Document généré le 12 oct. 2024 03:11

Les ateliers de l'éthique
The Ethics Forum

Pourquoi l'éthique de la santé publique devrait-elle s'intéresser à l'impact des politiques publiques sur la santé ? Introduction

Michel Désy

Volume 5, numéro 1, printemps 2010

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1044418ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1044418ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal

ISSN

1718-9977 (numérique)

Découvrir la revue

Citer ce document

Désy, M. (2010). Pourquoi l'éthique de la santé publique devrait-elle s'intéresser à l'impact des politiques publiques sur la santé ? Introduction. *Les ateliers de l'éthique / The Ethics Forum*, *5*(1), 101–104. https://doi.org/10.7202/1044418ar

Tous droits réservés © Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal, 2010

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

101

VOLUME 5 NUMÉRO 1
PRINTEMPS/SPRING 2010

INTRODUCTION

DOSSIER L'ÉTHIQUE ET L'IMPACT DES POLITIQUES PUBLIQUES SUR LA SANTÉ

DIRIGÉ PAR
MICHEL DÉSY
UNIVERSITÉ LAVAL

Pourquoi l'éthique de la santé publique devrait-elle s'intéresser à l'impact des politiques publiques sur la santé ?

On pourrait être tenté de croire que l'attention récente accordée à l'impact des politiques publiques sur la santé est un nouveau paradigme dans le domaine de la santé publique. Or, même si on observe un intérêt grandissant pour ce champ d'études (la présente publication en étant un exemple), il serait faux de prétendre qu'il s'agit là de quelque chose de nouveau.

En fait, les premiers pas de la santé publique moderne, dans la foulée des bases jetées par Johann Peter Frank et de Jeremy Bentham avaient mis en relief les causes sociales de certaines maladies infectieuses qui affectaient particulièrement les populations des villes au tournant de la Révolution industrielle. Dans son texte *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain* (1843)[1], Edwin Chadwick soulignait les liens observables entre l'insalubrité et la pauvreté[2]. Pour lutter contre les nombreux problèmes dont étaient victimes les ouvriers, Chadwick proposait un certain nombre de mesures : normes d'habitation, adduction d'eau, ramassage des ordures, assainissement général et ainsi de suite. On reconnaissait donc déjà, par exemple, l'effet des normes d'habitation sur la santé de la population en général et, conséquemment, que de telles normes auraient un effet préventif sur la santé des populations. Durant la même période, Rudolf Virchow (1848) faisait essentiellement le même plaidoyer. Ayant été dépêché par les autorités prussiennes afin d'enquêter sur une épidémie de fièvre typhoïde en Silésie, Virchow avança que la cause principale de l'épidémie se trouvait dans les conditions matérielles de la vie des personnes affectées. Étant donné que les classes ouvrières étaient de façon disproportionnée affectées par la fièvre, alors, il était clair selon lui que la pauvreté était largement responsable du problème[3]. Comme Chadwick, Virchow avait constaté que les conditions de vie difficiles des

personnes affectées par la pandémie étaient causalement liées à celle-ci, même s'il n'avait pas fait la même erreur que Chadwick dans l'ordre de la chaîne causale. Par exemple, Virchow détermina qu'une cause majeure des épidémies était la malnutrition, et qu'à travers une meilleure politique de distribution de pommes de terre, une bonne partie des problèmes dont était affligée la population qu'il étudiait pourrait être évitée[4]. Plus généralement, Virchow milita pour une amélioration radicale des conditions de vie des personnes touchées (alimentation, sécurité au travail, meilleur salaire, diminution des horaires de travail, etc.) et la participation active de la population dans un régime démocratique en bonne et due forme[5]. Inutile de dire que ce n'est pas ce que les autorités prussiennes voulaient entendre[6].

