

# Place et rôle de la formation en santé publique dans les réformes du système de santé

**En France, la santé publique a toujours fait l'objet d'un traitement spécial, à part, à côté du soin... Les différentes tentatives pour en faire un pilier majeur du système sanitaire restent sans beaucoup d'effets.**

**Jean de Kervasdoué**  
Professeur au Conservatoire national des arts et métiers

Ce titre imposé présuppose qu'il serait aisé de définir une « formation de santé publique » et tout aussi facile de reconnaître une « réforme du système de santé ». Il imagine en outre qu'il existerait une méthode permettant de distinguer, parmi les multiples facteurs qui conduisent à une réforme, le rôle joué non seulement par telle ou telle personne, mais ce qui, chez chacune d'elles, reviendrait à sa formation ! Bien entendu, tous ces présupposés sont sans fondement ; on peut au mieux, pour quelques réformes phares, repérer sans être exhaustif quelques inspirateurs de ces réformes et savoir si elles avaient ou non un parfum de santé publique.

## **Mais qu'est-ce que « la santé publique » ?**

Nous remarquons, il y a trente ans, que les disciplines médicales avaient quatre origines paradigmatiques ou plus précisément, et pas seulement pour nous démarquer de Thomas Kuhn, nous parlions de « traditions » épistémologiques<sup>1</sup>. Si certaines disciplines apparues récemment tirent leur origine des sciences de la nature et sont donc de la tradition « scientifique » (la biophysique par exemple) et d'autres des contraintes organisationnelles (la réanimation ou l'urgence), elles sont plus l'exception que la règle. La majorité des autres se distinguent par l'unité d'analyse utilisée : d'un côté donc la tradition « individuelle », et de l'autre la tradition « sociale ». La tradition individuelle est la plus ancienne, celle où

l'homme de l'art, sorcier, rebouteux, médecin, utilise ses connaissances pour soigner un individu. Elle a comme caractéristique essentielle son rapport à la personne malade, par opposition à l'individu membre d'un groupe ou d'une société. La médecine clinique est à classer dans cette tradition même si d'autres catégories la structurent, qu'elles soient techniques<sup>2</sup> ou qu'elles limitent leur champ d'investigation à un organe, un système fonctionnel, voire plus rarement à une maladie. La tradition sociale choisit une autre unité d'analyse, non pas la personne donc, mais son appartenance à une catégorie : âge, sexe, milieu social. Elle naquit au XIX<sup>e</sup> siècle sous le nom d'hygiène publique : « *art de conserver la santé aux hommes réunis en société* ». Louis-René Villermé en fut la référence nationale et internationale : il s'intéressa à la santé des prisonniers, à la mortalité à Paris et l'œuvre majeure de ce chirurgien des armées napoléoniennes, publiée en 1841, dresse un « *Tableau physique et moral des ouvriers et employés dans les manufactures de coton, laine et soie* », aussi saisissant que passionnant ! Beaucoup de sciences sociales doivent leurs premiers grands travaux empiriques, leurs méthodes et certains de leurs concepts à des médecins du XIX<sup>e</sup> siècle. Paradoxalement, les travaux de Louis Pasteur, de tradition indéniablement sociale et scientifique, par les bouleversements qu'ils introduisirent dans l'art médical, contribuèrent à la relative extinction du point de vue de ceux cherchant à conserver la santé aux hommes réunis en société.

1. Jean de Kervasdoué et al. *La Production des connaissances et les besoins sociaux : le cas des recherches sur le cancer et le poumon en France*. Centre de recherche en gestion de l'École polytechnique, Paris, 1976.

