

Du traitement de la maladie à la promotion de la santé: les conversions nécessaires

YVES MARTIN *

**Beaucoup de votre douleur est par
vous-mêmes choisi.**

Khalil Gibran, *Le prophète*.

La médecine en procès

La médecine et les médecins sont au centre d'un débat inédit. Formés, mandatés — jusque-là sans conteste — pour guérir, ils sont accusés de rendre malades et, pis, d'entretenir la maladie. De son laboratoire de Cuernavaca, Illich formule son impitoyable diagnostic:

L'entreprise médicale est devenue un danger majeur pour la santé. Contrairement au mythe que son rituel engendre:

1. Les sociétés nanties d'un système médical très coûteux sont impuissantes à augmenter l'espérance de vie, sauf dans la période péri-natale;

* Sociologue, ancien sous-ministre de l'éducation, ex-président de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, Recteur de l'Université de Sherbrooke.

2. L'ensemble des actes médicaux est impuissant à réduire la morbidité globale;

3. Les actes médicaux et les programmes d'action sanitaire sont devenus les sources d'une nouvelle maladie: la maladie «iatrogène». L'infirmité, l'impuissance, l'angoisse et la maladie engendrées par les soins professionnels dans leur ensemble constituent l'épidémie la plus importante qui soit et cependant la moins reconnue;

4. Les mesures prises pour neutraliser la iatrogenèse continueront à avoir un effet paradoxal, elles rendront cette maladie incurable encore plus insidieuse, tant que le public tolérera que la profession qui engendre cette maladie la cache comme une infection honteuse et se charge de son contrôle exclusif.¹

Le procès ne porte plus à rire, comme au temps de Molière... Il fait mal à la médecine. Il inquiète les non-médecins. Il pose un problème de fond à la collectivité, au médecin et, disons-le, comme Illich le dit aussi, à chacun d'entre nous, puisque, fondamentalement, ce qu'il met en opposition, c'est l'autonomie de la médecine et l'autonomie de la personne par rapport à son propre corps.

On n'a pas connu au Québec un débat tel que celui qu'a suscité Illich notamment en France, sous le thème «La médecine rend malade». Sous réserve de questions soulevées, par exemple, à propos du coût et de la consommation des médicaments ou à propos de la répartition géographique, de la disponibilité et de la rémunération des professionnels de la santé, la médecine en tant que telle n'a pas été sérieusement remise en cause ici. Peut-être en est-il ainsi en raison de la qualité générale de l'organisation des soins de santé (en temps normal ...) et de la gratuité des soins? Il n'en reste pas moins que le diagnostic évoqué plus haut paraît s'appliquer, globalement, à notre situation — en tout cas sous la forme d'hypothèses de nature à provoquer d'urgentes réflexions non seulement sur la médecine, mais sur nos attitudes et comportements collectifs et individuels à l'égard du maintien et de la promotion de la santé.

L'observation statistique ne permet pas de contester que «les sociétés nanties d'un système médical très coûteux sont impuissantes à augmenter l'espérance de vie, sauf dans la période péri-natale» et que «l'ensemble des actes

¹ Ivan Illich, *Némésis médicale, L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975, pp. 16-17.

médicaux est impuissant à réduire la morbidité globale». Faut-il, à partir de telles constatations, accuser la médecine seule d'«exproprier la santé», de se définir «contre la santé»? Dans le cadre de ce débat, il faut aussi être attentif à de multiples facteurs qui peuvent contribuer, en même temps que l'orientation de la médecine elle-même, à annuler, statistiquement, les effets de l'intense action sanitaire à laquelle les sociétés modernes consacrent des ressources croissant à un rythme affolant. Ainsi, par exemple, «iatrogenèse» ou pas, les très lents progrès de l'espérance de vie peuvent ne pas être étrangers à la multiplication des accidents de la route, à l'incurie à l'égard de la santé au travail, à l'alcoolisme, aux habitudes de vie, etc. C'est donc dire qu'une réflexion sur la promotion de la santé dans nos sociétés ne saurait être, trop uniment, une mise en cause de la médecine, bien que la responsabilité de cette dernière soit ici engagée, à mon sens, au premier chef, comme je tenterai de le faire ressortir dans les observations qui suivent.

