

QU'EST-CE QUE LA « SANTE DE LA POPULATION » ?¹

¿QUÉ ES LA "SALUD DE LA POBLACIÓN"?

² Elodie Giroux.

Résumé

La notion même de santé publique semble présupposer celle d'une santé de la population. Or le concept de santé est plus aisément utilisé au niveau de l'individualité organique : son application à une population ou à un collectif semble à première vue problématique. Il apparaît dès lors nécessaire de réfléchir à ce concept de santé de la population que nous utilisons pourtant. Si l'analyse philosophique des concepts de santé et de maladie s'est concentrée sur les usages aux niveaux individuels et infra-individuels de ces concepts, nous voulons montrer ici l'importance d'une réflexion sur le niveau supra-individuel. À partir des développements récents de l'épidémiologie contextuelle ou de l'épidémiologie sociale, nous argumentons pour l'importance de donner un contenu à ce concept de santé de la population qui fasse de lui davantage qu'une extension par analogie du concept de santé individuelle ou que la somme des santés individuelles.

Mots clés : Santé publique, santé collective, épidémiologie, population, individu, santé, maladie, ontologie, déterminants sociaux, Canguilhem.

Resumen

La noción de salud pública parece presuponer la salud de la población. Ahora bien, el concepto de salud está más fácilmente utilizado a nivel de la individualidad orgánica: su aplicación a una población o a un colectivo parece problemática a primera vista. Desde luego, se hace necesario reflexionar sobre este concepto de salud de la población que, sin embargo, nosotros utilizamos. Si el análisis filosófico de los conceptos de salud y enfermedad se ha concentrado sobre los usos de estos a niveles individuales e infra-individuales, aquí queremos mostrar la importancia de una reflexión sobre el nivel supra-individual. A partir de desarrollos recientes de la epidemiología contextual o de la epidemiología social, argumentamos sobre la importancia de dar un contenido al concepto de salud de la población que haga de él algo más que una extensión por analogía del concepto de salud individual o de la suma de todos los casos de salud individual.

Palabras clave: salud pública, salud colectiva, epidemiología, población, individuo, salud, enfermedad, ontología, determinantes sociales, Canguilhem.

Recibido 16/08/2011

Aprobado 25/10/2011

1. Artículo de reflexión.
2. Elodie Giroux es docente investigadora en filosofía de la Medicina. En el año 2006, presentó su tesis sobre la historia y la epistemología de los factores de riesgo, en particular la epidemiología cardiovascular y sus implicaciones para la conceptualización de enfermedad y de salud. Desde el 2008 es docente de Filosofía de las Ciencias en la Facultad de Filosofía de la Universidad Jean Moulin Lyon 3 y es Jefe de Licenciaturas en Humanidades y Ciencias Sociales de la Facultad de Filosofía de la misma Universidad. Université Lyon 3, France elodie.giroux@univ-lyon3.fr

Même si la définition de la santé publique est controversée et que la notion est polysémique, un certain noyau commun aux divers usages peut toutefois être identifié : la santé publique renverrait d'une part à une réalité épidémiologique (la santé d'une population) et d'autre part, à une gestion ou intervention publique (et non pas privée) de cette réalité épidémiologique. Or la notion de « santé de la population », c'est-à-dire l'application de la notion de santé à une autre réalité que l'organisme individuel, n'a rien d'évident.

Désigne-t-on par là, la simple somme des santés individuelles ou davantage que cet agrégat ? Ou encore tout simplement, tout ce qui n'est pas seulement la santé des individus ? Si un tel concept de « santé de la population » s'avère nécessaire, est-il davantage que ce qui permet de tenir compte du contexte ou des déterminants sociaux et environnementaux dans l'évaluation de la santé des individus ? Appliqué à une population, le concept de santé est-il le même que pour un individu ? Par ailleurs, la population est-elle une entité suffisamment organisée pour qu'un tel concept puisse lui être appliqué ? Quelle thèse ontologique sur la population et quel concept de la population cela nécessite-t-il d'adopter ? Quelles seraient les frontières de cette population ? Géographique ? Statistique ? Politique ? Ethnique ?

