

# Histoire et avenir de la santé publique

**La santé publique, dans sa conception sociale et collective, n'a jamais été suffisamment prise en compte dans notre pays et sa mise en œuvre a rencontré de nombreux obstacles.**

**François Grémy**  
Professeur de santé publique

Il n'est jamais de mauvais ton d'invoquer Hippocrate, dont nous citons à l'envi le premier aphorisme : « *La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile.* » Admirable description de l'art médical ! Mais lisons la suite, trop ignorée : « *Il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, l'entourage, et les choses extérieures y concourent.* » Ne nous indique-t-il pas la place qu'il convient d'accorder à des acteurs et facteurs extérieurs à l'acte médical : le patient et son environnement social et physique ? C'est-à-dire la dimension désormais symphonique de la médecine : il n'est plus possible aujourd'hui, dans le contexte dominé par les pathologies chroniques, souvent invalidantes, et par la place croissante des dépendances liées au vieillissement, d'isoler le soin de l'individu malade de son environnement, et en particulier du contexte populationnel : les déterminants de la santé collective, l'organisation et l'efficacité des moyens mis en œuvre pour faire face aux problèmes de santé. Naguère, la santé était seulement individuelle, elle devient aussi systémique, sociale et citoyenne. Inévitable dédoublement du regard, il ne faut pas oublier que le malade d'aujourd'hui a toute chance d'être le malade de demain.

La « santé publique » est donc l'un de ces regards : nous entendons par là les actions de prise en charge de la santé de la population à titre collectif, par complémentarité avec la prise en charge à titre individuel des seules personnes malades. Les deux approches, ou plutôt les deux stratégies, diffèrent par le point

d'observation, mais sont indissolublement liées. Tout praticien de santé doit « zoomer » en permanence.

Les raisons de cette nécessaire révolution culturelle sont multiples :

– Les considérables et insoutenables inégalités sociales et géographiques en santé.

– La dimension économique de la santé : elle ne se résume pas aux problèmes budgétaires (apparemment incurables) que posent les soins aux finances nationales (10 % chez nous, de 8 à 14 % ailleurs, du PIB des nations occidentales). Le fait économique le plus important, et le plus oublié, est que la santé d'une population est sans aucun doute sa ressource (sa richesse) principale.

– Le poids sans cesse croissant, que l'on attribue aux déterminants sociaux, des affections chroniques (et du vieillissement prématuré), qui dominent le paysage pathologique des nations dites développées. Ces déterminants sociaux ne concernent pas seulement les échanges moléculaires que les individus ont avec leur environnement (toxiques, alimentation, polluants divers), mais aussi les échanges symboliques et relationnels : rapports de domination, intensité et qualité des rapports sociaux. Dans sa conférence d'Ottawa, en 1986, l'OMS faisait de la cohésion sociale le déterminant positif majeur de la santé d'une population. Je ne suis pas loin d'adopter cette vision.

– La participation croissante de la population et des malades aux décisions de santé les concernant (les Américains ont un mot excellent : l'*empowerment*), qu'il faut encourager. Les citoyens sont de plus en plus instruits et conscients, par ailleurs



l'explosion d'Internet ne peut que favoriser cette évolution.

– Enfin, il est de plus en plus clair que les soignants ne sont plus les seuls « professionnels » de santé : des techniciens, des ingénieurs, des chercheurs en sciences biologiques et en sciences humaines, des gestionnaires, des industriels, des politiques, des philosophes entrent dans la tribu de tous ceux qui œuvrent pour la santé de la population et de ses membres les plus démunis : les malades.

### Des espoirs et des obstacles

Bref, la médecine n'est plus une île. Le « dieu médecin » a de plus en plus besoin des (autres) hommes. La médecine n'est plus un temple sacré : les profanes refusent de rester cantonnés sur les parvis. Même si son statut intellectuel lui laisse un rang et des responsabilités de premier ordre, le médecin traditionnel fait désormais partie d'un grand service public de santé, dont la finalité est la promotion, la protection, la restauration éventuelle de cette richesse nationale qu'est la santé de la population.

