

## Pour un nouveau paradigme de la santé

La santé, ce ne sont pas les soins médicaux. Pour produire la santé, une société doit produire autre chose que des soins. Elle doit produire de la richesse, de l'emploi, de l'éducation et ainsi de suite. Tous les marqueurs d'état de santé (espérance de vie, taille, mortalité infantile, etc.) ont augmenté (ou décru) indépendamment du degré de médicalisation d'une société. Il est également clair que l'amitié, l'entraide, le "caring" auprès des enfants ou des parents âgés, sont des soins de santé au moins aussi importants que les soins médicaux. Dans ce contexte, on commence à s'apercevoir que chaque argent placé dans le médico-hospitalier n'est pas disponible pour d'autres secteurs dont on connaît par ailleurs l'importance déterminante pour la santé d'une population, que ce soit le soutien aux enfants et aux parents, l'école, la création d'emplois d'utilité communautaire, le recyclage de main-d'œuvre, l'amélioration de l'environnement physique, ou les programmes de lutte contre la pauvreté et de lutte contre la culture de la dépendance. Les connaissances nouvelles en matière de déterminants sociaux, économiques et culturels de la santé appellent à une véritable révolution de "paradigme"<sup>8</sup> dans nos manières de penser et de faire sur les questions de santé.

---

*Marc RENAUD, G.R.A.S.P et Département de sociologie,  
Université de Montréal et Institut Canadien de Recherches Avancées.*

*Louise BOUCHARD, G.R.A.S.P., Université de Montréal.  
2801, Edouard-Montpetit, suite 162, CP 6128, Succ. Centre Ville Montréal (Québec) H3C 3J7*

---

Les soins médicaux constituent aujourd'hui la plus grosse industrie des pays développés. Au Canada, celle-ci accapare plus de 10 % de la richesse (9 % en France) et 10 % de la main-d'œuvre. C'est aussi une industrie en profonde mutation. Les forces de changement sont innombrables – percées technologiques en médecine, vieillissement de la population, crise des finances publiques, luttes interprofessionnelles, etc. – tout comme sont nombreuses les dynamiques sociales en cause – “médicalisation” des problèmes sociaux, “judiciarisation” de la prise en charge, “déshumanisation” des soins, “désinstitutionnalisation” dans le domaine de la santé mentale, “responsabilisation” de plus en plus grande des individus, des familles et des communautés. Cette industrie est devenue un système tellement vaste et complexe qu'elle semble tout entière accaparée par ses problèmes de financement et de gestion. En réalité, ceux-ci ne sont que la pointe émergée de l'iceberg. Le problème de fond, c'est celui de la finalité du système de soins : contribue-t-il à l'amélioration de la santé de la population en proportion des investissements colossaux qui y sont faits ? C'est là une question fondamentale pour bon nombre de chercheuses et de chercheurs.

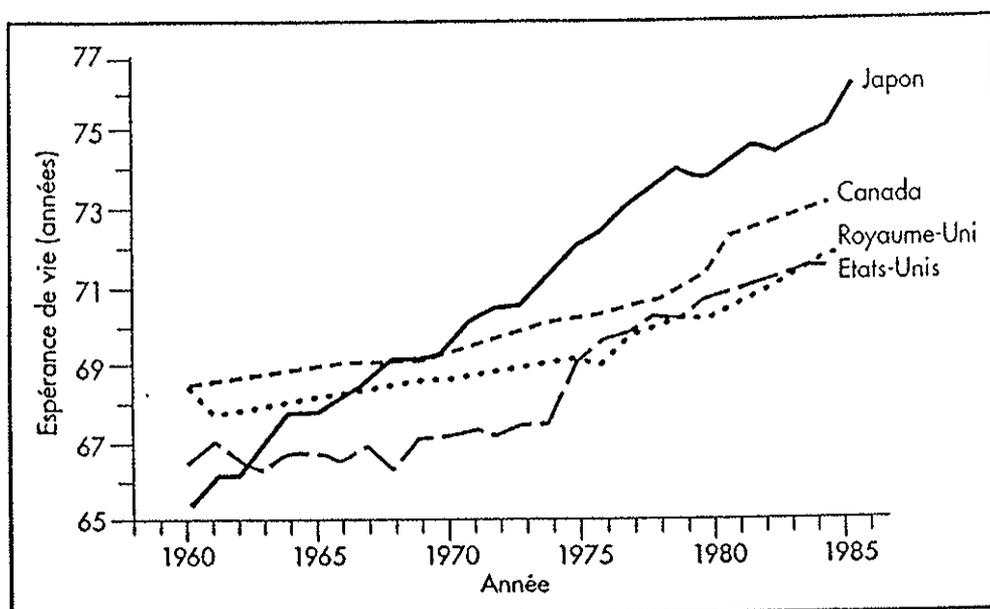
### Un système aux rendements décroissants

Depuis un demi-siècle, les sociétés ont misé sur les services médicaux. Ce qui était perçu comme bon pour les médecins et les malades, était perçu comme bon pour la nation. Les gouvernements n'ont eu de cesse d'investir massivement dans les services médico-hospitaliers et d'en garantir l'accessibilité par des régimes universels d'assurance.

