

Les enjeux actuels de la santé publique

Les agences apportent-elles une plus-value en termes de santé publique ? Permettent-elles une meilleure participation des usagers au système de santé ?

Les agences sont une réponse institutionnelle aux nouvelles contraintes de l'organisation du système de soins. Les articles de ce dossier, ainsi que les tribunes des directeurs d'agence ou de Drass cherchent à démontrer que cette réponse fut pertinente dans le contexte des années quatre-vingt-dix. Cette réponse est-elle pertinente dès lors qu'on se préoccupe de santé publique ? Cet article énonce les tendances lourdes en santé publique, quelques enjeux majeurs auxquels les systèmes de santé publique sont confrontés, notamment la question de l'« empowerment ». Le lecteur jugera de la pertinence de la réponse que les agences apportent à cette question essentielle : nouvelles formes d'administration centralisé ou participation accrue des usagers à l'action publique ?

Évolution générale de la santé publique au cours des vingt dernières années

Les pratiques de santé publique ont assez considérablement évolué depuis la fin des années quatre-vingt : au-delà d'une expansion notable du nombre des professionnels, de la recherche et des formations, cette évolution est sans doute avant tout un changement de paradigme.

La « nouvelle » santé publique

Ce concept a été décrit par les Anglo-Saxons sous le vocable de « *new public health* » et par L. Kohler [14] comme la « renaissance » de la santé publique.

La définition la plus souvent retenue aujourd'hui est probablement celle de Julio Frenk* :

« *La santé publique comprend les efforts systématiques faits pour identifier les besoins de*

santé et pour organiser l'ensemble des services pour une communauté donnée.

« *Elle inclut donc les processus d'information requis pour caractériser l'état de santé de la population et la mobilisation des ressources nécessaires pour répondre à cet état.*

« *Elle comprend donc l'organisation des personnels et des ressources pour fournir les services nécessaires pour la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies et la réadaptation physique, psychologique et sociale.* »

Si l'on essaie d'identifier les courants les plus importants de cette évolution, on ne peut faire autrement que de considérer ce qui apparaît maintenant comme les grands champs de la santé publique :

L'épidémiologie (et plus largement l'étude des populations, incluant alors les statistiques et la démographie par exemple) ; la promotion de la santé et les sciences psychosociales en général ; la politique et la gestion de la santé, incluant l'économie, et enfin l'environnement, particulièrement dans son approche écologique.

Ce qui me paraît le plus intéressant cependant dans cette évolution, c'est la convergence progressive des évolutions des trois derniers secteurs.

De l'hygiène à l'écologie

D'une approche traditionnelle d'hygiène, de microbiologie et des maladies transmissibles, l'environnement est considéré dans des dimensions globales, physico-chimiques de l'alimentation à toutes sortes de formes de

* Traduit de J. Frenk [8].

pollution, mais aussi psychologiques, comme les milieux de vie.

Des concepts comme le *health impact assessment* font partie maintenant de toute démarche de santé publique ; ils sous-tendent les développements du concept de politiques publiques saines (*healthy public policies* venues de la promotion de la santé).

Ce changement progressif est en fait un changement de culture sanitaire qui se produit en parallèle et en relation avec d'autres changements culturels généraux, ainsi le consumérisme, l'écologie, etc.

Mais c'est aussi lié à la prise de conscience que la majorité des déterminants de la santé ne sont pas dans le secteur de la santé comme tel, mais à l'extérieur dans l'environnement : alimentation, transports et pollution, vie économique et relations de travail, etc.

L'implication de l'ensemble des secteurs de la vie politique, économique et sociale devient incontournable.

De l'administration des services de soins à la gestion pour la santé

Ce qui était le secteur de l'administration des services et essentiellement de services de soins, s'est progressivement transformé en gestion pour la santé, se démarquant ainsi de la situation passée que j'avais de façon caricaturale résumée en 1994 en disant : « *ce qui manque le plus en santé publique, c'est la compétence à gérer des projets et des services ; ce qui manque le plus aux gestionnaires des services de santé, c'est une compétence en santé publique* ».

Ainsi l'association européenne pour la gestion des services de soins (European Health Care Management Association) a-t-elle décidé en 1998 de changer son nom pour association européenne de gestion pour la santé (European Health Management Association).

De même a-t-on vu le bureau européen de l'OMS se décider après plusieurs années d'hésitation à organiser une de ses conférences ministérielles sur la question de la réforme des services de santé, Lubljana 1996.

Plus symptomatique encore peut-être, l'OMS entière organise le rapport mondial sur la santé 2000 sur le thème de la performance des systèmes de santé, qui inclut l'estimation de la réactivité du système (respect de personnes et attention accordée au client) (OMS 2000).