Par service public, il faut entendre le service du public, « ardente obligation collective » qui s'impose à tous les professionnels, quel que soit leur statut au regard du droit du travail. Pour ce qui est des médecins, le mode de paiement : à l'acte, à la capitation, ou salarié, ou toute combinaison de ces modes, ne change rien à des devoirs collectifs tels que la permanence des soins ou la répartition géographique équitable des divers modes d'exercice.

Tel est donc l'objectif de cette nouvelle manière d'être de la prise en charge de la santé. Cette formidable révolution culturelle, organisationnelle et éthique est nécessaire et elle est en marche. Mais rien n'est acquis, car les obstacles demeurent nombreux et importants. En voici deux :

● En premier lieu, les médecins français dans leur ensemble y sont-ils prêts ? Par contraste avec ce qui se passe pour leurs confrères étrangers, britanniques et allemands par exemple, l'histoire révèle une longue *tradition de combats d'arrière-garde* contre l'évolution vers une conception sociale et collective de la médecine et de la politique sanitaire :

– Au XIX<sup>e</sup> siècle, refus, au nom de la liberté, du caractère obligatoire de la vaccination anti-variolique (elle ne l'est devenue qu'en 1902,

alors qu'elle l'était dès 1820 dans plusieurs États allemands).

– Au XIX<sup>e</sup> encore, refus de la mise en place d'une politique de lutte contre la mortalité urbaine et de structures sanitaires centralisées (en 1880, 8 000 agents en Angleterre contre 9 en France).

– Émasculature de la grande loi de santé publique de 1902, pourtant obtenue de haute lutte, et dont Clémenceau disait en 1907 : « *de cette loi, personne ne réclame la mise en vigueur. Que dis-je ? Chacun s'ingénie à la paralyser* ».

– En 1927-1928, combat forcené contre les assurances sociales, et création en guise de ligne Maginot de la Charte de la médecine libérale.

– En 1945, puis en 1958, il a fallu des événements politiques majeurs, extérieurs à la médecine, pour imposer l'assurance maladie puis le salariat de la médecine hospitalière.

● En deuxième lieu, la faiblesse et l'impéritie de l'État dans le domaine sanitaire :

– Tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle, sa faiblesse vis-à-vis des autorités communales, contrôlées par la bourgeoisie en pleine expansion, avides de se protéger contre le centralisme « jacobin ».

– Plus précisément, dans les débuts de la III<sup>e</sup> République, cette résistance s'est incarnée dans le Sénat, issu des collectivités territoriales.

– La reconnaissance tardive de la Santé et de l'Hygiène comme département ministériel (1921).

Bien entendu, le corps médical et l'État, l'un et l'autre évoqués, peuvent se renvoyer les responsabilités. Il faut remarquer que les médecins étaient très bien représentés dans les collectivités communales et départementales, et aussi nationales pendant la III<sup>e</sup> République : plus de 100 membres du Parlement étaient médecins. L'État républicain, impuissant en matière de santé, s'est montré assez fort pour imposer aux collectivités locales une politique routière et une politique d'instruction publique...

En fait, sauf quelques hauts fonctionnaires et politiciens lucides et courageux, l'État n'a jamais fait preuve, en matière de santé, d'imagination, de réflexion, ni de courage. Depuis le début de la V<sup>e</sup> République, après le remue-ménage de la réforme Debré, sa préoccupation majeure a été l'équilibre comptable du budget de l'assurance maladie, sans interrogation véritable sur les finalités, sur la validité des modèles, la pertinence des moyens, sur l'adaptation des structures. Enfin, l'État ne fait rien pour essayer de remédier aux innom-

brables combats des chefs, aux compétitions et conflits qui donnent de notre système de santé une image de royaume indéfiniment divisé contre lui-même. Alors que le combat commun pour la santé de notre population pourrait constituer une motivation forte et unifiante. ✨