

Les Américains inquiets de leur santé publique

Aux États-Unis, comme dans bien d'autres pays, la santé publique a du mal à trouver sa place. Un rapport du Comité d'étude de l'avenir de la santé publique propose une réflexion sur ces difficultés ainsi que des recommandations.

Une gigantesque et mortelle épidémie de rougeole en 1989-1991, la réapparition de la tuberculose dans des proportions inquiétantes à New York à partir de 1992, des cas de cryptosporidie dus à une eau de boisson fortement contaminée à Milwaukee, la liste des « problèmes de santé publique » s'allonge sans cesse aux États-Unis.

Comme dans de nombreux pays, de telles occasions sont propices pour dénoncer les difficultés à trouver à la « santé publique » une identité, une finalité, des méthodes et des moyens d'intervention.

On lui trouve de nombreux défauts, souvent contradictoires :

- d'une manière habituelle, on regrette l'insuffisance des ressources qui y sont consacrées, la faiblesse de ses effectifs, en regard de besoins considérables ;
- mais ses experts sont peu respectés et ne figurent que rarement parmi l'aristocratie de leur profession, notamment chez les médecins ;
- on lui reproche surtout d'être à l'origine de limitations abusives de libertés

individuelles (tabac, alcool, mais surtout vitesse sur la route et accès aux armes à feu*), mais on est aussi prompt à dénoncer ses lenteurs s'il s'agit de retirer du marché un produit dangereux ou ses abus et ses maladroites lorsqu'elle se mêle de la vie privée des citoyens.

D'autres critiques concernent l'évolution même de la santé publique, et son aptitude à résoudre les problèmes modernes, et à utiliser pour cela tous les moyens techniques disponibles, notamment en matière de traitement et de transmission de l'information.

* La puissante National Rifle Association, qui regroupe les défenseurs du droit à l'armement individuel aux États-Unis, vient de demander au Congrès de voter la suppression pure et simple du Centre national de prévention et de contrôle des accidents (l'un des centres du CDC), sous le prétexte que ce centre aurait cherché à prouver que la présence d'une arme à feu à domicile entraînait à elle-seule un facteur de risque d'accident, de suicide ou d'homicide. Les parlementaires craignent qu'une telle information ne remette en cause le second amendement de la Constitution, qui fait du droit à l'autodéfense et à former des milices, un droit constitutionnel aux États-Unis. Cette demande a de bonnes chances d'aboutir à la suppression du budget du Centre.

Plus globalement, ce qui est en cause dans la santé publique, c'est la complexité même de son champ d'action. Cette complexité expliquerait sa vulnérabilité, notamment en cas de crise.

Mais en même temps, le regret de ne pas voir l'action gouvernementale davantage s'exprimer sur les questions de santé — qui apparaissent alors prioritaires sur toutes autres considérations — est fréquemment formulé. Dans les pays anglo-saxons, le débat est d'autant plus animé que la santé est traditionnellement un domaine privé, intime, et l'opinion publique réagit donc de manière ambivalente à de telles tendances.

Toutes ces questions sont celles qui ont été posées à un groupe de travail de l'une des branches de l'Académie des sciences des États-Unis, l'Institut de médecine.

Le rapport qui en est issu compose un inventaire pratiquement universel des problèmes de la santé publique, et forme la base d'un travail destiné à être mis périodiquement à jour par un « Comité d'étude de l'avenir de la santé publique ». Ce Comité devait répondre à trois grandes questions :

- la santé publique doit-elle se réduire à n'être invoquée qu'en « dernier ressort », ou se définir par soustraction, comme ce qui reste après que toutes les initiatives privées se soient exprimées ?

- comment l'action gouvernementale doit-elle s'équilibrer entre les échelons locaux, régionaux et éventuellement fédéraux, comme aux États-Unis ?

- enfin, comment organiser la santé publique en différentes agences, comment répartir ses moyens, comment mobiliser des ressources nouvelles, lorsque celles-ci ne peuvent avoir été anticipées ?

Cet article fait un résumé des points les plus marquants de ce rapport, en insistant tout particulièrement sur la pertinence de ses réflexions vis-à-vis des systèmes de santé européens, et plus particulièrement de celui de la France.

Les « problèmes de santé publique »

Toute question de santé peut s'exprimer sous la forme d'un « problème de santé publique », dès lors que deux cas de maladies identiques peuvent être rapprochés pour faire suspecter une transmission, ou dès lors que l'on souhaite modifier le cours naturel inquiétant d'un facteur ayant une influence sur la santé des hommes.

La question posée est toujours celle de la relation à une cause, *a priori* inapparente, ou mal connue. La difficulté de l'identification du lien causal qualifie la complexité du problème. Par définition, tous les problèmes de santé publique sont mal posés, mal expliqués, mal résolus. S'ils ne répondent pas à cette définition, ils ne posent en effet plus de problème...

Tout à tour, les gouvernements, les collectivités, les industries, et même parfois les usagers se trouvent confrontés à des questions qui font apparaître différents types de « faiblesses », qui ne sont souvent en fait que des espaces de liberté auxquels on reste souvent très attaché, notamment lorsqu'aucun risque n'est encore perceptible.

Pourtant, la « santé publique » est aussi un exercice professionnel en même temps qu'une activité gouvernementale. Certains en font seulement un domaine « régalién », impliquant que l'État en possède seul la légitimité. D'autres la définissent plutôt comme une « responsabilité collective » dans laquelle l'initia-

tive privée peut — et même doit — jouer un rôle actif, voire prépondérant. Ce serait notamment le cas de nombreuses associations, d'industries ou de bureaux d'étude indépendants qui peuvent en effet poursuivre des tâches « d'intérêt public ».

Comment les experts américains définissent-ils la « santé publique » ?

La santé publique se définit comme « ce que fait la société dans son ensemble, pour s'assurer de maintenir sa santé dans le meilleur état possible ». Cela signifie une vigilance permanente, à la fois vis-à-vis des menaces reconnues sur la santé, et vis-à-vis de toutes celles qui peuvent apparaître, de toute nature (physiques, chimiques, biologiques, sociales, économiques...).

Ces menaces peuvent s'exprimer par crises brutales comme celle du sida, mais elles sont moins faciles à percevoir lorsqu'il s'agit de maladies chroniques, ou d'accidents courants. Ou encore lorsque les problèmes s'inscrivent dans des évolutions lentes, insidieuses, comme le vieillissement de la population, ou l'apparition de nouveaux problèmes pour lesquels la culture de santé publique est inexistante ou trop récente, comme l'étude de la violence, de la vie urbaine ou des relations entre l'habitat et la santé.

Ce qui fait la spécificité de la « santé publique » c'est le fait de distinguer dans toutes ces rencontres celles qui vont créer un « problème » dont la fréquence ou la gravité va devoir alerter la collectivité pour que celle-ci prenne des « mesures ».

Prendre des mesures est la finalité même de la « santé publique », qu'il s'agisse, étymologiquement, de prendre d'abord « la mesure » du phénomène que l'on étudie, puis de proposer une « intervention ».

« Intervenir » comprend toute une variété d'actions possibles : informer, interdire ou limiter la liberté des comportements humains, encourager parfois des comportements alternatifs, tels sont les moyens que possède la santé publique pour agir.

Toutes ces considérations ne sont pas spécifiques d'une compétence particulière, et sont très proches de l'exercice de toute autorité publique, à ceci près qu'elles s'appuient cependant sur une science, celle de l'interprétation de faits observés, et de la prise de risque dans un univers incertain. Comme on le verra plus loin, cette promiscuité avec la « politique » n'est pas sans poser de graves difficultés d'interface, encore accentuées aux États-Unis par la méfiance traditionnelle envers toute autorité non élue et par la dynamique propre des rapports de force entre l'individu et les groupes, utilisant des arguments d'une extrême variété, allant de l'arsenal juridique très compliqué de la loi américaine aux affrontements brutaux du « lobbying ».

Le désarroi des professionnels de la santé publique, et les menaces sur la santé du public

Aux États-Unis, un nombre grandissant de professionnels de la santé s'inquiète de constater un éloignement évident des objectifs de santé de la population américaine, au même titre d'ailleurs que d'autres préoccupations de nature collective (les transports, l'éducation, la culture...).

Pourtant, la plupart des grands progrès en matière de santé publique dans le passé ont été accomplis grâce à des mesures de santé publique. La relative maîtrise des maladies infectieuses, la sécurité alimentaire, une certaine attention collective pour la santé maternelle et infantile, la lutte contre les effets du tabagisme, restent parmi les illustrations éclatantes de ce que réalise la santé publique.

Depuis vingt ans, les progrès attribuables à des mesures de santé publique se sont arrêtés, imperceptiblement. Un sentiment trompeur de sécurité s'est propagé, qui a endormi la vigilance nécessaire.

Aujourd'hui, le système de santé publique américain répond en fait à deux défis :

- celui de proposer des références de qualité de vie et de sécurité seulement

incitatives et/ou informatives à l'ensemble de la population américaine,

- celui de procurer les éléments de base d'hygiène et de santé à tous ceux qui sont rejetés du « dispositif général » qui prévaut pour la majorité. En d'autres termes, le système de santé publique est alors perçu comme réservé aux pauvres, et paie cher cette image.

Pour une santé publique collégiale et pluridisciplinaire

Les experts américains reconnaissent en préambule qu'il y a de quoi s'étonner que la santé publique américaine soit si performante, avec des moyens si réduits et une telle absence d'organisation.

En conduisant cette étude, le Comité pour l'étude de l'avenir de la Santé Publique s'est convaincu de l'extraordinaire apport des professionnels de ce secteur à leur discipline. Mais il s'est aussi persuadé du fait que les progrès à accomplir ne pourraient l'être qu'à la condition de mobiliser et de convaincre un public bien plus large, et de faire sortir la santé publique de son « ghetto » professionnel.

La santé publique américaine doit s'organiser

Aujourd'hui, le lien entre maladie et situation sociale est établi et le rôle des gouvernements pour atténuer le poids des problèmes de santé liés à la pauvreté par exemple s'est trouvé légitimé pendant plusieurs dizaines d'années. Aujourd'hui, il est remis en cause du fait du poids de l'État dans la vie quotidienne des citoyens.

Aux États-Unis, pays très hétérogène dans son mode de vie et ses habitudes locales, le respect des « valeurs » fondamentales de la santé publique reçoit des illustrations contrastées : dans tel État, le département de Santé publique accorde une importance prioritaire à la protection de la mère pendant la période périnatale notamment pour les personnes défavorisées. Mais dans l'État voisin aucun ser-

vice particulier n'existe, et seules les personnes qui peuvent payer elles-mêmes reçoivent les soins appropriés.

Dans certaines villes, les services de santé publique sont plus modernes et mieux équipés que ceux d'États entiers. Mais dans de nombreuses grandes villes américaines, il n'existe aucun service de santé publique.

Globalement, l'impression laissée par un examen panoramique de la situation américaine de la santé publique est qu'il s'agit d'une fonction subsidiaire, peu consensuelle, parfois confondue avec des fonctions techniques comme le contrôle de la qualité de l'eau de boisson ou de la pollution atmosphérique.

Dans certains États, les services sociaux englobent la santé publique, tandis que dans d'autres les deux fonctions sociales et sanitaires sont séparées. Selon les cas, la confusion des rôles n'est pas forcément à mettre au bénéfice de la santé publique, la « protection sociale » étant, aux États-Unis, entachée d'une connotation plutôt péjorative.

Professionaliser l'expertise en santé publique

L'histoire de la santé publique est aussi émaillée des tensions qui ont opposé ces experts aux décideurs politiques. Les outils dont se servent les experts sont issus de techniques assez sophistiquées à base d'épidémiologie et de bio-statistiques. L'un des dogmes centraux de l'éthique professionnelle de ces experts est d'utiliser leur compétence au service de l'intérêt public.

Or, la dynamique profonde de la conduite des affaires politiques américaines est rarement compatible avec l'éthique précédemment évoquée. La décision en santé publique — comme d'ailleurs les autres secteurs de prise de décision publique — est le plus souvent déterminée par des crises, des problèmes à résoudre « à chaud », des pressions et des luttes d'influence entre groupes d'intérêt particulier.

À l'intérêt du public se substitue souvent celui des « représentants du public »,

et les préoccupations électorales, notamment le souci de ne pas inquiéter, ou de paraître maître de n'importe quelle situation est prédominant. Les décisions résultent alors de rapports de forces compétitives, de négociations ou de luttes d'influence, et n'ont qu'un très lointain rapport avec l'analyse scientifique de faits.

L'éthique traditionnelle qui restreignait la politique rhétorique aux enceintes législatives, et conférait aux agences gouvernementales la neutralité scientifique s'est trouvée petit à petit discréditée. Actuellement, on doit regretter que le jugement professionnel et l'analyse doivent souvent entrer en compétition, en même temps et dans de mêmes lieux, avec d'autres arguments plus discutables, pour obtenir l'attention et convaincre ou séduire.


Cette dynamique de la politique est difficilement compatible avec l'exercice serein de la santé publique : malgré l'accroissement important des connaissances dans ce domaine, les compétences techniques sont de moins en moins sollicitées. Le « turn-over » (le changement dans les postes de responsabilités) des professionnels est très rapide : le temps moyen dans un poste est de moins de deux ans.

Les nominations politiques sont désormais beaucoup plus fréquentes à la tête des grandes agences que celles d'experts du domaine. Au niveau des États, il est regrettable de constater que les « Board of Health » (Conseils de santé publique) sont en voie de disparition, n'existant plus que dans vingt-quatre États, alors qu'il y a 25 ans, chaque État en possédait.

Les raisons de cette évolution s'expriment assez facilement : on reproche à la santé publique d'être trop éloignée des réalités de la vie collective, trop idéaliste, trop théorique.

Il s'y ajoute une certaine méfiance à l'égard de médecins « incapables de gérer » des affaires ayant un gros impact financier, et la tendance générale est de nommer plutôt des administrateurs en écran entre les élus et les experts pour harmoniser les rapports.

De leur côté, les professionnels de la



santé publique se sont le plus souvent maladroitement défendus. Ils n'ont pas su ou voulu admettre qu'il fallait défendre une « image de marque » très attaquée, et ne comprennent pas que le grand public se soit laissé convaincre. Les « affaires de santé publique », à quelques exceptions près, aux États-Unis, ont été plutôt des scandales que des affaires à porter au crédit des professionnels, « simplement parce que l'on ne parle jamais des succès, mais seulement des échecs ».

Le grand public n'a qu'une idée très vague du métier d'un professionnel de santé publique. De ce fait, les représentants officiels de la santé publique sont forcés de prendre des positions défensives ou auto-promotionnelles, en sacrifiant même souvent le sens de la solidarité professionnelle dans un dénigrement de leur propre camp pour tenter de se démarquer d'une communauté peu prestigieuse.

Les professions médicales doivent se tolérer entre elles

Les difficultés politiques de la santé publique s'illustrent tout particulièrement dans les relations qu'entretiennent entre eux les professionnels de la santé publique et les médecins de pratique clinique, notamment en exercice libéral.

La grande majorité des praticiens ignore l'existence des corps de santé publique, et craint tout contact avec eux, persuadée que ces derniers lui imposerait des contraintes administratives ou scientifiques dont elle ne veut pas entendre parler.

Le sida a changé un peu ces mauvaises relations ; devant l'ampleur de la tâche, les points de vue se sont rapprochés et les associations de médecins, notamment l'American Medical Association, ont commencé à écouter les positions de leurs collègues de santé publique. Récemment, cette association a même demandé qu'une réunion paritaire, réunissant des médecins cliniciens et des hommes de santé publique, puisse étudier les moyens d'une mutuelle compréhension et d'un rapprochement.



Pour l'avenir de la santé publique

Le Comité d'étude de l'avenir de la santé publique a émis une série de « recommandations pour l'avenir de la santé publique » dont les principales sont les suivantes :

La mission générale de la santé publique

La santé publique doit être assumée aussi bien par les individus, par des organismes privés que par le secteur public. Mais les agences publiques ont une responsabilité exclusive : celle de s'assurer que les éléments sont en place et que les missions sont clairement énoncées.

Le rôle du gouvernement

Les agences gouvernementales doivent assurer des missions d'évaluation et de mesure, de définition d'objectifs, et d'assurance de qualité. Elles doivent adopter une approche « stratégique », basée sur une appréciation positive et active du processus démocratique.

Le rôle des différents échelons de l'État

L'organisation fédérale des États-Unis introduit ici des éléments qui ne sont pas forcément pertinents pour un lecteur français, et qui placent des attributions précises à chaque niveau (États, comtés, communes), en évitant les duplications et les conflits de pouvoir.

Cette structure organisationnelle est d'ailleurs assez voisine de notre propre loi de décentralisation, avec des répartitions de fonctions : les États se voient par exemple confier la prévention des maladies et la promotion de la santé, l'assurance-maladie pour les pauvres (Medicaid) et les autres fonctions d'assistance sociale, de lutte contre les maladies mentales et la toxicomanie, de protection de l'environnement, et enfin de planification des ressources et des équipements.

Chaque État doit comporter un « Conseil de santé », qui doit rédiger tous les ans un rapport sur l'état de santé de la population de l'État, proposer des recommandations au Gouverneur, suggérer des lois et règlements, contrôler le travail des agences et rechercher des candidatures pour les postes d'encadrement.

La formation en santé publique

Une série de recommandations portant sur les orientations que devraient prendre les 25 « Ecoles de santé publique » américaines complète ce rapport. La plupart sont des branches particulières d'une grande université privée ou d'État. Les Centers for disease control (CDC) d'Atlanta, branche du Public Health Service* jouent le rôle d'école de santé publique « nationale », en organisant fréquemment des sessions de formation, et en recrutant chaque année une promotion d'« officiers d'intelligence épidémiologique » (Epidemiology intelligence officers), dans des programmes longs, ouverts à des étrangers.

* Le Public Health Service regroupe un certain nombre d'agences fédérales, dont les CDC et les National Institutes of health (NIH), l'Indian health services...

La santé publique doit renouveler ses connaissances par la recherche

Si l'essentiel des problèmes de la santé publique se situe sur le front politique des « valeurs défendues », il existe aussi de nombreuses insuffisances du côté des connaissances disponibles. La recherche en santé publique en fait est presque inexistante : sur tous les sites visités par le Comité, un sur six seulement pouvait décrire un programme de recherche. Aucune incitation financière n'est prévue pour de telles fonctions, et la formation à la recherche est le plus souvent inexistante.

Mais ce que l'on déplore le plus c'est la faiblesse de la « recherche sur les services de santé » (« Health services research »), dont le but est la connaissance de l'efficacité de différents types d'organisation, aussi bien en termes de gestion que de justice distributive.

Un point particulièrement sensible dans le contexte actuel de réduction des ressources publiques est l'aptitude à la gestion des personnes chargées des programmes de santé publique : cela demande des compétences en matière d'animation et de motivation des personnels, en matière de planification et de gestion budgétaires, en matière de relations publiques avec l'environnement politique à différents niveaux, en matière d'aptitude au changement, et en matière de cohérence dans la poursuite d'objectifs à long terme ou fondamentaux. Toutes les personnes qui ont « fait » la santé publique américaine témoignaient d'un mélange harmonieux de toutes ces qualités, et celles-ci doivent être encouragées et cultivées. ■

Jean-François Lacronique

Ambassade de France aux États-Unis

alcoologie

REVUE TRIMESTRIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE

Sommaire 1996, 18 (3) : 221-316

Éditorial

La tabac, drogue douce ? , *Robert Molimard*

Mémoires

- Participation et prévention en milieu scolaire, *France Lert*
- Caeruléine et bombésine. Effets différentiels des peptides gastro-intestinaux sur la prise d'éthanol chez le rat, *Philippe de Witte*
- Le non usage du tabac. Une application des théories sociales cognitives à l'étude des comportements liés à la santé, *Gaston Godin*

Mise au point

- Alcoolisme et benzodiazépines, *Michel Reynaud, Nathalie Rault*

Varia

- Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1994, *Jean-Daniel Messinger*

Alcoologie de terrain

- Sensibilisation au « risque alcool » et représentations de l'alcoolisme, *Pascale Ancel, Ludovic Gaussot*
- Devenir de patients hospitalisés pour sevrage, *Yves Le Bars, Assane Fall, Jean-Louis Balmès*

Cas clinique

- Rhabdomyolyse aiguë mortelle après intoxication alcoolique et effort intensif, *Jean-François Bourgaux, Philippe Moussu, Claude Raffanel, Jean-Louis Balmès*

Congrès

- Unités d'hospitalisation d'alcoologie publiques et privées : 4^e journée nationale française, *novembre 1996, Paris*
- Collectif d'Indre-et-Loire : 4^e journée d'alcoologie, *mars 1996, Tours*
- Groupement régional d'alcoologie Nord-Pas-de-Calais : le syndrome d'alcoolisme foetal, *avril 1996, Lille*
- 3^e journée d'alcoologie du centre hospitalier Émile Roux : le choix du traitement en alcoologie, *mai 1996, Limeil-Brévannes*

Vie de la SFA

- Théories des alcoologues et pratiques alcoologiques, *31 mai 1996, La Rochelle*
- Alcoolodépendance et dépression, *25 juin 1996, Toulon*
- Prochaines réunions de la SFA

Informations

- Thèses. Livres. Enseignement. Agenda. Annonces

Alcoologie, Pr Jean-Dominique Favre,
101, avenue Henri Barbusse. 92141 Clamart Cedex
téléphone et télécopie : 01 41 46 69 51