Cela correspond à la prise en compte des concepts comme le gain de santé ou le coût-efficacité, qui deviennent les formulations plus modernes d'objectifs du système de santé en remplacement des objectifs « épidémiologiques » de la « Santé pour tous en l'an 2000 »

par exemple. Évolution qui s'accompagne aussi de la reconnaissance des droits des patients, particulièrement dans les hôpitaux.

La publication en 1994 du rapport *La Santé en France* du Haut Comité de la santé publique a constitué pour ce pays un événement. Pour la première fois [en France, NDLR], un rapport [sur la santé] ne se limitait plus à dresser le bilan de santé de la population. Il s'interrogeait également sur l'organisation du système de santé, définissait des priorités, proposait des objectifs ainsi que la mise en place d'une véritable politique de santé. Le rapport du Haut Comité en 1998 fait un pas de plus et examine en troisième partie [11], mais encore timidement (5 % du rapport), des propositions pour améliorer l'organisation du système de santé, dont on retiendra le décloisonnement (rec. 1), l'évaluation (rec. 3) et l'information des usagers (rec. 5).

La nouvelle santé publique englobe donc de fait l'organisation des ressources, humaines et financières, services et programmes, pour décloisonner les efforts en promotion et prévention, soins et réadaptation, en vue d'améliorer la santé de la population.

De l'information sanitaire à la promotion de la santé

Le troisième secteur est celui de la promotion de la santé où l'on a vu le passage de l'information sanitaire des années soixante-dix à l'éducation pour la santé des années quatre-vingt, puis à la promotion pour la santé depuis la conférence d'Ottawa de 1986. L'approche dénommée « Promotion de la santé » a été mise en avant en 1984 et formalisée en 1986 comme « le processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ».

Rappelons seulement les principes fondamentaux.

Cinq axes d'actions sont retenus et considérés comme complémentaires :

- élaborer une politique publique saine,
- créer des milieux favorables,
- renforcer l'action communautaire,
- acquérir des aptitudes individuelles,
- réorienter les services de santé.

Trois fonctions sont dévolues aux intervenants :

- conférer les moyens,
- servir de médiateur,
- promouvoir l'idée.

Quinze ans après, la charte d'Ottawa, suivie de plusieurs conférences mondiales sur les politiques publiques en faveur de la santé, puis sur les milieux favorables, etc., n'a rien

perdu de sa vision globale et reste la référence obligée. La seule évolution significative est sans doute la cristallisation de l'esprit d'Ottawa autour du concept d'*empowerment*.

Du « cimetière » de données à l'information pour la décision

Dernière évolution notable, celle de l'information sanitaire : on passe de la collecte et de la collection de données, qui avaient trop longtemps bâti les cimetières de données, au concept d'information pour la décision (voir comme illustration la nouvelle politique de santé de l'Union européenne, dont le premier objectif est l'amélioration de l'information et des connaissances en matière de santé, dans un système qui doit notamment « *permettre une plus large participation des personnes aux décisions qui concernent leur santé* »).

Mais ce qui me paraît le plus intéressant encore une fois, c'est la convergence des évolutions dans chacune de ces grandes dimensions, notamment parce que l'on voit revenir notamment le souci de se rapprocher du client, consommateur ou patient, voire citoyen

L'empowerment

L'*empowerment* est sans doute au centre de la promotion de la santé comme il a été depuis un siècle au centre du mouvement éducatif, sous des vocables divers, et il s'est donc naturellement retrouvé au centre de l'éducation pour la santé.

Mais si le mot fait l'objet d'une appréhension immédiate pour chacun, sa définition opérationnelle reste beaucoup plus difficile.

To empower, c'est donner le pouvoir, l'autorité, l'autorisation, le droit, la capacité.

Historiquement, on voit le terme *empowerment* utilisé comme tel principalement dans le courant idéologique de l'action sociale et de l'entraide en Amérique du Nord.

En fait son succès comme mot clé de la promotion de la santé vient peut-être de ce qu'il accompagne et exprime bien un déplacement de l'accent dans le domaine de la santé similaire à celui de l'action sociale, c'est-à-dire de la maladie vers la santé (« positive »), des déficits et des besoins vers les capacités et les droits des personnes comme citoyens, ou encore comme êtres politiques et sociaux.

L'*empowerment* dans le champ de la promotion de la santé apparaît ainsi comme le développement de compétences sociales :

- estime de soi et confiance en soi,
- capacité d'analyse critique de l'environnement,
- aptitude à l'influencer.

De fait, il s'agit là d'une mission générale du système éducatif. Celle-ci se trouve d'ailleurs plus ou moins explicitement dans les missions définies pour les ministères de l'Éducation de la plupart des pays : faire des citoyens, des adultes autonomes, responsables, etc. Ce qui, faut-il le noter, ne signifie en rien que cela soit mis en œuvre par le système éducatif général.

