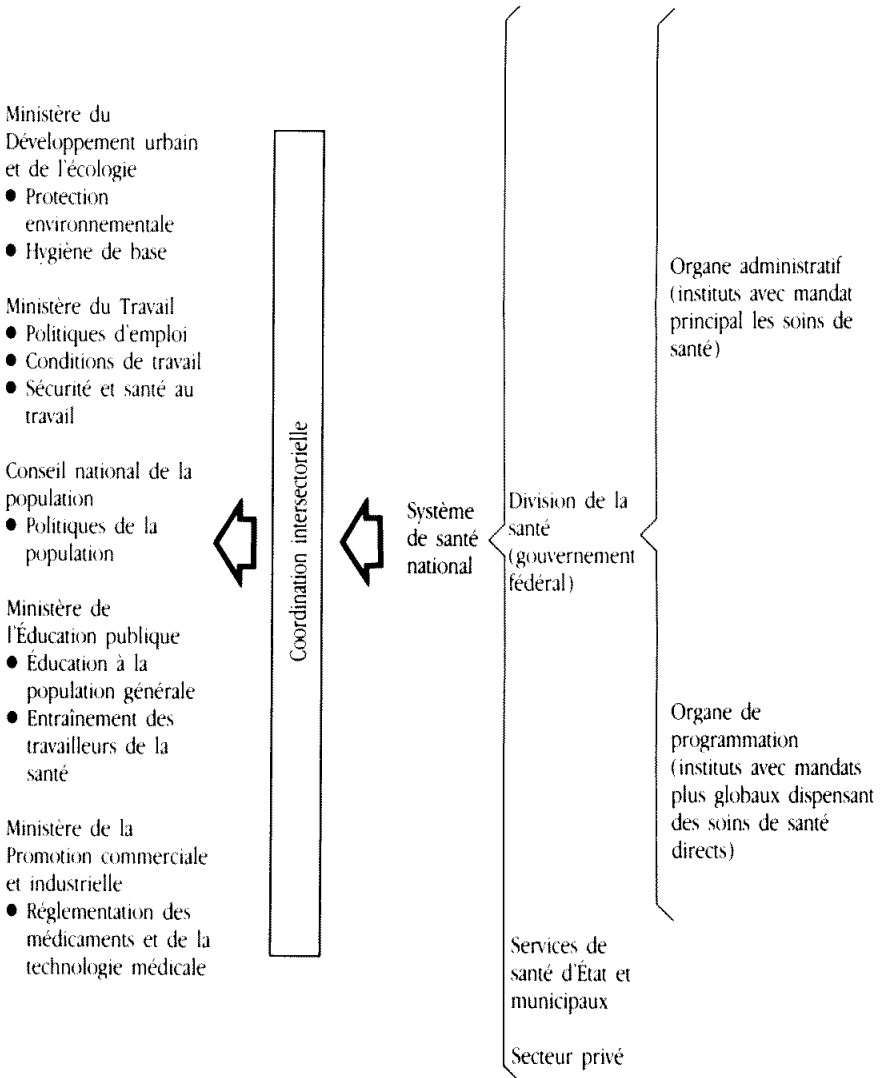
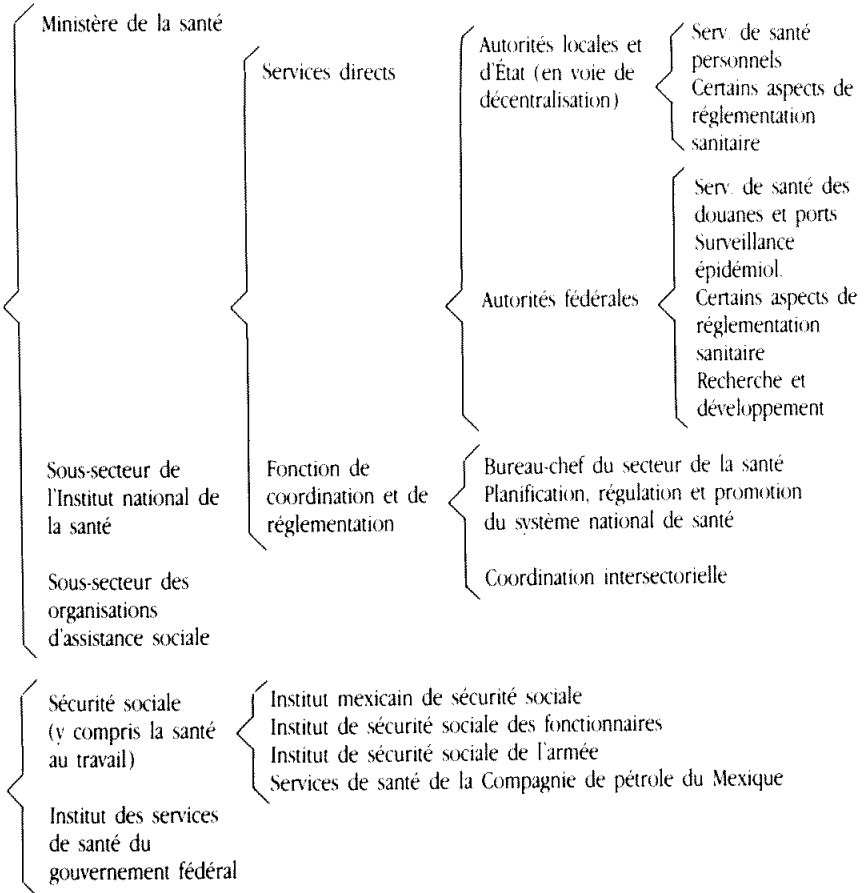


Figure 2 — Organisation générale des services de santé en France (suite)



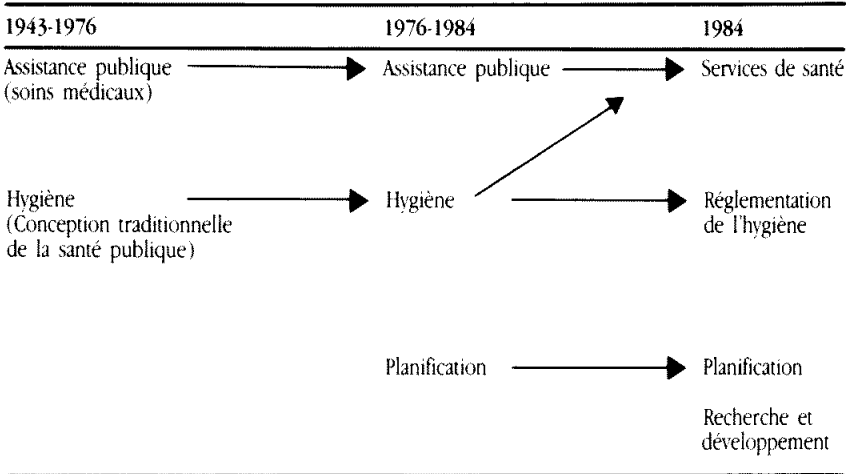
Ces stratégies sont particulièrement pertinentes, faisant suite à notre discussion préalable sur le concept de « santé publique ». Avant la réforme actuelle, le ministère de la Santé était nommé « ministère de l'Hygiène et de l'Assistance publique », une appellation reflétant d'anciens concepts. Depuis sa création en 1943, le ministère a effectivement été divisé en deux constituantes principales : un vice-ministère de l'Hygiène, chargé des services non personnels et préventifs (donc ce qu'il est traditionnel de regrouper sous le terme de « santé publique »), et un vice-ministère de l'Assistance publique, responsable des services médicaux curatifs répartis selon des principes d'indigence ou des besoins financiers. En 1984, cette structure désuète a été modifiée pour refléter une conception moderne de la santé publique, soit en un seul vice-ministère des services de santé. Il administre des services personnels et non personnels, préventifs et curatifs à l'intérieur d'un seul cadre normatif. En accord avec cette nouvelle mission du ministère, des champs spécifiques de responsabilité ont été désignés pour englober des tâches inexistantes auparavant ou dispersées parmi différents départements. Il s'agit de fonctions importantes, telles que la planification, la recherche, le développement ainsi que la réglementation de l'hygiène (c'est-à-dire des activités commerciales et industrielles pouvant représenter des risques pour les individus, y compris la fabrication de médicaments ou toute autre technologie sanitaire). Cette innovation organisationnelle a été vérifiée, puis formellement reconnue en janvier 1985.

D'une appellation restrictive, la désignation plus globale de « ministère de la Santé »⁽²⁷⁾ lui a succédé (voir tableau 3).

La réforme des soins de santé ne pouvait pas uniquement viser des transformations à l'intérieur du secteur de la santé : elle devait également s'inscrire dans un contexte social plus large. Pour cette raison, la coordination intersectorielle qui comprend des actions ayant pour but d'influencer les multiples facteurs relatifs, au-delà des soins de santé, à l'état de santé des individus et des communautés, a été retenue. En effet, deux mécanismes d'interaction sont d'une pertinence particulière dans une conception étendue de la « santé publique ». D'abord, le ministère du Développement urbain et de l'Écologie, responsable de la protection de l'environnement au Mexique, ensuite le ministère

du Travail, lequel, avec les institutions de sécurité sociale, applique les principaux programmes dans les domaines de la sécurité et de la santé au travail (voir tableau 3).

Tableau 3 — Évolution de l'organisation du ministère de la Santé mexicain



Un autre effort de coordination ayant des implications directes avec notre discussion précédente sur le sous-emploi médical fut la création de la Commission interinstitutionnelle pour le développement des ressources humaines en santé. Présidée par les ministres de la Santé et de l'Éducation, cette commission comprend aussi des représentants des universités. En la créant, il a été pour la première fois possible de disposer d'un forum où toutes les parties impliquées pouvaient décider ensemble de la quantité et du type de personnel soignant à former en accord avec les besoins et la demande d'emploi.

Finalement, *la stratégie de la participation de la communauté* a été supportée par la nette conviction qu'il faut procurer à toute la population des soins de santé primaire. Une partie de cet effort a consisté dans le développement d'un ambitieux programme gouvernemental dont le dessein était de fermer la brèche entre la médecine moderne et son accessibilité à toute la population. La première étape de ce programme fut la consolidation de centres existants pour les soins de base, puis

la construction de 380 nouveaux centres. Plus qu'une simple expansion de l'infrastructure, ce programme comprend le développement d'un modèle précis de soins de base prévoyant le personnel, les responsabilités et le contenu réel de ces centres.

Il est encore trop tôt pour savoir si la stratégie d'accès universel par le biais des soins de santé primaires et une participation de la communauté conduiront réellement vers un nouveau paradigme. Mais la stratégie semble offrir une occasion historique de réformer la politique de la main-d'oeuvre médicale de façon à ce que les interactions qualitatives et quantitatives du marché du travail répondent mieux aux besoins de santé de la population.

Conclusion

L'analyse ci-dessus a révélé un lien riche et profond entre la « modernisation médicale » et les transformations des conditions du marché du travail. Bien plus, un tel lien a également pu être établi avec les processus plus larges du développement social et économique. Il serait intéressant de vérifier si les relations discutées ici sont toutes aussi valables en d'autres pays. Il semble en effet nécessaire de poursuivre des études d'intégration reliant les phénomènes macro-sociaux de l'intervention de l'État dans les soins de santé, les marchés de la main-d'oeuvre médicale et la professionnalisation, à des formes spécifiques de l'organisation de la pratique et de la formation médicale. Une analyse de ce genre ferait grandement progresser l'élaboration d'une perspective comparative qui permettrait de comprendre les interrelations complexes au sein des services de santé.

Quelques données statistiques — Mexique

Superficie du pays		1 958 000 km ²
Population totale	1985	78,5 millions
Densité de population	1985	40 pers./km ²
Taux de natalité par 1000 habitants	1982	32,8
Population active économiquement: (hommes et femmes, 20-64 ans, pour du travail rémunéré)	1986	17,04 millions
Taux de chômage	1986	5 %
Pourcentage de personnes âgées		
65 ans et plus	1985	3,45 %
75 ans et plus	1985	1,22 %
Espérance de vie à la naissance	1980-85	65,73 ans
Mortalité infantile par 1000 naissances d'enfants vivants	1985	41,62
PNB per capita	1982	2 158 \$US
Part du PNB consacrée à la santé (dépenses publiques)	1985	1,7 %
Dépenses de santé per capita (secteur public)	1986	21 \$US
Taux d'inflation	1986	105 %
Rémunération des médecins:		
Salaire	1986	68 %
À l'acte	1986	29 %
Capitation	1986	3 %
Population par médecin	1985	654
Population par infirmier	1985	801
Lits de soins aigus par 1000 habitants	1984	0,93
Taux brut de mortalité par 1000 habitants	1985	5,65
Principales causes de décès:		
Maladies du coeur	1980	11,6 %
Accidents	1980	11,0 %
Influenza et pneumonie	1980	8,8 %
Entérites et autres maladies diarrhéiques	1980	8,6 %
Tumeurs malignes	1980	6,1 %

Références bibliographiques

1. DE LA MADRID, M, *Cuarto informe de gobierno*, Mexico, Poder Ejecutivo Federal, 1986.
2. ARREDONDO-LOPEZ, A.A. et al., *Subempleo y desempleo entre los médicos de las áreas urbanas de México*, Centro de Investigaciones en Salud Pública, Serie « Síntesis Ejecutivas », No SE-01/87, Mexico, 1987.
3. FOUCAULT, M, La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina, dans *Educ. Méd. Salud*, 10, 1976, pp. 152-170.
4. BOBADILLA, J.L. et al., « Un modelo conceptual para la investigación en salud pública », dans *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 101, 1986, pp. 477-492.
5. TERRIS, M., « Editorial: The distinction between public health and community/social/preventive medicine », dans *J. Pub. Health Policy*, 6, 1985, pp. 435-439.
6. MERCER, H., « Hospitales y práctica médica en la ciudad de México », dans *Estudios Sociológicos*, 2, 1984 pp. 335-349.
7. COHETO-MARTINEZ, V., « Problemática de salud en las áreas de población indígena y medicina tradicional », Étude présentée à la II^e Conférence interaméricaine sur l'éducation sanitaire, Mexico, novembre 1984.
8. DONNANGELO, M.C.F., *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*, São Paulo, Livraria Pionera Editora, 1975, pp. 48-59.
9. FRENK, J. et A. DONABEDIAN, « State intervention in medical care: types, trends and variables », dans *Health Policy & Planning*, 2, 1987, (à venir).
10. KUHN, S., *The structure of scientific revolutions*, 2^e édition, Chicago, University of Chicago Press, 1970.
11. MEYER, J.W., « The world polity and the authority of the nation-state », dans BERGESEN, A. (éd.), *Studies of the modern world-system*, New York, Academic Press, 1980, pp. 109-137.