Orientations nouvelles

Sur le plan des principes ou des objectifs généraux, il faut reconnaître qu'un progrès considérable a été réalisé, dans notre milieu, en ce qui concerne l'orientation du système de santé. Les travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu) ont incontestablement exercé une profonde influence à cet égard, non seulement au Québec, mais dans l'ensemble du Canada. Le Rapport de la Commission marquait un virage important, dans la mesure où il proposait de réorienter le système de santé dans une perspective de promotion de la santé plutôt que d'en consacrer la vocation axée essentiellement sur le traitement de la maladie. Nombre d'autres rapports ou études ont, vers le même temps ou par la suite, proposé la même réorientation.

Le consensus a été très officiellement consacré dans un document publié en 1974 sous la signature du ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social, monsieur Marc Lalonde, sous le titre *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, document endossé formellement par les ministres responsables de la santé dans toutes les provinces du Canada. Se référant à cette publication, Illich

note ce qui suit: «Le lecteur français sera surpris par le degré d'accord entre ce document et les idées fondamentales de mon livre».² La publication gouvernementale propose une conception globale de la santé reposant sur quatre éléments principaux, intimement liés l'un à l'autre: **la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé**. La thèse centrale est la suivante:

La plupart des efforts déployés jusqu'ici par la société en vue d'améliorer la situation de la santé et l'ensemble des dépenses directes affectées à ce secteur ont porté avant tout sur l'organisation des soins. Et pourtant, lorsque nous relevons les principales causes de maladies ou de décès au Canada, nous constatons qu'elles prennent leur source dans les trois premiers éléments, à savoir la **BIOLOGIE HUMAINE, l'ENVIRONNEMENT** et les **HABITUDES DE VIE**. Il est, par conséquent, évident que des sommes considérables sont dépensées pour le traitement de maladies qui auraient pu être évitées. On doit donc porter une attention toute particulière aux trois éléments précités si nous voulons réduire le nombre d'invalidités et de décès prématurés.

On ne peut que souscrire à ces constatations, étayées d'ailleurs autant par l'observation courante que par le train des analyses statistiques publiées au cours des dernières années. Pour que le thème de la «promotion de la santé» ne devienne pas seulement un slogan à la mode, auquel on adhérerait aux fins de se donner bonne conscience, chez les professionnels de la santé notamment, ou aux fins de justifier sans autre forme de procès, au sein des gouvernements, une réduction des dépenses affectées aux soins de santé, de radicales conversions paraissent nécessaires: conversion de la médecine et des médecins, conversion de l'action collective en matière de santé, conversion de l'individu, enfin, quant à la maîtrise de sa destinée biologique, physiologique et mentale.

Conversion de la médecine et des médecins

Dans cette perspective, la conversion la plus urgente, en tout cas la plus déterminante, est celle de la médecine et,

² *Ibid.*, p. 15, note 3.

par voie de conséquence, celle des médecins — qui exercent, chacun le sait, le rôle dominant parmi les professionnels de la santé.

Les médecins, quelque compétents qu'ils soient — et il faut reconnaître, dans notre contexte, le haut niveau de la compétence médicale — sont aujourd'hui, à toutes fins pratiques, les seuls agents «économiques» qui puissent exercer un **contrôle quasi absolu à la fois sur la production et la consommation des services pour lesquels ils sont rémunérés** — et, par le fait même, en tant que producteurs, sur les comportements des consommateurs de leurs services. De ce fait, des illustrations très éclairantes nous sont données par l'examen de l'évolution de la pratique médicale au Québec depuis l'instauration, à la fin de l'année 1970, du régime universel d'assurance-maladie.

Il est d'abord frappant de relever que, sans qu'ait été modifié le «cahier des prestations», c'est-à-dire le niveau de rémunération des divers actes, entre 1971 et 1974, le revenu moyen des médecins est passé de \$39,153 à \$42,558 par année, au Québec.³ Il est vrai que, durant la même période, le nombre de services médicaux per capita a augmenté de 5.3 à 6.7, mais, en même temps, le coût per capita des services s'accroissait de \$45.37 à \$59.44.⁴ Sans doute faudrait-il des analyses subtiles pour expliquer ces variations. Il en ressort assez nettement, toutefois, qu'il y a eu tendance à substituer à des «actes» moins rémunérateurs des services plus rentables selon le tarif négocié et inscrit au «cahier des prestations» (où sont consignés plusieurs centaines d'actes auxquels s'attache une rémunération spécifique). Retenons, à cet égard, un indice particulièrement révélateur: le nombre des visites à domicile:

1971 :	1,163,918	1973 :	803,405
1972 :	887,915	1974 :	743,321

³ Régie de l'assurance-maladie du Québec, **Statistiques annuelles 1974**, p. 75. Si l'on considère le revenu **moyen** annuel des omnipraticiens et spécialistes ayant reçu plus de \$20,000 (catégorie plus significative parce qu'elle exclut les médecins exerçant seulement partiellement dans le cadre du régime d'assurance-maladie), il a évolué de la façon suivante entre les exercices financiers — du 1er avril au 31 mars — 1971/72 et 1974/75: de \$52,013 à \$54,985 pour les omnipraticiens; de \$60,681 à \$65,498 pour les spécialistes.

⁴ *Ibid.*, pp. 62-63.

Pendant le même temps, le nombre d'injections de substance sclérosante — actes simples mais rémunérateurs — passait de 504,278 à 1,991,019 . . .⁵

J'évoque de tels indices non pas pour accabler les médecins — bien que je ne regretterais pas qu'ils en soient quelque peu troublés — mais, avant tout, pour attirer leur attention, avec insistance, sur la responsabilité qui leur incombe de **s'auto-évaluer**, d'évaluer non seulement la rentabilité des coûts qu'ils génèrent dans le système d'organisation des soins de santé, mais la rentabilité proprement médicale de leurs profils personnels de pratique. Sans attendre l'application des dispositions de la Loi de l'assurance-maladie qui prévoient des sanctions possibles dans les cas où des profils de pratique se révèlent aberrants, il m'apparaît que les médecins devraient prendre l'initiative de leur propre conversion à cet égard. Leurs réflexions pourraient très utilement s'inspirer d'observations telles que celles formulées par un éminent médecin britannique, le docteur Cochrane (qui n'avait pas lu Illich!), qui écrivait, se référant à un historique de l'évolution de la médecine en Angleterre et plus particulièrement à son «efficacité» dans un contexte d'assurance-maladie depuis longtemps instauré:

*It demonstrates very clearly how environmental factors alone were important in improving vital statistics up to the end of the nineteenth century and that until the second quarter of this century therapy had very little effect on morbidity. One should, therefore, forty years later, be delightfully surprised when any treatment at all is effective, and always assume that a treatment is ineffective unless there is evidence to the contrary.*⁶

La législation en vigueur, au Québec comme ailleurs en général, reconnaît à la profession médicale le contrôle exclusif de la qualité de l'acte médical, les contrôles extérieurs ne pouvant intervenir que par la voie de recours aux dispositions des lois pénales, criminelles ou du droit civil, ou sous le mode de sanctions économiques que peuvent recommander les «comités de revision» créés en 1973 (l'efficacité de ces comités chargés d'analyser les cas de pratique jugés

⁵ Le coût, pour cet acte, a été modifié à la baisse en 1974 en vertu d'un amendement, accepté par les fédérations de médecins et le ministère des Affaires sociales, aux cahiers de prestations des médecins spécialistes et omnipraticiens.

⁶ A.L. Cochrane, **Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services**, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.

aberrants, du point de vue, notamment, de la fréquence des actes, demeure encore très douteuse). Or, sous réserve d'interventions sporadiques de la Corporation professionnelle des médecins à propos de comportements très manifestement incompatibles avec les exigences minimales de qualité professionnelle, et sous réserve d'initiatives réalisées en ce sens dans quelques centres hospitaliers, l'évaluation médicale systématique est encore ici à peu près inexistante. Si la profession médicale n'assume pas, à brève échéance, cette responsabilité, il est à prévoir que tôt ou tard, les contrôles extérieurs — ceux de l'Etat, en particulier — vont tendre à englober l'aspect qualitatif de la pratique médicale. Autant sur le plan de la mise au point des instruments techniques requis que sur le plan de la préparation du personnel médical à leur utilisation, un travail d'envergure est en cours, notamment à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. On devrait attacher une haute priorité à des entreprises de ce genre. On voit mal, en effet, comment la médecine pourrait autrement guérir elle-même la «iatrogénèse» et se charger elle-même d'ajuster sa «production» aux besoins réels des consommateurs de soins, dans une authentique perspective de promotion de la santé.