Notre objectif ici ne saurait être de répondre à toutes ces questions. Nous nous contenterons de pointer l'importance de mener une réflexion philosophique sur ce sujet. Dans un premier temps nous montrerons que, centrés sur le niveau individuel ou infra-individuel, les analyses et définitions philosophiques sur les concepts de santé et de maladie se sont peu intéressées jusque-là au concept de santé de la population. Ce dernier croise pourtant d'importantes questions aussi bien relatives à la notion de santé qu'à l'ontologie et l'épistémologie de la notion de population. Dans un deuxième temps, nous examinerons si l'épidémiologie, cette discipline qui étudie l'état de la santé de la population et ses déterminants, apporte des précisions sur la nature d'un tel concept, et si elle permet de justifier sa pertinence et son importance.

UNE PHILOSOPHIE DE LA SANTÉ CENTRÉE SUR L'INDIVIDU

Le débat anglo-saxon : niveau individuel ou infra-individuel

Les tentatives de définitions les plus abouties de la santé se sont intéressées au niveau individuel ou infra-individuel d'organisation. Un débat philosophique oppose les normativistes et les naturalistes et,

au cœur de ce débat, on trouve la question de la priorité de l'un ou l'autre niveau [1].

Les naturalistes défendent la possibilité d'un concept théorique, le pathologique, indépendant des jugements de valeur et qui vaut en premier lieu pour des parties de l'organisme. Ils définissent la pathologie comme le dysfonctionnement biologique d'un trait ou d'un organe. Sur ce concept peuvent se greffer d'autres concepts qui valent pour l'organisme dans sa totalité [2].

Les normativistes considèrent que le concept de maladie est intrinsèquement chargé de valeur et qu'il n'a d'abord de sens qu'au niveau de l'individu. La maladie est avant tout une entrave à l'action, une incapacité vécue par une personne. Il est vrai que l'usage commun et profane de ces concepts tend à valoir prioritairement pour le niveau de l'individualité organique ; les autres usages de ce terme seraient dérivés, analogiques ou métaphoriques [3]. Mais la question de la validité d'un usage dérivé au niveau de la population n'est pratiquement pas abordée.

Canguilhem, la santé individuelle et la critique du concept de « santé publique »

La question du niveau d'organisation est au cœur de la réflexion de Georges Canguilhem, ce philosophe français qui fut un pionnier dans l'analyse des concepts de santé et de maladie. Mais c'est aussi entre niveaux individuel et infra-individuel que l'essentiel se joue pour lui, en particulier dans son ouvrage clé : *Le Normal et le pathologique* [4]. En effet, il critique la conception objectiviste et quantitativiste qu'il appelle le « dogme positiviste », conception dans laquelle la santé ne diffère de la maladie que quantitativement. Dans cette conception, un concept objectif et absolu du normal est possible qui vaut aussi bien pour les cellules que pour les organes.

À l'opposé, Canguilhem défend un concept individualiste de santé : il montre la relativité essentielle de toute norme de santé au milieu et à chaque individu singulier. Pour Canguilhem, l'erreur du « dogme positiviste » est de confondre le niveau de la solution (infra-individuel) et le niveau du problème. C'est au niveau de la totalité organique, c'est-à-dire au niveau du malade puis du clinicien, niveaux de la vie concrète, que le problème de la maladie est posé. C'est ce niveau qui est chronologiquement et ontologiquement premier.

« La distinction de la physiologie et de la pathologie n'a et ne peut avoir qu'une portée clinique. C'est la raison pour laquelle nous proposons, contrairement à toutes les habitudes médicales actuelles, qu'il est

médicalement incorrect de parler d'organes malades, de tissus malades, de cellules malades. (...)

Il n'y a de maladie que du tout organique. (...) la maladie d'un vivant ne loge pas dans les parties d'organisme »[5]

Mais qu'entendre par « tout organique » ? La question du niveau d'organisation auquel s'applique le concept de santé renvoie en réalité au problème plus général du concept d'individualité biologique.

Identification entre « individualité » et « organisme »

Qu'est-ce qui fait qu'un organisme serait plus une totalité ou un individu qu'une cellule ou une société ? En outre, un même donné biologique peut bien être considéré comme partie ou comme tout. Il convient donc de préciser ce que Canguilhem entend par totalité ici pour caractériser le concept d'individualité.