On retrouve en effet tous les concepts essentiels de la pédagogie (dite parfois encore « moderne ») :

- apprendre à apprendre,
- avec comme but l'appropriation des savoirs, savoir-faire, savoir-être, etc.,
- un objectif général qui devient l'autonomie et l'*empowerment*.
- la tâche des « enseignants » qui devient : faciliter l'appropriation des savoirs.

Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler que l'on se trouve en présence d'une démarche en miroir à l'expropriation de la santé, décrite par Illich dès 1975 [12].

Convergence et continuité entre patients-usagers-citoyens

Les niveaux ou les contextes opérationnels du travail de l'éducation pour la santé varient [3].

Mais on se trouve devant une continuité profonde entre les patients, les usagers et les citoyens, continuité qui existe à trois niveaux différents dans la relation :

- des uns avec le sous-système de soins,
- des autres avec le système socio-sanitaire,
- des derniers avec le système de la société en général.

Continuité qui repose sur un concept unique et une problématique constante : la participation éclairée des individus et des groupes qu'ils forment à la prise et la gestion des décisions qui les concernent ; en un autre terme, l'*empowerment*. Participation éclairée par l'information/éducation : éducation pour la santé de la population, des usagers et des patients.

Comment intégrer les relations États-professionnels-profanes dans une perspective d'« empowerment » ?

J'avais dit en 1976 à propos de l'information dite à l'époque « médicale » du public :

« L'information médicale est donc "en-jeu" entre Professionnels, État et Population. C'est dire qu'elle est le reflet du sort de cette lutte de pouvoir. Quand les médecins dominent, elle est concentrée sur le curatif et le processus diagnostique et thérapeutique. Quand l'État l'emporte, elle s'intéresse à la prévention et essen-

tiellement au rendement du système. Si un jour le public décide, elle parlera de pronostic, de résultats et de satisfaction. » [2]

De fait, il me semble que les concepts de Patient acteur et de patient producteur de santé sont des pas incontournables de l'évolution des systèmes de santé [4].

Si la santé publique est la santé du public, de la population, il s'agit donc de reconnaître voire de (re)donner à la population le rôle de sujet acteur, de contribuer à augmenter sa capacité à construire l'information nécessaire à la prise de décisions ainsi qu'à développer les moyens de prendre des décisions. Au-delà de la participation, c'est l'*empowerment*.

Le changement essentiel des années quarante-dix, ce n'est pas tant la définition de politiques de santé que leur contenu et leurs méthodes [5].

Dans les contenus, c'est moins la question, d'intérêt limité, des priorités en termes de problèmes de santé importants (épidémiologie) que l'introduction de concepts comme l'efficacité des interventions, la performance des systèmes (les deux liés aux concepts de qualité et de gain de santé).

Dans les méthodes, c'est moins les technologies plus ou moins sophistiquées de priorités ou de coût-efficacité, que la tendance à une planification participative, conférences nationales et régionales de la santé, états généraux, droits des patients, etc.

Dans un système de demande induite par le fournisseur-médecin, cela implique que les actions de maîtrise des coûts doivent porter autant sur les clients que sur les fournisseurs : il faut dénoncer les illusions de la médecine biotechnologique curative comme un bien enviable et défendre un droit à la santé de qualité, qui dépend plus d'autres déterminants que du système de soins et qui, dans le système de soins, dépend plus d'évaluation de qualité des pratiques et des technologies que de la course à la sophistication et au dernier gadget.

L'autre grande tendance, c'est le fait que, de plus en plus, gestion et contrôle des coûts se déclinent avec des concepts comme qualité, efficacité, références médicales opposables, performance globale. Il s'agit donc de démarches de rationalisation plutôt que de simple rationnement. Mais la qualité des soins, c'est à la fois la qualité technique du produit offert, mais aussi qu'il doit être accessible à tous, et que les patients participent à la détermination des critères de qualité. Et cela amène notamment la notion de qualité de la vie liée à la santé.

Il s'agit alors d'introduire les sujets dans la

gestion de la qualité en plus des considérations techniques.

Toutes ces tendances impliquent un rôle accru de l'État dans le contexte européen (alors qu'aux États-Unis d'Amérique, ils impliquent un rôle accru d'agences indépendantes et de groupes professionnels.)

La création des agences en France apportera probablement une augmentation notable de l'expertise disponible et mobilisable. Elle pose au moins deux questions : la première dans le contexte de la régionalisation, celle de l'articulation avec les instances régionales (initiatives, réponses, etc.) ; l'autre dans les relations avec la direction générale de la Santé. Ces trois points seront sans doute au centre de leur évaluation externe, qui est certainement planifiée. ■