Même si les travaux de Chadwick et Virchow furent effectués avant les premières grandes découvertes de la microbiologie grâce à Koch et Pasteur, et donc qu'ils ignoraient que la cause proximale des maladies infectieuses dont ils avaient documenté les effets sur le terrain était, en fait, constituée de la présence de certains micro-organismes dans l'environnement des personnes affectées, ils partageaient tout de même l'idée que les inégalités sociales de santé et les politiques publiques qui les renforcent constituent un problème central en santé publique, une leçon qui fut malheureusement oubliée avec la domination grandissante au cours du 20e siècle du modèle médical de l'étiologie.

Or, durant les 40 dernières années, les défis croissants que représentent les maladies liées à nos modes de vie – oisiveté, dépendances et ainsi de suite – ont contribué à remettre leurs déterminants sociaux au premier plan des préoccupations des instances de santé publique. C'est d'ailleurs ce que soulignait le rapport Lalonde[7], dont la parution en 1974 marquait officiellement le retour de l'idée que la santé ne dépendait pas uniquement de l'accès aux ressources médicales[8].

Les premiers efforts de prévention des maladies chroniques liées à nos modes de vie visaient, un peu à la manière du modèle médical de l'étiologie, les causes proximales de ces comportements ; pensons par exemple aux campagnes de lutte au tabagisme visant essentiellement les croyances sur la dangerosité de la cigarette. Par contre, ces approches cognitives - basées sur l'information et ayant pour but de changer le comportement des personnes – ont été peu à peu reconnues comme étant largement inefficaces. Pensons à notre exemple de la lutte au tabagisme: ce n'est qu'à partir du moment où des contrôles environnementaux de l'offre et de l'usage de la cigarette ont été mis en place que l'on a réussi à infléchir la demande du produit. Autrement dit, ce n'est qu'à partir du moment où nous avons déployé un ensemble d'actions à différents niveaux complémentaires (i.e. les croyances des fumeurs et les politiques publiques sur l'affichage, par exemple) que celles-ci ont produit des résultats escomptés.

Aujourd'hui, les modèles théoriques de la santé utilisés en santé publique ont été modifiés afin de s'adapter à ce problème et ainsi, d'en améliorer l'efficacité. En effet, en réponse aux faiblesses des modèles cognitivistes, on constate la croissance des approches dites écologiques, approches englobant non seulement les causes proximales des comportements problématiques mais aussi leurs causes distales. Il existe actuellement plusieurs modèles écologiques de la santé, mais à peu près tous rendent compte des différents paliers qui à la fois cherchent à expliquer les comportements des personnes et suggèrent différents niveaux d'intervention complémentaires. À titre d'exemple, celui de McLeroy *et al*[9] propose 5 de ces niveaux : le niveau intrapersonnel, le niveau interpersonnel, le niveau institutionnel, le niveau communautaire et le niveau des politiques publiques. C'est bien sûr ce dernier qui nous intéresse particulièrement ici.

C'est en 1985 que Trevor Hancock écrivit un article ("Beyond Health Care : From Public Health Policy to Healthy Public Policy")[10] qui allait replacer à l'avant-plan des préoccupations en santé publique les problèmes liés à l'impact des politiques publiques sur la santé des populations. L'une des idées centrales du texte était, essentiellement, de proposer un plan de travail dans le domaine visant à circonscrire ce que sont des politiques publiques soucieuses de la santé, à améliorer les connaissances face à celles-ci et à intégrer les considérations sur leur impact au sein même des processus d'élaboration des politiques en question. Les meilleurs exemples que l'on puisse offrir de telles considérations se trouvent dans les récents débats sur l'impact de divers projets d'urbanisme de grande envergure sur la santé des populations. Au Québec, l'éventuelle reconstruction de l'échangeur Turcot a donné lieu à des débats musclés, portant entre autre sur l'impact des nouvelles structures à construire sur la santé des populations locales[11]. Il faut souligner que ce genre de débat est relativement récent au Québec.