Le résultat ? Un paradoxe. Logiquement, on devrait s'attendre à ce que plus un pays investit dans les soins, meilleurs soient ses indicateurs de santé. Tel ne semble pourtant pas le cas. Si l'on compare les pays les uns avec les autres, les études montrent qu'il n'y a pas de corrélation statistique entre les dépenses de soins per capita et divers indicateurs de performance (comme le taux standardisé de mortalité causée par des maladies traitables, espérance de vie, espérance de vie en bonne santé ou divers taux de morbidité).

Ainsi, que l'on investisse dans les soins \$1000 US per capita comme au Japon, \$1500 US comme au Canada ou \$2000 US comme aux U.S.A., ne change rien à l'espérance de vie. En d'autres mots, ce ne sont pas les pays qui ont le plus de médecins et de lits d'hôpitaux qui ont les meilleurs indicateurs de santé. Le cas le plus frappant est celui du Japon qui a réussi – malgré de faibles investissements dans les soins ainsi que de faibles ratios médecin-population et infirmière-population – à faire passer l'espérance de vie des hommes de 64 ans en 1955 (le plus bas niveau des pays de l'O.C.D.E.) à 76 ans (le plus haut niveau) en 1985. Ce pays détient aussi maintenant la meilleure espérance de vie pour les femmes et un des plus faibles taux de mortalité infantile. De fait, l'espérance de vie au Japon est l'équivalent de celle que nous aurions au Canada si nous réussissions à éliminer toute la mortalité par mala-

FIGURE 1  
 ESPERANCE DE VIE DES HOMMES DANS DIVERS PAYS DE L'O.C.D.E.



De même, parmi les pays les plus pauvres, ceux qui ont les meilleurs indicateurs de santé ne sont pas nécessairement les pays ayant le meilleur revenu per capita et les meilleures installations sanitaires. Des pays musulmans riches en pétrole, comme l'Irak, l'Arabie Saoudite, le Maroc, réussissent moins bien en termes de santé que des pays plus pauvres (Kerala, Sri Lanka, etc.)<sup>2</sup>.

Si le fait de disposer d'une plus grande quantité de ressources ne semble pas améliorer les indicateurs – certes grossiers, mais usuels – de santé, on pourrait croire que ces investissements entraînent au moins un meilleur réconfort pour les malades et un meilleur soulagement des symptômes, en particulier de la douleur. Cela est vraisemblable, mais certaines données laissent perplexes. En effet, quand on examine les pratiques médicales, on constate d'étonnantes variations d'une région à une autre et d'un pays à un autre. Par exemple, les pontages aorto-coronariens sont dix fois plus fréquents aux États-Unis qu'en Grande-Bretagne (quatre fois plus au Canada), les hystérectomies et les césariennes sont deux à trois fois plus fréquentes en Amérique du Nord qu'en Europe, sans que l'on puisse démontrer une différence dans la prévalence des problèmes à l'origine de ces procédures. Ces variations laissent croire que plus un pays investit dans les technologies médicales, plus les médecins les utilisent... sans pour autant avoir des résultats plus positifs. Elles reflètent une incertitude dans la pratique médicale, mais elles soulèvent aussi des questions relatives au rapport coût-bénéfice de différentes pratiques<sup>15</sup>.

Enfin, on devrait s'attendre, dans les pays les mieux pourvus, à ce que consommateurs et producteurs de soins soient plus satisfaits. Ici encore, les quelques données existantes sont contre-intuitives. C'est aux États-Unis – là où 14 % de la richesse nationale est consacré aux soins – que le public serait le plus prêt à reconstruire son système (26 % aux U.S.A. contre 5 % au Canada). De surcroît, dans tous les pays, les producteurs de soins se plaignent du manque de ressources pour faire face à des besoins qui semblent indéfiniment croissables. C'est le cas même aux U.S.A., pays où le système est le plus cher

de la planète ! Comble du paradoxe, dans tous les pays, même dans ceux où le système coûte deux fois moins cher que les U.S.A. (par exemple, la Grande-Bretagne), on craint que le système ne fasse "sauter la banque" !