Pour lui, c'est la convergence fonctionnelle des parties dans le tout qui constitue l'authentique « tout » et fait qu'il est plus que la simple somme des parties. Ainsi défini, l'organisme est le meilleur candidat. La société forme une « totalité » qui n'est pas suffisamment intégrée pour constituer un authentique « tout ». Contrairement à ce qui se passe pour l'organisme, son unité et sa finalité ne lui viennent pas de l'intérieur mais lui sont imposées de l'extérieur.

« Bien sûr, une société a quelque ressemblance avec l'organique, puisqu'elle est une collectivité de vivants. Nous ne pouvons pas, à proprement parler, décomposer une société, mais si nous l'analysons, ce qui est bien différent, nous découvrons qu'une société est une collectivité de vivants, mais cette collectivité n'est ni un individu ni une espèce. Elle n'est pas un individu parce qu'elle n'est pas un organisme pourvu de sa finalité et de sa totalité obtenue par un système spécialisé d'appareils de régulation ; elle n'est pas une espèce parce qu'elle est, comme dit Bergson, close. » [6]

Ainsi, sa défense d'une santé comme concept valant avant tout au niveau de l'organisme repose sur une analyse de la notion d'individualité biologique et l'identification du concept d'individualité (comprise comme totalité) à celui d'organisme. [7]

Critique du concept de santé publique : une « dérive sémantique »

Par ailleurs, et dans des écrits ultérieurs, Canguilhem critiquera plus directement le concept de « santé publique » dans sa prétention à désigner une réalité

épidémiologique. C'est notamment la métaphore organique qu'il critique, c.à.d. l'analogie du corps social et de l'organisme individuel, qui est présupposée à ses yeux dans toute application du concept de santé à une population. Or puisque la société n'a pas en elle le principe de son autonomie et qu'elle ne saurait constituer une entité ontologique aussi intégrée que l'organisme, il serait plus juste de parler de « salubrité » ou d'« hygiène », notions qui désignent *les conditions de la santé* plus qu'une composante de la santé elle-même. De plus, Canguilhem conteste le choix du terme « santé » plutôt que celui de « maladie » dans « santé publique ». En effet, c'est d'abord la maladie qui advient comme un problème.

« L'hygiéniste s'applique à régir une population. Il n'a pas affaire à des individus. Santé publique est une appellation contestable. Salubrité conviendrait mieux. Ce qui est public, publié, c'est très souvent la maladie. Le malade appelle à l'aide, attire l'attention, il est dépendant. »[8]

Dès lors, pour Canguilhem, le niveau populationnel n'a d'intérêt et de pertinence que pour mettre en évidence d'éventuels « déterminants » ou conditions sanitaires et sociales de la maladie, mais il ne saurait conduire à l'élaboration d'un concept de santé propre à la population : « Il est abusif de confondre la genèse sociale des maladies (conditions de travail, maladies de la misère) avec les maladies elles-mêmes. »[9]

Aussi la réflexion de Canguilhem a-t-elle le mérite ici de nous aider à voir que la question relative à la possibilité et à la pertinence d'un concept de santé de la population renvoie à celle de savoir si l'on a besoin d'un tel concept pour désigner davantage que les déterminants ou conditions sanitaires et sociales des maladies individuelles.

L'ÉPIDÉMIOLOGIE CONTRIBUE-T-ELLE À L'ÉLABORATION D'UN CONCEPT DE SANTÉ DE LA POPULATION ?

Aujourd'hui définie comme l'étude de la distribution et des déterminants de la santé dans la population ("epi-demos-logos" : étude de ce qui parcourt la population), cette discipline devrait pouvoir nous aider à élucider ce que recouvre la notion de "santé de la population". Elle est bien en charge de la description et de l'analyse de l'état de santé de la population à partir de statistiques de morbidité et de comparaisons entre populations.

Il semble à première vue que l'épidémiologie se distingue de la clinique par son niveau d'analyse : non

pas justement l'individu mais la population. Un parallélisme avec la clinique a souvent été utilisé au début et jusqu'au milieu du 20^e siècle pour la définir. John Gordon, Professeur d'épidémiologie et de médecine préventive à l'École de Santé Publique de Harvard, écrit :

« Cette discipline, l'épidémiologie, est la contrepartie du diagnostic dans la médecine clinique et a précisément avec la pratique de la santé publique la même relation que le diagnostic avec la clinique.