Si l'on s'intéresse aux politiques publiques sous l'angle de leur impact potentiel ou réel sur la santé des personnes, on constate assez rapidement que la portée de ce champ d'intérêt est extrêmement vaste, certains diront même trop vaste. En effet, on peut s'imaginer que toute politique touchant à l'emploi, à l'éducation, à l'habitation, au transport, à l'agriculture et à l'économie en général, de par sa possible influence sur le bien-être des personnes, devrait compter la santé au nombre de leurs principales préoccupations[12]. Or, comme le faisait Mark Rothstein, nous sommes en droit de nous demander jusqu'où les instances de santé publique peuvent vraisemblablement étendre leurs interventions sans que la lorgnette de l'impact sur la santé à travers laquelle elles se penchent sur les politiques publiques devienne trop réductrice. Autrement dit, si l'on vise par exemple à réduire les inégalités sociales de santé, peut-être devrait-on avant tout chercher à éliminer les inégalités

sociales en tant que telles[13] ? Dans cette perspective, les intervenants de santé publique devraient-ils plutôt s'en tenir à leur champ d'expertise ?

Même si la position de Rothstein présente certains mérites, elle dépeint trop grossièrement le rôle potentiel des instances de santé publique dans la question de l'impact des politiques publiques sur la santé. Il ne s'agit pas pour ces instances de s'arroger un rôle omnipotent quant à l'ensemble des activités gouvernementales et de faire en sorte que ses intervenants soient des experts sur ce dit ensemble, mais plutôt de compléter son rôle traditionnel par des responsabilités accrues et ciblées selon la pertinence des cas qui se présentent. En effet, comme nous l'avons mentionné ci-haut, il ne faut pas oublier que les approches traditionnelles visant à modifier les comportements et qui se limitaient aux causes proximales de ces comportements n'ont, pour ainsi dire, pas réussi à démontrer leur efficacité, surtout dans le cas des maladies chroniques liées à nos habitudes de vie. L'élargissement de la portée de la santé publique est donc de mise, ne serait-ce que pour qu'elle puisse jouer son rôle classique[14].

La première de ces tâches, un peu comme nous l'avons vu dans le cas de l'échangeur Turcot, est d'évaluer l'impact possible de certaines politiques publiques sur la santé, lorsque cet impact semble potentiellement significatif. Une des méthodes privilégiées aujourd'hui est d'utiliser l'outil d'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS ou *Health Impact Assessment Tool*). Cet outil a essentiellement pour but de placer la santé au rang des considérations entourant l'élaboration, la mise en œuvre et les conséquences d'une politique publique, et ce, de façon claire et transparente[15].

La deuxième de ces tâches est liée, d'une certaine manière, à la première. Si les instances de santé publique considèrent que la mise en œuvre d'une quelconque politique pose des problèmes significatifs pour la santé de la population ou pour un sous-groupe de celle-ci, et que les instances gouvernementales responsables de cette politique semblent ignorer les dits problèmes (intentionnellement ou non), alors il est du ressort de la santé publique d'ouvertement prendre position sur la question. On reconnaît ici le rôle traditionnel de plaidoirie (ou d'*advocacy*) que joue la santé publique dans de telles circonstances. Dans le cas de la reconstruction de l'échangeur Turcot, en déclarant publiquement son opposition à la première mouture du projet, la Direction de santé publique de Montréal effectuait un plaidoyer visant à protéger la santé des populations touchées par celui-là.

Enfin, en se penchant sur l'impact des politiques publiques sur la santé, les instances de santé publique se trouvent à forcer le décloisonnement de divers ministères, organismes et établissements gouvernementaux quant aux impacts de leurs actions sur la santé des personnes. En effet, si les politiques publiques auxquelles on s'intéresse ici appartiennent,par exemple,au domaine du transport, de l'éducation, de l'urbanisme et ainsi de suite, la prise en compte de leur impact force d'office les différents acteurs concernés à travailler ensemble afin de circonscrire et de tenter de régler le problème identifié. Bien sûr, les difficultés inhérentes aux tentatives des acteurs concernés de collaborer en bonne et due forme sur de tels problèmes sont bel et bien réelles. Ceci, en retour, souligne la valeur cruciale de l'action intersectorielle dans le domaine de la santé publique[16].

