

Promotion de la santé : analyse comparative France-Québec

Directeur scientifique à l'Institut national de santé publique du Québec, Réal Morin compare les politiques de promotion de la santé mises en œuvre au Québec et en France. Il procède à une analyse critique de la politique québécoise, présentée – parfois à tort – comme un modèle, puis passe en revue les forces et faiblesses du système français¹. Sa conclusion : la France a une longueur d'avance pour modifier les comportements individuels, le Québec a comme atout de savoir créer des environnements « favorables ». Mais les deux élèves ont fort à faire pour mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé.

Il est intéressant de constater à quel point l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et l'Institut national de santé publique du Québec, poursuivant la mission commune de prévenir la maladie et d'améliorer la santé de la population, exercent leur rôle de façon très différente. En France, la prévention vise à convaincre la population d'adopter des comportements sains. À cette fin, on utilise les médias, on compte sur les médecins et cabinets, on donne accès à de l'information téléphonique, on assure une éducation à la santé en milieu scolaire, on prépare des outils d'information, on rédige des publications pour différents publics, etc. Pour améliorer la santé de la population, les organisations de prévention ou d'éducation pour la santé, en France, mettent l'accent sur des mesures ciblant les individus.

Le Québec insiste davantage sur les mesures ciblant les environnements. Le Canada a été le premier pays industrialisé à mettre en lumière les limites de la médecine et des soins comme moyens d'améliorer la santé et à introduire la notion des habitudes de vie dans sa politique de santé. Le Canada a été l'hôte de la première conférence internationale en promotion de la santé, et la charte d'Ottawa demeure, après plus de vingt ans, un guide phare des actions visant à améliorer la santé des populations. Depuis, promouvoir la santé veut dire élaborer une politique publique saine, créer des milieux favo-

rables, renforcer l'action communautaire, réorienter les services de santé et acquérir des aptitudes individuelles. Cependant, malgré cette ouverture et des actions globales pour favoriser la santé, le développement des actions individuelles visant l'adoption d'habitudes de vie saines a fait l'objet de la plus grande attention.

Actions sur les comportements et les environnements : complémentaires

Ainsi, les années 1970 et 1980 ont connu un développement accéléré des recherches et des expérimentations visant les changements de comportement (1). Selon le modèle de croyance relatif à la santé, un individu peut faire des gestes pour prévenir une maladie s'il possède des connaissances minimales en matière de santé, et s'il considère la santé comme une dimension importante. Selon la théorie sociale cognitive, une personne adoptera un comportement si elle croit que ce comportement peut contribuer à l'atteinte de ses objectifs personnels, et si elle a suffisamment confiance en sa capacité d'adopter ce comportement au moment opportun (2).

Au cours de cette même période, de nombreux programmes destinés à convaincre les gens de modifier leur comportement ont été mis en place dans les pays industrialisés. Souvent, les gouvernements ont été porteurs de programmes ou de politique d'enver-

visant la prévention des problèmes de santé, notamment parce qu'ils devenaient de plus en plus préoccupés par la hausse vertigineuse des coûts des soins de santé (1).

Cependant, influencer les comportements individuels est une tâche difficile qui, sans un travail parallèle sur les environnements dans lesquels les gens vivent, donne des résultats très limités (3). De nos jours, autant les éducateurs pour la santé que les spécialistes en communication de masse et en marketing social reconnaissent l'importance des environnements favorables à l'adoption des comportements de santé. C'est pourquoi, dès les années 1980, pour bien intégrer actions individuelles et actions sur les environnements, tout le champ qui a trait aux stratégies visant l'amélioration de la santé est renommé promotion de la santé, incluant ainsi que se limiter à changer les modes de vie individuels n'est plus une option viable (3).

L'éducation à la santé et le « mur » des inégalités sociales

Dans cette nouvelle démarche, le Canada et le Québec ont joué un rôle important. L'appellation d'éducation pour la santé n'est réservée que pour désigner une stratégie de promotion de la santé parmi d'autres. En France, en revanche, l'éducation pour la santé est plus répandue que la promotion de la santé. Cette distinction se reflète parfaitement dans les mandats confiés aux organisations publiques françaises et

québécoises. Ainsi, en France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé met surtout en œuvre des interventions visant des changements de comportements individuels alors qu'au Québec l'Institut national de santé publique intègre, dans sa mission, toute une variété d'interventions, notamment celles qui visent directement la création d'environnements favorables à la santé. Cela l'a conduit d'ailleurs à négliger les actions visant les comportements individuels, comme s'il était inutile d'informer la population sur les modes de vie sains.

