

Pourquoi est-il si difficile de greffer l'enseignement de la santé publique sur notre système de santé?

Appréhender la santé dans sa globalité, en évitant le morcellement et les cloisonnements, permettrait de donner davantage de cohérence et d'efficacité à la formation et aux pratiques de santé publique. Et ce n'est pas ce que l'on fait.

François Grémy
Professeur de santé publique

En septembre 1999, Alain Colvez et moi-même avons organisé un colloque à Montpellier sur la faiblesse et les carences de l'enseignement de la santé publique dans notre pays. Les questions que nous nous posions alors étaient : Quelles sont les causes de cette carence? Quel traitement peut-on imaginer? Destiné prioritairement à qui? Et pour quels résultats espérés?

Développer la *santé publique*, c'est ajouter à l'approche médicale traditionnelle, qui est le soin individuel aux malades, une composante *collective et sociale*, et donner à la politique de santé la finalité *globale* de protéger, préserver, et si besoin restaurer la santé du « public », c'est-à-dire de la population générale, et pour cela de s'en donner les moyens. C'est donc un élargissement considérable de l'horizon sanitaire, puisqu'on intègre la population « saine » dans le champ de l'intervention, puisqu'elle est « à risque ».

Maximiser la santé (collective ou individuelle), c'est en fait minimiser les effets d'une mauvaise santé, c'est-à-dire les incapacités qu'elle entraîne : incapacités de « faire » (de fonctionner, disent les positivistes), pour soi et pour les autres, mais aussi les incapacités d'« être », comme insiste Paul Ricœur, élargissant ainsi à toutes ses dimensions l'humanité que la maladie ou le handicap menacent d'incapacité.

Pourquoi, ce défi *a priori* si noble, puisqu'il s'agit d'une œuvre de solidarité, impliquant l'ensemble des professionnels de santé, les politiques, l'ensemble des citoyens, est-il si difficile à relever? La réponse que je suggère s'appelle morcellement, découpage, fragmentation, balkanisation, disjonction, division, tous

mots qui ont une connotation d'éclatement, de dispersion, de démembrement, et qui impliquent un dépérissement ou la dénégation des relations ou interactions envisagées à tous les niveaux : cloisonnement entre les entités matérielles, entre les personnes, entre les institutions. D'où le constat de perte de cohérence et de perte de sens. On oublie l'intuition de Pascal, « *qui tient impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties* ». La deuxième partie de la proposition pascalienne appartient à la pensée unique, galiléo-newtonienne et positiviste, de notre culture contemporaine; la première au contraire fait scandale : n'a-t-elle pas un parfum d'ésotérisme et d'irrationalité?

Cette fascination pour la division et la multiplication des « parties » se décline de multiple façon : l'épidémiologie, l'épistémologie, l'essence de la médecine et l'éthique.

Sur le plan épidémiologique

La fragmentation se manifeste par une absence, celle d'une conceptualisation structurante des menaces qui pèsent sur la santé de notre population.

Le constat dans nos pays occidentaux de la double transition épidémiologique et démographique est aujourd'hui une évidence. En quelques décennies, le paysage épidémiologique a été bouleversé¹.

Les problèmes de santé qu'il faut affronter relèvent désormais de processus pathologiques

1. Chute de la mortalité infectieuse, rectangularisation de la courbe de survie, augmentation de l'espérance de vie totale, accroissement parallèle de l'espérance de vie sans incapacité témoignent de ce bouleversement.



et/ou d'états *chroniques*, de longue durée. Les processus chroniques sont dominés par les pathologies dites « dégénératives »². Elles ont en commun :

- de s'étendre sur des décennies : le processus commence souvent dès la jeunesse, voire l'enfance, très longtemps avant leur éclosion clinique (qui se fait en moyenne entre 40 et 65 ans) ;
- de ne pas guérir *ad integrum*, sauf une fraction non négligeable de cancers ;
- de laisser souvent une invalidité résiduelle ;
- d'avoir une étiologie (naissance et développement du processus) qui dépend d'un entrelacs de facteurs d'exposition nombreux et durables³, qui imposent une place croissante aux diverses actions de prévention.

À côté des pathologies *stricto sensu*, les états chroniques de handicap-incapacité-dépendance se multiplient. Le plus important est évidemment la sénescence, mais il faut compter tous les autres « handicaps », très variés dans leur type, leur étiologie et leur gravité⁴. Tous ces états ont en commun de réclamer rééducation, réhabilitation et assistance, sous des formes adaptées, de façon à aboutir à une (ré)insertion ou du moins rapprocher au mieux les personnes atteintes de leur milieu ordinaire, en minimisant les conséquences de l'invalidité.

Bien entendu, ces pathologies et états chroniques peuvent se combiner et réaliser des situations de polyopathie, associées à des situations économiques, sociales et humaines, dont la complexité globale peut défier les tentatives de formalisation.

