



CHAPITRE 1

La planification de la santé : approches, perspectives et démarche générale

1.1 Introduction

Le premier chapitre traite de généralités sur la planification de la santé. Tout d'abord, il précise et définit la santé, objet premier de notre démarche. En second lieu, il présente une perspective et un cadre de référence pour la planification de la santé. Le processus de planification est ensuite abordé : d'abord, différentes typologies de la planification sont présentées, puis le processus général de la planification avec ses différentes étapes y est brièvement décrit.

1.2 L'objet de la planification : la santé

Avant d'aborder la planification, nous voulons préciser l'objet de notre démarche et indiquer clairement l'orientation que nous adoptons à l'égard de la planification dans le domaine de la santé. Pour nous, le point de départ de toute démarche de planification en santé, qu'elle porte sur les services ou les programmes de prévention ou de soins, doit être la santé.

1.2.1 Le concept de santé

Le planificateur préoccupé par l'action doit pouvoir appréhender la santé d'une façon qui l'aide à identifier ce qui constitue un problème de santé. Pour cela, il lui faut d'abord pouvoir définir la santé.

Le terme « santé » prend différentes connotations selon les auteurs. Goldberg et ses collaborateurs (1979) classent la majorité des définitions selon les modes suivants :

- un abord perceptuel qui définit la santé comme étant une perception de bien-être;
- un abord fonctionnel qui décrit la santé comme étant la capacité de bien fonctionner ou l'état de capacité optimale d'un individu en regard de l'accomplissement efficace des rôles et des tâches pour lesquels il a été socialisé;
- un abord qui utilise le concept d'adaptation, la santé étant alors l'ajustement réussi et permanent d'un organisme à son environnement. La maladie correspond alors à un défaut d'ajustement.

La définition donnée par Blum (1981) rejoint cette définition. Pour cet auteur, la santé consiste en la capacité de l'individu : 1) de maintenir un état d'équilibre approprié à son âge et à ses besoins sociaux, dans lequel cet individu est raisonnablement indemne de profonds inconforts, insatisfactions, maladie ou incapacité; et 2) de se comporter d'une façon qui assure la survie de son espèce aussi bien que sa réalisation personnelle.

La définition proposée par Bonnevie (1973) intègre aussi toutes ces notions. Cet auteur estime que la santé résulte d'une capacité comportementale, comprenant des composantes biologiques aussi bien que sociales, à accomplir des fonctions fondamentales qui ne peuvent l'être que par un processus d'adaptation. L'on y retrouve les composantes bio-psycho-sociales déjà présentes dans le concept de santé. Bonnevie fait également référence aux différents facteurs associés à la santé, c'est-à-dire aux « déterminants de la santé ».

La plupart des définitions de la santé qu'on retrouve sont peu utiles pour le planificateur, car elles ne sont pas opérationnelles. À ce titre, la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé est la moins utile. « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Hogart 1977). Réagissant à ces critiques en 1984, l'initiative de promotion de la santé de l'OMS tentait d'apporter plus de précisions à la définition de la santé sans vraiment la rendre plus opérationnelle. Last (2004) résume ainsi la nouvelle formulation de l'OMS : « Mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ».

Ces définitions mettent souvent sur le même pied les caractéristiques physiques et psychologiques qui peuvent être mesurées chez un individu ou un groupe d'individus et les conditions sociales qui peuvent influencer la santé de ces individus, ces dernières étant des déterminants de la santé. En d'autres termes, en planification de la santé, il convient de limiter la santé à un ou des attributs qui appartiennent à des groupes d'individus et de la distinguer de ses déterminants qui peuvent être de nature environnementale ou sociale.