Dans la même perspective, la conversion de la médecine et des médecins à la **prévention** paraît tout aussi essentielle et urgente. Il va de soi qu'une telle conversion ne signifie pas, ce qui serait plus qu'une utopie, qu'est préconisée la disparition de la dimension curative de la médecine. Si elle peut entraîner une diminution du volume de soins curatifs inutiles, inefficaces ou qui ne tiennent qu'à l'absence d'une action systématique axée sur la promotion de la santé, — elle ne peut, pour autant, en éliminer la nécessité; prenons pour acquis que, même si l'on peut retarder l'échéance de l'une et de l'autre, la société devra continuer de vivre avec la maladie et la mort.

Diverses réalités, qui ne relèvent pas exclusivement de la profession médicale et des professionnels de la santé en général, font obstacle aux progrès de l'action préventive. La rémunération à l'acte est l'une de ces réalités: nous y reviendrons. Une autre est l'absence de conditions favorables que devraient contribuer à créer les gouvernements: nous y reviendrons aussi.

Chez les professionnels de la santé, chez les médecins en particulier, la réalité à transformer se situe d'abord, pour

une large part, au plan des attitudes, des schèmes de **participation à la vie collective**. Il faudrait essentiellement qu'ils se convainquent — hors du groupe restreint des épidémiologistes, des spécialistes de la santé publique ou de la médecine sociale et préventive — qu'en vertu de leur compétence et de leurs fonctions à l'égard de la médecine curative, ils ont une responsabilité déterminante à exercer pour orienter et évaluer l'action préventive et pour conseiller, en conséquence, les divers agents engagés ou qui devraient s'engager avec eux dans l'entreprise de promotion de la santé: travailleurs sociaux, gouvernements, etc. Des responsabilités plus immédiates leur incombent cependant, par exemple celles de favoriser des développements qui s'imposent dans des domaines tels que la santé communautaire, la médecine industrielle, la gériatrie, etc. Les facultés de médecine ont ici, il va de soi, un rôle-moteur à jouer, tout comme dans la transformation des attitudes, puisque c'est largement au stade de la formation que se déterminent les schèmes de participation à la vie collective. Pour le dire autrement, si les professionnels de la santé ne se «socialisent» pas eux-mêmes, ils ne devront pas être étonnés, à terme, de se voir imposer un modèle de socialisation qu'ils n'auront pas contribué à définir . . . Lors d'un récent congrès, j'ai bien aimé entendre un médecin rappeler que «to be a good physician implies a concern for the common good». Pour le «monde ordinaire», s'agissant des professions de la santé, cette préoccupation ne paraît pas évidente — injustement, pour une part, il va sans dire.

Responsabilités gouvernementales

En matière de promotion de la santé, l'action collective, celle qu'il appartient éminemment aux gouvernements d'assumer, a été jusqu'à présent extrêmement timide. On a été, et cela s'explique facilement d'un point de vue sociologique et politique, à la remorque des orientations des professions de la santé. Le virage semble pris au plan des intentions: la conversion reste cependant presque entièrement à faire. Il est, en tout cas, grand temps que les gouvernements prennent à cet égard le relais des sociétés d'assurance telles que «La Métropolitaine» qui a depuis des dizaines d'années compris la rentabilité d'investissements dans le domaine de la prévention.

Il est extrêmement difficile, les spécialistes le confirment, d'établir des estimations un peu précises des montants affectés par les gouvernements à la prévention, dans la mesure où une proportion indéterminée des coûts de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie sont affectés à des activités de nature préventive (examens de contrôle, visites prénatales, soins aux nouveaux-nés, par exemple). Si l'on se réfère cependant aux données qui paraissent les plus pertinentes, celles qui se rapportent aux dépenses gouvernementales en matière d'hygiène publique, on constate qu'entre 1960 et 1973, selon des sources officielles, il n'y a pas eu progrès, mais une inquiétante stabilité, sinon une baisse relative par rapport à l'ensemble des dépenses consacrées au domaine de la santé au Canada. A cet égard, d'ailleurs, la situation est sensiblement la même aux Etats-Unis.