De ces bouleversements, il est clair que l'organisation de notre système de soins, centrée sur l'hôpital de court séjour, n'a pas pris pleine conscience, ou du moins n'en a pas tiré les conséquences conceptuelles ou concrètes. Il est évident que l'ensemble des sujets concernés n'y passeront qu'une très faible partie de leur temps. Et le reste ? Le modèle de l'hospitalo-*centrisme* doit être reconsidéré à la baisse.

2. Auxquelles il convient d'ajouter quelques infections durables comme le sida et la tuberculose.

3. Comportement, environnement physique, souffrance psychique, niveau social, cohésion globale de la société.

4. Ils peuvent être moteurs, sensoriels et psychiques ; congénitaux ou acquis, ces derniers dus aux accidents ou aux maladies invalidantes. Les programmes politiques parlent du « handicap » au singulier, semblant méconnaître cette extrême variété des situations de handicap.

Sur le plan épistémologique également, le modèle dominant fait long feu

La médecine moderne se veut scientifique, c'est-à-dire qu'elle s'appuie de façon légitime sur les progrès très rapides des sciences et des techniques. Mais quelles sciences ? Le choix qui est fait aux États-Unis depuis le début du *xx^e* siècle, et en France depuis la réforme de 1958, celui, quasi exclusif, de la biologie, pose problème. C'est-à-dire que, dans la longue chaîne de complexité croissante qui va de la molécule à la personne singulière dans son environnement social, l'intérêt se limite à la demi-chaîne inférieure, en gros de la molécule à l'organe. La moitié supérieure, le corps comme organisme, mais surtout la personne corps et esprit, dans son environnement physique, ses relations affectives proches ou lointaines, son insertion dans l'organisation sociale, ses options religieuses et philosophiques sont quasiment gommées. Il s'agit d'une forme d'*hémianopsie* organisée, qui limite l'investigation au monde galiléo-newtonien, celui des sciences physiques, proposé comme paradigme universel de la connaissance.

Dans ce cadre, la méthodologie de l'accès à la connaissance repose sur la dualité du réductionnisme (explication exclusive du composé par l'élémentaire), et du disjonctivisme (disjonction, c'est-à-dire rejet des liaisons qui existent entre les éléments que l'esprit distingue). Ce parti pris de méthode, bien décrit par Edgar Morin, ne peut que conduire à l'atomisation des connaissances, et à l'explosion des compétences et spécialisations de plus en plus « pointues ». Chacune de ces visions tunnelaires se caractérise aussi par l'étendue de son ignorance de ce qui n'est pas elle.

Sur le plan de l'action médicale

Même si elle est scientifique, elle ne doit pas être scientifique, car elle n'est en aucune façon une science, et encore moins « La science ». Ce qui fait que « la médecine est médecine » est une action concrète dont la finalité est la personne dans sa complexité singulière. Et on peut en dire autant de la santé publique : action concrète pour des groupes de personnes définies, dans la complexité de leurs problèmes de santé.

Dans les prises de décision, pour la personne ou pour la collectivité, l'analyse du contexte est une nécessité incontournable. Une action locale n'a de sens que dans un contexte global.

Sur le plan de l'éthique

Le modèle intellectuel qui contamine la médecine, mais aussi le plus généralement

l'ensemble des professions de santé, y compris les institutions et administrations, pose de redoutables problèmes éthiques : le positivisme ambiant, l'oubli de la personne, l'oubli de la parole, la fragmentation des compétences, la balkanisation et l'arrogance des savoirs, l'herméticité des langages entraînent les incompréhensions, les divisions et de perpétuelles luttes de pouvoir intra- et inter- des professions, des institutions et des acteurs, malades et citoyens inclus. Le royaume de la santé est divisé contre lui-même. Certes il n'est pas le seul dans une société marquée par l'hypertrophie tumorale de l'individualisme démocratique. Les excès du souci de soi, les exigences d'une liberté sans contrainte et d'une égalité sans limite écrasent l'épanouissement des solidarités, de la citoyenneté, de la fraternité. Mais on est en droit d'espérer que de « toutes les professions la plus noble » (et j'étends cette appellation à toutes les professions de la santé), chargée de ce service (du) public essentiel qu'est le service de la santé, résiste à la contamination et se mette en travers de cette dérive éthique de nos démocraties.

Que faire ?

J'ai insisté sur les aspects de crispation culturelle, idéologique et éthique de la crise qui frappe notre système de santé, et qui menace de rejeter les tentatives de greffe d'une vision collective, communautaire et sociétale de la santé. Je propose l'idée que les divisions des savoirs, des pratiques prétendument infaillibles (celle de la médecine, mais aussi le juridisme exacerbé de nos politiques et de nos administrations), des niches écologiques à protéger, des prétentions et vanités à entretenir, des catégorisations auxquelles on accorde une valeur ontologique constituent l'obstacle majeur à un ressourcement de notre système.