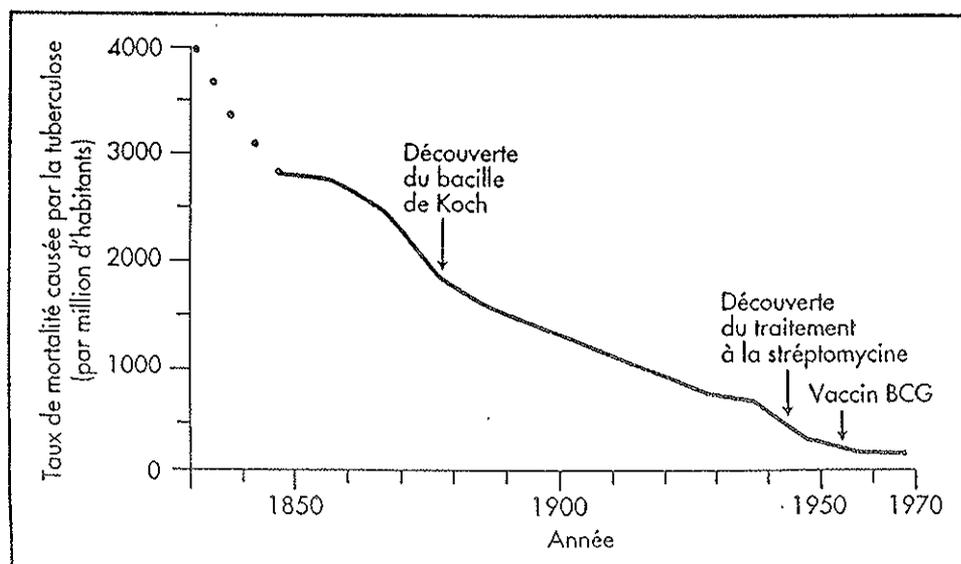
Le système de soins commence donc à se heurter à une sorte de loi des rendements décroissants, où chaque nouveau dollar investi semble rapporter moins en résultats tangibles que les dollars préalablement investis. En fait, les chercheurs commencent à se demander s'il ne faudrait pas remettre en question la croyance très répandue selon laquelle l'augmentation du volume de la recherche biomédicale et du nombre de services médicaux améliore la santé de la population. Investir davantage dans les soins ne semble pas éliminer plus de mortalité prématurée.

### La santé, ce n'est pas qu'une affaire de médecins et d'hôpitaux

Bien que l'estime populaire dont elle bénéficie soit sans doute exagérée, la médecine moderne a une efficacité technique incontestablement plus grande qu'il y a quelques décennies. Ce dont la médecine moderne a un urgent besoin, cependant, c'est d'évaluations fines et circonstanciées de l'efficacité de chacune de ses procédures. C'est ce à quoi s'emploient de nouvelles traditions de recherche (épidémiologie clinique, évaluation des technologies, étude des variations géographiques de la pratique médicale, etc.). Avec ces nouveaux outils, les organismes gestionnaires souhaitent développer de meilleurs contrôles sur la pratique médicale de même que des guides et protocoles de pratique.

Les nouvelles traditions de recherche sont nécessaires et essentielles, ne serait-ce que pour des raisons économiques, mais elles ne sont pas suffisantes. Si toutes les technologies médicales étaient évaluées, la santé de la population n'en serait pas améliorée pour autant.

FIGURE 2  
EVOLUTION DU TAUX DE MORTALITE CAUSEE PAR LA TUBERCULOSE



Les travaux de démographie historique ont bien montré que les grands bonds en avant en matière de santé ne sont pas attribuables à l'amélioration des technologies médicales. Les très fortes réductions de mortalité causée par les maladies infectieuses au cours des deux derniers siècles en Grande-Bretagne<sup>13</sup> et du dernier siècle aux U.S.A.<sup>14</sup>, se sont produites avant le développement de thérapies médicales efficaces.

Par exemple, comme le montre la figure 2, si le taux de mortalité causée par la tuberculose a chuté de façon importante après la découverte d'un traitement efficace (antibiotiques) de cette maladie (1944), cela ne saurait expliquer, toutefois, la baisse plus spectaculaire survenue au siècle précédent. Il est clair que "quelque chose" d'autre que la médecine a permis la réduction de la tuberculose. Ce "quelque chose" a à voir avec l'amélioration de la nutrition, avec l'espacement des naissances et avec les conditions d'hygiène (égouts, approvisionnement en eau potable, etc.).

Le point central n'est pas que la médecine est inutile, bien au contraire. La médication et la vaccination ont énormément contribué à la réduction des maladies infectieuses. Mais, ce sont des facteurs sociaux qui ont été les plus importants déterminants de cette baisse ! Cela a été vrai dans le passé pour des pathologies d'origine infectieuse. Cela sera sans doute encore vrai dans l'avenir pour les maladies dites chroniques (cœur, cancer, etc.).

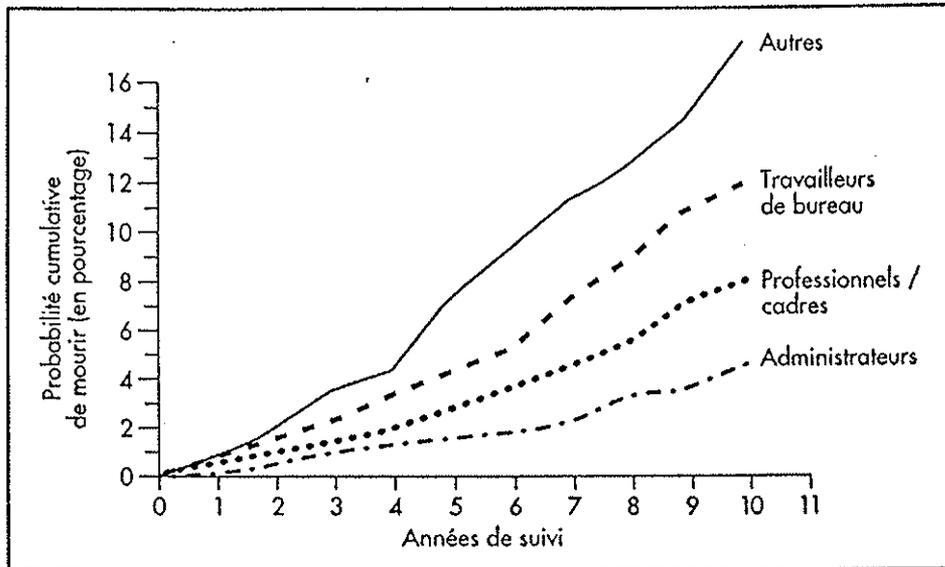
De même, au moment de l'introduction des régimes universels d'assurance-maladie après la deuxième guerre mondiale, on croyait que de telles mesures réduiraient à néant les inégalités sociales en matière de santé : les plus pauvres pouvant avoir accès aux médecins et aux hôpitaux, ils pourraient rattraper le niveau de santé des couches plus aisées de la population et, après un certain temps, éprouver moins de besoins en services de soins...

Là encore, cette croyance s'est révélée sans aucun fondement. Dans certains pays, l'écart de mortalité entre les couches inférieures et supérieures s'est même accentué depuis la guerre. En fait, dans tous les suivis longitudinaux de populations, on constate un gradient de santé : les mesures de mortalité comme de morbidité suivent en escalier le statut socio-économique de la population. Plus on est élevé dans la hiérarchie des revenus, moins grande est la mortalité, plus longue est l'espérance de vie et plus longue est l'espérance de vie en bonne santé. Ce gradient a été observé dans tous les pays du monde, mais avec une amplitude qui varie. Le gradient est présent pour toutes les causes de mortalité, qu'elles soient liées ou non aux mauvaises habitudes de vie (tabac, alimentation, etc.).

Il semble donc y avoir "quelque chose" qui est associé à la position dans la hiérarchie, qui prédispose à la maladie et à la mort prématurée, et que la médecine ne peut guérir. Par exemple, une étude menée auprès de fonctionnaires britanniques de Whitehall<sup>10,11</sup> a montré que sur une période de dix ans, les hommes âgés de 40 à 64 ans mouraient en trois fois plus grand nombre parmi les travailleurs manuels et de bureau que parmi le personnel professionnel ou administratif. Il est important de savoir qu'il ne s'agissait aucunement là d'une population pauvre ou exposée à des risques environnementaux importants, mais de classes moyennes et supérieures.

FIGURE 3

TAUX DE MORTALITE, TOUTES CAUSES CONFONDUES,  
CHEZ LES FONCTIONNAIRES BRITANNIQUES  
DE WHITEHALL (AGES DE 40 A 64 ANS)



Cette étude a été corroborée par plusieurs autres analyses faites ailleurs dans le monde<sup>18</sup>. Ces observations suggèrent un processus étiologique non spécifique, corrélé avec la position de l'individu dans la hiérarchie et qui peut s'exprimer à travers un ensemble de maladies. C'est comme si ce "quelque chose" choisissait des chemins biologiques différents pour atteindre les individus.

### La santé, ce n'est pas qu'une affaire d'habitudes de vie

Bien qu'historiquement, on ait confié à la médecine le soin d'assurer la santé de la population, dans les faits, c'est de maladies que les médecins s'occupent. La persistance du gradient de santé montre que la maladie n'est pas liée au hasard, mais à "quelque chose" dans l'environnement social, économique et culturel des gens.

C'est cette intuition de l'existence de plusieurs déterminants de la santé, qu'a conceptualisé – pour la première fois dans le monde – le rapport Lalonde<sup>9</sup>. Ce document a mis en lumière le fait que les soins de santé ne sont qu'un seul des quatre déterminants de la santé (la biologie, l'environnement, les habitudes de vie et les soins).

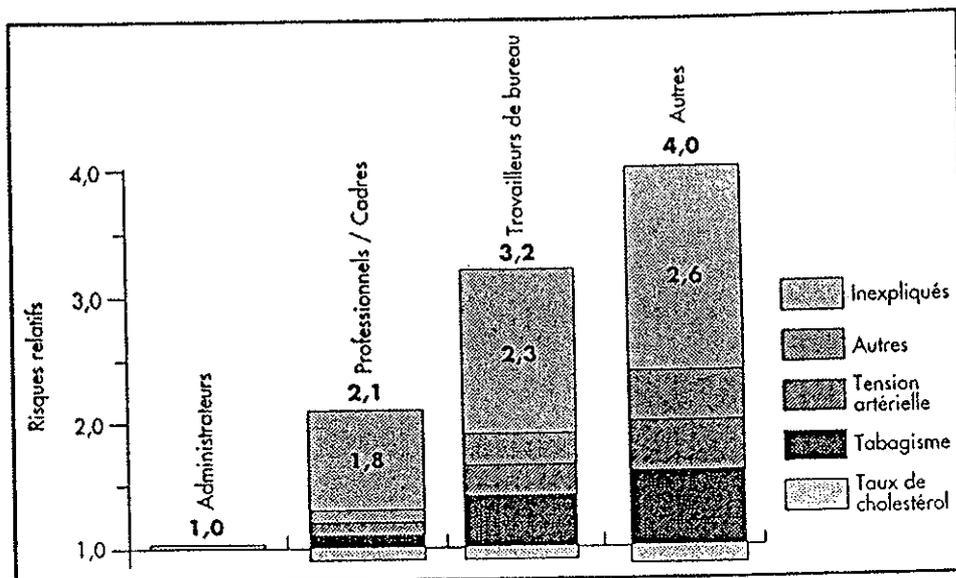
A la suite de la publication de ce document, on a insisté sur les mauvaises habitudes de vie (tabac, alcool, sédentarité, etc.) comme causes des maladies. Dans cette vision des choses, l'idée que les gens sont responsables de leur santé et que ce soit un peu de leur faute s'ils tombent malades, est implicite. Cela est bien sûr en partie vrai, mais pas autant qu'on l'a cru pendant un certain temps.