(...) L'étude de la maladie comme un phénomène de masse diffère de l'étude de la maladie dans un individu relativement à l'unité d'étude. On considère en premier lieu que le groupe ou la communauté n'est pas un simple agrégat de personnes qui constitue une population donnée mais que chaque ensemble de personnes est une entité, un composé qui possède autant d'individualité qu'une personne. »[10]

Epidémiologie des facteurs de risque et concept instrumental de population

Or depuis le développement d'une épidémiologie dite « moderne » au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, l'analyse épidémiologique se serait focalisée sur le niveau individuel d'organisation. En particulier, avec le développement des études étiologiques d'observation, les études cas-témoins et les études de cohorte, l'épidémiologie a utilisé le niveau populationnel d'analyse pour identifier des facteurs de risque individuels. Ces études consistent à permettre des comparaisons entre les individus.

Dans ma thèse d'histoire et d'épistémologie sur l'émergence de l'épidémiologie des facteurs de risque aux États-Unis au milieu du 20^e siècle, j'ai montré que la recherche étiologique en épidémiologie a privilégié la mise en évidence de variables biologiques et individuelles (âge, sexe, niveau élevé de pression artérielle et de cholestérol, diabète et consommation individuelle de tabac, etc.) sur des variables sociales ou environnementales (par exemple, catégorie socio-professionnelle, normes culturelles), reléguant au second plan une tradition d'épidémiologie plus environnementaliste et proche de la médecine sociale [11]. L'émergence de ce que certains ont appelé « l'épidémiologie moderne »[12] ou encore « l'épidémiologie des facteurs de risque »[13] aurait contribué au développement « d'un nouveau régime de la santé publique »[14]. Cette médecine du risque mettrait l'individu au centre, ses prédispositions à la maladie et ses choix de vie. À la lutte contre les grandes épidémies se serait substituée une gestion individua-

lisée des facteurs de risque de maladie, au point que certains ont été jusqu'à s'interroger : cette nouvelle médecine des risques ne conduit-elle pas à une dissolution de la santé publique ? [15]

Tout ceci semble conduire à un concept de santé de la population comme simple somme des santés individuelles. La population ne semble pas être ici étudiée pour son identité particulière ou comme niveau d'organisation à part entière. Elle a un statut purement instrumental. C'est un niveau qui permet les comparaisons et l'identification d'association statistique. Le niveau populationnel et statistique serait donc avant tout un détour utile pour faire des prédictions de risque au niveau des individus. Il convient toutefois de souligner ici que, bien qu'elle le prenne pour visée de son analyse statistique, l'épidémiologie ne dit rien de certain sur l'individu. L'individu n'est pas ici l'individu concret que Canguilhem a en tête. Il relève d'une construction statistique ; c'est un « cas » dans une classe de référence donnée.

Epidémiologie sociale et « population health » : le retour à la population comme niveau d'organisation

Or cette « épidémiologie des facteurs de risque » semble confrontée à un certain nombre de limites. Par exemple, les facteurs de risque classiques n'expliqueraient qu'une partie de la grande variation observée dans le risque de maladies cardiovasculaires. Le reste pourrait bien reposer sur des déterminants sociaux (capital social, niveau de vie, profession, etc.), des effets collectifs, et des caractéristiques irréductibles au niveau individuel [16].

C'est à partir de ce constat que, depuis une trentaine d'années, au Canada aux États-Unis mais aussi en Amérique du Sud, divers mouvements comme l'épidémiologie sociale [17], la « population health »[18] (défendue par l'Institut Canadien de Recherches Avancées) ou encore les mouvements en faveur d'une « santé collective », promeuvent un retour de l'intérêt porté par l'épidémiologie à la population en tant que niveau d'organisation à part entière (et non simple agrégat statistique). Ce niveau serait pertinent et légitime, aussi bien pour l'action que pour l'analyse et l'explication des phénomènes de santé.