12. BERLINER, H.S., « A larger perspective on the Flexner Report », dans *Int. J. Health Serv.*, 5, 1975, pp. 573-591.
13. ALVAREZ-KLEIN, L. et al., « El mercado de trabajo médico. II. Evolucion histórica en México », dans *Gac. Med. Méx.*, 116, 1980, pp. 265-284.
14. KUMATE, J. et al., *La salud de los mexicanos y la medicina en México*, Mexico, Editorial de El Colegio Nacional, 1977, pp. 392-411.
15. HORN, J.J., « The Mexican Revolution and health care, or the health of the Mexican Revolution », dans *Latin Am. Perspect.*, 10, 1983, pp. 24-39.
16. FRENK, J. et al., « Economía y salud en México: un enfoque particular », dans *El Día*, novembre 26 et 27 1986, p. 22.
17. MESA-LAGO, C., *Social security in Latin America: pressure groups, stratification, and inequality*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1978, p. 218.
18. PEREYRA, C., « Estado y sociedad », dans GONZÁLEZ-CASANOVA, P. et E. FLORESCANO (éd.), *México, hoy*, Mexico, Siglo Veintiuno Editores, 1979, pp. 289-305.
19. SCHMITTER, P.C., « Still the century of corporatism? » dans SCHMITTER, P.C. et G. LEHMBRUCH, (éd.), *Trends toward corporatist intermediation*, Beverly Hills, Sage, 1979, pp. 7-52.
20. POITRAS, G.E., « Welfare bureaucracy and clientele politics in Mexico », dans *Adm. Sci. Q.*, 18, 1973, pp. 18-26.
21. SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN, *Educación de pregrado en medicina y enfermería*, Mexico, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1977, p. 102.
22. MARTUSCELLI, J., « Recursos humanos en salud de México », dans *Educ. Méd. Salud*, 20, 1986, pp. 382-387.

23. HERNÁNDEZ-CHÁVEZ, A., *Estado actual de la educación médica en México*, Mexico, Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, 1982, pp. 161-164.
24. SOBERÓN, G., « El cambio estructural en la salud. III. La investigación y los recursos humanos como instrumentos del cambio », dans *Salud Pública Méx.*, 29, 1987, pp. 155-165.
25. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, Mexico, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1984, pp. 65-74.
26. SOBERÓN, G. et al., « The health care reform in Mexico: before and after the 1985 earthquakes », dans *Am. J. Pub. Health*, 76, 1986, pp. 673-680.
27. SOBERÓN, G., « El cambio estructural en la salud. I. Estructura y funciones de la Secretaría de Salud, del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud, dans *Salud Pública Méx.*, 29, 1987, pp. 127-140.

Changer le système de santé publique. Le cas de l'État de São Paulo au Brésil

João Yunes

Introduction

Sans aucun doute, l'un des signes les plus révélateurs de la qualité de vie d'un peuple est sa santé. Dans bon nombre de pays développés, ce domaine éminemment stratégique et à grande portée sociale est soit régi par le gouvernement, soit sous son autorité. Au Brésil cependant, le secteur public n'a attaché que peu d'importance à la santé durant plusieurs années. Un taux élevé de mortalité infantile, de maladies contagieuses et la prédominance de la malnutrition ne sont que quelques-unes des conséquences qu'a engendrées la politique de santé telle que préconisée dans le passé.

Le présent chapitre n'entend pas discuter à fond de la structure du système de santé publique qui pourrait être retrouvée dans d'autres ouvrages. L'accent sera plutôt mis sur la nécessité d'une volonté politique pour faire de la santé publique et des services de santé en général un véritable système orienté vers le bien-être de la population.

On a voulu que le Brésil soit le dernier pays à être présenté dans cet ouvrage afin d'illustrer les contrastes dans un pays à la fois très développé et à maints égards en sous-développement profond. Et pourtant, d'une façon ou d'une autre, le système de santé publique doit répondre aux besoins les plus prioritaires, aussi différents puissent-ils être à l'intérieur des mêmes frontières. Dans ce contexte, seule la volonté politique peut conduire à mettre en place les réformes nécessaires. C'est le témoignage que nous voulons livrer ici en prenant l'État de São Paulo comme exemple, prenant pour acquis que ce qui s'est passé là s'est aussi produit dans tout le Brésil. Les problèmes initiaux ont été les mêmes partout : des centres de santé n'ayant aucun moyen de fournir les soins requis, une population ne recevant pas de soins médicaux ou hospitaliers convenables malgré une sous-utilisation des lits d'hôpitaux, un système de santé primitif et un manque de fonds pour les institutions de recherche et pour les laboratoires. Bref, une situation tellement chaotique qu'elle reflétait le désintérêt profond à l'égard de la santé des Brésiliens. Superposée à ceci, une crise économique et financière sans précédent dans notre histoire a sévi au début de cette décennie, crise qui a appauvri encore davantage la population,

créant ainsi un besoin encore plus intense d'une meilleure qualité de services de santé.

Insertion de la politique de santé dans la politique sociale

Puis 1982 a marqué le début de la transformation des institutions de la société brésilienne. Se détachant d'un régime autoritaire au pouvoir depuis près de vingt ans, la population a pu avoir enfin la liberté de choisir son propre gouvernement par des élections démocratiques. Dans les provinces plus avant-gardistes, ce sont des gouverneurs dont les programmes accentuaient la portée sociale qui ont été élus. Dans cet engagement envers le peuple, tout ce qui a été fait a favorisé trois buts principaux: la création d'emplois nécessaires face à la crise économique, la participation par une ouverture structurée entre le gouvernement et la population, la décentralisation, mettant ainsi fin au modèle autoritaire.

Ces trois buts ont aussi été rigoureusement ciblés dans le domaine de la santé. Pour la première fois, un programme du gouvernement répondait véritablement aux conditions de vie de la population et s'efforçait de combler les énormes lacunes de deux décennies. Aussi la politique de santé a-t-elle été intégrée à la politique sociale qui, à son tour, s'inscrivait à l'intérieur d'une politique gouvernementale. C'est ainsi que les injustices les plus flagrantes ont été abolies et le résultat fut presque immédiat. Le taux de mortalité infantile a atteint son plus bas niveau de l'histoire de l'État de São Paulo malgré une situation de crise générale (ce taux dépassait 50 pour 1000 antérieurement à 1983; il a baissé à 36 pour 1000 en 1984).

En d'autres mots, c'est par une volonté politique bien arrêtée et en se concentrant sur le secteur social, c'est-à-dire sur les populations les plus dépourvues, que le gouvernement a pu ainsi modifier substantiellement les conditions de santé par rapport aux années précédentes. Cette orientation est fondamentale dans le courant de pensée de la santé publique et c'est précisément ce que nous voulons analyser dans ce chapitre.

Le rôle du gouvernement dans le domaine de la santé

Postuler que la volonté politique est fondamentale dans un processus de changement de cette envergure, c'est aussi discuter en premier lieu du rôle du gouvernement. Ainsi, une question qui a toujours fait naître la controverse, mais dont l'administration Montoro s'est occupée directement, fut la place du gouvernement dans le domaine de la santé.

On peut dire que depuis la rédaction du programme du gouvernement Montoro, la cible a été définie en ces termes : « La santé est un droit au sens civil et il incombe au gouvernement de toujours le sauvegarder. » Cependant, cette philosophie ne devait d'aucune façon être confondue avec une nationalisation des services de santé où la propriété et la responsabilité des opérations sont entièrement transférées à l'État. Cela fut évité, sauf en cas d'extrême nécessité et pour le bien de la population, comme ce fut le cas de certains hôpitaux ou de compagnies privées lorsqu'un vaccin ou un sérum mettait en danger la santé publique ou encore lorsque le gouvernement est intervenu comme il l'a fait dans l'inspection de produits contaminés.

On peut résumer l'augmentation de la responsabilité du gouvernement dans le secteur de la santé sous deux formes. La première s'est manifestée d'abord par une augmentation des fonds pour le Département de la santé*, par un budget de fonctionnement et par d'autres investissements. Sous les précédents gouvernements, la part des crédits allant à la santé n'a jamais excédé 2,9 % alors que dans les quatre dernières années cette part s'est maintenue à 4,7 %. La même chose s'est produite dans les budgets d'immobilisation qui ont été multipliés par dix par rapport aux dix dernières années.

Quant à la deuxième forme, nous l'avons évoquée plus haut, elle consista en des expropriations, quand l'intérêt public était en danger. Citons ici trois exemples précis, l'hôpital Nardini de Mauá, l'hôpital São Marcos à Ferraz de Vasconcelos et l'hôpital Matarazzo de la municipalité de São Paulo.

* « Secretaria de Saúde » dans le texte original portugais.

Le développement d'un système de base

Voyons maintenant la réorganisation des soins et services. La philosophie fondamentale de l'époque a été de traiter médecine préventive et médecine curative de la même manière, c'est-à-dire de façon intégrée. Le Département s'est donc efforcé de développer son système de soins primaires tout en fournissant à ses centres de santé, ses laboratoires et ses hôpitaux, l'équipement, les ressources humaines et les médicaments nécessaires.

Un des principaux projets qu'illustre cette intégration de la médecine préventive et curative a été le Programme de santé métropolitain. Non seulement comporte-t-il une expansion du système de base, mais il vise également le développement des institutions et de la main-d'oeuvre dans le secteur public. Le but essentiel du Programme est la construction de 99 unités de santé de base et de huit hôpitaux généraux à partir d'un financement de la Banque mondiale, qui a prêté 55,5 millions de dollars américains et d'une contribution locale de 55,5 millions de dollars dont 69 % provenaient du gouvernement de l'État et 31 % de la préfecture de São Paulo. C'est un premier pas vers l'organisation d'un système de santé par niveaux et par régions car les unités de base et les hôpitaux généraux sont intégrés en *modules de santé* capables d'assumer 90 % de toutes les demandes de soins; ces modules sont appuyés par des *services de santé spécialisés* (cliniques externes, laboratoires et hôpitaux spécialisés), ce qui augmente à 95 % la capacité de traitement. Les patients sont dirigés vers les services des régions sanitaires qui disposent d'un équipement plus perfectionné, ce qui porte à presque 100 % la capacité de traitement. Il faut noter que ce plan redéfinit entièrement le concept de l'administration et de l'organisation des services de santé avec l'objectif d'augmenter l'efficacité du système. En outre, dans tout l'État, 702 centres de santé ont été réorganisés et agrandis, et 52 d'entre eux fonctionnent déjà en tant qu'unités de base avec services. Ce sont des centres de santé qui, en fait, comprennent quelques lits et qui sont ouverts à toute heure du jour ou de la nuit.

Un autre point sur lequel il serait utile d'insister est la hausse du nombre de consultations médicales dans les unités de base.

Durant les quatre dernières années, le nombre de ces consultations a augmenté de 71 %, dont la moitié provenait de patients adultes. Elles ont d'abord doublé en 1982 pour atteindre plus de dix millions en 1986.

Afin d'accomplir tous ces changements, il aura fallu aussi que le Département de la santé soit réorganisé. On peut dire que cette réorganisation a débuté par des discussions du programme administratif avant même l'élection, discussions qui ont impliqué des partis politiques, des mouvements populaires, des spécialistes, des fonctionnaires, etc. Ce processus a continué avec l'arrivée des directeurs régionaux qui sont devenus coordinateurs de tous les services de santé de leurs régions. Avant même les changements de départements, se sont succédé de multiples transformations.

C'est ainsi qu'ont été progressivement changées les structures existantes, à commencer par les mécanismes de coordination formelle mis en place comme, par exemple, le Groupe régional pour l'intégration de mesures de santé, ou GRIAS; puis l'autorité de décision en matière administrative, eu égard aux ressources humaines, matérielles et financières a été décentralisée dans tous les bureaux de coordination spécifique du Département. Des contrats de service ont été signés avec plus de 400 gouvernements municipaux. Les laboratoires de l'Institut Adolfo Lutz et le système ambulatoire des cliniques de santé mentale ont été agrandis. Les directeurs régionaux ont eu un droit de vote dans la politique des hôpitaux du Département de la santé de leurs régions et surtout, le directeur régional est devenu le catalyseur de la politique de santé auprès des préfets, des représentants de la loi et des autres institutions de santé de la région.

Plus tard, soit fin 1984, les frontières des régions administratives de l'État ont été entièrement redéfinies par écrit. Ainsi ont été créées de nouvelles régions gouvernementales, plus petites, plus homogènes et plus décentralisées. À un rythme variable, les bureaux régionaux gouvernementaux (ERG) ont été implantés. Puis en décembre de la même année, un contrat a été signé avec la FUNDAP* afin d'étudier une réorganisation du Départe-

* Fondation de l'administration publique du gouvernement de l'État de São Paulo.

ment de la santé remis en question et trouvé désuet. Dans la seconde moitié de 1985, les mesures intégrées de santé ont été appliquées dans l'État et ont hâté cette vaste réorganisation. Les derniers bureaux régionaux de la santé ont été mis en place en 1986, remplaçant les départements régionaux et les districts de santé et devenant ainsi des unités de gestion plus complètes responsables d'équipes de santé. Il leur incombe donc de gérer toutes les institutions de santé existantes dans leurs territoires géographiques respectifs : centres de santé, hôpitaux, laboratoires et cliniques externes de santé mentale. En plus de diriger ces équipes, ces bureaux permettent l'articulation des ressources entre les différentes institutions de santé à partir du rôle que joue le directeur du bureau en siégeant à la commission interinstitutionnelle dont il est membre. De plus, afin de permettre aux bureaux régionaux de santé de jouer leur rôle en tant qu'organe de décision au niveau régional, ils ont dû reprendre la direction des ressources financières, matérielles et techniques, et ainsi devenir des agents multiplicateurs*.