En effet, les mauvaises habitudes de vie suivent aussi en gradient le statut

Par exemple, il est maintenant largement démontré que le tabac tue. Cependant, pourquoi un individu se priverait-il du plaisir de fumer si par ailleurs sa vie est ennuyante, son travail aliénant et que ses perspectives d'avenir sont déprimantes ou inexistantes ? Il s'agit là d'une échappatoire, certes dangereuse mais agréable, face au stress et à l'ennui de la vie quotidienne.

FIGURE 4

MORTALITE A LA SUITE DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES CHEZ DES FONCTIONNAIRES BRITANNIQUES DE WHITEHALL



Enfin, fait encore plus troublant, les études montrent que si toute la population adoptait un genre de vie raisonné, conforme à la nature scientifiquement comprise (particulièrement en ce qui a trait à l'alimentation, au tabac et à l'alcool), l'espérance de vie serait certes allongée mais le gradient d'état de santé entre les diverses classes sociales persisterait. C'est donc dire que la bonne santé n'est pas qu'une affaire d'habitudes de vie.

Comme le montre la figure 4, la mortalité par maladies cardio-vasculaires suit en gradient le statut socio-économique de la population. Ce graphique montre également que le taux de mortalité imputable à l'un ou à l'autre des facteurs de risque connus (tabagisme, cholestérol, pression sanguine et autres) est moins important que celui attribuable à ce "quelque chose" d'inexpliqué dont nous avons déjà parlé. En d'autres mots, si l'on arrivait à corriger ces facteurs de risque, il se produirait une réduction importante de la mortalité, mais le gradient persisterait.

La santé, c'est une question de qualité d'environnement social

Qu'est-ce qui se cache derrière le gradient de santé ? Quel est ce "quelque chose" qui semble si fortement influencer sur la santé ? On commence à soupçonner que c'est dans l'environnement social, économique et culturel de l'individu que se trouvent certains des secrets les plus méconnus de sa longévité et de sa bonne santé. En particulier, les moyens qu'utilise une personne

pour faire face aux stress de la vie seraient fondamentaux. Ces moyens sont associés à l'estime de soi et au sentiment de contrôle, deux facteurs qui varient directement en fonction du statut socio-économique.

L'étude comparée de la mortalité dans divers pays montre que plus un pays est prospère et plus sa structure sociale redistribue les bénéfices de cette prospérité, plus élevés sont le sentiment de contrôle et l'estime de soi de ses citoyens, et meilleure est leur santé. De même, plus un pays investit de ressources dans l'éducation, de manière équivalente pour les hommes et pour les femmes, plus ses citoyens se sentent en contrôle de leur devenir, et meilleure est leur santé.

L'étude sur les fonctionnaires de Whitehall montre que plus quelqu'un est élevé dans la hiérarchie de l'emploi, que plus il a un sentiment de contrôle sur son travail et que plus il trouve que son travail est varié, alors plus il se sent stimulé et en santé. L'équipe de recherche a également constaté que chez tous les fonctionnaires, il y avait une augmentation de leur pression sanguine en arrivant au travail mais que, phénomène bizarre, au retour à la maison, la pression avait tendance à chuter beaucoup plus chez les personnes placées en haut de la hiérarchie que chez celles en bas, comme si les hauts fonctionnaires arrivaient mieux à s'affranchir des tensions ambiantes.

L'organisation du travail est un autre élément important. Ainsi, une étude<sup>7</sup> montre que les individus les plus à risque de développer un problème cardiaque, ceux qui expérimentent les stress les plus dommageables, sont ceux dont le travail impose des demandes imprévisibles et incontrôlables, avec peu ou pas de marge de manœuvre pour y répondre. Ce n'est pas d'avoir un travail exigeant qui est dangereux pour la santé, mais bien d'avoir un travail exigeant en l'absence de ressources pour y faire face. S'il y a beaucoup de support et d'amitié sur les lieux de travail, les effets sont beaucoup moins grands.