Ainsi, alors que de 1960 à 1973, les dépenses totales consacrées à la santé au Canada sont passées de 5.5 à 6.9% du P.N.B., les dépenses gouvernementales (fédérales, provinciales et municipales) en matière d'hygiène publique se sont chaque année maintenues à 0.2% du P.N.B. En chiffres absolus, ces dépenses ont augmenté de \$81 à \$267 millions, les dépenses totales identifiées au domaine de la santé passant de \$2.1 à \$8.2 milliards, durant la même période de 1960 à 1973.⁷

Les onze gouvernements — fédéral et provinciaux — du Canada ont adhéré, ainsi que je l'ai rappelé, au modèle et aux objectifs proposés dans *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Il reste à traduire en programmes concrets les orientations générales ainsi proposées, en ce qui concerne les quatre éléments du modèle. Jusqu'où la volonté ira-t-elle dans cette direction?

Il est incontestable, comme le souligne le document cité, que nous avons atteint un niveau enviable dans le domaine de l'organisation des soins de santé. Il y a lieu cependant de soumettre celle-ci à une critique serrée quant à son impact sur le maintien d'un système de santé axé trop lourdement sur le traitement de la maladie. L'une des clés des analyses qui s'imposent me paraît être l'examen des conséquences du **système de rémunération à l'acte** tel que consacré par nos régimes d'assurance-maladie.

⁷ Source: Santé et Bien-être social Canada: **Dépenses nationales de santé au Canada 1960-1971, Données comparatives des Etats-Unis**, Ottawa, octobre 1973 et données non publiées pour les années 1972 et 1973.

Je n'entends pas personnellement condamner ce système, ni le soutenir sans réserve. Il m'apparaît cependant évident qu'il ne favorise pas, parce qu'il y est mal adapté — par rapport à d'autres formes de rémunération: salariat, vacations, etc., — le développement de secteurs de la médecine plus immédiatement orientés vers l'action préventive, notamment la médecine industrielle, la médecine communautaire, la gériatrie. La lutte entreprise et poursuivie par les fédérations de médecins contre la politique de développement au Québec de centres locaux de services communautaires n'est pas étrangère, quoi qu'elles en disent, à la «protection» du mode de rémunération à l'acte: or, la vocation de ces établissements est, précisément, de donner à la médecine une orientation «sociale et préventive». Que le ministère des Affaires sociales doive composer avec les résistances de la profession médicale, on peut le comprendre; on admet moins aisément qu'il aille jusqu'à renoncer, à toutes fins pratiques, aux objectifs politiques extrêmement valables qui justifiaient au départ l'implantation des C.L.S.C., dans l'optique des recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu.

Une préoccupation de prévention et de promotion de la santé n'est par ailleurs pas nécessairement totalement incompatible avec le mode de rémunération à l'acte. On peut retenir qu'une proportion — estimée généralement comme plutôt faible — d'actes médicaux répondent valablement à cette préoccupation. C'est le cas, par exemple, d'un certain pourcentage des visites et des examens effectués pour fins de contrôle, qui donnent l'occasion au médecin de conseiller le patient sur le type de comportement à adopter pour se maintenir en santé. Il est intéressant de noter, sous ce rapport, la dimension «préventive» du programme de soins dentaires gratuits au bénéfice de tous les jeunes Québécois âgés de moins de neuf ans. Près des deux tiers des services rendus et rémunérés à l'acte, dans le cadre de ce régime, sont de nature préventive.⁸

S'agissant de la biologie humaine — c'est-à-dire avant tout de la recherche fondamentale et de la recherche clinique —, de l'environnement et des habitudes de vie en tant que facteurs de promotion de la santé, l'intention des gouvernements, aussitôt affirmée, paraît compromise par l'absence de politiques quelque peu vigoureuses. On fait campagne ou

⁸ Régie de l'assurance-maladie du Québec, **Sixième rapport annuel 1974/75**, p. 29.

on légifère pour le port de la ceinture de sécurité en automobile ou pour la réduction de la vitesse sur les routes, ce que je ne contesterai pas, mais, en même temps, on comprime les crédits affectés à la recherche; on applique mollement des mesures relatives à la protection de l'environnement — quand on ne va pas carrément à l'encontre de cet objectif sous la pression d'intérêts économiques à courte vue; on continue d'orienter les politiques d'habitation sans tenir compte des besoins des milieux les plus défavorisés. Dans le domaine de la santé comme dans celui de l'éducation, les contraintes abusives constituent des «désinvestissements» dont les conséquences se manifestent à long terme — alors que les rattrapages sont devenus impossibles. La promotion de la santé exige une conversion des gouvernements qui dépasse résolument le niveau des slogans électoraux.