La participation de la communauté

Mais ces changements n'auraient pas été possibles ni complets sans la participation de la communauté. C'était d'ailleurs un des trois buts poursuivis ouvertement par le gouvernement, comme nous en faisons mention dans l'introduction. Aussi convient-il d'en tracer les grandes lignes.

Parmi les répercussions néfastes, l'autoritarisme et la répression politique ont également privé la population du pouvoir politique d'affirmer ses droits justes et légitimes. Avec le retour à la démocratie, ces revendications sont devenues source de pression importante, principalement dans le domaine de la santé qui ralliait une plus grande part de l'opinion publique. Au cours des quatre dernières années, le Département de la santé a participé, soit directement, soit par l'intermédiaire de délégués, à des centaines de rencontres populaires où furent revendiquées des solutions aux besoins les plus élémentaires (lait, amélioration des centres de santé, revendication d'une stabilité

* « Dispersing Units » dans le texte anglais.

professionnelle dans l'emploi) ainsi que des réponses à des questions plus complexes telles que les revendications de différentes catégories de personnel dans le secteur afin d'obtenir des salaires plus élevés et de meilleures conditions de travail.

La marque de ce nouveau gouvernement a été celle de la démocratie, de l'ouverture, de la recherche d'un terrain d'entente visant à favoriser le dialogue, sans omettre le respect de la souveraineté populaire. Ces mouvements ont directement contribué à améliorer les services de santé dans notre État. Le programme de santé des femmes par exemple a été le fruit de discussions animées avec une pléiade de groupes féminins, comme le furent les programmes contre la lèpre, la prévention du SIDA et la structuration de certaines professions.

Par ailleurs, pour ce qui est de la surveillance, de la supervision et même de l'exécution de mesures sociales, le Département a opté pour la participation du public au moyen des conseils de santé communautaire oeuvrant au niveau du fonctionnement des unités de santé.

Quelques problèmes particuliers

Étudions maintenant l'effet d'une telle politique sur certains programmes et maladies du domaine de la santé publique. Nous aborderons successivement la santé mentale, le contrôle des épidémies et la malnutrition. Nous terminerons en discutant de deux problèmes auxquels sont confrontés très souvent les pays, quels qu'ils soient : l'accès aux médicaments et l'accès à la consultation médicale en régions éloignées.

La santé mentale

Les progrès dans le domaine de la santé mentale ont été inégaux. Dirigée par quelques directives de base établies dès le début par le gouvernement (désinstitutionnalisation, intégration et protection contre la négligence sociale), l'organisation des soins de santé mentale a pourtant réussi, entre autres, à implanter un système d'urgence allant de pair avec l'expansion des

soins externes, ce qui commence à être répandu dans tout l'État.

Au point de départ, l'accent a été mis sur l'intégration dans le contexte des soins de santé généraux. De cette façon, le patient n'est pas un être à part, il est traité avec d'autres ayant des problèmes différents. Puis la principale stratégie a consisté à créer des équipes multiprofessionnelles dans les centres de santé et à n'utiliser les lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux que pour les patients qui avaient vraiment besoin d'être internés. Ces mesures protègent ainsi le patient de tout contact avec les institutions psychiatriques et l'empêchent d'être considéré comme « fou » par le reste de la communauté.

Des équipes ont été installées dans 109 centres de santé d'État et des unités offrant des soins psychiatriques pour les patients hospitalisés ont à ce jour été implantées dans trois hôpitaux généraux. Pour les traitements particuliers des patients externes, le nombre de cliniques ambulatoires de santé mentale a augmenté de 18 à 31, la plupart d'entre elles se situant dans les quartiers éloignés de la capitale et de sa banlieue. De plus, neuf unités psychiatriques d'urgence, ouvertes en permanence, ont été mises sur pied, service jusqu'à maintenant inexistant à São Paulo. Sept d'entre elles se trouvent dans la région entre le centre de São Paulo, Vila Mariana et la région de São Bernardo do Campo. Toutes ces mesures reposent sur l'idée que désinstitutionnaliser le malade mental est l'une des plus importantes façons de neutraliser les idées préconçues et le stigmate associé au traitement. Autrement le patient est coupé de sa famille et de la communauté, ce qui contrevient aux fins thérapeutiques visées par l'hospitalisation. À l'opposé, traiter le patient dans son propre milieu empêche un gouffre de se former, élimine les problèmes de réintégration, bref donne de meilleurs résultats.

Le changement qui s'est produit dans les soins de santé mentale est peut-être le mieux incarné dans le complexe hospitalier de Juqueri. Ce n'est que récemment que les médias ont rapporté les témoignages des membres du gouvernement lors de leur première visite au complexe Franco da Rocha : appareils d'électrochocs et cellules matelassées, ainsi que les scènes hélas

coutumières de patients négligés. L'on a entrepris de transformer radicalement l'image du complexe hospitalier: à partir de la réouverture du domaine rural où les patients reçoivent de réelles séances thérapeutiques, en passant par la remise en service du Musée de l'inconscient où les travaux exécutés par les patients sont exposés afin d'encourager la production artistique comme moyen d'expression privilégié.

Le contrôle des épidémies

En matière de contrôle des épidémies, les problèmes de santé qui ont émergé durant ces dernières années sont innombrables. Les maladies telles la dengue et la fièvre jaune que l'on croyait maîtrisées, sont réapparues dans les États voisins de São Paulo, avec un risque accru d'épidémie et la nécessité d'une action préventive immédiate qu'elles comportent. Les conditions de vie misérables à la périphérie de la ville et la forte concentration d'immigrants non vaccinés ont d'ailleurs déclenché une épidémie de rougeole et plus récemment, il y eut une éclosion de poliomyélite dans les régions du Nord et du Nord-Est, ce phénomène étant rendu particulièrement dangereux par l'afflux constant de saisonniers pouvant disséminer plus largement le virus. De nouvelles maladies, telles le SIDA et la fièvre purpurique du Brésil, sont devenues des sujets d'inquiétude pour les autorités.

Une telle situation a exigé du Département des réponses souples, pratiques et coordonnées afin d'empêcher ces maladies de se répandre et d'en assurer la surveillance épidémiologique. Pour atteindre cette souplesse et développer ces moyens de coordination, le Centre de surveillance épidémiologique (CVE) a été fondé en 1985. Déjà en opération, quoique ne possédant pas une organisation ou une coordination efficace, le Centre de surveillance a été en mesure de surmonter cette déficience grâce à sa restructuration.

Depuis sa fondation, le Centre de surveillance épidémiologique a répondu à des demandes ponctuelles occasionnées par les problèmes de santé. Une de ses plus importantes réussites a été sans nul doute la réponse à l'apparition d'une nouvelle maladie

dans le monde, signalée pour la première fois dans la région de Promissão: la fièvre purpurique du Brésil. Le CVE a mis en oeuvre tous les moyens afin de contrôler cette maladie et de poursuivre des recherches dans le but de la mieux connaître. Ces recherches ont été menées par nombre d'institutions, tant dans notre pays qu'à l'étranger, incluant le Centre de contrôle des maladies à Atlanta aux USA. Ensemble, ces institutions ont localisé et isolé l'agent étiologique, *Haemophilus aegyptius*, et ont ainsi permis à un grand nombre de cas d'évoluer favorablement, sauvant la vie de jeunes enfants, seul et unique groupe d'âge atteint.

Le CVE, conjointement avec SUCEN (Direction du contrôle des endémies), a empêché l'irruption d'une épidémie de dengue à São Paulo, épidémie récurrente dans l'État de Rio de Janeiro. Malgré le fait que l'épidémie se soit répandue dans d'autres États et que les conditions dans São Paulo soient favorables à la propagation de cas locaux (à cause de la présence de maladies provenant d'ailleurs et à l'existence de concentrations de moustiques), il n'y a pas eu depuis de cas indigènes de dengue ou de fièvre jaune qui soient transmis par le même vecteur; ceci grâce aux mesures prises par le Département, incluant l'installation d'une barrière de contrôle et la désinfection des camions en provenance des régions contaminées.

Les statistiques de cas rapportés et confirmés de poliomyélite ont diminué et se maintiennent ainsi, malgré les mouvements de population venant du Nord-Est. D'ailleurs São Paulo a été utilisée en tant qu'État pilote par l'Organisation mondiale de la santé et, comme Mexico, met au point un programme continental de contrôle de la maladie à partir du programme de maîtrise de la transmission du virus sauvage de la poliomyélite. Le programme est dirigé par São Paulo et sera généralisé par le biais de l'Organisation mondiale de la santé.

Des résultats également surprenants ont été obtenus par un programme de contrôle de la rage humaine qui a eu, durant la dernière décennie, une moyenne de dix cas par année. En 1986, pour la première fois dans l'histoire de l'État, aucun cas de rage n'a été rapporté. De plus, les trois années précédentes ne font mention que de trois cas.

Une épidémie de rougeole a incité le CVE à mettre sur pied une étude pour en déterminer les causes et identifier les secteurs géographiques les plus touchés. Au même moment, un programme de contrôle de la rougeole a démarré avec la collaboration des principaux spécialistes locaux et internationaux. Ainsi, une vaccination de masse a été planifiée pour 1986 et il a été suggéré pour 1987 de viser les enfants de neuf mois à quatorze ans. Une opération de grande envergure sera mise à exécution dans l'État de São Paulo, au cours de laquelle plus de 10 millions d'enfants seront vaccinés. Fait à noter, le programme national du ministère de la Santé s'appuie sur le programme de contrôle entrepris par l'État de São Paulo.

Un autre important programme a été celui du contrôle du SIDA qui a ouvert la voie à l'établissement de stratégies pour une identification rapide, pour la prise en charge de cas signalés et pour la recherche. Dès son apparition, le SIDA a posé des problèmes au Département de la santé. Malgré les critiques se basant sur le fait qu'il est contracté chez les minorités et, par conséquent, ne peut être considéré comme un problème de santé publique, l'initiative de l'État de São Paulo a rapidement été reconnue par le ministère de la Santé comme nécessaire et novatrice. São Paulo est aujourd'hui un centre national de références où sont jumelés groupes de travail et centre d'information. Rappelons que c'est grâce à l'information que le syndrome est le plus efficacement contrôlé et éliminé. La participation de la communauté s'est avérée un outil efficace de dissémination de l'information. Elle prenait tantôt la forme d'initiatives spontanées, tantôt la forme de rencontres mensuelles d'éducation. Parallèlement à l'établissement d'un centre national de références, São Paulo a été la première à rendre obligatoire l'analyse du sang à des fins de transfusion pour prévenir toute contagion accidentelle.

La malnutrition

Enfin, le dernier problème particulier que nous analyserons sera la malnutrition. Une campagne active a constitué un départ innovateur. Sous de précédents gouvernements, la distribution de lait à des populations à faible revenu était une pratique de

bien-être qui dépendait uniquement de la provision conservée de temps à autre dans les centres de santé et du nombre d'individus qui se présentaient alors. Le lait était ainsi distribué à n'importe qui jusqu'à épuisement des stocks. Sous le gouvernement actuel, un programme spécial auquel participent plusieurs agences et qui est connu sous le nom de Lutte contre la malnutrition (Batalha da Alimentação) a été lancé. Le Département de la santé a appliqué des mesures de contrôle et de diagnostic de la malnutrition faisant usage de critères biologiques afin de déterminer les besoins nutritifs de la population à faible revenu. Ainsi a commencé la distribution d'un « panier de nourriture de base » en collaboration avec les agences fédérales et municipales. En plus des principaux produits nutritifs courants, ce panier contient une quantité de lait complet accrue et ajustée aux besoins. Lancé en 1984 dans seulement 13 municipalités, principalement São Paulo et sa banlieue, ce programme est implanté aujourd'hui dans 535 des 573 villes de l'État au bénéfice de 1 100 000 personnes, dont près de 770 000 sont des jeunes enfants et 260 000 des femmes enceintes. Une des caractéristiques les plus novatrices de l'expérience est ici encore son caractère décentralisé: le programme a été implanté par les préfectures municipales.

Deux difficultés importantes dans la distribution des services

Quittant l'analyse des problèmes de santé, il est important, croyons-nous, d'esquisser brièvement deux problèmes dans la distribution des services, soit une meilleure répartition de la main-d'oeuvre médicale et un accès plus équitable et efficace aux médicaments.

Une des innovations les plus remarquables de cette administration est l'établissement de médecins dans les villes éloignées. Elle a littéralement révolutionné le système de santé dans les municipalités de petite et de moyenne importance. Auparavant, les médecins se concentraient dans les villes importantes et c'est seulement de façon sporadique qu'étaient desservies les localités éloignées. Selon une entente entre le gouvernement national et les préfectures, les médecins ont bénéficié de con-

trats intéressants (logement et indemnité de déplacement, meilleures conditions de travail et meilleurs salaires) de sorte qu'aujourd'hui, il n'existe plus aucune municipalité n'ayant pas son médecin et ce, dans tout l'État de São Paulo. De cette façon, en plus des soins offerts directement à la population, l'État a été en mesure d'offrir des soins de meilleure qualité et les préfectures utilisent aujourd'hui plus efficacement ses services.

En plus de l'accessibilité à la consultation médicale, toute politique du secteur de la santé serait incomplète sans une disponibilité de médicaments fournis par l'intermédiaire du réseau de services de santé ou par des organisations philanthropiques. Ces organisations sont la Fundação para o Remédio Popular (Fondation des remèdes populaires ou FURP) et l'institut Butantan, qui produit sérums et vaccins.

Durant les deux premières années de cette administration, l'institut Butantan a traversé l'une des plus graves crises de son histoire. Victime d'une politique dénigrant la technologie du pays, l'institut a souffert des conséquences de la désuétude de sa propre technologie, situation aggravée d'une manière significative par la fermeture du laboratoire Sintex qui fabriquait les mêmes produits d'immunisation. Lorsque les activités de ce laboratoire ont cessé, l'institut Butantan a été obligé d'approvisionner pratiquement tout le marché brésilien, sans aucune aide et avec des installations limitées, sans compter l'exil de quelques-uns de ses principaux cerveaux scientifiques à partir de 1964.

Confronté à cette crise, le gouvernement a investi massivement dans ce secteur, mobilisant des fonds pour l'institut et s'efforçant de fournir le personnel additionnel nécessaire. Durant ces quatre années, l'institut a été entièrement réorganisé et équipé afin d'être en mesure de faire face à une augmentation de production sans précédent dans l'histoire de l'État: la production de sérum par exemple est passée de quelque 29 000 ampoules en 1984 à environ 110 000 en 1985 pour atteindre l'objectif de 255 000 en 1986.

