

UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

Définition :

Par Santé Publique, il faut entendre la réflexion et l'action concernant les problèmes de santé des groupes humains, leurs besoins de santé et les moyens à mettre en oeuvre pour promouvoir, protéger et, si besoin, restaurer celle-ci. L'action médicale est le plus spectaculaire de ces moyens, c'est aussi le plus connu, le plus onéreux, mais pas toujours le plus efficace. Elle est loin d'être le seul. Elle concerne les individus, essentiellement les individus malades.

L'action de Santé Publique concerne les groupes ou populations de personnes, malades ou non, ou même la société toute entière, elle a donc toujours une dimension collective, voire sociétale.

Ses domaines électifs sont la prévention, la planification du système de soins, l'évaluation de la pratique, des techniques, des institutions, la surveillance des risques majeurs par l'observation et l'intervention épidémiologiques.

Ainsi définie, la Santé Publique dépasse largement l'intervention de la puissance publique en matière de santé. Mais cette dernière fait, par construction, partie de la Santé Publique.

Parfois, on croit deviner que pour nombre de "gestionnaires", le souci de Santé Publique est une alternative à la gestion. Rien n'est plus faux, car gérer n'est pas un verbe intransitif. Le rôle du Ministère de la Santé est de gérer la Santé, c'est-à-dire définir des objectifs de Santé, en planifier la réalisation, en dégager les moyens, en évaluer les résultats. Faute de quoi, la gestion n'est pas autre chose que l'aveuglement par le court terme, et l'objectif se résume à la minimisation des dépenses du moment.

Fondements scientifiques d'une politique de Santé Publique :

De même que l'action médicale repose sur certaines disciplines scientifiques telles que l'anatomie, la physiologie, la biochimie, l'immunologie ..., l'action de Santé Publique repose sur un certain nombre de sciences :

- L'épidémiologie étudie l'occurrence, la répartition et les déterminants des problèmes de santé dans les populations et les groupes humains.

- La sociologie s'intéresse aux déterminants sociaux des états de santé, aux représentations collectives des problèmes de santé, aux comportements des groupes professionnels concernés par la santé et, plus généralement, à la connaissance socio-anthropologique globale d'une société dont la santé représente une des valeurs majeures.

- Les sciences de l'environnement et l'écologie humaine visent à décrire dans sa complexité l'environnement humain et son impact sur la santé.

- L'économie au sens large, c'est-à-dire non limitée aux aspects budgétaires, est un autre apport à la réflexion de Santé Publique : rôle des facteurs économiques dans la santé, implications financières et organisationnelles des problèmes de santé, gestion et planification des ressources, des institutions et des personnels de santé. Conjointement avec l'épidémiologie, l'économie de la santé permet de pratiquer l'évaluation des procédures médicales, des institutions, des programmes, des technologies de santé ; l'épidémiologie en juge l'efficacité : améliorent-ils la santé, et si oui, de combien ? L'économie en juge l'efficacité : à quel coût ?

Les problématiques et les activités de Santé Publique :

On peut aborder les activités de Santé Publique - qu'il s'agisse du travail spécifique de Santé Publique, tel que l'affrontent les professionnels (fonctionnaires de Santé Publique, directeurs d'hôpitaux, chercheurs, enseignants ...) ou de l'inflexion qu'une vision de Santé Publique doit donner à des actions qui, sans être explicitement de Santé Publique, ont un retentissement sur la santé des gens (ex : urbanisme, transports, conception de machines, production agro-alimentaire), selon cinq axes représentant des problématiques particulières.

- Les groupes de personnes bien définis (par le lieu de résidence, l'âge, la profession ...),

- les pathologies (ex : le SIDA, les cancers, les maladies cardiovasculaires),

- les facteurs de risque qu'elle qu'en soit la nature (le tabac, l'alcool, la circulation routière, la grande pauvreté, la pollution de l'eau ou de l'air, certains comportements en sont des exemples),

- les institutions, programmes, procédures et acteurs de santé. Il s'agit ici d'observation, de planification, d'organisation, d'administration et surtout d'évaluation,

- les outils intellectuels, et ceci renvoie aux sciences fondatrices décrites au paragraphe précédent.

C'est dans cet espace schématique à cinq dimensions que se situent les problèmes et actions de santé.

Toute décision et/ou démarche de Santé Publique consiste à intégrer les résultats des différentes approches. Ces résultats ne sont pas forcément commensurables, et sont parfois contradictoires. Ils mettent en jeu des valeurs, et souvent des valeurs conflictuelles : aussi la Santé Publique est-elle dominée par l'Ethique. Aucune activité de Santé Publique ne peut faire l'économie d'une réflexion sur le sens que l'homme et la société donnent à la vie.