Dans un article qui a beaucoup influencé ce retour à la population, l'épidémiologiste anglais Geoffrey Rose souligne la nécessité de distinguer les « individus malades » des « populations malades »[19]. Il prend l'exemple de la comparaison des courbes de distri-

bution de cholestérol des populations finlandaise et japonaise. Les différences sont plus grandes *entre* ces populations qu'à l'intérieur d'une même population. Les deux courbes ne se recoupent qu'à peine. Par suite, un niveau considéré comme *normal* en Finlande sera considéré comme *anormal* au Japon.

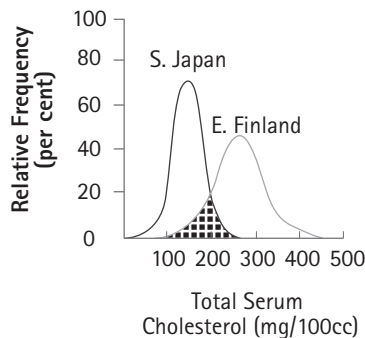


Fig 1. Tiré de Rose G., Sick individuals and sick populations, International Journal of Epidemiology, 1985, 14: 32-38.

Cette grande différence entre les populations japonaise et finlandaise peut-elle s'expliquer par la sommation d'une multitude de différences dans les santés individuelles ? Si la courbe entière est déplacée, n'est-ce pas plutôt le signe qu'on a affaire à un problème qui concerne avant tout la population prise dans sa globalité ?

En s'appuyant sur d'autres exemples et d'autres études montrant une influence de la population sur le comportement individuel (par exemple, certaines de nos habitudes ne changent que si changement préalable au niveau de la population), Rose déduit que « la santé est une caractéristique de la population prise comme un tout et pas simplement celle de ses membres individuels » [20].

Je propose d'explorer maintenant trois niveaux d'arguments en faveur de cette dernière affirmation.

a. Des phénomènes sont invisibles au niveau de comparaison inter-individuelle

L'essentiel de la stratégie de recherche étiologique en épidémiologie réside dans la comparaison de groupe d'individus et l'étude des variations. La faible variabilité d'un facteur étudié dans une population donnée peut le conduire à passer inaperçu dans une étude de comparaison inter-individuelle comme les études cas-témoins et les études de cohorte. Cela n'empêche pas pour autant qu'il soit important ! Prenons l'exemple d'une population dans laquelle fumer est un comportement massivement répandu : la comparaison entre les individus à l'intérieur de cette population ne permettra

pas d'identifier la consommation de tabac comme un facteur de risque de maladies.

Par ailleurs, des variables de type environnemental comme la pollution ou encore le régime alimentaire sont souvent difficiles à appréhender ou mesurer au niveau individuel. Des comparaisons de type « écologiques », c'est-à-dire au niveau des populations, sont ici requises pour mettre en évidence le rôle éventuel de ce genre de facteurs sur la santé individuelle.

Toutefois, on peut considérer qu'il s'agit dans ces deux cas de simples limites épistémologiques liées à nos instruments d'étude et que le niveau populationnel n'est utile que pour compenser ces limites.

b. Des facteurs irréductibles au niveau individuel (de type social ou contextuel)

Pour Rose, s'il y a une telle différence entre populations finlandaise et japonaise pour le niveau de cholestérol, c'est qu'il y a des déterminants irréductibles à des caractéristiques individuelles comme des habitudes collectives de nutrition et des normes sociales. Les différences génétiques, si elles expliquent en partie l'écart, sont loin de l'expliquer dans toute son ampleur. De plus, des études ont montré que les immigrants sont influencés par le profil de risque de la population, c.à.d. que la courbe de distribution de cholestérol de Japonais vivant en Finlande tend à ressembler à celle des Finlandais [21].

Selon Rose, il y aurait deux types différents de causalité dont il faut tenir compte : la « cause des cas » (un facteur qui explique la survenue d'une maladie au niveau des individus dans une population étudiée) et la « cause de l'incidence » (facteur qui rend compte du taux de la maladie au niveau de la population) [22]. En effet, la question « pourquoi certains individus ont plus de cholestérol que d'autres ? » (cause des cas) n'est pas la même et n'aura pas la même réponse que celle « pourquoi les Finlandais ont plus de cholestérol que les Japonais ? » (cause de l'incidence).