Du côté de la main-d'oeuvre, un besoin urgent de personnel s'est manifesté au niveau de la recherche scientifique. En 1983, on augmente la main-d'oeuvre, on permet l'accès à un plan de carrière et l'on augmente les salaires, ce qui permet une plus grande productivité et empêche des départs prématurés.

Un autre objectif de l'État en investissant dans l'institut était de se conformer au Plan national des produits d'immunisation qui désirait, dès 1987, l'indépendance brésilienne dans ce secteur en s'appuyant particulièrement sur l'institut Butantan. Cet institut fait démarrer la production de vaccins contre la rougeole, la plus importante cause de mortalité infantile par maladies contagieuses.

Mentionnons aussi la Fondation des remèdes populaires qui va à contre-courant de l'industrie pharmaceutique : elle rend possible la production de médicaments essentiels, de contrepoisons, de produits dentaires et de soi-disant médicaments « orphelins » (destinés à des secteurs très particuliers de la communauté) qui ne traitent cependant qu'un nombre limité de maladies. Cette fondation produit des médicaments pour l'État, pour les services de santé municipaux et pour les organismes à but non lucratif, à des prix beaucoup plus bas que le prix de détail et permet également d'intervenir dans des secteurs qui n'offrent guère d'intérêt aux entreprises privées. La croissance de la Fundação a été remarquable durant ces quatre dernières années : 162 % dans la production de médicaments et 100 % dans son personnel, permettant ainsi une hausse remarquable de la production. Le nombre des institutions desservies, tant publiques que privées, a augmenté de 40 %.

La philosophie de la Fundação, financièrement indépendante, est de produire des médicaments, non pour augmenter les ventes, mais pour en augmenter la disponibilité. Ainsi, l'approvisionnement aux régions travaillant directement avec les populations les plus démunies est garanti et, rappelons-le, les médicaments sont fournis gratuitement aux plus nécessiteux. La stratégie de la Fundação pour les années 1985 à 1989 est de mobiliser six millions de dollars en investissements et d'augmenter d'autant sa production.

Conclusion

Comme il a été mentionné auparavant, une des réalisations les plus importantes de la présente administration a été l'implantation d'un système de santé mieux adapté aux besoins de la population, notamment par l'intégration de services de santé au niveau local, la décentralisation des structures pour rapprocher le niveau de décision des besoins locaux et régionaux, et la stratification des soins.

Avec la réforme administrative, le gouvernement Montoro a atteint les principaux objectifs de sa campagne dans le domaine de la santé; la décentralisation administrative s'est non seulement révélée possible, mais essentielle à l'intérieur d'un gouvernement démocratique. Et si la santé du peuple brésilien a reposé sur cette volonté politique, il faut admettre que ce gouvernement a su, dans la plus pure idéologie de santé publique, en identifier les besoins et en faire ses objectifs prioritaires.

Quelques données statistiques — São Paulo (Brésil)

Superficie de l'État de São Paulo		247 898 km ²
Population totale	1987	30 699 584
Densité de population	1986	120,4 habitants/km ²
	1987	123,5 habitants/km ²
Taux de natalité par 1000 habitants	1987	22,41
Population active		
10 ans et plus	1986	13 409 643
20 - 60 ans	1986	10 710 468
20 ans et plus	1986	11 159 190
Taux de chômage: São Paulo métropolitain	1987	3,76 %
	1988	4,30 %
Pourcentage de personnes âgées:		
65 ans et plus	1985	4,23 %
	1990*	4,57 %
75 ans et plus	1985	1,27 %
	1990*	1,41 %
Espérance de vie	1980	66,67 années
à la naissance		
Taux de mortalité infantile par 1000 naissances d'enfants vivants	1987	33,18
PIB de l'État	1984	86,345 milliards de dollars US
	1986	102,548 milliards de dollars US
PIB per capita de l'État	1986	3 424 \$US
Dépenses gouvernementales de l'État pour la santé exprimées en proportion du produit intérieur brut (à l'exclusion des dépenses fédérales et municipales)	1986	0,68 %
Dépenses gouvernementales de l'État pour la santé	1986	697,3 millions \$US (23,3 \$US par personne, par année)
Taux d'inflation	1987	365,96 %
	1988	816,05 %
Nombre d'habitants par médecin	1986	833
Nombre d'habitants par infirmière	1986	3 000
Lits d'hôpitaux par 1000 habitants	1986	
Total		4,4
Lits généraux		3,0
Lits spécialisés		1,4

* Projection.

Quelques données statistiques — São Paulo (Brésil) (suite)

Taux brut de mortalité par 1000 habitants	1987	6,02
Principales causes de décès	1985	
Tumeurs malignes		11,54 %
Maladies ischémiques du coeur		11,34 %
Maladies cérébro-vasculaires		10,75 %
Autres maladies du coeur		7,13 %
Pneumonies		6,10 %

Source: IBGE — Institut brésilien de géographie et de statistiques.

Bibliographie

GONÇALVES, E.L., *Administração de Saúde no Brasil*, Livraria Pioneira Editora, São Paulo, 1982.

PIOLA, Sérgio Francisco et Solon Magalhães VIANNA, *Os Desafios da Reforma Sanitária* (mimeo), IPEA — Ministério do Planejamento, novembre 1986.

Proposta de conteúdo para uma Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde Documento elaborado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (mimeo), mai 1987.

A Saúde no Governo Montoro (mimeo), Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, mars 1987.

Santé publique : perspectives et prospective

*Pierre Duplessis
William Dab
Mark McCarthy
Eduard Portella*

Les auteurs voudraient remercier Mme Louise Galarneau, MM. Paul Cappon, Luc Deslauriers et Yves Bergevin pour leurs commentaires dans la révision de ce dernier chapitre.

À l'exception des pages 397 à 406, ce texte a fait l'objet d'une présentation en session plénière au congrès « System Science in Health Care-88 » à Lyon, en France, au mois de juin 1988 par le premier auteur.

Introduction

Après avoir analysé plusieurs expériences dans différents pays, d'abord sous l'angle de la santé publique traditionnelle, puis par rapport aux soins de santé primaire, enfin par rapport à l'ensemble du système de services et de soins de santé, l'on demeure avec une impression d'hétérogénéité. Cela est probablement dû au fait que chacun des auteurs, malgré un cadre de référence commun dans lequel devait s'inscrire son chapitre, a une vision personnelle différente et surtout que chaque pays présente des caractéristiques sociales, historiques et politiques uniques. Et puisque bon nombre d'indicateurs de santé démontrent une situation sanitaire semblable d'un pays à l'autre, il n'y a donc pas *un* système miracle, *une* formule consacrée pour atteindre le succès.

De plus, la frontière entre les soins de santé primaire et la santé publique n'est pas nette, tout comme la démarcation entre l'approche curative et préventive, entre la prévention primaire, secondaire et tertiaire ou encore entre la première, la deuxième et la troisième ligne de soins. Bien plus, « dans [des] pays où tous les services de santé sont publics, l'expression « santé publique » prend une signification générale et s'étend pratiquement à tous les domaines »⁽¹⁾. Cela est particulièrement évident à la lecture de l'analyse de Frenk sur le Mexique⁽²⁾.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en oeuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité. »⁽³⁾.

« La notion de santé publique a sensiblement évolué depuis le début du siècle. Alors que, traditionnellement, elle recouvrait essentiellement l'hygiène du milieu et la lutte contre les maladies transmissibles, elle s'est progressivement élargie à partir de 1900 pour englober les soins médicaux individuels aux membres de certains groupes de population. On utilise aujourd'hui « santé publique » au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire de la collectivité, les services d'hygiène du milieu, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins. »⁽⁴⁾

Pour se démarquer davantage encore de l'hygiène du milieu et de la lutte contre les maladies transmissibles, le Québec parle de santé communautaire en disant qu'elle « [pourrait] se définir comme l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires. L'expression « santé communautaire » est souvent confondue avec les termes de santé publique, médecine préventive et médecine sociale. En fait, ces différents termes désignent la même réalité et reflètent l'évolution des problèmes et des services de santé au cours du dernier siècle. »⁽⁵⁾ Aux notions de protection de la santé et de prévention de la maladie qui se dégagent de ces définitions s'ajoute aujourd'hui celle de la promotion de la santé^(6,9). Ainsi, il n'est pas étonnant de constater cette grande diversité d'analyse chez chacun des auteurs malgré une trame de fond commune depuis l'Angleterre jusqu'au Brésil en passant par les USA et le Mexique. Et il n'est pas surprenant dans ce contexte que les Pays-Bas nous disent que les mots « santé publique » n'existent pas comme tels dans l'organisation des services de santé de ce pays.⁽¹⁰⁾

Ajoutons à la difficulté d'une approche uniforme le fait que plusieurs visions de la santé publique coexistent. Bien souvent, elle ne représente que l'intervention des pouvoirs publics dans le domaine de la santé. Ses activités sont alors de type administratif et réglementaire. Cette conception est dans la plus pure tradition de la police sanitaire qui aux 18^e et 19^e siècles a combattu les menaces épidémiques.

Proche de cette conception et quelque peu induite par l'analyse systémique, la santé publique est définie à travers une approche strictement institutionnelle, s'attachant à la répartition des compétences et des moyens de contrôle entre les principaux acteurs du système de santé: population, professionnels, gestionnaires. De leur côté, les chercheurs et les enseignants désignent la santé publique comme un champ d'étude concernant les aspects collectifs de la santé et constitué d'une juxtaposition de différentes disciplines: épidémiologie, économie, sociologie, droit, démographie, etc.

De manière plus fonctionnaliste, on veut tenter de dresser la liste des missions qui incombent à la santé publique. Ainsi, un groupe de travail français⁽¹¹⁾ a récemment distingué neuf grandes missions: la promotion de la santé, la concertation et la confrontation des connaissances et des points de vue sur les grands problèmes de santé, l'observation de la santé (incluant la surveillance), la planification, l'intervention (lutte contre les épidémies, les menaces liées à l'environnement, vaccination, éducation sanitaire, etc.), l'évaluation (des pratiques, des institutions et des technologies), la formation, la recherche et la coopération internationale.

Aussi est-il important de souligner que dans l'expression même de « santé publique », le terme publique impose la nécessité de faire sortir la santé de la sphère privée pour en débattre sur la place publique. La santé publique doit être liée aux valeurs démocratiques si l'on veut qu'elle soit autre chose qu'un instrument de contrôle social. Par conséquent, la santé publique doit aussi être le lieu pour confronter les différents points de vue sur l'origine des problèmes de santé et les moyens d'y répondre. C'est l'enseignement du Brésil entre autres choses⁽¹²⁾ auquel le Portugal fait écho⁽¹³⁾, soulignant la période sombre où les grands problèmes n'étaient plus débattus sur la place publique. Nul doute dès lors que l'approche santé publique vient heurter de nombreux intérêts dominants, qu'il s'agisse des professionnels ou des bureaucraties. Il n'est pas étonnant non plus de constater que la santé publique n'est fortement organisée et capable d'intervenir au coeur des grands enjeux de santé qu'à très peu d'endroits.

Et au mot publique s'en ajoute un autre, comme le dit Terris.

Le concept de santé publique [...] est celui d'une activité majeure tant gouvernementale que sociale, multidisciplinaire dans sa nature même et avec un prolongement dans à peu près tous les aspects de la société. Le mot clé ici est la « santé » [...] ⁽¹⁴⁾.

Mais existe-t-il des points de convergence? Y a-t-il un fil conducteur entre chacune de ces perspectives? La santé publique est-elle un concept fourre-tout dont la dernière mode est la promotion de la santé?

Nous croyons qu'il y a effectivement plusieurs points de convergence et qu'il existe une pensée commune qui définit la santé publique et ce, de façon internationale. Nous pensons aussi que sous une forme ou une autre, les services de santé publique se regroupent en système malgré la disparité qui peut exister dans plusieurs pays. Nous pensons enfin que le concept de santé publique est un concept intégrateur et qu'en cela il permet de donner une logique à l'organisation des services de santé, quelle qu'elle soit.

Aussi, dans ce dernier chapitre, nous situerons la santé publique par rapport à la notion de système et ce, de façon prospective. Nous nous appuierons dans notre démarche sur les perspectives qui se dégagent autour de la réflexion des auteurs de ce livre.

La notion de système appliquée à la santé publique

Les soins et les services de santé sont souvent associés à des éléments dont l'ensemble constitue un système. Les premiers travaux dans le domaine de la comparaison des systèmes de santé datent des années 1930 avec des auteurs comme Newsholme, Falk, Sigerist et Sydenstricker ⁽¹⁵⁾. Les principaux modèles qui ont fait école ces dernières années sont entre autres ceux de Weinerman ⁽¹⁶⁾, Field ⁽¹⁷⁾, Elling ⁽¹⁸⁾, Kohn et White ⁽¹⁹⁾ ainsi que Blum ⁽²⁰⁾. Ils proviennent le plus souvent d'Amérique du Nord et

leur approche conceptuelle est généralement empruntée à la cybernétique ou au génie électrique, utilisant le modèle de la « boîte noire ». Cette approche a été particulièrement bien développée par Le Moigne⁽²¹⁾, inspiré des pionniers dans le domaine, Ashby⁽²²⁾ et Bertalanffy⁽²³⁾.

Un système, selon Susser, peut être défini comme « un ensemble ou même un assemblage de facteurs reliés les uns aux autres d'une façon cohérente »⁽²⁴⁾. Et par cohérence il sous-entend qu'un système tend ou vise à un résultat, qu'il a une direction, une finalité en quelque sorte. Le Moigne identifie trois niveaux de fonctions essentielles à l'intérieur du système : celui des opérations, suivi de l'information, puis de la décision. Le système évolue dans un environnement, intègre des intrants qu'il transforme en extrants*.