Place des propositions actuelles (alcool, tabac, dépistage, médicaments, nutrition) dans une politique de Santé Publique.

Ces propositions reprennent des aspects très importants mais relativement ponctuels d'une politique de Santé Publique. En dehors de l'efficacité propre qu'on peut en espérer, elles représentent un test pour le désir du Gouvernement de se doter d'une politique effective de Santé Publique.

A titre d'exemple, les propositions "tabac" partent d'une problématique "facteur de risque" (axe 3) utilisant les résultats de l'épidémiologie (axe 5), font intervenir des actions de santé (axe 4), et concernent particulièrement la protection des jeunes (axe 1). Ces mêmes propositions mettent en jeu des impératifs de Santé (baisse de la morbidité et de la mortalité des divers cancers et des maladies cardiovasculaires), mais aussi des habitudes comptables (indice des prix), des intérêts financiers (producteur), des pratiques de loisirs (sport automobile). Les décisions qui seront prises dépendent finalement du poids que l'on accepte de donner aux morts prématurées que ces mesures permettraient d'économiser dans les décennies à venir. Et l'on retrouve l'éthique...

On peut faire des remarques du même type pour les autres propositions (alcool, circulation routière, médicaments, nutrition).

Mais on serait passé à côté si, en prenant telle ou la totalité des mesures proposées, on acceptait de s'en contenter avec la satisfaction du devoir accompli. Ces mesures ne représentent que quelques mailles du filet que doit constituer la vraie politique de Santé Publique dont la France est à ce jour dépourvue.

Plusieurs mesures entreprises et annoncées par le Ministère nous semblent fondamentales, car elles vont dans le sens d'une authentique politique de meilleure allocation des ressources (meilleure au sens de plus efficiente).

- Un effort systématique doit être fait pour que soient mises en place de façon systématique et rigoureuse les procédures d'évaluation des méthodes de diagnostic, des procédés thérapeutiques, des technologies médicales, des compétences professionnelles. Cette évaluation doit être menée de telle sorte qu'elle n'oublie aucune des dimensions d'efficacité, d'efficience, de sécurité, d'acceptabilité, d'accessibilité, et fait donc appel à pratiquement toutes les disciplines de base de la Santé Publique. Les responsables de l'évaluation doivent être indépendants des différents intérêts en présence. Les méthodes doivent se rapprocher au maximum du gold standard que représente l'essai clinique randomisé.

- La maîtrise des coûts hospitaliers ne peut échapper à l'arbitraire des taux directeurs que si l'on dote les hôpitaux d'outils d'analyse de leur production, qui permettent une allocation pertinente des ressources forcément limitées. Le Ministère, depuis quelques années, s'est engagé dans cette voie. Des ambitions ont été proclamées, telle que la généralisation du P.M.S.I. d'ici à deux ou trois ans. Mais qu'est-ce qu'une ambition pour laquelle on ne se donne pas les moyens ? En particulier, la pratique de l'indexation des dossiers, la connaissance des techniques d'analyse (catégorisation acceptable de l'éventail des malades, évaluation médico-économique de ces regroupements) suppose un effort considérable de formation du personnel médical, du personnel de secrétariat et administratif, la valorisation et la reconnaissance de ces formations, le recrutement de personnel spécialisé. Faute de mesures de ce type prises à une échelle adaptée à l'enjeu, l'analyse de production des hôpitaux français risque de ressortir de l'onirisme, à un moment où la plupart des pays européens font un effort considérable (à titre d'exemple, le Ministère de la Santé italien envisage de consacrer 93 milliards de lires à un projet de ce type dans les cinq années à venir).

Conditions d'une vraie politique de Santé Publique :

Si l'on veut que la santé soit véritablement considérée comme une priorité de ce pays tout en prenant garde à contrôler et à maîtriser les coûts, les rapporteurs proposent un certain nombre de mesures qui permettraient d'avoir une vision globale des problèmes de santé et de piloter une politique.

** Mise en place d'un Conseil National de la Santé et de la Prévention, qui jouerait pour les problèmes de Santé un rôle comparable à la Commission des Comptes de la Nation pour l'Economie.

** Création d'Ecoles Universitaires de Santé Publique :

Il n'y a pas en France d'Ecole de Santé Publique au sens où l'entendent les pays nordiques et anglosaxons et un certain nombre de pays du tiers monde, c'est-à-dire de centres d'enseignement et de recherche dotés d'une MASSE CRITIQUE de personnel capable de réunir en une même entité les principales disciplines qui constituent le fondement intellectuel d'une politique de Santé Publique.

Les Etats Unis disposent d'une quarantaine de telles écoles (les plus prestigieuses étant Harvard, Johns Hopkins, Berkeley, Ann Arbor, Chapel Hill, Tulasne). La Belgique en a trois.