Au-delà de ce débat, de nombreux auteurs expriment des critiques acerbes à l'égard des actions individuelles. En effet, dans les pays industrialisés, où les principales causes de mortalité sont les maladies chroniques, la solution avancée serait que les gens se nourrissent mieux, qu'ils arrêtent de fumer et qu'ils fassent de l'exercice physique. Or, depuis les années 1980, la connaissance des déterminants sociaux de la santé est venue donner une image beaucoup plus nuancée et réaliste de la responsabilité individuelle en matière de santé (1). Il faut noter l'importance des études britanniques sur la compréhension des inégalités sociales de santé. Ainsi, les études de Marmot et de ses collaborateurs nous ont appris que les personnes appartenant aux couches sociales supérieures étaient en meilleure santé que celles se trouvant à l'échelon inférieur. Dans toutes ces études, un contrôle a été exercé sur les facteurs connus associés aux maladies, et ni le tabac, ni le cholestérol n'expliquent les différences observées entre les groupes sociaux.

Prendre en compte les déterminants sociaux de santé

Dennis Raphaël (4) a étudié la part des problèmes de santé qu'il est possible d'attribuer aux inégalités sociales au Canada. Il déplore que l'organisme gouvernemental canadien chargé de compiler les statistiques de population identifie le tabagisme, l'exercice physique, le poids, le stress et la dépression comme facteurs explicatifs des différences d'état de santé entre les régions canadiennes, alors que les données permettent de conclure que le revenu individuel est de loin la meilleure explication (4). De tous les pays développés, le Canada est l'un de ceux qui affichent



© PHILIPPE SHAROFF/PHOTONOSTOP

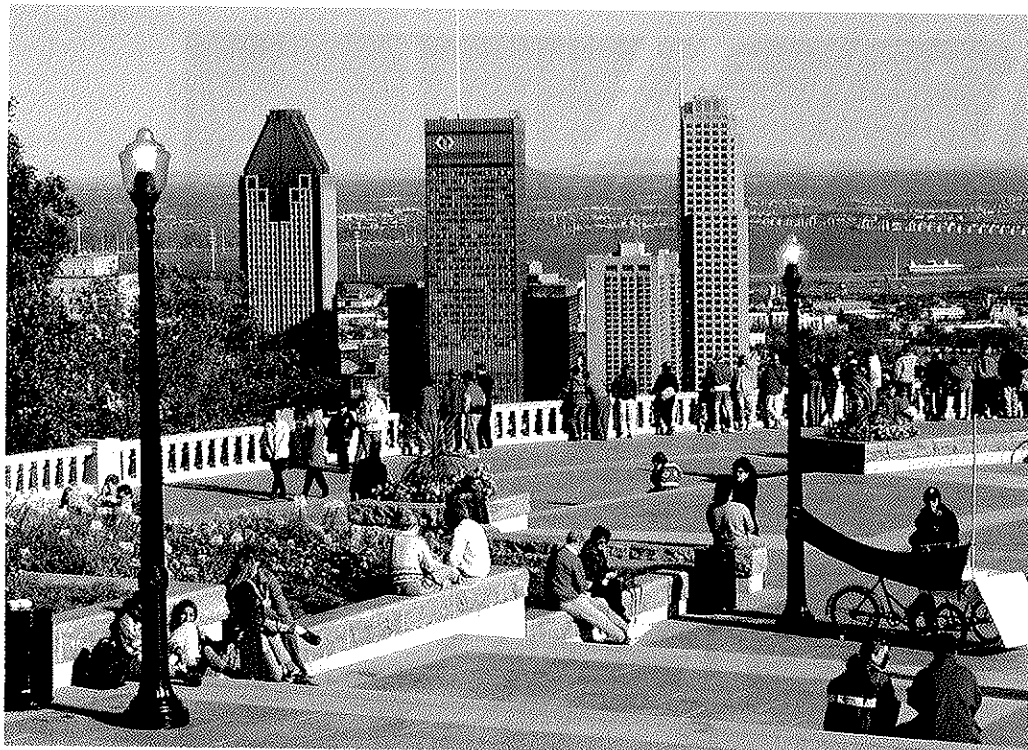
les taux de pauvreté générale et infantile les plus élevés. En France, moins de 8 % des enfants vivent dans la pauvreté, ce taux avoisine les 15 % au Canada (4). Les pays ayant pris le virage néolibéral de façon la plus accentuée sont ceux qui ont perdu le plus de terrain en matière de santé. Ainsi, la Grande-Bretagne et les États-Unis se situaient aux 7^e et 8^e rangs sur 18, en 1960, quant à la mortalité infantile. En 2000, ils sont aux 15^e et 18^e rangs. Le Canada est passé du 9^e au 12^e rang. Les pays scandinaves, socio-démocrates, où les taux de pauvreté sont le plus faibles, présentent des états de santé supérieurs. Les pays d'Europe du centre-ouest (France, Italie, Allemagne) sont mitoyens (5).