Par ailleurs, tout le monde est d'accord pour reconnaître que la mortalité et la morbidité sont des mesures négatives de la santé et qu'il faudrait également appréhender l'aspect positif de la santé, cet état de bien-être proposé par l'OMS. Cependant, comment mesurer de façon précise cet aspect positif de la santé? Avant de se lancer dans une telle aventure, il convient peut-être d'exploiter plus à fond les données actuelles de mortalité et de morbidité. Même dans les pays les plus industrialisés et les plus avancés sur le plan sociosanitaire, l'on rencontre encore des décès qui pourraient être évités, des morbidités qui n'auraient plus de raison d'apparaître et, de façon paradoxale, l'on y observe une augmentation de l'incapacité due à des causes diverses qui diminue considérablement les gains effectués sur la mortalité. Par conséquent, il semble bien que l'aspect négatif de la santé soit encore pour longtemps un objet premier de préoccupation pour le planificateur de la santé.

C'est donc pour une définition opérationnelle de la santé que le planificateur doit opter. À cet égard, la privation de la santé telle que mesurée par les indicateurs de mortalité, de morbidité, de facteurs de risque et d'incapacité, constitue la mesure la plus opérationnelle dont nous disposons à l'heure actuelle. Des progrès récents ont cependant été accomplis dans ce domaine, notamment pour tenir compte de l'aspect fonctionnel de la santé, c'est-à-dire de la capacité d'un individu de vaquer à ses fonctions personnelles, sociales et de travail. On assiste depuis quelques années à l'éclosion d'un « nouveau paradigme de la santé » (Last, 2004). Celui-ci s'appuie sur la ferme conviction qu'il existe chez l'être humain une autonomie naturelle, instinctive, un pouvoir régénérateur. L'on rejoint ainsi la notion de la santé telle que formulée par Dubos (1973), c'est-à-dire une adaptation de l'individu à son milieu.

Ce concept repose donc sur une conception individuelle de la santé; en effet, l'individu demeure le meilleur juge du degré de restriction dont il est affecté par rapport à l'exercice de ses activités. Un individu en bonne santé est capable de fonctionner efficacement dans son milieu et de se consacrer activement à ses projets. Cette conception de la santé apporte un élément qualitatif important à la mesure de la santé, qui n'est plus fondée seulement sur la mortalité ou même sur la morbidité, mais également sur la perception qu'a l'individu de sa propre fonctionnalité. Une telle conception de la santé va jusqu'à remettre en question une politique de santé qui viserait de façon prioritaire la prolongation de la vie sans se préoccuper de la qualité de la vie.

Enfin, cette définition est opérationnelle. Ainsi, on a pu élaborer un indice synthétique de santé qui combine la mortalité avec une mesure subjective d'incapacité : c'est l'espérance de vie en bonne santé qui prédit combien de temps en moyenne un individu peut espérer vivre sans limitation de ses activités. Nous y reviendrons au chapitre suivant.

En plus d'être une notion qui renvoie à l'individu, la santé est un concept relatif et multidimensionnel. Indépendamment de la définition médicale de la morbidité, ce qui constitue ou non une maladie fait référence au contexte social et culturel dans lequel évolue un

individu. Certaines maladies biologiques sont tellement prévalentes dans certaines régions qu'elles finissent par s'établir comme normes de bonne santé. On peut citer l'exemple des maladies parasitaires causant l'éléphantiasis des membres inférieurs et qui sont tellement prévalentes chez certains peuples d'Amazonie ou d'Afrique que les femmes qui en sont épargnées ne peuvent se marier. C'est là un signe que la normalité, dans ce cas, est définie beaucoup plus par rapport à une norme sociale que par la simple présence d'une pathologie médicale. La définition sociale de la maladie est particulièrement importante lorsqu'il s'agit d'établir des programmes de santé. Plusieurs interventions mises de l'avant par les pays industrialisés dans des pays en voie de développement se sont révélées être des échecs parce qu'elles n'ont pas su tenir compte de cette réalité.

La notion de santé revêt donc un caractère multidimensionnel selon les contextes sociaux et culturels et selon d'autres caractéristiques des individus, notamment leur niveau socioéconomique et leur proximité de l'appareil de soins. Le codage de la santé tend à refléter une définition professionnelle et médicale de la santé. Plus la culture et le niveau socioéconomique des individus se rapprochent de ceux des professionnels, plus la définition de la santé réfère à l'absence de morbidité. La position du planificateur n'est donc pas facile puisque, dans la définition des problèmes de santé, il doit nécessairement tenir compte des différents codages ou dimensions de la santé et que, parfois, la définition qui lui est proposée tend à refléter le point de vue des groupes les plus influents. Nous reviendrons tout au long de cet ouvrage sur la question de la représentativité des individus consultés ou participant à la planification.