Appliqué à la santé, le système aurait comme finalité de prévenir, de guérir, de soulager. Ses intrants sont les patients, ses facteurs constitutifs, les organismes dispensateurs de soins et de services. Il est intéressant de noter que certains auteurs dénoncent la contradiction apparente du système de santé actuel où et quel qu'il soit^(25, 26). En effet, la finalité en est une de services, de soins, et non de résultats ; en d'autres mots, le système vise à donner des services sans obligation de résultats ; tels sont du moins les objectifs perçus chez les décideurs. On parlera alors plus justement de système de soins de santé par opposition à un système de santé⁽²⁷⁾.

Gardons ici cette distinction utile en retenant comme idée particulièrement intéressante cet objectif de résultat qui, seul, légitime et donne un sens au système. De plus, élargissons notre définition du système de santé : il sera composé non seulement des organismes dispensateurs de services (hôpitaux, centres de santé, cabinets de professionnels, etc.) mais aussi des autres réseaux, secteurs, institutions, organismes qui ont une influence certaine sur l'objectif ultime du système, soit la santé. Nommons ici le secteur de l'éducation, des transports, de l'habitation, de l'industrie alimentaire, etc. La santé se situe donc aux confluent d'une multitude de secteurs et d'organismes.

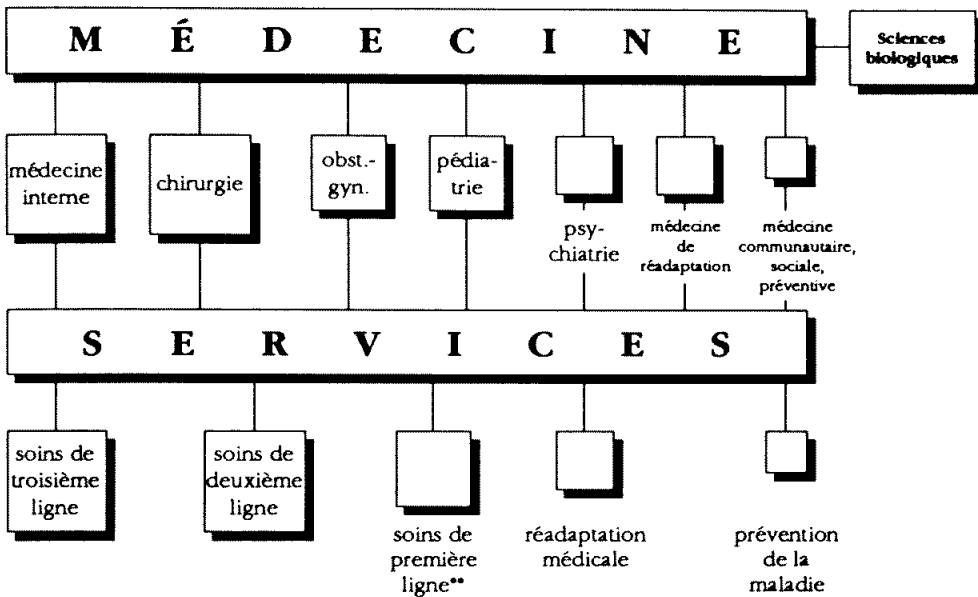
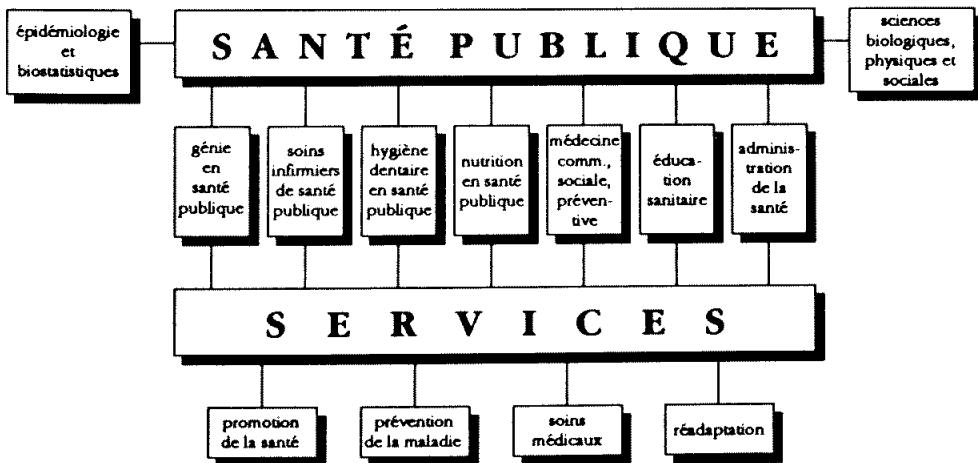
* De l'anglais inputs et outputs (N.D.L.R.).

mes tous différents les uns des autres, mais tous aussi importants les uns que les autres.

Où placer la santé publique dans ce contexte? Étant donné les définitions très larges que nous avons utilisées précédemment et si telle est la santé publique (ce que nous croyons), elle intègre alors l'ensemble des soins et services comme étant une de ses composantes. En d'autres mots, les soins et services sont un sous-système à l'intérieur de la santé publique et non l'inverse. Voilà le sens de l'énoncé de Robbins dans les toutes premières lignes de son chapitre sur les USA: « Grâce à sa base scientifique et épidémiologique, [la santé publique] en viendra peut-être à gérer la technique, la science et l'industrie des soins médicaux. »⁽²⁸⁾

C'est aussi précisément sur cette vision élargie de la santé publique que s'appuie la démarche de Frenk dans son analyse du Mexique⁽²⁾ et qui est bien illustrée par Terris⁽¹⁴⁾ (voir figures 1 et 2). Frenk situe la population et non les patients comme intrants du système; les extrants ne sont pas la guérison, le traitement ou le soulagement, mais bien la santé, d'où sa typologie des actions dirigées vers la santé. Pour dissiper toute ambiguïté sur ces notions, distinguons les services dits de santé publique du concept ou de l'approche de santé publique, tout comme il faut distinguer l'organisation des services de santé de la santé.

Si une telle perspective permet de mieux saisir la limite d'un modèle purement médical opposé à un modèle très « ouvert » de santé publique, en revanche la logique de système lui a été accolée a posteriori. Car il serait faux de prétendre que l'organisation de la santé publique telle que nous la connaissons aujourd'hui a délibérément et rationnellement été développée à partir d'une approche systémique, tout comme une démarche « après coup » est à peu près toujours le cas dans l'évolution des paradigmes⁽²⁹⁾. Dans plusieurs pays, Belgique, France, Pays-Bas, USA notamment, on est même en présence d'un « non-système », selon l'expression de Rengelink⁽¹⁰⁾. D'autres parleront de désorganisation, de développement incoordonné, pour refléter la même réalité comme en fait état la Grèce⁽³⁰⁾. Nés de réponses à des besoins ponctuels, comme l'illustre le développement de la santé publique au Canada⁽³¹⁻³³⁾, les services de

Figure 1 — Le concept de médecine communautaire, sociale, préventive*⁽¹⁴⁾Figure 2 — Le concept de santé publique*⁽¹⁴⁾

* Reproduit avec la permission de l'auteur, Milton Terris.

** Les soins de première ligne sont aussi souvent nommés soins primaires ou soins de santé primaire (N.D.L.R.).

santé publique se sont façonnés petit à petit, s'ajustant au cours de l'histoire les uns aux autres à travers des compromis socio-politico-administratifs. Cela, tous les pays en font éloquemment état. Mais curieusement aussi, une finalité commune se dessine; bien plus, une cohérence « systémique » est présente dans chaque modèle étudié, ce qui est particulièrement évident quand nous les comparons les uns aux autres. Aussi importe-t-il avant de poursuivre sur la signification profonde de cette perspective, d'analyser plus en détail les points de convergence et de divergence des pays qui nous servent de balises. Nous le ferons en étudiant particulièrement l'organisation des services, l'apport professionnel, les nouvelles tendances en santé publique et les caractéristiques particulières inhérentes à la conjoncture actuelle.

L'organisation des services

Un premier point de convergence, comme nous le soulignons plus haut, est cette *approche de population* qui caractérise la santé publique en général. Les organismes de service, où qu'ils soient, se voient attribuer *la responsabilité de la santé d'une population donnée*, municipale, régionale, provinciale. Au sommet de la pyramide, l'organisme de niveau national ou fédéral, selon le cas, a la responsabilité de toute la population. La Suède illustre bien ces niveaux dans le système, chacun ayant des responsabilités définies.

Compte tenu des ressources limitées, les priorités seront définies en terme de *problèmes prioritaires pour des populations cibles*, encore appelées « à risque ». Cela est aussi manifeste dans l'ensemble des pays étudiés. Cette convergence est aussi notée dans le type de problèmes retenus comme prioritaires car ces pays présentent singulièrement les mêmes grandes causes de mortalité et de morbidité, les mêmes inégalités sociales. L'organisation interne des organismes de santé publique se modèle à cette approche; de fonctionnelle qu'elle est souvent avec ses équipes de recherche épidémiologique, de santé dentaire, d'hygiène maternelle et infantile, etc., elle évolue vers une structure divisionnelle avec des équipes affectées à

des problèmes de santé comme le SIDA*, les drogues, les accidents, les maladies cardio-vasculaires.

Le secteur public a un rôle prépondérant à jouer dans l'organisation, le financement et l'administration des services de santé publique. Compte tenu en effet de son approche et de sa vocation même, la santé publique suppose l'engagement de la société dans la recherche de ses propres solutions, dans les choix qu'elle privilégie face aux problèmes de santé dont elle s'occupe. L'intérêt et l'idéologie « privés » n'y seront jamais dominants. En cela, la Suède et les Pays-Bas d'un côté, la Grèce et les USA de l'autre, véhiculent le même message à leur façon et sans équivoque. Bien d'autres pays leur font écho en des termes semblables aux conclusions de l'Italie par exemple⁽³⁴⁾.

La santé primaire intègre plusieurs stratégies de santé publique: elle est un champ d'action privilégié comme le soulignent si justement la Belgique⁽³⁵⁾, le Portugal⁽¹⁵⁾ lorsqu'il aborde la période des centres de santé primaire et la Suède⁽³⁶⁾ qui met l'emphasis sur les soins généraux et de première ligne, tout en cherchant à diminuer le nombre de lits hospitaliers et la spécialisation. Certains pays ont d'emblée confié des services aux organismes qui ont la responsabilité des soins de santé primaire, c'est l'exemple du Québec⁽³⁷⁾. À l'opposé, d'autres gouvernements administrent eux-mêmes ces services; les Pays-Bas divergent complètement de cette décentralisation québécoise pour promouvoir la prise en charge par l'État de tels services. Enfin, des modèles mixtes où la santé publique est répartie à plusieurs niveaux d'exécution, comme en France⁽³⁸⁾ et en Belgique⁽³⁵⁾, oscillent entre une intégration et une décentralisation en faveur d'organismes prestataires de soins primaires. Quoi qu'il en soit, la nécessité d'une complémentarité entre la santé publique et la santé primaire s'impose comme une évidence, ce message étant bien repris par l'Espagne⁽³⁹⁾ entre autres choses.

Par extension, *la santé publique ne doit pas s'isoler du milieu clinique.* Puisque l'organisation des services est un déterminant

* Syndrome d'immuno-déficience acquise.

de la santé^(20, 40, 41), la santé publique n'a d'autre choix que de travailler en complémentarité avec les autres services existants. À des problèmes multifactoriels, des solutions interdisciplinaires. SIDA et maladies cardio-vasculaires par exemple n'« appartiennent » pas uniquement à la santé publique; prévention et promotion de la santé font partie du travail clinique également. La prévention vue comme l'apanage exclusif de la santé publique y perdra en termes d'impact, de ressources, de support du public. À la limite, nous pourrions dire que chaque hôpital a besoin d'un cardiologue préventif, d'un oncologue préventif, tout comme les obstétriciens le sont devenus avec le temps. La localisation des DSC dans les hôpitaux au Québec⁽⁴²⁾ va dans ce sens, de même que l'implantation des coordinations locales en Belgique⁽³⁵⁾; l'Angleterre voit aussi de cette façon le rôle de la « community medicine »⁽⁴³⁾. Le Portugal insiste sur la nécessaire et importante collaboration avec le milieu clinique⁽¹³⁾. La Grèce rappelle l'importance du milieu hospitalier par rapport à l'évolution des divisions de la nouvelle spécialité en médecine sociale⁽³⁰⁾. À l'opposé, il faut bien noter la dichotomie, voire l'antagonisme parfois du milieu clinique et du milieu de santé publique lequel, dans le cas de l'Espagne⁽³⁹⁾, entre en compétition avec le milieu clinique hospitalier. Dans la foulée du rapport de l'OMS⁽⁴⁴⁾ qui préconise une continuité entre les soins primaires et les soins hospitaliers, cette même continuité doit englober aussi les services de santé publique. La République fédérale d'Allemagne présente aussi un dilemme semblable⁽⁴⁵⁾ qui se reflète très bien à sa façon en Grèce et aux États-Unis dans l'opposition entre le privé et le public^(28, 30).

L'intégration systémique de tous les éléments contributifs à la santé est essentielle et elle fait ressortir le besoin de bien situer la santé publique. C'est ce que les Pays-Bas⁽¹⁰⁾ expriment dans leur recherche de l'échelon significatif pour la santé publique; c'est ce que le Mexique⁽²⁾ examine dans sa typologie des actions de santé ou encore le Québec dans le partage des responsabilités entre les différentes lignes de soins⁽³⁷⁾, question reprise autrement par l'Allemagne avec le mot « subsidiaire »⁽⁴⁵⁾. Citant presque mot à mot les conclusions belges à cet effet⁽³⁵⁾, nous disons qu'une politique de santé devrait être inscrite au sein d'un système de santé échelonné et garantir la globalité de

l'approche, la continuité des soins et l'intégration des aspects curatifs, préventifs et promotionnels. Une telle politique de santé devrait s'inscrire dans un processus de développement communautaire stimulant la participation des usagers à l'élaboration et à la réalisation des programmes. La Suède de son côté semble présenter un modèle bien intégré, bien échelonné, reposant sur une politique et des objectifs de santé⁽³⁶⁾. D'autres pays cherchent la meilleure solution pour eux, l'Italie par exemple qui, d'une « mini-réforme » à une « contre-réforme », oscille entre le pôle communal et régional pour y situer l'unité sanitaire locale⁽³⁴⁾. Et bien sûr, cette recherche ne va pas sans difficultés (contexte politique, historique, etc.) comme nous le rappelle l'Espagne⁽³⁹⁾.