L'épidémiologie sociale a notamment mis en évidence le rôle de variables « contextuelles » pour expliquer les inégalités sociales dans la santé [23]. On a observé que des indicateurs de pauvreté et d'exclusion dans une zone donnée sont associés à l'état de santé, après ajustement sur les facteurs individuels. À propos de l'obésité, Nicholas Christakis et James Fowler ont par exemple montré que la prise de poids ne se produit pas uniformément dans une population mais bien préférentiellement au sein de sous groupes de personnes connectées par des liens personnels [24]. C'est la

notion de proximité sociale ici qui serait plus significative que celle de proximité géographique.

Toutefois, à cette étape de notre réflexion, nous pouvons avoir convaincu de l'importance de tenir compte de déterminants environnementaux et sociaux pour comprendre et décrire la santé individuelle, sans pour autant avoir convaincu de l'importance d'un concept de « santé de la population ». Rappelons que c'est le pas de plus que refusait de faire Canguilhem.

c. Caractéristiques de santé propres à la population

Un troisième niveau d'argument consiste à soutenir l'existence de caractéristiques de santé qui ne sont pas mesurables ni réductibles au niveau individuel, car elles n'ont tout simplement pas d'analogues à ce niveau. Les interactions entre individus donnent à une population des qualités nouvelles qui ne sont attribuables à aucun individu en particulier mais bien au collectif auquel ils appartiennent. Ces caractéristiques inviteraient à penser que certaines populations ont une individualité collective.

Pour mieux expliciter l'enjeu de ces variables de population, des épidémiologistes utilisent la distinction entre variables "dérivées" (ou "agrégées") et variables "intégrées" [25]. Seules les secondes sont d'authentiques variables populationnelles et donneraient des indications susceptibles de structurer un concept de santé de la population. Les variables "dérivées" sont de simples résumés d'observations sur des individus (moyenne du revenu familial, nombre moyen de fumeurs dans une population, etc.) et sont généralement faciles à définir et à obtenir. C'est en général par ce genre de variables qu'on quantifie la santé de la population. Les variables "intégrées" sont ces propriétés de la population pour lesquelles il n'y aurait pas d'analogie mesurable au niveau de l'individu (densité de la population, niveau de désorganisation sociale, accessibilité au service de santé, capital social, distribution, etc.).

Prenons par exemple, la distribution. Soit deux populations ayant un niveau identique de santé mesurée par des variables dérivées (taux de mortalité, par exemple). Or la distribution dans l'une est beaucoup plus inégalitaire que dans l'autre. On aura tendance à considérer que la santé globale de la population où la santé est distribuée de façon très inégalitaire est moins bonne [26].

Notons que l'épidémiologie traditionnelle qui étudiait la dynamique des épidémies de maladie infectieuse avait déjà mis en évidence ce type de variables intégrées. La notion d'"immunité de groupe" fut utilisée dès les années 1920. Elle désigne la résistance globale à une bactérie donnée : il y aurait un seuil qualitatif,

un pourcentage donné d'individus immunisés, au-delà duquel une maladie infectieuse perd sa dimension épidémique et sa contagiosité. Il s'agit là d'une propriété constitutive de la population, sans analogue direct au niveau individuel, qui détermine si la maladie infectieuse perdure au niveau d'une population donnée. Il y a certes un lien étroit entre l'immunité du groupe et celle des individus mais ce sont deux problèmes qu'il convient de traiter séparément.

« Les résultats obtenus ces cinq dernières années nous conduisent à penser que la question de l'immunité comme un attribut du groupe doit être étudiée comme un problème séparé, tout en lui étant étroitement lié mais en de nombreux points différents, du problème de l'immunité d'un hôte individuel »[27]

C'est donc bien une propriété constitutive de la population, distincte de la simple somme des immunités individuelles, qui détermine si la maladie infectieuse perdure au niveau d'une population donnée.

CONCLUSION

Pour conclure, il apparaît qu'une réflexion sur le concept de santé de la population mérite d'être ré-ouverte. L'épidémiologie sociale contemporaine a bien montré qu'il apparaît nécessaire que nous disposions d'un concept permettant de rendre compte de phénomènes de santé qui dépassent la simple somme des santés individuelles. Pour autant, cela implique de réfléchir à la nature ontologique de cette entité collective à laquelle on applique le terme de santé. Elle ne saurait être en effet assimilable à un organisme, n'étant pas aussi intégrée que lui. Et la question des frontières de cette entité « population » et de sa nature sera plus complexe que dans le cas de l'organisme. Toutefois, il semble nécessaire d'appliquer cette notion de santé à d'autres niveaux ontologiquement moins unifié que l'organisme individuel. Reste à savoir si le concept de santé est le même d'un niveau à l'autre.