Le Québec et le Canada ont eu beaucoup de difficultés à mettre en pratique les discours très progressistes de promotion de la santé pour lesquels ils avaient acquis le titre de leaders mondiaux. Ils n'affichent plus de déficit budgétaire depuis des années mais ont laissé s'effriter les filets de sécurité sociale et caracolent les écarts de revenus entre les riches et les pauvres. Cela

n'empêche pas le gouvernement du Québec et les organisations de santé publique de redoubler d'ardeur pour la création d'environnements favorables à la santé.

Lutter contre la pauvreté

Créer des environnements favorables à la santé exige nécessairement d'intensifier la lutte contre la pauvreté et les écarts de santé entre les groupes de la société. Un revenu suffisant permet l'accès au logement, à l'habillement, à la nourriture, aux transports, à un environnement de qualité, mais aussi à la culture et à l'éducation. Lutter contre la pauvreté, c'est aussi combattre la dévalorisation, le manque de soutien social et l'exclusion. Le Québec offre une grande variété de services pour contrer les effets de la pauvreté, notamment en direction des familles des milieux les plus pauvres, en vue de favoriser le pouvoir d'agir des personnes (6). Néanmoins, les recherches québécoises ont démontré depuis longtemps qu'aucune gamme de services, aussi intensifs et de qualité pourront-ils être, ne réussira à contrer complètement les effets de la



© TIBOR BOGNAR/PHOTONOSTOP

pauvreté, et le transfert intergénérationnel maintes fois observé de ce phénomène de la pauvreté (7). Il faut donc s'attaquer aux causes structurelles de la pauvreté, et le Québec a fort à faire pour rejoindre les pays les plus performants en ce domaine. Il ne refuse pas de voir le problème et a récemment adopté la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, une loi résolument tournée vers la redistribution de la richesse collective. Sera-t-elle vraiment appliquée ? Le moral des Québécois et des Canadiens, à l'heure actuelle, ne va vraiment pas dans le sens de payer plus d'impôts et d'aider davantage les plus démunis.

Créer des environnements favorables

Créer des environnements favorables à la santé veut dire aussi créer des communautés solidaires (6). Les efforts de redistribution des richesses sont évidemment à la base de la solidarité entre les groupes sociaux mais certains groupes de la population du Québec sont financièrement plus riches tout en étant moins résistants, moins résilients que d'autres collectivités moins riches mais caractérisées par une forte cohésion sociale. Les acteurs de santé publique du Québec, en collégialité avec les partenaires régionaux et locaux, conduisent des actions qui visent le dévelop-

pement social et le développement des communautés. La participation des citoyens et les efforts concertés, le travail en réseau sont des ingrédients essentiels pour assurer le succès de ces démarches de développement des communautés. Les projets peuvent concerner la réhabilitation des vieux quartiers, le soutien aux personnes âgées, la mise en œuvre de cuisines collectives, l'organisation des transports. Le réseau québécois des villes et villages en santé, mouvement en force depuis vingt ans, est une belle illustration de stratégie de promotion de la santé qui intervient sur le cadre de vie, plutôt que sur les personnes, qui s'appuie sur l'idée qu'une bonne qualité de vie va de pair avec une meilleure santé, qui mise sur le *leadership* des municipalités en matière de concertation, sur leur habileté à répondre aux besoins de leurs citoyens, sur la capacité des municipalités d'agir sur des déterminants sociaux présents à l'échelle locale.

La lutte contre le tabagisme au Québec et contre l'insécurité routière en France

Le gouvernement du Québec vient de lancer son plan d'actions de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids (8). Ce plan est le résultat des efforts faits au Québec, notamment par les instan-

ces de santé publique, pour faire accepter par le gouvernement et la population qu'il faut agir sur les environnements pour faciliter l'adoption de comportements sains. Il est rarement possible d'agir sans passer par l'adoption de politiques publiques affichant la santé comme valeur phare. Ainsi, après des années d'information et de sensibilisation, les politiques de taxation et la réglementation interdisant l'usage du tabac dans les lieux publics ont permis d'atteindre les plus bas niveaux de tabagisme enregistrés. C'est aussi par des politiques publiques que la France a fait chuter de 7 514, en 1998, à 4 857 le nombre des décès par accident de la route. Au Québec, de telles politiques publiques qui ont largement contribué, en France à créer des environnements favorables à la santé n'ont pas encore été adoptées, alors que le bilan routier s'est détérioré depuis quelques années. Des politiques alimentaires doivent être mises en place pour garantir l'accès à des aliments sains et abordables dans les différents milieux de vie. Encore aujourd'hui, on trouve des boissons ou des aliments de faible valeur nutritionnelle dans les écoles, alors qu'en France la loi du 9 août 2004 sur la politique de santé publique a imposé le retrait de tous les distributeurs d'aliments et de boissons à compter de la rentrée 2005.