2. Couper ou ne pas couper distingue la chirurgie de la médecine.



La santé publique disparut quasiment de l'enseignement de la médecine en France durant près de vingt-cinq ans. La cause en fut l'ordonnance de 1958 : la « réforme Debré ». Cette disparition provisoire n'était pas intentionnelle, nous le verrons, mais néanmoins tangible. En effet, pour être nommé professeur des facultés de médecine, cette réforme imposait, et impose toujours, aux titulaires d'occuper simultanément un poste hospitalier et, bien entendu, un poste universitaire. S'efface alors l'histoire de la médecine, l'hygiène n'intéresse plus que quelques microbiologistes ; ceux qui consacrent leur recherche à la santé au travail, aux politiques de santé, voire à la médecine de ville doivent obtenir de rares autorisations ministérielles et se comptent sur les doigts des deux mains : marginaux, mal vus de leurs confrères et des administrations, leur carrière est difficile. Pourtant, Robert Debré s'en aperçut vite et demeure à ce jour celui qui a procédé à la critique la plus virulente de sa réforme<sup>3</sup>. Il soulignait l'importance d'enseigner, notamment, à tous les médecins la santé publique « pour se préoccuper de son attitude et de son comportement vis-à-vis de la société et du milieu influant sur lui (le malade) ». Il ajoutait : « il est indispensable [...] d'appeler des spécialistes de disciplines différentes de la médecine. Et ce n'est pas en barbouillant un médecin d'un peu d'économie, ou d'un peu de statistiques que vous pouvez réaliser l'effet radical dont je vous parle ». Rien ne s'est passé de « radical ». En France, contrairement aux pays d'Europe ou d'Amérique du Nord, les professeurs de faculté de médecine sont quasi exclusivement des médecins<sup>4</sup>. La tradition individuelle domine toujours, même si la tradition sociale est trop modestement revenue dans les hôpitaux en 1983 grâce à la création des départements d'informations médicales. Elle a surtout retrouvé sa juste légitimité à la suite de catastrophes successives, les nombreuses « défaites de la santé publique », pour reprendre ici le titre du livre d'Aquilino Morelle<sup>5</sup>. Robert Debré avait bien compris, ce qui demeure encore une exception, que le milieu influence l'homme, quel qu'il soit.

3. Robert Debré, « Discours de clôture d'une semaine consacrée à la santé publique et prononcée à l'École nationale de la santé publique en 1973 ».

4. En Amérique du Nord, dans les facultés de médecine, un tiers environ ne l'est pas. C'est bien entendu la règle pour le droit, les sciences sociales ou l'informatique, mais c'est aussi souvent le cas dans les disciplines biologiques fondamentales.

5. Aquilino Morelle, *La Défaite de la santé publique*, Flammarion, Paris, 1996.

La démonstration d'Emile Durkheim de plus d'un siècle, à savoir que le « suicide », décision individuelle par essence, est socialement déterminé, n'a pas encore atteint la conscience de nombreux professionnels de santé. Il en est pourtant ainsi des accidents de la route, de la consommation d'alcool, de tabac, bien entendu de la santé au travail, mais aussi de la santé tout court.

Pour nous donc, les lois de santé publique sont des lois qui s'efforcent de modifier la santé de la population en agissant sur des faits sociaux et les mécanismes qui les déterminent.

### La santé publique, un domaine de second plan

En dépit de très nombreux travaux français et étrangers, le débat « santé-médecine » n'a pas encore pris en France. Nos concitoyens, et avec eux la très grande majorité de la classe politique, demeurent persuadés que le seul véritable moyen d'améliorer la santé se limite à accroître les moyens de la médecine. Il faut dire que les lobbies de la médecine et de ses industries pèsent autrement plus lourd que les quelques voix des teneurs de cette approche, dont certains sont de surcroît chargés d'une tare congénitale : ils ne sont pas docteurs en médecine. Quant aux docteurs en médecine, les facultés enseignent certes aujourd'hui la santé publique mais, dans le meilleur des cas, il ne leur est consacré aux uns que quelques postes de professeurs pour quelques heures d'enseignement aux autres. À l'instar des poissons volants, si les postes de santé publique existent dans les facultés de médecine, ils ne représentent pas le genre le plus fréquent de l'espèce. Enfin, notre « École nationale de la santé publique » est plus reconnue par sa formation des directeurs d'hôpitaux que par son aura en santé publique. Quelques facultés de Paris ou de province ont développé, grâce au talent d'un enseignant dynamique, des programmes spécifiques de santé publique, mais l'on peut dire qu'il n'y a pas en France l'équivalent des facultés anglo-saxonnes.