Qu'il s'agisse d'une réalité comme c'est le cas dans certains pays ou d'une proposition comme c'est le cas dans d'autres, une telle intégration devra aussi s'inscrire dans un accès universel aux soins et services de santé.

La mobilisation des compétences professionnelles

Nous avons déjà parlé du rôle du secteur clinique. Il convient d'en rappeler l'importance ici et d'insister sur le fait que *la santé publique doit être « intégratrice »* et non prendre un chemin qui l'isolerait, qui la marginaliserait. Ce message est bien souligné par l'Italie⁽³⁴⁾. Mais rappelons les difficultés qui se posent sur le chemin de cette action concertée et que nous avons évoquées plus haut également, difficultés que la Suède semble avoir résolues en nous rappelant la nécessité d'une collaboration, voire même d'une intégration fonctionnelle des soins cliniques, de la prévention et de la promotion⁽³⁶⁾.

D'une façon similaire, *la fragmentation des responsabilités de santé publique dans un système donné rend les actions intégrées plus complexes*. La synergie interprofessionnelle est alors diminuée d'autant. Les systèmes belge, français et québécois illustrent chacun à sa façon ce phénomène. À l'opposé, *une véritable coordination dans le déploiement des ressources*, comme c'est le cas en Suède⁽³⁶⁾, *facilite l'apport de compéten-*

ces multiples autour de problèmes complexes comme le sont toujours ceux auxquels s'adresse la santé publique. Soulignons à cet égard le rôle important que jouent les conseils généraux dans ce pays. Comme c'est le cas dans plusieurs autres, la santé publique est imputable à des élus, ce qui évite la « professionnalisation » des problèmes et des solutions et au contraire met en interaction dynamique les éléments « sociaux » les plus valables au profit d'objectifs de santé.

Dans la même ligne de pensée, il convient peut-être de souligner davantage *le nécessaire rapprochement du secteur social avec celui de la santé physique et mentale*. Des phénomènes comme l'abus de drogues, la délinquance, la violence et par extension le suicide, pour ne donner que ces exemples, sont intimement liés aux aspects sociaux de la santé. À notre avis, et comme le souligne précisément l'Allemagne⁽⁴⁵⁾, la santé publique intègre aussi ce secteur, malgré les difficultés — querelles corporatistes, divergences d'approche et autres — qui peuvent surgir. Dans bon nombre de pays, il est intéressant de noter que le niveau des soins de santé primaire semble avoir résolu cette dichotomie.

S'ajoute à ce que nous venons de dire *l'importance de la synergie avec les milieux d'enseignement et de recherche*. L'évolution de la santé publique est intimement liée à l'acquisition des nouvelles connaissances et à leur transmission. À cet égard, les milieux universitaires jouent un rôle prépondérant à telle enseigne que la pratique, seule, finit par tarir. Le difficile passage de l'ère des maladies infectieuses à celle des épidémies modernes en témoigne. Et cette synergie essentielle des milieux d'enseignement et de recherche est éloquemment illustrée par la Grèce⁽⁵⁰⁾ et vécue dans à peu près tous les pays. La Suède, l'Angleterre, le Québec et l'Italie en font plus expressément mention dans cet ouvrage.

Reprenons, pour conclure cette section, le fait que les problèmes de santé publique sont multifactoriels, complexes et que la ou les solutions à ces problèmes ne sont pas toujours dans le giron de la santé. Les traumatismes en sont un bon exemple. Il doit en conséquence y avoir *un élargissement dans l'apport des contributions professionnelles* qui conduit donc à l'em-

bauche d'une variété d'intervenants qui n'étaient pas traditionnellement reconnus comme exerçant dans le domaine de la santé. À cet enrichissement des compétences se juxtapose toutefois le problème de l'intégration de ces nouvelles disciplines au sein des équipes et des activités de santé publique. Le Québec et le Portugal ont tenté une brèche dans cet élargissement des contributions. Reprenant une phrase du chapitre portugais, il nous faut « [...] bâtir un sentiment collectif face à l'importance de la santé, établir de nouveaux réseaux de développement ainsi que des espaces de communication micro/macro; voilà des instruments de « non-service » tels que peuvent l'être les stratégies d'action de la nouvelle santé publique »⁽¹³⁾.

Vers de nouvelles approches

Dans cette comparaison entre pays, il est frappant de voir combien *l'approche de promotion de la santé a pris de l'importance*. Nul doute qu'il y a dans ce creuset un regroupement des actions de « lobbying » et d'« advocacy » qui étaient, il n'y a pas si longtemps, exprimées autrement et qui se dessinent comme des stratégies importantes de santé publique⁽⁴⁶⁾. Le concept même est des plus intéressants en ce qu'il met l'accent sur la santé⁽⁴⁷⁾. De plus, c'est une approche intégratrice et l'on sent que des projets comme « Villes en santé »* catalysent précisément toute l'intersectorialité autour d'un espace physique et social, la ville. À ce projet de « Villes en santé » tous sont susceptibles d'adhérer, du simple citoyen au preneur de décisions, en passant par l'ingénieur⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾.

Soulignons au passage le rôle essentiel qu'ont à jouer les villes, municipalités et communes pour des actions locales de santé publique. Cela ressort avec force du témoignage de l'Espagne⁽³⁹⁾ auquel le Québec fait écho en renouant aujourd'hui avec les pouvoirs municipaux⁽³⁷⁾.

Un autre aspect sur lequel il est intéressant d'attirer l'attention est certainement *l'importance accordée à l'information sani-*

* « Healthy Cities » en anglais.

taire. Il s'agira tantôt de l'utilisation de l'épidémiologie, tantôt du recueil et de l'analyse de statistiques socio-démographiques et sanitaires. Cet axe qu'explore actuellement le Québec et que la Suède se fixe comme un de ses objectifs, a été particulièrement développé en France avec les observatoires régionaux de santé. On sent combien indispensable est l'information sanitaire comme support à la prise de décision. En cela, la santé publique a un rôle primordial à jouer, celui de générer, d'analyser et de produire l'information, l'information utile comme le disait si justement Dab⁽⁵⁸⁾.

Un système de santé publique sans fonction épidémiologique n'a plus aucune vision par rapport à son environnement et est voué à l'échec. Plus encore, il est en contradiction avec sa mission fondamentale. Mais la tendance poussée à l'extrême, celle de réduire la santé publique à une fonction d'information ou de planification, comporte aussi le danger, comme l'expriment les Pays-Bas en guise de conclusion, de bureaucratiser la santé publique et de ne plus la faire correspondre à la réalité⁽¹⁰⁾. L'on pourra alors vouloir récupérer cette fonction d'intelligence de la santé publique aux seules fins de l'allocation des ressources en soins et services. Ces tensions sont particulièrement bien illustrées par l'Espagne, l'Italie, l'Angleterre et le Québec parmi les pays que nous avons étudiés.

Enfin, notons que *la poursuite de résultats de santé, eux-mêmes arrimés à des objectifs de santé, définit la mission que se donne aujourd'hui tout système de santé publique*. Les moyens diffèrent de même que l'organisation structurelle. Mais la finalité est semblable, chacun héritant d'un contexte historique qui est le sien et s'ajustant aux contraintes sociales, administratives, politiques et culturelles qui lui sont propres⁽⁵¹⁾. Le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS a certainement joué un rôle d'avant-garde dans ce domaine⁽⁵²⁾ tout comme, sur un plan national, les USA^(53, 54). Cette tendance est fort bien illustrée par la volonté et l'importance accordée en Suède à l'élaboration puis à la poursuite des objectifs issus d'une politique de santé⁽⁵⁵⁾.

Une légitimité à reconquérir

Nul doute que dans bon nombre de pays, sinon dans la majorité, *la santé publique subit des transformations à un rythme accéléré*. L'élargissement de ses responsabilités, l'intégration de nouvelles disciplines, les modifications organisationnelles tant au sein de ses propres organismes de services que dans sa position stratégique par rapport à l'ensemble du système de santé, tout cela fait que la santé publique est grandement déstabilisée sur le plan organisationnel. Les changements se bousculent, tout se passe trop rapidement. Pour reprendre les toutes dernières lignes très éloquentes de l'analyse de McCarthy, disons qu'« une période de stabilité et de calme organisationnels est nécessaire; mais cela est peu probable, compte tenu de l'état actuel d'agitation au niveau international au sein des services de santé. »⁽⁴³⁾ Bien plus; face à l'escalade des coûts, à la technologie qui a un pouvoir de fascination auprès du grand public, aux implications politiques qui dérangent autant les décideurs au pouvoir que l'intérêt privé, *la santé publique est dans bien des endroits dans une situation difficile sinon précaire*. Elle est ou bien morcelée et diluée dans le système, ou bien elle est sérieusement remise en question. Deux pays, l'un avec un accès aux services de santé largement garanti à la population, le Portugal⁽¹³⁾, l'autre avec un accès laissé en majeure partie à la capacité de payer, les USA⁽²⁸⁾, évoquent clairement ce pessimisme. Plusieurs autres pays expriment le même sentiment.

Pourtant, au même moment, la réflexion sur la promotion de la santé foisonne de publications, des projets novateurs comme « Villes en santé » et des objectifs nationaux de santé naissent un peu partout. Y aurait-il un écart entre la philosophie de santé publique et ses applications? ...Entre la réflexion et la réalité? Ou bien assistons-nous réellement à un nouvel essor alors que le système de santé et la société tout entière se trouvent au carrefour de problèmes multifactoriels complexes dont les solutions sont en grande partie dans le giron de la santé publique? Nous faisons écho à l'optimisme que l'on ressent à la lecture de la littérature récente et nous préférons cette seconde explication. Il n'en demeure pas moins que 1) les contradic-

tions du système de santé mises en lumière par la santé publique, 2) le rythme accéléré des changements qu'on impose à la santé publique et 3) les tensions qu'elle vit face à l'allocation des ressources créent en pratique, comme nous le disions, une situation sinon précaire, à tout le moins difficile.

En tentant d'expliquer plus avant l'ambiguïté de cette situation, d'autres considérations méritent d'être ajoutées à la liste. La prévention par exemple est vécue parfois — peut-être à juste titre — comme une tentative de contrôle social. Les préoccupations financières pèsent plus lourd dans la balance que les considérations sanitaires. Les administrations, surtout les plus anciennes, préfèrent fonctionner de façon normative plutôt que par objectifs et par priorités comme le veut la santé publique. Dans l'esprit des décideurs, ce sont les cliniciens qui détiennent l'expertise en santé et non pas les praticiens de santé publique. La santé publique semble à première vue directive, orientant des choix et des comportements de populations alors que l'idéologie du libre choix est dominante chez les bénéficiaires, les professionnels et les administrateurs de la plupart des pays occidentaux. Enfin, l'approche plutôt rationnelle, « planificatrice » en santé publique, se heurte à la charge émotive autour de la maladie, de la souffrance et de la mort; sa démarche est associée à quelque chose de désincarné, de bureaucratique. Voilà quelques autres éléments qui accentuent l'écart entre la pratique et le discours.

Et comme pour ajouter à la difficulté de cette quadrature du cercle qu'est notre analyse, *il est évident que plusieurs visions de la santé publique coexistent.*

Conclusion

Ainsi la voie suivie par la santé publique est celle d'une approche « populationnelle » en amont des problèmes dont l'objectif ultime, et peut-être le seul, est la santé. Les moyens qu'elle met en oeuvre ne sont pas traditionnels au sens professionnel du terme; ils s'écartent, et de loin, du modèle médical, dérangeant et font éclater les schèmes auxquels nous sommes habitués. De plus, la santé publique s'inscrit dans un environne-

ment humain au sens large qui a une influence déterminante sur les objectifs de résultats qu'elle se fixe. Cet environnement est social, culturel, économique et politique, lui-même en interaction avec un méta-environnement vivant et physique façonnant la santé en système ouvert et combien ouvert!

Ajoutons à cela que la notion de santé elle-même a évolué. Elle fut longtemps considérée comme un privilège, celui des mieux nantis. Dans un souci de justice sociale et d'équité, certains pays ont légiféré et l'ont reconnue comme un droit. Aujourd'hui, la santé est devenue une valeur sociale sans perdre pour autant ces caractères de privilège et de droit. Partout dans le monde, la santé est reconnue comme une valeur sociale qui implique des choix, des options politiques bien définies car les solutions aux problèmes de santé peuvent se troquer contre d'autres priorités selon le pouvoir en place. Impératifs économiques, militaires et autres, nous n'avons que l'embarras du choix pour les imaginer.

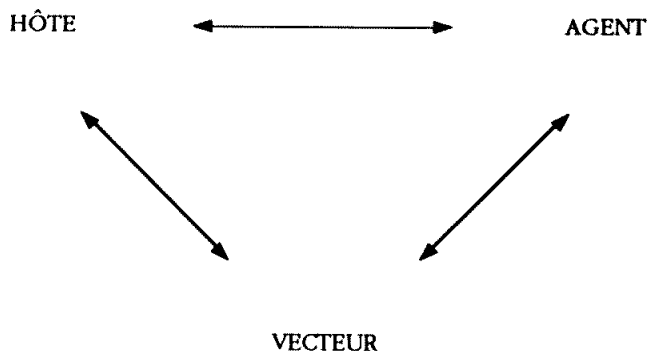
Si nos objectifs ont été à l'image de notre société de consommation, c'est-à-dire des objectifs de production — production de soins et de services, production de technologie, production de main-d'oeuvre et d'institutions — l'émergence d'un nouveau paradigme s'érige en opposition à la santé comme bien économique: la santé est une valeur. Dans ce contexte, la santé publique n'est ni un système ni un sous-système autosuffisant et ne peut certainement pas être réduite à un ensemble de services professionnels organisés en unité de production. Ses outils, sa démarche, ses priorités, ses solutions donnent un sens au système de santé, lui donnent une cohérence, lui indiquent le chemin le plus efficace sur le plan clinique en maximisant la santé et en prévenant la maladie. C'est en quelque sorte une façon de penser, une façon de comprendre les problèmes de santé, comme le dit Vayda.