Devenir son propre médecin

La conversion de la médecine et des professions de la santé, la conversion de l'action collective en matière de santé constituent en quelque sorte des préalables indispensables à la conversion qui demeure cependant la plus fondamentale, celle de l'individu, de la personne. Sous le poids de modèles culturels, notamment de nos conceptions relatives à la qualité de la vie, l'individu en est venu à vivre dans une dépendance presque complète à l'égard de sa santé.

S'il existe bien telles choses que l'«iatrogenèse» et la «maladie hétéronome», pour reprendre les thèses d'Illich, il faut bien reconnaître qu'il existe aussi, et tout autant à mon sens, telle chose que ce qu'on pourrait appeler la «maladie autonome» — «par nous-mêmes choisie», ainsi que le disait de la douleur le poète Gibran. L'objectif ultime des conversions évoquées plus haut est de conduire l'individu à la maîtrise des conditions qui le rendront le plus autonome possible, c'est-à-dire le **premier responsable de la promotion et du maintien de sa propre santé**, qu'il s'agisse de sa santé mentale ou physique. Mais on ne peut parler de maîtrise du corps sans parler, en définitive, de la maîtrise de soi, de l'autonomie de la personne. Et on rejoint par là l'objectif, ou mieux, le projet fondamental de l'éducation, pourvu qu'on donne à celle-ci son sens véritable, celui qu'on retrouve aujourd'hui par le biais du concept d'«éducation permanente».

La réalisation d'un tel projet individuel se heurte cependant à des obstacles de taille dans notre contexte culturel. Qu'on songe seulement à l'effritement des communautés ou des solidarités de base qui apportaient naguère à l'individu un support sur lequel il ne peut plus compter pour l'aider à maintenir un équilibre personnel. Il se retrouve le plus souvent seul aux prises avec un ensemble de conditionnements culturels qui lui font rechercher des mécanismes de défense largement responsables de l'«expropriation» de sa propre santé. C'est du côté de la sociologie beaucoup plus que du côté de la médecine qu'il faudrait se tourner pour expliquer bon nombre de phénomènes, tels que peut être, par exemple, l'usage de plus en plus étendu des médicaments du système nerveux central (on ne peut manquer d'être frappé par le fait que plus de 35% des médicaments consommés par les bénéficiaires du programme d'assurance-médicaments du Québec appartiennent à cette catégorie comprenant notamment psychotropes, sédatifs et stimulants).

Bien évidemment, l'acquisition de l'autonomie personnelle ne garantirait pas la santé. Elle permettrait seulement d'en maîtriser les conditions, à partir de choix conscients, sous réserve des contraintes biologiques et physiologiques que la science n'a pas encore levées — et qu'elle ne réussira jamais à lever entièrement, à moins de croire à une possible pérennité de l'être humain. Gardons tout de même l'objectif de promotion de la santé à l'intérieur de limites un peu raisonnables. Proposer d'ailleurs que l'autonomie de la personne et la maîtrise qu'elle exerce sur elle-même constituent en définitive des dimensions essentielles de la promotion de la santé, de son «appropriation» par l'individu, c'est déjà peut-être se rendre au bord de l'utopie... Rien n'empêche cependant de cheminer dans cette direction, ce qui implique, au-delà des conversions évoquées, une conversion plus globale encore, celle d'une culture qui a largement fait perdre son sens à la vie en étouffant presque tout de ce qui devrait lui donner sa qualité.

Peu importe qu'on puisse définir précisément le concept de «qualité de la vie»: ce qui paraît significatif c'est l'aspiration que traduit la référence qu'on y fait de plus en plus fréquemment. Entre l'objectif de promotion de la santé et la recherche de la «qualité de la vie», il y a une convergence qui peut justifier certains espoirs, en tout cas certainement la poursuite d'efforts qui s'en inspirent.