Ces hypothèses soulèvent une question centrale : quels sont les mécanismes par lesquels le social interagit avec le biologique ? L'environnement social n'a certes pas un effet miraculeux sur le corps et l'on comprend de mieux en mieux comment le cerveau et le système nerveux jouent un rôle clé de médiateurs vers les autres systèmes biologiques (endocrinien, immunitaire, sanguin, etc.).

Par exemple, un chercheur<sup>16</sup> a montré que certains babouins mâles dans la jungle du Kenya avaient une bien meilleure santé que d'autres. Il a montré aussi qu'une hiérarchie sociale existe chez les babouins et que la caractéristique centrale des babouins dominants – et en meilleure santé – est la capacité de leur système endocrinien de retourner plus rapidement à la normale après une période de stress, contrairement aux babouins dominés qui restent complètement dans un état d'anxiété.

Ce même chercheur a démontré, en laboratoire<sup>17</sup>, que les stress les plus nocifs ne sont pas ceux qui résultent de crises : nous savons tous comment réagir à une crise. Les stress qui affectent le plus la santé sont ceux qui sont les plus ressentis subjectivement et qui perdurent dans le temps. Il a décrit comment le stress, tel que perçu par l'hypothalamus, agit sur l'hypophyse, qui à son tour agit sur les glandes surrénales, qui élève le niveau de glucocorticoïdes. Or, c'est l'élévation persistante du niveau de glucocorticoïdes qui est dommageable.

Les effets sont nombreux : sur la digestion, sur la libido, sur l'énergie vitale, sur la tension artérielle. D'autres sont encore peu connus : les effets sur le système immunitaire et sur la mort neuronale, qui entraîne un vieillissement prématuré et éventuellement la mort.

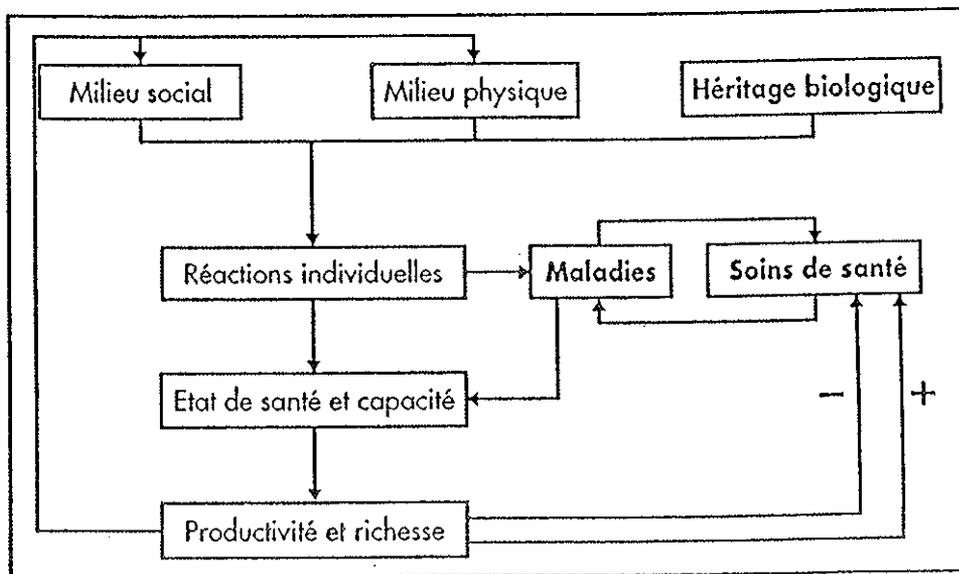
Plus on est haut dans la hiérarchie, plus on arrive facilement à baisser le niveau de glucocorticoïdes après un stress aigu. La place dans une hiérarchie n'est pas le seul facteur. Encore plus importante est la société dans laquelle cette hiérarchie existe : être dominant dans une société en rébellion n'est certes pas bon pour la santé. Et, être dominé dans une société qui protège ses membres les plus faibles, est moins dangereux pour la santé que de l'être dans une société qui ne le fait pas. La personnalité joue aussi un rôle : une hiérarchie sociale n'a pas le même effet sur les individus dominés, si ceux-ci ont des amis ou s'ils ont appris à voir le bon côté des choses.

### Des changements sont souhaitables et possibles

Ces constats et ces hypothèses ouvrent la voie à une véritable "révolution paradigmatique"<sup>8</sup> dans l'approche de la santé d'une population. Selon l'état actuel des connaissances, une société ne peut plus prétendre bien s'occuper de la santé de sa population, simplement en lui fournissant des soins de santé, fussent-ils de la meilleure qualité technique possible. De même, une société ne peut plus uniquement renvoyer la balle à ses membres, en leur disant qu'ils et elles sont "responsables" de leurs habitudes de vie et dès lors de leur santé. Une société doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée.

FIGURE 5

### MODELE DES FACTEURS DETERMINANTS DE LA SANTE DES POPULATIONS



A l'intérieur du programme sur la santé des populations de l'Institut Canadien de Recherches Avancées (I.C.R.A.), on a essayé de schématiser ce nouveau paradigme<sup>5</sup>. Contrairement aux conclusions du rapport Lalonde, on établit ici

que l'environnement social est un déterminant de la santé aussi fondamental que l'environnement physique et le bagage génétique. Selon le modèle de l'I.C.R.A., les réponses individuelles à ces environnements peuvent varier, certains individus développant de mauvaises habitudes de vie (et des pathologies) et d'autres pas. De ces réponses, découlent un état de santé et une capacité fonctionnelle.