Enfin, la santé est multifactorielle, c'est-à-dire qu'elle dépend de plusieurs facteurs déterminants. C'est là l'objet de la prochaine section.

1.2.2 Les déterminants de la santé

À l'instar de plusieurs auteurs, notre approche veut adopter la santé comme point de départ (Blum, 1981; Dever, 1980; Dever et Champagne, 1984). Le modèle qui inspire cette démarche est assez classique. On le retrouve notamment au Canada à l'origine d'un virage important au niveau de la politique de santé (Lalonde, 1974).

Le modèle proposé considère le système de santé comme un ensemble écologique dont le système de soins est une composante importante, mais non unique.

Selon ce modèle, la santé est une variable dépendante influencée par différents facteurs ou déterminants :

1. les facteurs biologiques ou endogènes;
2. les facteurs reliés à l'environnement;
3. les facteurs reliés aux habitudes de vie;
4. les facteurs reliés au système de soins.

Plusieurs auteurs ont noté, fort pertinemment, que la contribution de ces facteurs à l'amélioration potentielle de la santé des populations n'est pas nécessairement reliée aux sommes qui y sont actuellement consacrées (Dever, 1976). Ainsi, le côté gauche de la figure 1.1 montre la contribution potentielle de chacun de ces facteurs sur la réduction de la mortalité. L'on note que les gains possibles les plus importants proviennent des changements dans les habitudes de vie. À l'autre extrême, l'on note que l'impact potentiel du système de soins demeure marginal.

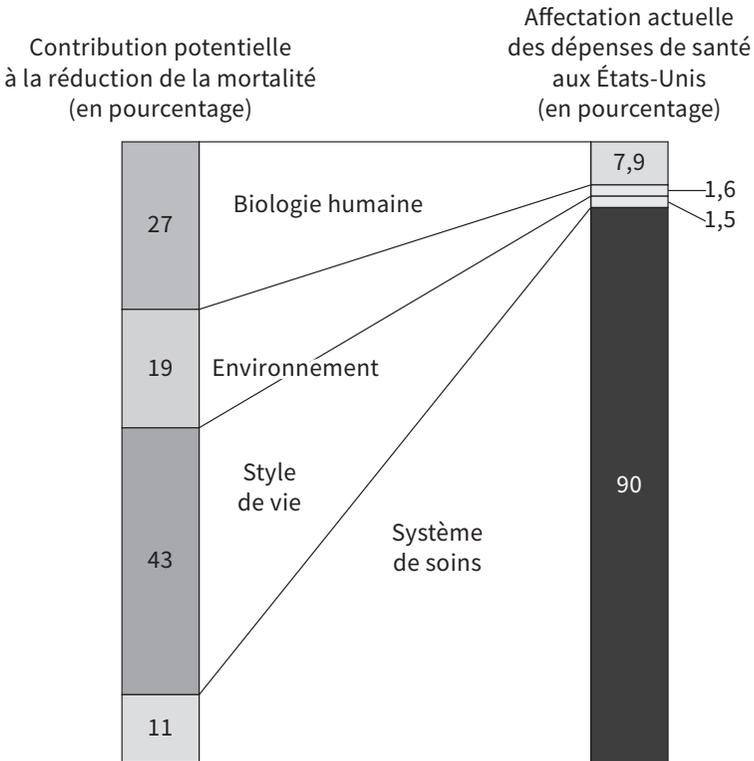
Du côté droit de la figure 1.1, l'on peut voir la répartition des dépenses de santé aux États-Unis, correspondant à chacun des déterminants de la santé. L'on observe que le système de soins engloutit à lui seul 90 % des dépenses de santé, alors que les dépenses consacrées aux habitudes de vie et à l'environnement ne représentent que 1,5 et 1,6 % chacun. Ces données sont de nature à nous faire réfléchir sur le rendement marginal des investissements dans le domaine de la santé.