La lutte contre l'obésité au Québec : nouveau défi

Il importe que la population puisse avoir accès à des infrastructures sportives à faible coût, à des parcs publics attrayants, à des pistes cyclables sécuritaires, à des transports publics, à tous ces moyens qui rendent les gens plus actifs. Le virage est important dans une Amérique du Nord où la voiture est omniprésente, alors que l'embonpoint et l'obésité sont à la hausse et réclament des actions immédiates et vigoureuses. Pour venir à bout de cette épidémie, il est nécessaire de consacrer toute l'énergie que requiert la création d'environnements favorables à la santé, de mettre en place des politiques saines. Au Québec, en 2004, des partenaires de santé publique avaient lancé un appel à la mobilisation pour s'attaquer à l'obésité et à la préoccupation excessive à l'égard du poids (Groupe de travail provincial sur la problématique du poids, 2004). Il visait à engager dans l'action trois secteurs stratégiques (les secteurs de l'agroalimentaire, de l'environnement bâti et

du socioculturel), en vue de solutionner ce problème de société. Il ne sera pas possible de créer d'environnement favorable sur ce problème sans la collaboration intersectorielle et de nécessaires politiques publiques saines.

Les environnements sociaux et économiques sont d'importants déterminants pour la santé. Les épisodes de smog et de chaleurs intenses qui deviendront de plus en plus fréquents avec les changements climatiques affectent la santé de toute la population, mais ont plus de conséquences chez les plus pauvres. Les bruits de proximité d'autoroute ou les zones urbaines densément peuplées et aux habitats de faible qualité ont aussi des impacts sur la santé.

La France et le Québec : des collaborations fructueuses

Même si les organisations françaises orientent la prévention et l'éducation pour la santé essentiellement sur des mesures individuelles, la France est tout de même engagée depuis longtemps dans la création d'environnements favorables à la santé, notamment au travers de mesures de redistribution des richesses, de soutien aux familles, de politique alimentaire ou de sécurité routière. Au Québec, même si le concept des environnements favorables est bien intégré, les intervenants en promotion de la santé devront redoubler d'ardeur

pour convaincre les décideurs de s'engager sur ce terrain. Les Québécois devront aussi consacrer plus d'attention et d'efforts aux mesures individuelles destinées à convaincre la population d'adopter de saines habitudes de vie. L'Institut national de santé publique du Québec et ses partenaires ont récemment réagi au danger que représente la mise à l'écart des interventions visant les individus, et s'est vu confier le mandat de mettre sur pied un bureau de la communication en santé. Les professionnels de la communication réaliseront des outils d'éducation et d'information, et l'expertise de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé sera mise à profit dans le cadre d'une convention de partenariat signée, en juin 2007, avec l'Institut québécois de santé publique. La France et le Québec ont beaucoup à partager dans l'intérêt de leurs populations et tout est maintenant en place pour des collaborations fructueuses.

Réal Morin

Directeur scientifique,
direction du développement des individus et
des communautés,
Institut national de santé publique
du Québec, Canada.

1. Cet article a été rédigé à partir de l'intervention réalisée par Réal Morin lors des Journées de la prévention de l'INPQS, les 29 et 30 mars 2007.

► Références bibliographiques

- (1) Baum F. *The new public health*. Melbourne: Oxford University Press, 2002: 607 p.
- (2) Godin G., Côté F. Le changement planifié des comportements liés à la santé. In : Carroll G. (sous la dir.). *Pratiques en santé communautaire*. Montréal : Les éditions de la Chenelière, 2006 : 129-40.
- (3) O'Neill M., Stirling A. Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé ? In : O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Sainte-Foy (Québec) : Les presses de l'Université Laval, coll. Société, cultures et santé, 2006 : 42-61.
- (4) Raphaël D. Les inégalités de santé au Canada, faible préoccupation, actions insatisfaisantes, succès limités. In : O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Sainte-Foy (Québec) : Les presses de l'Université Laval, coll. Société, cultures et santé, 2006 : 138-59.
- (5) Coburn D. Health and Health Care: A Political Economy Perspective. In: Raphaël D., Bryant T., Rioux M. *Staying alive. Critical perspectives on health, illness, and health care*. Toronto: Canadian Scholars Press, 2006: 59-84.
- (6) Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – Produire la santé*. Québec : Gouvernement du Québec, 2005 : 131 p.
- (7) Boyer G., Laverdure J. *Le déploiement des programmes de type, Naître égaux – Grandir en santé au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, 2000 : 50 p.
- (8) Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Investir pour l'avenir – Plan gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006 : 49 p.