Ce modèle distingue aussi les facteurs conduisant à la santé de ceux conduisant à la maladie. Il n'y a pas de ligne directe entre les soins et la santé : on ne demande pas au système de soins de s'occuper de santé, mais de maladies. Dans ce contexte, un arbitrage devient nécessaire entre la quantité de ressources allouées à la lutte aux maladies et la quantité de ressources nécessaires pour l'amélioration de la santé.

Enfin, le modèle montre l'importance de la richesse et de la productivité d'un pays pour la santé de sa population. Le système de soins peut avoir un effet positif sur cette richesse dans la mesure où il rend les gens capables de travailler et de produire de la richesse. Mais la plupart du temps, il a un effet négatif dans la mesure où le système se concentre sur les personnes âgées et les malades chroniques, ce qui enlève des ressources pour les jeunes et les personnes productives.

Le modèle de l'I.C.R.A. met en évidence un paradoxe : à force d'investir dans les soins, on finit par désinvestir la santé. La richesse d'un pays – le cas du Japon est éloquent – est créatrice de santé. Mais au-delà d'un certain seuil, l'investissement dans les soins draine les ressources, réduit la richesse d'un pays et finit par engendrer plus de maladies.

Quand on regarde l'évolution de la dette publique, l'accroissement du chômage, l'accroissement de l'aide sociale, l'accroissement de la pauvreté, l'accroissement des brisures familiales et leurs effets désastreux, il semble évident qu'il faut investir davantage de ressources dans l'amélioration de l'environnement social, si tant est que cela soit possible.

René Dubos, un microbiologiste de renom, prévoyait cette situation il y a déjà plus de 25 ans : *"Il faut(dra) établir des priorités, ce qui implique des choix difficiles. L'idéal humain voudrait que la priorité soit accordée aux soins médicaux destinés aux malades et aux personnes âgées. Cependant, le souci de l'avenir et, en particulier, du développement économique, exige que les efforts soient concentrés sur l'enfance, et même sur la petite enfance, car l'expérience montre que les premières années de la vie sont essentielles pour la santé future de l'adulte. Naturellement, un tel choix fait intervenir des critères médicaux, mais il pose également de graves dilemmes moraux et sociaux."*<sup>4</sup>

Dans ce contexte, de nouveaux choix collectifs s'imposent. Faut-il investir dans toute nouvelle technologie médicale efficace ? Investir dans une médication coûteuse ou une chirurgie complexe, apparaît sans doute plus concret et plus immédiatement utile que d'investir dans les garderies, les écoles, les milieux de travail, le système de redistribution du revenu, bref "l'environnement social", un domaine forcément plus flou et moins balisé scientifiquement que la technologie médicale. Mais est-ce que cela est bien vrai ? Est-il vraiment préférable de continuer à élargir la place des médecins et des hôpitaux plutôt que de tenter des innovations sociales ? De telles innovations sont-elles vraiment possibles ? Si

l'on contraint l'expansion du système médico-hospitalier, encore faut-il s'assurer que les nouveaux investissements, ainsi rendus possibles, soient efficaces.

Comme le dit le proverbe américain, *"if there is a will, there is a way"* (que l'on pourrait traduire par : *"S'il y a la volonté, il y a une possibilité"*). L'exemple le plus frappant est celui de l'industrie automobile. Qui eut cru, il y a 20 ans, qu'il aurait été possible de transformer radicalement la chaîne de montage – symbole par excellence du 20<sup>e</sup> siècle industriel – pour que le travail y soit moins abrutissant, mieux rémunéré, les pertes de matériaux moins grandes, les automobiles de meilleure qualité, tout cela à meilleur coût ? C'est pourtant ce que les Japonais ont réussi à faire et à enseigner au reste du monde. Pour y arriver, il aura fallu que M. Toyota, accompagné de son ingénieur-chef, visite Détroit dans les années 50, se scandalise de la faible productivité de la main-d'œuvre et décide qu'il fallait absolument démocratiser la chaîne de montage et mieux régulariser l'approvisionnement en matériaux<sup>19</sup>. Les effets de ces changements sur la santé n'ont pas été étudiés systématiquement, mais il est vraisemblable qu'une culture comme celle du Japon qui a, dans tous les secteurs, rejeté les aspects les plus abjects du taylorisme et du fordisme, soit aussi une culture – malgré ses autres travers – qui génère la bonne santé.

S'il a été possible d'éliminer les aspects aliénants de la chaîne de montage, des expérimentations montrent qu'il est aussi possible de renverser l'effet du destin pour ceux et celles qui ont le malheur de naître au bas de l'échelle sociale, et dès lors, qu'on peut atténuer le gradient de santé. Les résultats de certains programmes d'enrichissement pré-scolaire pour les enfants de milieu défavorisé aux États-Unis sont à cet égard saisissants : on a noté chez les enfants qui y ont participé une meilleure scolarisation, de meilleurs emplois, moins de criminalité, moins de grossesses à l'adolescence et moins de toxicomanie, que chez leurs compagnons et compagnes qui n'avaient pas été choisis pour participer à ce programme<sup>1</sup>.