Quant aux lois qui touchent en France à la santé, elles concernent presque toutes la médecine, son organisation et son financement. N'oublions pas que le financement des soins en France provient de l'assurance « maladie » et non pas de l'assurance « santé ». Contrairement au Royaume-Uni dont le système national tire son essence de la santé publique, le nôtre le tire de la médecine, de la tradition individuelle donc. Même avant le vote annuel de la loi de financement de

sécurité sociale (1996), entre 1980 et 1996, il y eut tous les ans, à deux exceptions, une loi cherchant à réorganiser les soins et/ou tentant d'équilibrer les comptes de l'assurance maladie. Cela ne veut pas dire que toute considération de santé publique soit absente de la médecine. Quand nous avons lancé, avec Jean-Marie Rodrigues (professeur de santé publique à l'université de Saint Etienne) le PMSI<sup>6</sup>, nous étions bien conscients de ses applications en santé publique. Elles permettent vingt ans plus tard de créer notamment les « bassins de santé ». Toutefois, ce n'est pas l'aspect de la santé publique qui domine. Certes, les choses changent, nous le verrons, dans la seconde partie des années quatre-vingt-dix. Toutefois, si l'on se limite à ce stade aux accidents de la route, à l'alcool et au tabac, les grandes causes de mortalité « évitable » en France, les grands acteurs à l'exception de l'un, voire deux d'entre eux, n'avaient pas de formation en santé publique.

Les acteurs nationaux furent d'abord des politiques : Pierre Mendès France (alcool), Valéry Giscard d'Estaing (limitation de vitesse), Simone Veil (tabac), Michèle Barzach (tabac), Claude Evin (tabac et alcool), Jean-François Mattei (tabac), Jacques Chirac et Nicolas Sarkozy (pas d'amnistie et poursuite des infractions pour accidents de la route). Ces politiques furent influencés par un petit nombre de personnes et, pour se limiter aux figures marquantes des trente dernières années, la liste principale est assez brève : Jean Bernard (hématologue, rapport sur l'alcool de 1979), Claude Got (professeur d'anatomopathologie, vraisemblablement le plus influent par son intervention permanente dans les trois champs des accidents de la route, du tabac et de l'alcool), Maurice Tubiana (radiothérapeute, tabac et alcool), Albert Hirsch (pneumologue, tabac et alcool), François Grémy (bio-physicien, informaticien, une des figures majeures de la santé publique universitaire française, tabac et alcool), Gérard Dubois (santé publique, tabac et alcool). Quant au poste de directeur général de la Santé, le premier titulaire du poste à disposer d'un diplôme de santé publique fut Lucien Abenhaïm (1999). Il enseignait au moment de sa nomination à Montréal, au Québec.

La loi du 9 août 2004 marque l'influence de la formation en santé publique ; William Dab, professeur de santé publique au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam),

6. Programme de médicalisation des systèmes d'information.

à l'époque directeur général de la Santé, en fut un des principaux inspirateurs. Mais, comme toujours en France, la santé publique semble être à côté de la médecine, à part. Elle a « sa » loi et ses cent « priorités », mais semble relever d'une tout autre logique que celle des soins.

Enfin, cette trop brève et caricaturale analyse ne serait pas complète si l'on ne mentionnait pas l'approche juridique. La création des « agences » et de la « Haute Autorité en santé » est une conséquence directe de l'affaire du sang contaminé. Les politiques se sont aperçus qu'il pouvait être dangereux d'être ministre de la Santé et ont cherché à se protéger. Pour ce faire, ils ont créé ces instances. C'est l'aspect « sécurité sanitaire » qui l'emporte et ce d'autant plus qu'il rentre rarement en conflit avec le point de vue médical et même, le plus souvent, le conforte. En revanche, c'est l'aspect économique qui est provisoirement oublié ; il est vrai que ce sont les générations futures qui payent 10 % de nos dépenses de santé actuelles et que la population française est anesthésiée en attendant, en 2007, un réveil douloureux. ✎