Par rapport à l'histoire naturelle des maladies, les différents facteurs de production de la santé ne peuvent être placés sur un même plan. En effet, l'état de santé d'un individu ou d'une population à un moment donné (T) est le résultat de l'action de ces différents facteurs à des moments différents, comme le montre la figure 1.2 (p. 16). Les facteurs biologiques et environnementaux et ceux reliés aux habitudes de vie interviennent comme des conditions antécédentes, probablement dans l'ordre où elles sont nommées, de sorte que le nombre

d'années précédant l'écllosion de la maladie (N) varie d'un facteur à l'autre, pour un même individu et une même maladie. Il convient également de noter les interrelations possibles entre ces facteurs. Dans une séquence de facteurs déterminants, il faut bien reconnaître l'influence possible de certains facteurs biologiques ou de l'environnement sur le comportement. La carte de la santé et de ses déterminants, produite par le Ministère de la santé du Québec (2012), illustre bien comment tous ces facteurs peuvent influencer différents aspects de la santé dans le temps et dans l'espace.

FIGURE 1.1

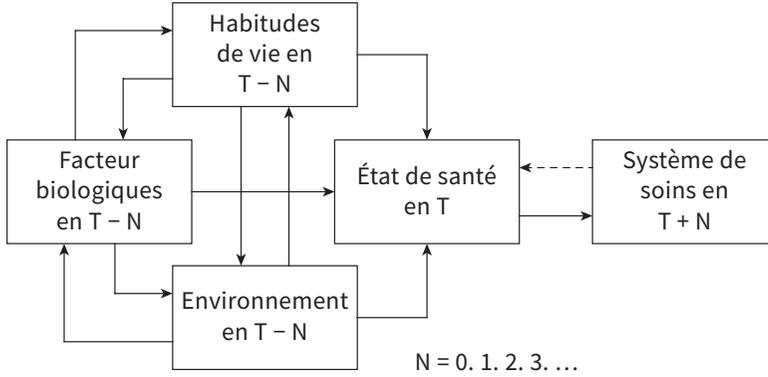
Déterminants de la santé et affectation des ressources



Source : Tiré de Dever G.E.A. « An epidemiological Model for Health Policy Analysis », *Soc. Ind. Res.*, 1976, vol. 2, p. 465

FIGURE 1.2

Déterminants de la santé



Le système de soins, de son côté, intervient ultérieurement comme facteur de restauration après l'écllosion de la maladie. Bien sûr, il faut signaler l'effet possiblement iatrogénique des soins, et la flèche en pointillé le reconnaît, bien que, dans ce dernier cas, il faudrait alors considérer ce facteur comme antécédent, c'est-à-dire intervenant au temps $T - N$.

En bref, la définition de la santé doit tenir compte des éléments culturels et sociaux qui caractérisent le milieu où l'on veut intervenir. Dans ce sens, le concept est relatif et multidimensionnel. De plus, la santé, objet de notre démarche, est une caractéristique d'un individu. Elle doit être distinguée des facteurs déterminants de la santé qui, eux, sont reliés aux habitudes de vie, à la biologie ou à l'environnement. La santé est dans ce sens multifactorielle, et les facteurs qui la déterminent, selon l'importance qu'on leur accorde, définissent les actions de planification.