De même, les pays qui ont eu des politiques explicites d'ajustement de la main-d'œuvre aux cycles économiques, comme ceux qui ont manifesté une volonté ferme et soutenue de valoriser l'école en milieu défavorisé de manière à égaliser les chances, sont des pays où le gradient de santé est moins prononcé<sup>6</sup>. Inversement, des pays, comme ceux de l'Est, qui n'ont pas innové socialement et n'ont pu investir dans leur prospérité, ont connu une stagnation, voire une baisse, de l'espérance de vie<sup>3</sup>.

Les technologies médicales sont ainsi entrées, et probablement pour toujours, dans l'ère du soupçon : le soupçon qu'elles ne sont parfois pas conformes aux valeurs et à la vision du monde de la majorité de la population ; et le soupçon qu'elles "volent" des ressources rares à des secteurs qui sont bien plus importants que les soins de santé pour le bien-être de la population.

En matière de santé, avec l'appauvrissement collectif qui est le nôtre et les développements technologiques en médecine, nos sociétés sont confrontées à des dilemmes déchirants. Faut-il continuer à investir toujours plus dans les soins, avec l'espoir que quelques-uns en bénéficieront rapidement ? Ou faut-il investir dans des innovations sociales, dont les bénéfiques pourront être majeurs pour l'ensemble de la collectivité mais seulement après une ou deux décennies d'expérimentation ? Il ne s'agit pas là du débat classique entre le secteur "médical" et le secteur "social", ni entre le "préventif" et le "curatif",

mais d'un débat nouveau entre le développement du système de soins et les interventions sur les autres "déterminants" de la santé, entre une politique de soins et une politique de santé.

---

Cet article a déjà été publié, sous une forme légèrement différente, dans *Interface* (15 : 2, mars-avril 1994, 15-25), sous le titre "Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé". Les auteurs remercient Sophie Malavoy et les membres du Groupe de Recherche sur les Aspects Sociaux de la Prévention (GRASP) de l'Université de Montréal pour leurs critiques et commentaires.

## Bibliographie

---

- 1 J.R. Berueta-Clement et al, Changed Lives : the Effects of the Perry Preschool Program on Youths Through Age 19, *The High Scope Press*, 1984
- 2 J.C. Caldwell, Routes to Low Mortality in Poor Country, *Population and Development Review*, 12 (2), Juin 1986, 171-220
- 3 Daedalus : Journal of the American Academy of Arts and Sciences, *Health and Wealth*, automne 1994, 123 : 4
- 4 R. Dubos, *L'homme et l'adaptation au milieu*, Payot, Paris, 1973.
- 5 R.G. Evans and G.L. Stoddart, Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science and Medicine* 31 (12): 1347-63, 1990.
- 6 R.G. Evans, M.L. Barer et T.R. Marmor, *Why are Some People Healthy and Others Not ? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, 1994 (à paraître en français chez John Libbey Eurotext en 1995).
- 7 R. Karasek, T. Theorell, *Healthy Work : Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York : Basic Books, 1990.
- 8 T.S. Kuhn, *La structure des révolutions scientifiques*. Flammarion, 1972.
- 9 M. Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des canadiens*. Ottawa : Gouvernement du Canada, 1974.
- 10 M.G. Marmot, *Social inequalities in mortality : the social environment*. In Wilkinson RG (Ed) *Class and Health*. London: Tavistock Publications, 1986: 21-33.
- 11 M.G. Marmot, T. Theorell. *Class and cardiovascular disease : the contribution of work*. *Int J Health Services* ; 18 : 659-674, 1988.
- 12 M.G. Marmot et G.D. Smith, Why are the Japanese Living Longer ? *British Medical Journal*, 299 : 1547-51, December 23-30, 1989.
- 13 T. McKeown (1979) *The Role of Medicine : Dream, Mirage, or Nemesis ?* Princeton : Princeton University Press.
- 14 J. McKinlay, S. McKinlay, *The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the Twentieth Century*. *The Milbank Quarterly*, 55 : 405-428, 1977.
- 15 K. McPherson, Variation entre pays des pratiques médicales, in : *O.C.D.E., Les systèmes de santé à la recherche d'efficacité*, 7:17-30, 1990. Paris : O.C.D.E.
- 16 R.M. Sapolsky, *Stress in the Wild Scientific American*, 116-123, 1990.
- 17 R.S. Sapolsky, *Stress, the Aging Brain, and the Mechanisms of Neuron Death*. Cambridge : The MIT Press, 1992.
- 18 M. Wolfson et al., Career Earnings and Death, A Longitudinal Analysis of Older Canadian Men. *Journal of Gerontology*, 48(4) : S167-S179.
- 19 J.P. Womack, *The Machine that Changed the World*, Boston, Rawson & Ass., 1990.