[La santé publique] se préoccupe de santé et de maladie parmi les populations, de comportements visant la santé, de la promotion de la santé et de l'utilisation des services de santé. Les données qui lui proviennent de la communauté servent à informer et à façonner une politique de santé, à mettre en oeuvre des programmes communautaires et à supporter les

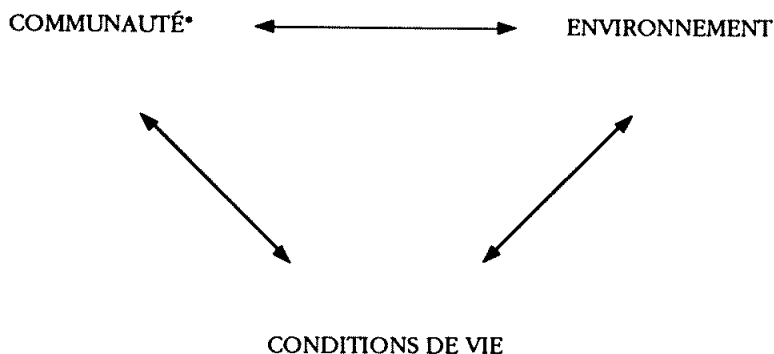
interventions auprès des patients [...]. Les problèmes de santé communautaire sont des préoccupations nationales⁽⁵⁶⁾.

La santé publique devient donc cet élément intégrateur dans une approche globale de la santé. La pollution est un bel exemple qui illustre la complexité des problèmes et des solutions qui nous inquiètent et qui ne peuvent échapper à une approche de santé publique, à une approche globale. En effet la santé publique s'applique à définir le problème, à diffuser l'information, à identifier des priorités, à trouver des solutions ou des éléments de solutions, à rassembler les acteurs, à faire en sorte que s'amorcent de difficiles changements par toutes sortes de voies et à mesurer les effets de ces interventions. Qu'il s'agisse du SIDA, des accidents, des maladies cardio-vasculaires, de l'alcoolisme, de la violence, tous ces graves problèmes de santé répondent à l'analyse que nous venons de faire et soulignent la complexité du monde dans lequel nous ne faisons que pénétrer depuis une centaine d'années. Ces problèmes mettent aussi en relief une stratégie importante de santé publique sans laquelle cette approche globale n'est qu'illusion: le courant de pensée en matière de promotion de la santé aura eu très certainement le mérite de souligner combien la *collaboration intersectorielle* est une synergie essentielle de forces⁽⁵⁷⁻⁶⁰⁾.

Pour résumer et pour faire image, nous pourrions dire que nous sommes passés de la triade classique qui caractérisait les maladies infectieuses,



à un concept éco-systémique où chacun des termes doit être pris dans son sens le plus large:



De plus, nous croyons que la santé publique n'est qu'à l'aube de transformations majeures. L'informatique par exemple, d'ici quelque cinquante ou cent ans, permettra des études épidémiologiques rétrospectives et longitudinales inimaginables aujourd'hui. Les changements technologiques en génie génétique, pour citer un autre exemple, décupleront les possibilités de l'immunologie et confronteront la santé publique à d'énormes problèmes de bioéthique et d'éthique environnementale.

En réalisant que déjà « à travers la révolution de la technologie de l'information, nous devenons partie d'une culture globale »⁽⁶¹⁾ et en reprenant les problèmes que nous soulignons, force est de constater que les frontières n'existent plus, ni pour la santé, ni pour la maladie, ni pour la dégradation de l'environnement, ni pour les conditions de vie. Nos problèmes comme nos solutions sont interdépendants. Pauvreté, faim, violence, pollution, catastrophes environnementales, SIDA... se butent à cette nouvelle réalité: *l'interdépendance de tout et de tous les pays les uns par rapport aux autres*, pour ajouter à l'intersectorialité dont nous avons déjà discuté.

* Nous avons préféré le mot communauté à population bien que l'approche de santé publique soit décrite comme une « approche de population ». La communauté apparaît pour nous comme étant un niveau supérieur d'organisation d'une population. Peut-être aussi que l'expression « santé communautaire », adoptée dans certains pays, refléterait-elle la même réalité par rapport à l'expression « santé publique ».

Saurons-nous relever le défi au-delà des systèmes nationaux de santé? Car nombre de problèmes, problèmes majeurs, et nombre de solutions, solutions vitales, sont connus sans pour autant que nous en ayons sous-estimé la complexité. C'est peut-être ainsi qu'il faut comprendre cette phrase de Dostoïevski gravée dans la pierre de façade du musée de la Croix Rouge internationale à Genève:

« Chacun est responsable de tout devant tous. »

Références bibliographiques

1. OMS, *Conférence sur la formation en santé publique des praticiens de médecine générale: rapport*, Série de rapports techniques, no 140, 1957, dans HOGARTH, J., *Vocabulaire de la Santé Publique. La Santé publique en Europe*, no 4, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, OMS, 1977.
2. FRENK, J., « Modernisation médicale au Mexique: paradigmes, État et marchés du travail », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), *Santé publique et pays industrialisés*, Québec, Les Publications du Québec, 1989.
3. OMS, *Premier rapport du Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique*, Série de rapports techniques, no 55, 1952, dans HOGARTH, J., op. cit. (1).
4. OMS, *Formation supérieure en Santé publique: rapport d'un Comité OMS d'experts*, 1973, dans HOGARTH, J., op. cit. (1).
5. ROCHON, J., « La santé communautaire dans le système régional de services de santé et de services sociaux », Division 2 de *Annuaire du Québec 1975-76*, Québec, Gov. du Québec, 1977.
6. OMS, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DU CANADA ET ASSOC. CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE, *Ottawa Charter on Health Promotion*, 1986.
7. KICKBUSCH, I., « Health Promotion: A Global Perspective », dans *Can. J. Publ. Health*, 77, 1986, pp. 321-326.
8. « Special Health Promotion Issue », dans *C. J. Publ. Health*, 77(6), 1986.
9. EPP, J., *Achieving Health For All: A Framework For Health Promotion*, Ottawa, Santé et Bien-être du Canada, 1986.
10. RENGELINK, H., « Santé et soins de santé aux Pays-Bas », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).

11. COMMISSION DE SANTÉ PUBLIQUE, *Rapport au ministre chargé de la santé*, Rapport non publié, IGAS no 880 027, Paris, juillet 1988.
12. YUNES, J., « Changer le système de santé publique. Le cas de l'État de São Paulo au Brésil », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).
13. SAKELLARIDES, C. et al., « La santé publique au Portugal », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).
14. TERRIS, M., « The Distinction between Public Health and Community/Social/Preventive Medicine », dans *J. of P.H. Policy*, 6, 1985, pp. 435-439.
15. DE MIGUEL, J.M., « A Framework for the Study of National Health Systems », dans *Inquiry*, supp. au vol. XII (2), 1975, pp. 10-24.
16. WEINERMAN, E.R., « Research on Comparative Health Service Systems », dans *Medical Care*, 9, 1971, pp. 272-290.
17. FIELD, M.G., « The Concept of the « Health System » at the Macrosociological Level », dans *Soc. Sc. and Med.*, 7, 1973, pp. 763-785.
18. ELLING, R.H., « Case Studies of Contrasting Approaches to Organizing for Health: An Introduction to a Framework », dans *Soc. Sc. and Med.*, 8, 1974, pp. 263-270.
19. KOHN, R. et K.L. WHITE, *Health Care, An International Study*, Report of the WHO Organizational/International Collaborative Study of Medical Care Utilization, Londres, Oxford Univ. Press, 1976.
20. BLUM, H., *Planning for Health: Developmental Applications of Social Change Theory*, New York, Human Sciences Press, 1974.
21. LE MOIGNE, J.L., *La théorie du système général — Théorie de la modélisation — Systèmes — Décisions*, Paris, Presses univ. de France, 1977.

22. ASHBY, W.R., *An Introduction to Cybernetics*, Londres, Chapman and Hall (éd.), 1956.
23. BERTALANFFY, L. von, *General Systems Theory*, New-York, George Braziller (éd.), 1968.
24. SUSSER, M., *Causal Thinking in the Health Sciences. Concepts and Strategies of Epidemiology*, New-York, Oxford Univ. Press, 1973.
25. COCHRANE, A.L., *L'inflation médicale: réflexions sur l'efficacité de la médecine*, Paris, Éd. Galilée, 1977.
26. McKEOWN, T., *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, Londres, Nuffield Prov. Hosp. Trust, 1976.
27. PINEAULT, R. et al., « Le système de santé du Québec: objectifs de soins ou objectifs de santé? », dans *Un. Méd. du Canada*, 113, 1984, pp. 750, 754 et 770.
28. ROBBINS, A., « La santé publique aux États-Unis: un secteur perdu au sein du complexe industriel médical », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).
29. KUHN, T.S., *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, The Univ. of Chicago Press, 1962.
30. PHILALITHIS, A.E., « La médecine sociale peut-elle remplacer la santé publique traditionnelle à l'intérieur d'un système de santé national? Le cas de la Grèce », dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).
31. ANCTIL, H. et al., « La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986 » dans *Santé et société*, Gouvernement du Québec, Direction des communications, éd. spéciale, 1986.
32. HASTINGS, J.E.F. et al., « Introduction: The Evolution of Organized Community Health Services in Canada », 1964, dans MEILICKE, C.A. et al., (éd.), *Perspectives on Canadian Health and Social Services Policy: History and Emerging Trends*, Ann Arbor, Health Adm. Press, 1980.

33. HEAGERTY, J.J., « The Development of Public Health in Canada », dans *Can. J. Publ. H.*, 25, 1934, pp. 53-59.
34. HANAU, C., « La santé communautaire en Italie », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).
35. LEROY, X. et al., « Belgique: le jeu des acteurs sociaux et les soins de santé primaire », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).
36. WENNSTRÖM, G., « L'organisation de la santé publique en Suède », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).
37. DUPLESSIS, P. et al., « Santé publique et santé primaire au Québec (Canada): les défis du partage des responsabilités », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).
38. DAB, W. et al., « La place de la santé publique dans le système de santé en France », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).
39. PORTELLA, E. et al., « Analyse du processus d'implantation de la réforme sanitaire en Espagne », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).
40. LAFRAMBOISE, H.L., « Health Policy: Breaking the Problem Down into More Manageable Segments », dans *Can. Med. Ass. J.*, 108, 1973, pp. 388-393.
41. LALONDE, M., *A New Perspective on the Health of Canadians, a working document*, Ottawa, Bureau du ministre de la Santé et du Bien-être du Canada, Gouvernement du Canada, 1974.
42. PINEAULT, R. et al., « Health Promotion Activities in Quebec Hospitals: A Comparison of DSC and Non-DSC Hospitals », rapport de recherche non publié, dép. de médecine soc. et prév., Université de Montréal, 1986.
43. MCCARTHY, M., « Le Royaume-Uni: un rôle en évolution à l'intérieur du service de santé national », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).

44. OMS, *Hôpitaux et santé pour tous*, Rapport d'un comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours, OMS, série de rapports techniques, no 744, Genève, 1987.
45. LABISH, A., « Le Service de santé publique en République fédérale d'Allemagne », 1989, dans DUPLESSIS, P. et al., (éd.), op. cit. (2).
46. MILIO, N., *Promoting Health through Public Policy*, Ottawa, Can. P. Health Ass., 1986.
47. « A Discussion Document on the Concept and Principles of Health Promotion », dans *Health Prom.*, 1(1), 1986, pp. 73-76.
48. HANCOCK, T. et al., « Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Context », A Background Working Paper prepared for the Healthy Cities Symposium, Lisbon-Portugal, April 1986.
49. DUHL, L.J., « The Healthy City: Its Function and its Future », dans *Health Prom.*, 1(1), 1986, pp. 55-60.
50. WEINSTEIN, M.S., *Health in the City: Environmental and Behavioral Influences*, New York, Pergamon Press, 1980.
51. SPASOFF, R.A., « Health Goals and the Public Health », dans *Can. J. of P.H.*, 78, 1987, pp. 291-293.
52. OMS, *Regional Targets in Support of the Regional Strategy for Health for All*, Copenhagen, Bureau régional pour l'Europe, 1984.
53. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Healthy People. The Surgeon-General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*, Washington, 1979.
54. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Promoting Health/Preventing Disease. Objectives for the Nation, Washington, 1980.*

55. THE NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE, *HS-90. The Swedish Health Services in the 1990s*, 1985.
56. VAYDA, E., « Education and Research in Community Health in Canada », dans *J. of P.H. Policy*, 9(1), 1988, pp. 15-16.
57. KICKBUSCH, I., « Health Promotion: A Global Perspective », dans *Can. J. Publ. Health*, 77, 1986, pp. 321-326.
58. WORLD HEALTH ASSEMBLY, « The Role of Intersectoral Cooperation in National Strategies for Health for All », dans *Health Prom.*, 1(2), 1986, pp. 239-245.
59. EKLUNDH, B. et al., « Health Promotion Policy in Sweden: Means and Methods in Intersectoral Action », dans *Health Prom.*, 2(2), 1987, pp. 177-194.
60. MAHLER, H., « Keynote Address », *Health Prom.*, 3(2), 1988, pp. 133-138.
61. PECK, P. J., « Weaving a Global Culture », dans *Island in space, prospectus for a new idea*, United Nations Association Canada, PECK, P. J. (éd.), 1986.

Les auteurs

Castanheira, José Luis, MD, MSc

Il a terminé ses études de médecine à l'Université de Lisbonne en 1973 et a obtenu une maîtrise en sciences (santé communautaire) au University of Connecticut en 1984. Il a poursuivi des études spécialisées en santé publique à l'Escola Nacional de Saúde Pública en 1978.

Il mène depuis 1977 une carrière dans les services de santé du Portugal: de 1977 à 1982, il est médecin de santé publique dans un centre de santé rural; il occupe ces mêmes fonctions de 1984 à 1987 au niveau d'un district, puis en 1988 dans un centre de santé urbain et enfin au niveau central en 1989. À la direction générale pour les soins de santé primaire, il coordonne le programme de promotion de la santé des adolescents et ce, depuis 1987.

Il est membre facultaire du département de santé publique à la Faculdade de Ciências Médicas de Lisbonne depuis 1984. Il est aussi chercheur dans le domaine de la santé des adolescents au Centro de Estudos Psicosociais depuis 1979.