Voici quelques pistes qui me semblent aller dans le sens d'une correction de ces dérives. Elles vont dans le sens du décroisement de l'esprit, du cœur, des institutions et des finalités. Elles représentent l'équivalent d'un immunosuppresseur destiné à prévenir le rejet de la greffe de la santé publique. Toutes n'apparaissent pas comme spécifiques de la santé publique, mais leur caractère *transversal* et fortement *relationnel* implique un changement culturel qui peut débloquer les peurs ou les scepticismes des opposants. Si elles concernent la profession médicale, c'est que son rôle stratégique et intellectuel est majeur, et que rien ne changera si elle ne donne pas l'exemple.

a) La formation médicale de base (5 premières années : licence-master) doit être une formation basique de médecine générale, avec en perspective le profil de *médecin de première ligne* tel que le définit l'OMS⁵. Si l'étudiant se dirige ultérieurement vers une spécialité d'organe, il gardera l'indispensable vision généraliste de ses malades.

b) La double transition épidémiologique et démographique impose de repenser complètement l'équilibre du système de soins. Les réformes récentes (assurance maladie, hôpital, santé publique) quel que soit leur intérêt intrinsèque, ont le grave défaut de se présenter comme mutuellement indépendantes, alors que les thèmes sont évidemment corrélés. Plus graves sont les lacunes.

Deux thèmes majeurs sont passés sous silence. Le premier est la politique de prévention des pathologies chroniques (en amont des premiers signes cliniques)⁶ et du vieillissement prématuré. Le second est l'organisation des soins extra-hospitaliers pour les personnes atteintes de maladies chroniques et d'états de « handicap-incapacité-déficience » (HID)⁷.

Ce changement ouvrira la porte aux initiatives en nombre croissant des professionnels qui souffrent du travail solitaire, acharné et dépourvu de sens qui leur est imposé.

c) Pour l'enseignement de la santé publique proprement dite, il ne convient pas de tomber dans les vices de la formation médicale : l'empilement de disciplines scientifiques, l'oubli qu'il s'agit d'une pratique multidisciplinaire et fortement transversale, « *qui renvoie à la santé de la population comme objet et comme finalité* », et la spécialisation prématurée. Pour Yann Bourgueil, « *la santé publique ne se résume ni à la gestion, ni à l'économie, ni à l'administration de l'offre publique de soins. Elle ne se résume pas non plus à l'épidémiologie, l'éducation à la santé, l'informatique médicale,*

la sociologie de la santé ou la biostatistique, ni à la sommation de ces diverses disciplines. C'est une pratique multidisciplinaire ». En particulier, elle est en droit d'être convoquée, à l'occasion d'une décision quelle qu'elle soit, politique notamment, et même de santé publique, pour introduire la question : quels sont les effets sur la santé de la population ? À titre d'exemple, quel est l'effet sur la santé des éleveurs, négociants, bouchers (500 000 personnes avec les familles ?) de l'extermination des troupeaux suspectés d'ESB ?

d) À qui donner une telle formation ? Bien entendu, à tous les acteurs dont la santé publique est statutairement au centre de leur métier⁸ et de tous ceux qui tentent l'aventure de lancer des projets (réseaux ou maisons médicales, par exemple) dont ils devront assurer la maîtrise d'ouvrage ou la maîtrise d'œuvre⁹.

Il me semble qu'à l'instar des instituts des hautes études de la Défense nationale, ou de la sécurité intérieure, il serait pertinent de prévoir une structure du même type pour la santé : il ne s'agit pas de bâtir une « École polytechnique de la santé », mais d'ouvrir l'horizon de la santé à des responsables significatifs de la nation, notamment des élus, qui souvent limitent leur connaissance de la santé aux contacts épisodiques qu'ils ont avec leurs médecins, ou avec quelques pontifes rencontrés au hasard des cocktails. ✎

5. Dispensateur de soins de qualité (préventifs, curatifs, et de réhabilitation), décideur et orienteur averti, communicateur, conscient des besoins de la population, développant des pratiques de coopération avec les autres professions.

6. Qui doivent être envisagées globalement : en remontant le temps dépistages, lutte contre les comportements néfastes, l'éducation à la santé et à la citoyenneté, la protection de la cohésion sociale (éducation générale, logement, droit du travail, politique des revenus ; voir charte d'Ottawa de l'OMS 1980).

7. Permanence et continuité des soins médicaux, réhabilitation et réinsertion, suivi social soit à domicile soit en établissements divers de moyen et long séjours généralistes ou spécialisés, coordination des soins en médecine libérale dont les réseaux sont les formes les plus emblématiques.

8. Sans chercher l'exhaustivité : le personnel des ministères chargés de la Santé, de la Solidarité ou des affaires sociales ; personnels des services déconcentrés de l'État (médecins et administrateurs), ou des services des collectivités territoriales, médecins conseils et des responsables administratifs de l'assurance maladie, responsables de l'administration des hôpitaux publics et privés (en particulier les directeurs d'hôpitaux) et responsables des commissions médicales d'établissement, etc.

9. Pour d'autres professions de santé que les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les sages-femmes, mais aussi les infirmières ou kinésithérapeutes par exemple, et les assistantes sociales, des dispositions éducatives comparables pourraient être mises en place.