En France, l'Ecole Nationale de la Santé Publique ne correspond pas à l'heure actuelle au modèle de ces écoles étrangères. Elle a en effet une vocation administrative quasi exclusive, et ses élèves sont essentiellement de futurs membres de la fonction publique. Par rapport au projet fondateur qui en faisait une école de Santé Publique à l'anglosaxone, elle a subi une dérive techno-administrative qui lui retire le crédit d'un tel modèle.

Cette dérive est liée au fait qu'on lui a refusé au départ un statut universitaire, et qu'elle a peu à peu perdu son autonomie vis-à-vis de l'administration centrale de la Santé.

Une véritable Ecole de Santé Publique doit assurer une triple convergence :

- convergence des disciplines diverses, chacune enseignée à un haut niveau de qualification,
- convergence parmi les enseignants, de personnels académique et de professionnels,
- convergence d'élèves et auditeurs de formation très diverses.

Une école de Santé Publique doit donc être, à l'image de la démarche de Santé Publique, multi et interdisciplinaire.

L'enseignement qui y est donné constitue une formation supérieure complémentaire qui peut être conçue à plusieurs niveaux d'approfondissement.

Schématiquement :

- * niveau supérieur : formation des professionnels de Santé Publique (avec des diplômes tels que DES, DESS, DEA, magisters, doctorats),
- * niveau inférieur : sensibilisation des personnes que leurs fonctions (administratives, gestionnaires) peuvent conduire à prendre des décisions qui ont une répercussion sur la santé de la population,
- * niveau intermédiaire : pour des professionnels de santé qui exercent pour une part de leur activité des missions de Santé Publique (ex : généralistes, médecins scolaires, directeurs d'hôpital).

Ces écoles doivent être des centres de recherche et d'études. Cette activité de création de connaissances se fait soit entièrement à l'intérieur de l'école, soit dans des réseaux nationaux ou internationaux, dont les écoles seraient des noeuds. Il est bien évident que cette activité de recherche doit se faire en liaison étroite avec les unités et chercheurs compétents de l'INSERM. Une des activités de recherche essentielles des structures universitaires de Santé Publique est l'évaluation et le suivi des actions de Santé Publique proposées par le ministère. Le caractère universitaire de ces instances en garantit l'indépendance, condition nécessaire de la validité de l'évaluation.

** Le personnel professionnel du ministère : insuffisant en nombre, mal reconnu et mal payé.

Le ministère chargé de développer et de promouvoir la Santé, qui constitue une des valeurs essentielles de notre société, est d'une pauvreté navrante.

Qualitativement, il n'est pas d'administration aussi pauvre en professionnels du domaine qu'elle est censée gérer. Alors que l'Equipement et l'Agriculture associent aux administratifs purs une proportion importante d'ingénieurs spécialisés, le Ministre de la Santé ne dispose que d'un nombre infime de médecins : de l'ordre de 350 pour l'ensemble du territoire (dont 25 pour l'administration centrale). Il y a une seule infirmière à la Direction des Hôpitaux, et combien des membres de cette dernière ont eu une expérience authentique de la direction d'établissement ? Il y a eu en tout 80 statisticiens dans l'administration de la Santé, dont la plupart empruntés à l'INSEE (contre 800 à l'Agriculture) et le nombre d'épidémiologistes qualifiés est insignifiant.

Dans ce contexte, la politique de réduction du personnel d'Etat proposée, au nom de la rigueur budgétaire, pour les gouvernements successifs, doit épargner les administrations les plus pauvres, au premier rang desquels la Santé. Appliquée unilatéralement, elle affecte peu les riches, et apparemment beaucoup les pauvres, et s'avère contre-productive ; il est clair en effet que dans les cas de pauvreté, la carence de personnel favorise les comportements bureaucratiques. Au contraire, l'exigence de Santé Publique implique un renforcement numérique du Ministère de la Santé Publique en personnel professionnel qualifié, qui doit être favorisé au même titre que l'Education Nationale et la Recherche.

De plus, ce personnel qualifié est sous-payé. A titre d'exemple, après dix ans d'études supérieures, un Médecin-Inspecteur commence à 7200 F par mois. Ce n'est guère une façon d'encourager les vocations.

**** ENSP :**

Plus nombreux, mieux payés, les professionnels de Santé doivent être mieux formés. C'est-à-dire que l'Ecole Nationale de la Santé Publique doit continuer la rénovation amorcée depuis trois ans. Jusqu'à un passé récent, la formation qu'elle donnait aux personnels de Santé était trop exclusivement juridique et comptable, aux dépens des diverses disciplines de Santé Publique. En quelque sorte, elle usurpait son appellation. Un progrès important est en passe d'être accompli par la direction actuelle qui a su dynamiser et réorienter une institution qui semblait désertée par l'idée même de Santé Publique.