Couët, Suzanne, IL, MSc, DSA

Madame Couët possède un diplôme d'infirmière, détient une maîtrise en sciences ainsi qu'un diplôme en sciences administratives. Elle a travaillé comme consultante pour différents projets touchant les ressources de santé, a été directrice adjointe de la Direction de la santé communautaire de l'hôpital Général de Montréal. Elle est maintenant secrétaire générale du Conseil d'évaluation des technologies de la santé de la province de Québec.

Cuervo, José I., MD

Le docteur Cuervo est médecin depuis 1975. Il exerce sa profession de 1975 à 1979 à l'hôpital Sant Pau de Barcelone à titre de spécialiste en anesthésie, réanimation et soins intensifs. En 1979, il commence à travailler en administration des services

de santé et il est nommé directeur des hôpitaux et du réseau de soins de santé primaire.

De 1983 à 1987, il occupe la fonction de directeur des Services de santé publique et de l'environnement de la ville de Barcelone. En 1987, il devient directeur des Services de santé du Comité d'organisation des « Jeux olympiques Barcelone 1992 » et est membre de la Commission médicale du Comité olympique international.

Dab, William

Il est médecin épidémiologiste à l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France (Paris) et chercheur affilié à l'équipe Gestion, science et technologie en santé publique à l'Unité 88 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Ses travaux portent sur les indicateurs de santé et les systèmes d'information épidémiologique, l'analyse des processus de décision en santé publique et des conditions du passage entre les connaissances scientifiques et l'action dans ce domaine. Il a été interne des Hôpitaux de Paris, assistant à l'Université Paris VI et rapporteur d'un groupe de travail sur les tâches et missions de la santé publique au ministère de la Santé. Il a effectué une résidence en santé communautaire à l'Université Laval (Québec, Canada) et est titulaire d'un MSc en épidémiologie.

Duplessis, Pierre, MD, MPH, CSPQ

Le docteur Duplessis a complété ses études de médecine à l'Université de Montréal en 1970 puis une maîtrise en santé publique à l'Université de Harvard et enfin un certificat en santé communautaire à l'Université Laval.

Il est professeur adjoint au Département d'épidémiologie et biostatistiques de l'Université McGill, professeur adjoint de clinique au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal. Il exerce la santé communautaire à titre de médecin associé à la Direction de la santé communautaire de l'hôpital Général de Montréal et assume actuellement des fonctions de directeur de la santé communautaire à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal.

Le docteur Duplessis est président sortant de l'Association pour la santé publique du Québec et administrateur au conseil d'administration de l'Association canadienne de santé publique.

Frenk, Julio, MD, MPH, MA (sociologie), PhD

Le docteur Frenk est directeur général de l'Institut national de santé publique au Mexique. Il a été élevé au poste de chercheur national au sein du Système de recherche du Mexique. En plus, il est un « fellow » du Kellogg International dans le domaine de la santé. De 1982 à 1984, il est « fellow » du Michigan Society of Fellows et professeur adjoint au Département d'organisation des services de santé de l'Université du Michigan.

Le docteur Frenk a obtenu son diplôme de médecine de l'Université nationale du Mexique en 1979. Il complétait une maîtrise en santé publique en 1981, puis une maîtrise en sociologie en 1982 et conjointement un doctorat en organisation des services de santé et en sociologie en 1983, ses diplômes étant tous obtenus à l'Université du Michigan.

Hanau, Carlo

Le docteur Hanau a soutenu sa thèse d'économie politique sur « Le printemps de Prague » à la Faculté des sciences politiques de l'Université de Bologne, au cours de l'année universitaire 1967-1968. Il s'est spécialisé à l'École de droit sanitaire de l'Université de Bologne en 1972. En 1981, il obtient le titre de docteur de 3^e cycle ès économie de la santé à l'Université d'Aix-Marseille II, sous la direction du professeur Joseph Brunet-Jailly.

Henrard, Jean-Claude

Il est professeur de santé publique à l'Université Paris V, médecin-chef de service dans un centre de gérontologie hospitalière. Ses travaux de recherche portent sur l'épidémiologie des incapacités et handicaps et l'analyse du fonctionnement du système français de soins et d'aide aux personnes âgées. Il a été rapporteur de groupes de travail chargés de préparer des plans nationaux, membre du Collège de direction scientifique de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et conseiller technique auprès de plusieurs ministres chargés du secteur de la santé et des personnes âgées.

Hoey, John, MD, FRCP(c), FACP, FACPM, FACE

Le docteur Hoey est directeur du Département de santé communautaire de l'hôpital Général de Montréal et professeur agrégé de médecine ainsi que d'épidémiologie et biostatistiques à l'Université McGill. Il a obtenu son doctorat en médecine de

l'Université McGill en 1967 et a complété sa formation en médecine interne dans les universités McGill et Johns Hopkins où il a aussi poursuivi des études postdoctorales en « health services research ». Il a été professeur invité en épidémiologie à l'Université Claude Bernard à Lyon et professeur invité à l'Université de Shanghai. De plus, il a été président du Regroupement des départements de santé communautaire du Montréal métropolitain de 1987 à 1989.

Labisch, Alfons

Il est professeur dans le domaine des politiques de la santé au Département de services sociaux à l'Université de Kassel en République fédérale d'Allemagne. Le docteur Labisch est impliqué en pratique générale tout autant qu'en enseignement et en recherche. Il entreprend des études en philosophie, en histoire et en sciences sociales ainsi qu'en médecine. Il a obtenu un doctorat en histoire et en humanités classiques, une maîtrise en sciences sociales. Il a obtenu son diplôme de médecine et a complété avec succès les examens nationaux de médecine.

Leroy, Xavier

Il est docteur en santé publique, chercheur au Service d'études socio-économiques de la santé de l'Université catholique de Louvain et chargé d'enseignement à l'École de santé publique de la même université.

McCarthy, Mark, MA, MSc, MRCP, FFCM

Le docteur McCarthy a étudié les sciences naturelles et l'économie à l'Université de Cambridge et a terminé ses études médicales au University College Hospital Medical School. Après avoir servi dans des hôpitaux de Londres et du Yorkshire, il entreprend une maîtrise en médecine sociale au London School of Hygiene de 1972 à 1974. Il fut médecin communautaire de district à Hammersmith, Londres, de 1975 à 1977, puis « research fellow » du Kings Fund Center de 1977 à 1978, et depuis 1979, il est chargé de cours principal en médecine communautaire au University College London. Il est spécialiste honoraire en médecine communautaire pour le Regional Health Authority de la région Nord-Est de la Tamise, assistant aviseur régional pour la Faculté de médecine communautaire et membre du Conseil

consultatif de la division de gestion des services locaux et communautaires pour le District Health Authority de Bloomsbury.

Philalithis, Anastas E.

Le docteur Philalithis est professeur adjoint de médecine sociale à l'Université de Crète. Activement impliqué en politiques de santé et en planification de la santé, il occupait des fonctions conseils auprès du gouverneur de l'IKA, l'Institut de sécurité sociale de Grèce et a aussi occupé des fonctions au comité exécutif du Conseil central de la santé au niveau du ministère de la Santé, du Bien-être social et de la Sécurité sociale.

Il est membre de plusieurs comités de la Communauté économique européenne et participe activement aux efforts de l'Organisation mondiale de la santé, tantôt à titre de spécialiste conseil, tantôt comme membre de la délégation de la Grèce. Il a obtenu une maîtrise en affaires et un baccalauréat en sciences de l'Université de Londres, un doctorat en médecine de l'Université d'Athènes et une maîtrise en sciences (médecine communautaire) du London School of Hygiene and Tropical Medicine. Il est spécialiste de médecine interne en Grèce et MRCP en Angleterre.

***Portella, Eduard*, MD, MSc**

Le docteur Portella est médecin depuis 1977, titulaire d'une maîtrise en santé publique, spécialiste en médecine préventive et santé publique et candidat au doctorat en administration de la santé. C'est à partir de 1979 qu'il occupe différents postes de direction dans des services de santé. Il demeurera en administration de la santé jusqu'à aujourd'hui, mais en exerçant à titre de consultant depuis 1986.

Le docteur Portella enseigne à l'Université de Barcelone depuis 1980 au Département de santé publique et de législation sanitaire.

***Pouliot, Bernard*, MD, MSC, DSA, CSPQ**

Le docteur Pouliot est directeur du Département de santé communautaire de la région Grand-Portage Centre à Rivière-du-Loup. Il a occupé précédemment des fonctions de directeur médical et de directeur de santé communautaire dans d'autres institutions.

Rengelink, Henk, MD, PhD, MPH

Le docteur Rengelink a acquis sa formation médicale à l'Université d'Amsterdam.

Les sept premières années de sa carrière ont été passées à titre de gériatre. Il a poursuivi sa formation en santé publique à l'Université de Rotterdam ainsi qu'en administration des affaires à la Faculté d'administration de la même université.

Depuis 1982, le Dr Rengelink est directeur du Service de santé municipal de la ville d'Amsterdam.

Robbins, Anthony, BA, MD, MPH

Le docteur Robbins est professeur de santé publique à l'École de santé publique de l'Université de Boston, école reliée à la Faculté de médecine. Il obtient un baccalauréat ès Arts du Harvard College en 1962 puis un doctorat en médecine cum laude de l'Université de Yale en 1966. De l'Université de Harvard, il acquiert en 1969, une maîtrise en administration publique (John F. Kennedy School of Government). Le docteur Robbins a ensuite poursuivi un entraînement en médecine interne au Beth Israël Hospital à Boston et a complété un « fellowship » en recherche sur les services de santé à la Faculté de médecine de Harvard ainsi qu'à l'École de santé publique de Harvard. Le docteur Robbins a enseigné dans plusieurs universités, notamment à Harvard, McGill, l'Université du Vermont, Dartmouth Medical School, l'Université du Colorado, l'Université Georgetown, l'École d'hygiène et de santé publique de l'Université Johns Hopkins. Il a été directeur du Département de la santé de l'État du Vermont de 1973 à 1976 et du Département de la santé de l'État du Colorado de 1976 à 1978. Il a occupé les fonctions de directeur de l'Institut national pour la santé et la sécurité du travail (NIOSH) de 1978 à 1981 et a occupé le poste d'« Assistant Surgeon General ». De 1981 à 1986, il était membre désigné représentant de la santé au Comité plénipotentiaire de l'énergie et du commerce de la Chambre des représentants des États-Unis. Il se joignait au Boston University Faculty en 1986.

Sakellarides, Constantino T., MD, MSc, PhD

Il a complété son entraînement médical à l'Université de Lisbonne en 1967. Une importante partie de sa formation en santé publique s'est effectuée à l'École de santé publique du Texas à

Houston où il a acquis une maîtrise en sciences (épidémiologie) en 1972, puis un doctorat en santé publique en 1975. Le Dr Sakellarides a travaillé comme praticien général et comme médecin de santé publique en région rurale au Mozambique. Au Texas, il était assistant de recherche en épidémiologie à l'université du même nom. Par la suite, il participa au Portugal au développement des centres de santé et devint membre de la faculté de l'École nationale de santé publique à Lisbonne (administration en santé publique) ainsi qu'à l'École de santé publique andalouse à Grenade en Espagne où il détenait également le poste de directeur académique.

Le Dr Sakellarides est actuellement officier régional pour la planification, la surveillance et l'évaluation du Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé.

Van Dormael, Monique

Elle est sociologue, chercheuse au Centre de sociologie de la santé de l'Université libre de Bruxelles et attachée à l'Unité de recherche et d'enseignement en santé publique de l'Institut de médecine tropicale à Anvers.

Wennström, Gunnar, MD, PhD (honoris causa)

Le docteur Gunnar Wennström est licencié en médecine de l'Université d'Uppsala en 1959 puis a obtenu de la même université un doctorat en médecine honoris causa dix années plus tard. Il est aussi reçu docteur en philosophie (honoris causa) de l'Université d'Umeå en 1983. Professeur à l'Université d'Uppsala de 1951 à 1960 puis employé par le ministère de l'Enseignement de 1960 à 1964 et par la Direction nationale de l'enseignement supérieur de 1964 à 1967 et par la Direction nationale de la santé publique et de la prévoyance sociale depuis 1967. Il est aujourd'hui directeur de la Division de la planification et de la prévention et ce, depuis 1975.

Yunes, João

Il est professeur d'épidémiologie de la Faculté de santé publique à l'Université de São Paulo, au Brésil. Il a été secrétaire de la santé de l'État de São Paulo de 1983 à 1987 pendant le gouvernement de Montoro. Il est aujourd'hui le représentant de l'OPS/OMS à Cuba.

Il a obtenu une maîtrise en santé publique à l'Université du Michigan (Ann Arbor, États-Unis) et il a fait son doctorat à l'Université de São Paulo au Brésil. Il a été conseiller technique auprès du ministre de la Santé du Brésil pendant 4 ans et ses principaux intérêts professionnels sont l'enseignement et la recherche, particulièrement en santé maternelle et infantile, en démographie et santé, ainsi qu'en planification.

A 5500

E-2144

ex.2 Duplessis, P. et al.

~~Santé publique et pays industria-~~
~~lisés (Royaume-Uni, Pays-Bas, Suè-~~
~~de, Italie, Allemagne, Belgique,~~
~~France, Etats-Unis, Canada (Qué),~~

A 5500

ex.2

Comment tentons-nous de solutionner les problèmes majeurs de santé dans le monde actuel?

Est-ce que les efforts pour prévenir la maladie et pour promouvoir la santé sont les mêmes partout?

Comment assurer globalement un meilleur état de santé dans l'avenir?

Santé publique et pays industrialisés, préfacé par le professeur Leo A. Kaprio, examine de façon unique la santé publique sur la scène internationale. Les auteurs, parmi les professionnels de la santé les plus renommés dans le monde, décrivent la philosophie, les objectifs, les stratégies et les problèmes des systèmes de santé publique de 14 pays.

Le dernier chapitre du livre fait une synthèse de leurs analyses et évalue l'état de la santé publique au moment où l'humanité vit une fin de siècle d'une turbulence et d'une évolution sans précédent.

Un consensus se dégage selon lequel aujourd'hui, plus que jamais, la santé publique intègre les dimensions médicale, sociale, politique, environnementale et économique de la vie des communautés humaines.



HÔPITAL SAINTE-JUSTINE
Direction de la Santé Communautaire



9 782551 084647

Imprimé au Québec, Canada