Dans ce contexte, l'éthique de la santé publique peut donc aussi considérer, en sus de ses problèmes traditionnels, l'impact des politiques publiques sur la santé. Elle peut étudier la question en utilisant ses considérations éthiques habituelles, comme par exemple, la maximisation de l'utilité, le respect des droits fondamentaux, la juste distribution des torts et des bénéfices, la participation du public et ainsi de suite[17]. On pourrait aussi ajouter à cette liste, face aux problèmes découlant du manque de collaboration intersectorielle, les questions éthiques liées à la bonne gouvernance, ou encore, les problèmes éthiques potentiels liés à l'utilisation de l'ÉIS. Quiconque s'intéresse à l'éthique de la santé publique constate ainsi qu'il s'agit là d'un domaine en pleine effervescence.

En 2007, le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, le Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal (CRÉUM) et l'École de santé publique de l'Université de Montréal organisèrent une série d'ateliers en éthique de la santé publique qui se sont déroulés au cours de l'année académique 2007-2008. Les ateliers réunirent un petit groupe d'étudiants au doctorat et de stagiaires postdoctoraux qui se penchèrent sur certains problèmes normatifs liés à l'impact des politiques publiques sur la santé des populations. Le lecteur trouvera, dans le présent numéro, un certain nombre des textes produits dans le cadre de cette activité.

NOTES

1 Chadwick, E. *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*. Londres, General Books, 2003, 274 pages.
2 Même s'il croyait que l'insalubrité causait la pauvreté, et non l'inverse.
3 Waitzkin, H. "One and a Half Centuries of Forgetting and Rediscovering: Virchow's Lasting Contributions to Social Medicine". In *Social Medicine*, 2006, 1, 1.
4 Ibid.
5 Virchow, R.C. "Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia: Excerpts". In *American Journal of Public Health*, 2006, 96, 12, pp.2102-2105.
6 Virchow fut renvoyé après le dépôt de son rapport. Voir Green, J. & Labonté, R. «Preface: Public Health as Social Activism». In Green, J. & Labonté, R. (dirs.). *Critical Perspectives in Public Health*. Oxford, Routledge, 2008, 248 p.
7 Lalonde, M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail*. Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1981. 83 p.
8 Comme le souligne aussi Hancock. Voir Hancock, T. «Beyond Health Care: From Public Health Policy to Healthy Public Policy». In *Canadian Journal of Public Health*. 1985, 76, mai-juin, pp.9-11.
9 McLeroy et al., "An Ecological Perspective on Health Promotion Programs". In *Health Education Quarterly*, 1988, 15, 4, 351-377.
10 Hancock, T. «Beyond Health Care: From Public Health Policy to Healthy Public Policy».
11 Voir entre autres Lessard, R. *et al. Mémoire du directeur de santé publique sur le projet de reconstruction du complexe Turcot*. Direction de santé publique de Montréal, 2009, 58 p.
12 Woolf, S.H. «Social Policy as Health Policy». In *JAMA*, 2008, 301, 11.
13 Rothstein, M.A. "The Limits of Public Health: A Response". In *Public Health Ethics*. 2009, 2, 1, 84-88.
14 Il faut aussi mentionner qu'au Québec, entre autres, il revient légalement au ministre de la santé d'intervenir dans des cas où des politiques publiques pourraient poser des problèmes significatifs à la santé de la population.
15 Cole, B.L. & Fielding, J. E. "Health Impact Assessment: A Tool to Help Policy Makers Understand Health Beyond Health Care". In *Annual Review of Public Health*, 2007, 28, 393-412.
16 Voir Fierlbeck, K. "Public Health and Collaborative Governance". In Canadian Public Administration. 2010, 53, 1, 1-19.
17 Voir Childress, J. F. et al. "Public Health Ethics: Mapping the Terrain". In *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2002, 30, 170-8.