Cette réorientation implique une autonomie accrue, pédagogique et de recherche, par rapport à l'administration centrale. C'est à cette condition qu'elle pourra recouvrer sa pleine efficacité au service du ministère dont elle dépend.

**** INSERM :**

Parmi les établissements dont le Ministère de la Santé a la tutelle, l'INSERM est le plus prestigieux.

Il n'en demeure pas moins que ses recherches en Santé Publique restent le parent pauvre par rapport à ses recherches dans les sciences biologiques. Malgré la création récente des inter-commissions consacrées au "vieillissement" et au "handicap", et malgré la mise en place des réseaux de recherche en santé publique, l'effort de recherche en santé demeure très faible. Les chercheurs en économie de la santé se comptent sur les doigts d'une main, il en est à peu près de même pour les sociologues et les chercheurs en informatique de santé. La qualité éminente des personnes ne compense pas leur médiocrité quantitative. Une réflexion stratégique s'impose pour redresser cette situation péjorative pour une politique de Santé Publique.

**** Création d'un groupe d'intervention en épidémiologie :**

Le "Department of Health and Welfare", équivalent du Ministère de la Santé, bénéficie dans le cadre du CDC de l'existence d'un corps d'Epidemiologic Intelligence Service Officers, dont le rôle est d'aller enquêter aussitôt qu'un phénomène épidémique est signalé dans le pays (épidémie de toxi-infection alimentaire, intoxication d'origine industrielle, accident nucléaire, concentration suspecte de cas de cancer etc...).

Aux Etats Unis, environ 3000 phénomènes épidémiques de ce type sont signalés chaque année. A la demande des autorités sanitaires locales, le CDC peut envoyer un ou plusieurs investigateurs chargés de trouver la cause du phénomène, d'en mesurer la gravité et de conseiller sur les dispositions à prendre à court et à moyen terme.

La proposition présente consiste à doter le Ministère d'un corps d'intervention épidémiologique de ce type. Initialement, il pourrait ne s'agir que de quelques personnes convenablement formées. La solution la plus sage serait sans doute de faire appel à des Médecins ou des Pharmaciens Inspecteurs, détachés après une formation adéquate, dans ce qui serait l'amorce d'un CDC français.

**** Création d'un Centre National de Statistique Sanitaire et Sociale**

Il n'y a pas à ce jour de politique organisée de recueil et d'analyse des données sanitaires et sociales sur laquelle soit fondée une politique de santé.

Certes, des statistiques existent, souvent de bonne qualité : statistiques de mortalité (INSEE - INSERM); enquêtes du SESI, plus de nombreuses enquêtes permanentes ou ponctuelles. Mais le système souffre de diverses déficiences :

- les diverses statistiques existantes ne sont sans doute pas toutes connues,
- il y a des statistiques redondantes, et à l'inverse sans doute des domaines délaissés,
- l'accès à certaines statistiques est souvent malaisé, par instinct de propriétaire de ceux qui les collectent et les détiennent,
- la critique méthodologique est souvent défailante,
- le caractère dispersé des statistiques empêche leur confrontation
- il s'agit le plus souvent de données descriptives. L'effort d'analyse reste insuffisant.

Les tâches et prérogatives du CNSS seraient les suivantes :

- . contribuer à définir une politique concertée d'observation des phénomènes de santé et des phénomènes sociaux et économiques ayant rapport avec la santé,

- . accès de droit - par la loi - à toutes les statistiques publiques (INSEE, INSERM, Ministères, Sécurité Sociale) ayant trait à la Santé et aux facteurs sociaux et économiques,

- . mise en place éventuelle d'enquêtes pour les domaines non couverts par les statistiques existantes,

- . analyse et confrontation des données aux fins de comprendre les résultats de l'observation.

La fonction de cet observatoire national serait de fournir au Ministère de la Santé (et à ses directeurs, ainsi qu'au Conseil National de la Santé et de la Prévention) et au Gouvernement les données nécessaires à la définition de la politique de santé. Il est bien clair aussi que ces statistiques seraient accessibles aux chercheurs statutaires et universitaires.

NB : En aucune façon il ne s'agit de se substituer aux structures existantes. Il s'agit de les compléter en réunissant, intégrant, confrontant, et analysant les données nécessaires à la politique de Santé.

**** Moyens informatiques :**

Les propositions précédentes supposent des moyens informatiques significatifs. Ceux-ci ne seraient pas à créer. Il suffirait de réaménager administrativement (par renforcement des liens avec le Ministère) et de réorienter un centre existant déjà, spécialisé dans le traitement de l'information biologique, médicale et de santé. Le CITI 2 (Centre Interuniversitaire du Traitement de l'Information n°2) a acquis dans ce domaine une expérience et une compétence reconnues.