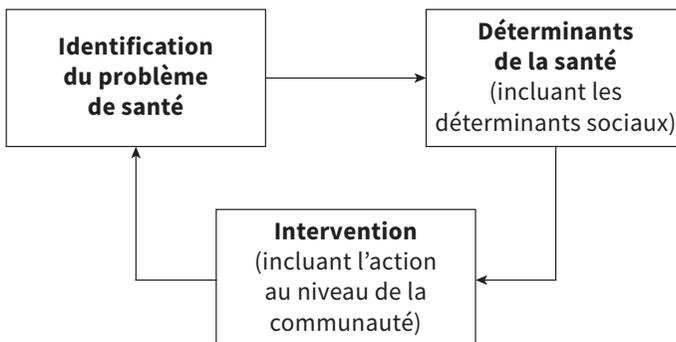
Cette distinction entre la santé, qui est l'objet de la planification (variable dépendante), et ses déterminants, qui dictent les niveaux d'intervention (variables indépendantes), est importante, car elle clarifie le rôle du planificateur de la santé ainsi que l'approche qu'il doit suivre.

1.2.3 Deux voies d'investigation possibles

En effet, deux voies possibles s'offrent au planificateur de la santé. La première, inspirée de la santé publique et de l'épidémiologie, consiste à identifier un problème de santé et à en trouver les facteurs associés (figure 1.3). Ensuite, si une relation de détermination peut être démontrée entre le problème de santé et le facteur en question, et que des actions efficaces existent, un programme d'intervention peut alors être mis en place.

FIGURE 1.3

L'approche de santé publique à la planification et à la programmation sanitaires



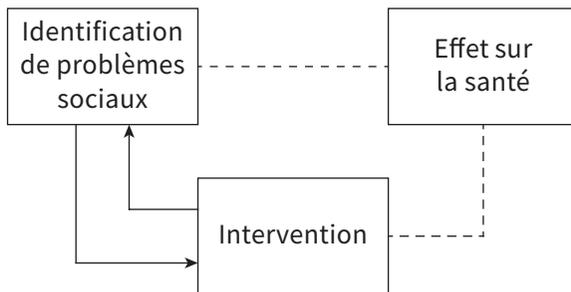
Source : Pineault R., « The Place of Prevention in the Quebec Health Care System ». *Can. J. Pub. Hith.*, vol. 75, 1984, p. 95

L'épidémiologie étudie la distribution des problèmes physiques et mentaux dans la population et analyse les facteurs qui déterminent cette distribution (Last, 2004). La recherche des facteurs étiologiques reliés à ces problèmes conduit inévitablement à prendre en considération les caractéristiques sociales et démographiques des environnements dans lesquels ces problèmes sont observés, tout autant que les antécédents personnels des individus affectés. Des variables comme la classe sociale, le sexe, la race, l'occupation, l'éducation, le revenu et l'état matrimonial sont souvent considérées comme des facteurs associés à l'émergence des perturbations physiques et mentales.

Le second modèle est inspiré des sciences sociales. Il aborde d'emblée la question des déterminants de la santé, puisque c'est davantage l'objet d'étude de ces disciplines (figure 1.4). Implicitement, bien sûr, l'on postule que des liens existent entre la santé et ses déterminants et que toute action entreprise au niveau des déterminants aura un effet sur la santé. Par ailleurs, la démarche ne prend en considération ni le lien de causalité démontré entre la santé et les facteurs déterminants ni l'effet démontré des interventions sur la santé. Ce modèle s'attache surtout à la description de l'habitat humain et des environnements, ainsi qu'à l'analyse des interrelations entre les éléments caractéristiques de ces environnements ou territoires naturels formant une communauté. L'identification de ces territoires naturels se fait à l'aide de différentes variables comme les traits topographiques (rivières, usage des terres), les attributs sociodémographiques des résidents (âge, race, sexe, ethnie, revenu, éducation, occupation, modèles de famille), les facteurs populationnels (distribution, densité, mobilité, migration), l'emplacement et la distribution des institutions ainsi que les indicateurs de santé et de bien-être social comme la mortalité infantile et autres taux spécifiques de mortalité, les enregistrements de crimes, arrestations et suicides, et la prévalence des abus d'alcool et de drogue (Bell et al., 1978).

FIGURE 1.4

**L'approche préconisée par les sciences sociales
à la planification et à la programmation sanitaire**



Source : Pineault R., « The Place of Prevention in the Quebec Health CareSystem ». *Can. J. Pub. Hith.*, vol 75, 1984, p. 96.