RÉFÉRENCES

1. Berkman LF, Kawachi I. Social epidemiology. : Oxford University Press, USA; 2000.
2. Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of science* 1977:542-573.
3. Canguilhem G. *Écrits sur la médecine.* : Seuil; 2002.

4. Canguilhem G. Les maladies. Écrits sur la médecine 2002;33-48.
5. Canguilhem G. La santé: concept vulgaire et question philosophique. Cahiers du Séminaire de Philosophie 1988(8):119-133.
6. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. : Siglo veintiuno ed.; 1982.
7. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. : Presses universitaires de France; 1966.
8. Canguilhem G. «Le problème des régulations dans l'organisme et dans la société». Cahiers de l'Alliance israélite universelle 1955(92):64.
9. Caplan AL, Engelhardt HT, McCartney JJ. Concepts of health and disease: Interdisciplinary perspectives. : Addison-Wesley; 1981.
10. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. N Engl J Med 2007;357(4):370-379.
11. Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. Am J Public Health 1998;88(2):216.
12. Engelhardt HT. Evaluation and explanation in the biomedical sciences. : Reidel; 1975.
13. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not?: The determinants of health of populations. : Aldine de Gruyter; 1994.
14. Frank JW. Why « population health»? Canadian journal of public health.Revue canadienne de sante publique 1995;86(3):162.
15. Gaudillière JP. La médecine et les sciences: XIXe-XXe siècles. : La Découverte; 2006.
16. Gayon J. Le concept d'individualité dans la philosophie biologique de Georges Canguilhem. G.Le Blanc.Lectures de Canguilhem.Lyon: ENS édition 2000.
17. Geoffrey R. Sick individuals and sick populations. International Journal of Epidemiology1985 2001;14:32-28.
18. Giroux. Épidémiologie des facteurs de risque.
19. Giroux E. Apres Canguilhem: définir la santé et la maladie. : Presses universitaires de France; 2010.
20. Gordon JE. Epidemiology: Old and New. The Challenge of Epidemiology: Issues and Selected Readings 2004;1(1):135-141.
21. Nordenfelt L. On the nature of health: An action-theoretic approach. : Springer Netherlands; 1995.
22. Petersen AR, Petersen A, Lupton D. The new public health: health and self in the age of risk. : Sage Publications Ltd; 1996.
23. Rose G, Rose G. The strategy of preventive medicine. : Oxford University Press Oxford; 1993.
24. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern epidemiology. : Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
25. Susser M. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. J Epidemiol Community Health 1998;52(10):608.
26. Wilkinson RG. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. : Psychology Press; 1996.
27. Topley W, Wilson G. 10. The spread of bacterial infection, the problem of herd immunity. J Hyg 1923;21:243&.

CONFLICTOS DE INTERÉS: la autora no informa de conflicto de interés en el artículo.

MAESTRÍA

SALUD PÚBLICA

Título Obtenido: Magíster en Salud Pública
Duración: Cuatro semestres
Modalidad: Presencial

Requisitos

- Profesionales con distintas miradas y sentidos de lo público, de lo comunitario, de lo político, de lo social y de lo económico.
- Demostrar interés en completar su formación académica con altos estándares de calidad y profundidad En el conocimiento, para poder enfrentar y ofrecer respuestas efectivas a las problemáticas de la salud y la calidad de vida del país.

Dirigido a

Profesionales de la salud, de la ingeniería, de la administración, de la sociología, la antropología, la psicología y del derecho.

Metodología

El Programa se desarrolla en modalidad presencial semanal, viernes de 2:00 pm. a 9:00 pm. y sábados de 8:00 am. a 2:00 pm.



www.uelbosque.edu.co

Facultad de Medicina. Carrera 7 B Bis No. 132 - II. PBX: 6489000 Extensión: 1226.
Atención al Usuario: 6489000 Extensión: 1170. Línea Gratuita: 018000113033

Reg snies 91369. Institución de Educación Superior sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional.

 UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido