

P

réface

Les médecins de santé publique et l'État

Je voudrais d'abord dire combien je suis honoré que l'on m'ait demandé de préfacier cet ouvrage. J'ai gardé une haute idée de la santé publique depuis mon internat chez mon maître Robert Debré, l'un des pères fondateurs de l'école de Rennes. D'abord parce que j'ai appris à son contact à rechercher, derrière les causes médiatees, les racines de la maladie dans les conditions de vie ; et donc à agir pour lutter contre celles-ci au niveau de la société. La santé publique constitue un pont entre le système de santé et la chose publique (la *res publica*), c'est-à-dire la nation. Cela avait été compris dès le XVIII^e siècle en France, la Société royale de médecine avait pour mission de lutter contre les causes des épidémies et les épizooties et ses recommandations sont déjà inspirées par des préceptes d'hygiène qui restent valables.

La création de l'Académie de médecine en 1820 (dont l'objet était de reprendre et d'élargir les missions de la Société royale de médecine), puis les travaux de Villermé montrant que la pauvreté est cause de maladie, constituent des actes fondateurs de la santé publique en France et dans le monde. Puis le flambeau de la santé publique passa en Grande-Bretagne car, sous l'influence des physiopathologistes et des cliniciens, la médecine de soins était devenue prééminente en France vers la fin de la première moitié du XIX^e siècle.

Après une longue éclipse, pendant laquelle la clinique et la microbiologie ont tenu le haut du pavé, la santé publique est revenue au premier plan au cours de cette dernière décennie. D'abord en raison même des progrès : les avancées de la thérapeutique, les victoires remportées dans la prévention des maladies infectieuses puis des maladies cardiovasculaires ont entraîné une révolution épidémiologique. Les principales affections sont aujourd'hui celles causées par les comportements humains. Le temps n'est plus où des actions collectives telles que vacciner, assurer l'adduction d'eau potable et l'évacuation des déchets amélioraient grandement la santé. Tout, ou presque tout, ce qui pouvait être fait dans ce domaine l'a été. Certes il faut poursuivre les efforts, mais on ne peut espérer que des gains minimes. Les maladies ont, aujourd'hui, des sources plus complexes et leur prévention est devenue plus difficile. Malgré l'allongement de l'espérance de vie depuis un siècle, les disparités considérables entre l'espérance de vie des hommes et des femmes (+ 7,5 ans) et entre celle des ouvriers/employés et des cadres (+ 8 ans) montrent que des actions résolues doivent être mises en œuvre pour réduire ces écarts.

Afin d'exposer de manière concrète la complexité du problème, je voudrais dans cette préface insister sur un exemple que je connais bien, celui des cancers du poumon. Après-guerre, leur nombre augmenta brutalement et une véritable épidémie frappa les États-Unis et la Grande-Bretagne. Deux enquêtes, celle de Wynder aux États-Unis et

celle de B. Hill et R. Doll en Grande-Bretagne, montrèrent le rôle du tabac, ce qui fut une grande surprise car son usage était répandu depuis le XIX^e siècle sans effet apparent. Il fallut des enquêtes prospectives pour comprendre d'une part que les délais qui séparaient le début du tabagisme de l'apparition des cancers sont si longs qu'il a fallu l'allongement de l'existence pour les observer, et d'autre part que le risque n'est pas proportionnel au nombre de cigarettes mais à son carré, ce qui explique les conséquences spectaculaires d'un accroissement limité de la consommation.

La cause des cancers du poumon ayant été découverte, beaucoup, dont j'étais, crurent naïvement que la maladie allait disparaître. C'est le contraire qu'on observa. Bien loin de renoncer au tabac, les Français fumèrent de plus en plus de 1950 à 1975. Les cancérologues, face à cette marée montante de cancers potentiellement évitables, étaient révoltés et désorientés. J'étais en 1975 président de la Commission du cancer et demandais à madame Simone Veil, alors ministre de la santé, d'agir. Avec courage, elle accepta de le faire. Des trois principales mesures que nous avons introduites dans la loi : campagnes d'information, éducation à la santé à l'école et interdiction de la publicité, seule la première fut efficace. La loi était en avance sur son temps. Les Français, y compris les médecins, l'acceptaient mal car elle mettait en cause la vie privée des individus. L'éducation à la santé à l'école ne fut pas mise en œuvre car les enseignants y étaient hostiles ; l'interdiction de la publicité fut aisément contournée par les industriels du tabac et les publicitaires qui consacrèrent les moyens prévus pour les cigarettes à des réclames en faveur de briquets ou d'allumettes portant le même nom et ayant pour emblème le même casque gaulois ou le même chapeau de cow-boy. Néanmoins, les débats suscités par la loi conduisirent les Français à prendre conscience des effets du tabac sur la santé et la consommation cessa d'augmenter.

En 1985, le président Mitterrand et le premier ministre italien Benito Craxi lancèrent l'action européenne contre le cancer et je fus élu président de son conseil. Nous reprîmes sous la bannière de l'Union européenne, le combat contre le tabac en l'orientant vers des mesures concrètes : avertissement sanitaire sur les paquets ; limitation du contenu en goudron et en nicotine ; distribution à des millions d'exemplaires du code européen contre le cancer dont la première recommandation était : « Ne fumez pas, n'enfumez pas les autres » ; interdiction de la publicité pour le tabac à la radio et la télévision. Mais quand nous avons proposé une interdiction totale de la publicité, l'Allemagne et la Grande-Bretagne, s'y opposèrent violemment. Une délégation de publicitaires et de directeurs de journaux eut l'impudence d'envahir le bureau de Jacques Delors alors président de la Commission européenne et de le menacer personnellement.

Peu à peu l'état d'esprit du public a changé et en 1989, malgré l'effort de désinformation de l'industrie du tabac, sa nocivité n'était plus discutée ; l'immense majorité des fumeurs souhaitaient s'arrêter, même si les bonnes intentions ne se transformaient pas encore en action. Avec quatre autres médecins¹ (sages pour les uns, ayatollahs pour les autres) nous décidâmes alors de relancer la lutte en France. Au moment du débat préélectoral, le candidat Mitterrand prit l'engagement de nous soutenir et tint sa promesse après sa réélection. Nommé ministre de la santé, Claude Évin prépara sa loi au milieu d'intrigues, avec courage et détermination. À côté d'une interdiction totale de la publicité, nous préconisâmes deux autres mesures : l'interdiction de fumer dans les lieux

1. Gérard Dubois, Claude Got, François Grémy, et Albert Hirsch.

publics et la hausse du prix des cigarettes. L'expérience britannique attestait à mes yeux l'importance de cette mesure. Mais l'obsession des ministres des finances était alors de juguler l'inflation, il fallait donc exclure le tabac de l'indice des prix — le fameux panier de la ménagère — pour éviter le risque d'inflation. Ce fut un dur combat, car l'administration des finances et l'INSEE s'y opposaient, mais la volonté politique était forte.

De 1991 à 1997, le prix du paquet doubla presque et la consommation chuta de 13 %, puis elle stagna, jusqu'à ce qu'en 2002 les prix fussent à nouveau doublés, surtout après la réélection du président Chirac et le lancement du plan cancer ; corrélativement la consommation chuta d'environ 15 %. Aujourd'hui 80 % des fumeurs souhaitent s'arrêter et ils sont de plus en plus nombreux à le faire, la hausse du prix a renforcé leur détermination. Remarquons que la majorité des fumeurs étaient partisans d'une hausse de prix de même que d'une interdiction de fumer dans les transports en commun. Ils sont aujourd'hui majoritairement partisans de l'interdiction visant les restaurants et sont conscients que ces mesures les protègent contre eux-mêmes.

En 1975, nous avions cru naïvement que la lutte contre le tabac était fondée sur un dialogue rationnel entre le médecin et le fumeur. Puis nous avons compris que les publicitaires, et autres partisans du tabac, intervenaient à tous les niveaux pour saboter nos entreprises et rassurer les fumeurs. La lutte contre les addictions est, de ce fait, difficile car il faut beaucoup de persévérance aux fumeurs pour se libérer de leur drogue. Certains ne le souhaitent même pas.

D'ailleurs, les jeunes qui commencent à fumer ne sont pas dépendants et connaissent bien les risques sanitaires et le coût financier ; 85 % commencent à fumer par curiosité, mais la moitié d'entre eux s'arrêtent. Parmi ceux qui deviennent des fumeurs, on trouve une proportion élevée de jeunes appartenant à des milieux défavorisés ou à des familles disloquées, beaucoup sont en échec scolaire. Pour eux l'image du fumeur reste valorisante. En 1990, le fumeur sur les réclames était bien habillé, élégant, séducteur. Aujourd'hui il a troqué le smoking (étymologiquement la tenue du fumeur) contre les jeans ; le chapeau de cow-boy évoque les grands espaces, la nature vierge mais aussi l'appartenance à un groupe volontairement marginal. Ceux qui conçoivent cette publicité ont compris que pour les jeunes susceptibles de fumer, cet acte représente un rite initiatique, l'entrée dans un groupe qui se distingue des bien-pensants. La moitié des jeunes fumeurs n'ont pas confiance en eux, ils ont une mauvaise image d'eux-mêmes et se sentent mal à l'aise dans la société, et peu armés pour affronter le monde, l'avenir. Ils ont envie de fuir, de s'évader. Ils privilégient le plaisir immédiat sur les bénéfices lointains, alors que la prévention est fondée sur la vision opposée : privilégier l'avenir, choisir la vie. Pour lutter contre le tabac, les drogues, la violence il faut donc dès le plus jeune âge, les rassurer, leur donner confiance en eux, en la vie, donc expliquer aux parents, aux puéricultrices, aux enseignants des écoles maternelles, ce qu'ils doivent faire pour y parvenir. Nous étions partis du cancer du poumon, on se trouve confronté au désarroi des adolescents fumeurs, à leur manque de confiance en eux et en la vie, et derrière ces troubles, au mal-être d'une civilisation, qui a peu d'enfants et éduque mal un quart d'entre eux.

Pourquoi ai-je raconté ce long combat ? D'abord pour rappeler qu'il a fallu une vingtaine d'années pour obtenir les premiers résultats. Plus on analyse les origines de cet acte suicidaire qu'est fumer, plus on découvre combien il est difficile de changer les comportements. Derrière la cigarette, l'alcool, l'obésité il y a le malaise des jeunes avec une mésestime de soi, le manque de repères de leurs parents, les messages contradictoires de la société. Il faut, certes, combattre chacun des comportements délétères : accroître

le prix du tabac, pourchasser les vendeurs de cannabis et de drogues, prêcher pour une alimentation plus équilibrée, mais il faut aussi rechercher comment mieux éduquer les enfants, mieux les insérer dans la société, déceler précocement leurs troubles psychiques et les corriger afin d'éviter que, plus grands, ils ne s'enfuient vers les paradis artificiels.

On retrouve une même exclusion hors de la société chez les vieillards ; la canicule l'a bien montré. La France est l'un des pays de l'Union européenne où les jeunes et les vieux (après 70 ans) se suicident le plus. La prévention requiert une prise de conscience des liens entre la santé physique, la santé mentale, et la santé sociale d'une société. La santé publique déborde le système de santé car dans tous les cas, ce sont les plus faibles, les plus démunis qui sont le plus touchés.

Quel est le rôle des médecins de santé publique ? Partout, à tous les niveaux : pour analyser les problèmes, et pour rechercher les solutions. Les ministres décident, les parlementaires votent, mais ils sont conseillés, informés ; et dans le domaine de la santé parmi ceux qui entourent les décideurs il y a des médecins de santé publique. L'élan de la prévention, son efficacité, dépendent donc dans une large mesure de leur dynamisme et de leurs connaissances.

Pour combattre tous les fléaux qui menacent la santé, il faut avoir une vision globale de santé publique. Celle-ci est une discipline ingrate mais exaltante. Il faut être à la fois médecin, épidémiologiste, biostatisticien, psychologue, sociologue et enfin économiste, car avant de préconiser une mesure il faut estimer son coût (financier et social) et son efficacité (nombre de vies épargnées ou accroissement de la qualité de vie). Il faut donc avoir le sens du quantitatif, donc une formation scientifique. Est-il raisonnable d'être aussi ambitieux ? Ce qui serait déraisonnable ce serait de ne pas l'être, car les défis du xxie siècle notamment le vieillissement de la population, l'augmentation vertigineuse du nombre de personnes âgées, handicapées, nous poseront des problèmes encore plus difficiles que ceux que nous affrontons aujourd'hui.

Depuis un demi-siècle nos gouvernements malgré leurs mérites, qui étaient souvent très grands, n'ont pas su bâtir une véritable politique de santé. Aujourd'hui devant le gouffre financier et les urgences (la violence des jeunes, la délinquance, les échecs scolaires, les suicides, les drogues licites et illicites, la désinsertion sociale des personnes âgées), la nécessité d'un sursaut s'impose. Il faut allier l'imagination et la rigueur, entreprendre des expérimentations. L'exemple du tabac montre qu'en alliant persévérance et force de conviction, on peut progresser même si c'est lentement et difficilement.

La santé publique est revenue au cœur de la problématique santé. Les médecins de santé publique peuvent y jouer un rôle utile et parfois fondamental. Je le souhaite pour eux et pour la santé physique, mentale et sociale de notre pays et je suis convaincu que ce livre les y aidera.

*Maurice Tubiana,
Directeur honoraire de l'Institut Gustave-Roussy (Villejuif).
Membre et ancien président de l'Académie de médecine.
Membre de l'Académie des sciences.*

Liste des auteurs et coordonnateurs

Coordonneurs

BRÉCHAT Pierre-Henri

Praticien hospitalier, médecin de santé publique.

Service de santé publique et économie de la santé, responsable adjoint de l'unité de médicalisation du système d'information.

Groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP).

Chercheur associé au laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires de l'École nationale de la santé publique (LAPSS/ENSP).

SALINES Emmanuelle

Médecin inspecteur de santé publique, Ministère de la santé,

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,

Sous-direction de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie.

SEGOUIN Christophe

Praticien hospitalier, médecin de santé publique.

Service de santé publique et économie de la santé, responsable de l'Unité de médicalisation du système d'information.

Groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP).

Faculté de médecine, Université Denis-Diderot, Paris 7.

Auteurs

ABBEY Hélène

Praticien hospitalier, Unité qualité, risques, évaluation (UQRE) du Pôle d'information médicale, évaluation et santé publique (PIMESP) du CHU de Nantes.

ANTONIOLI Daniel

Praticien hospitalier responsable de l'unité d'information médicale (UIM) du Pôle d'information médicale, évaluation et santé publique (PIMESP) du CHU de Nantes.

BELEC Michel

Médecin inspecteur de santé publique. DDASS de l'Ariège.

BÉRARD Alain

Assistant hospitalier universitaire, médecin spécialiste de santé publique, économiste de la santé.

Service de santé publique et économie de la santé.

Groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP).

BERTEAU Frédéric

Médecin inspecteur de santé publique. Pôle de santé publique.

Tribunal de grande instance de Paris.

BERTHEL Marc

Professeur des universités, praticien hospitalier, gériatrie.

Responsable du Pôle de gériatrie.

Hôpital de la Robertsau,

Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS).

BERTRAND Dominique

Spécialiste en santé publique,

Professeur des universités, Université Denis-Diderot, Paris 7

Praticien hospitalier,

Hôpital Fernand-Widal (AP-HP), Service de santé publique et économie de la santé

Président de la Collégiale des médecins de santé publique à l'AP-HP.

Médecin national de la Mutualité sociale agricole.

BEUF Pierre

Médecin inspecteur de santé publique.
Directeur adjoint, ARH de Languedoc-Roussillon.

BLANCHY Sixte

Médecin inspecteur de santé publique, attaché de coopération scientifique et technique, ambassade de France en Iran.

BLUM-BOISGARD Claudine

Médecin conseil national CANAM et Instance nationale provisoire du régime social des indépendants (INP-RSI).

BOUVIER Liliane

Médecin, conseiller technique inspection académique du Jura, ayant cessé ses fonctions en septembre 2005.

BRÉCHAT Pierre-Henri

Praticien hospitalier, médecin de santé publique.

Service de santé publique et économie de la santé, responsable adjoint de l'unité de médicalisation du système d'information.

Groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP).

Chercheur associé au laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires de l'École nationale de la santé publique (LAPSS/ENSP).

BRIGAUD Thierry

Médecin contractuel.
DDASS du Pas-de-Calais.

BROCHE Béatrice

Médecin inspecteur de santé publique.
DDASS du Gard.

CHAPERON Jacques

Professeur des universités.
Praticien hospitalier de santé publique
CHRU de Rennes.

CHAPPERT Jean-Loup

Médecin inspecteur de santé publique,
DDASS des Yvelines.

CHARLET Francis

Médecin inspecteur de santé publique,
DDASS des Bouches-du-Rhône.

CHARPAK Yves

Médecin de santé publique, conseiller du directeur du bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

CROCHET Benoît

Médecin-conseil national adjoint,
Caisse centrale de mutualité sociale agricole.

CSASZAR-GOUTCHKOFF Michel

Médecin inspecteur de santé publique,
DDASS de Paris.

DAVID Stéphane

Assistant hospitalier universitaire de santé publique, chef du département de la formation continue des médecins, direction du développement des ressources humaines. et faculté de médecine, Université Denis Diderot, Paris 7.

Assistance publique-Hôpitaux de Paris et faculté de médecine, université Denis-Diderot, Paris 7.

DEBIONNE François-Paul

Médecin inspecteur de santé publique.
DRASS Alsace.

DEFEBVRE Marguerite-Marie

Médecin inspecteur de santé publique.
DRASS de la région Nord-Pas-de-Calais.

DEMEULEMEESTER René

Médecin inspecteur de santé publique,
INPES.

DEPINOY Michel

Médecin inspecteur de santé publique,
INPES.

DREUIL Daniel

Médecin inspecteur de santé publique,
CHRU de Lille.

DUBOIS Henri

Médecin inspecteur de santé publique,
DDASS du Lot-et-Garonne.

FERRÉOL Sophie

Assistant hospitalo-universitaire au laboratoire de santé publique du Pôle d'information médicale, évaluation et santé publique (PIMESP) du CHU de Nantes.

FERRIÈRES Jean

Professeur des universités.
Praticien hospitalier,
Département d'épidémiologie et INSERM U558, faculté de médecine de Toulouse.
Unité de prévention de l'athérosclérose, service de cardiologie B, CHU Rangueil.

FORICHON Emmanuel

Médecin inspecteur de santé publique,
Dir. adjoint à la DRASS Midi-Pyrénées.

GRAND Alain

Professeur des universités en santé publique.
Praticien hospitalier.
Médecin spécialiste en santé publique.
Chef du département d'épidémiologie, économie de la santé et santé communautaire.
Faculté de médecine Toulouse-Purpan.

GUÉRIN-BEL Claudine

Ancien médecin territorial, en 2^e année de
DHEPS (diplôme de Hautes Études de pratiques sociales) à Paris III-Sorbonne Nouvelle
sur les représentations sociales des troubles
de la mémoire dans la famille sociale.

HENRARD Jean-Claude

Professeur de santé publique
Laboratoire EA-Upres santé vieillissement
Université de Versailles-Saint-Quentin en
Yvelines.

ILEF Danièle

Médecin inspecteur de santé publique.
Coordonnatrice de la cellule interrégionale
d'épidémiologie (CIRE) Nord-Pas-de-
Calais, Picardie.

JABOT Françoise

Médecin inspecteur de santé publique.
École nationale de la santé publique, Rennes.

LARCHER Pierre

Médecin inspecteur de santé publique.
Ministère de la santé,
Direction générale de l'action sociale,
Sous-direction des politiques d'insertion et
de lutte contre les exclusions.

LEBRUN Louis

Médecin spécialiste de santé publique, praticien hospitalier.
Ministère de la santé,
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, sous-direction de l'organisation du système de soins.

LE DIVENAH Aude

Praticien hospitalier.
Ministère de la santé,
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins,
Chef de projet du dossier « soins palliatifs ».

LE Moal Joëlle

Médecin inspecteur de santé publique,
Institut de veille sanitaire,
Département santé environnement.

LOMBRAIL Pierre

PU-PH, Directeur du Pôle d'information
médicale, évaluation et santé publique
(PIMESP)
CHU de Nantes.

LONSDORFER Jean

Professeur des universités, praticien hospitalier, consultant en physiologie et explorations fonctionnelles.
Responsable de la CAPS.
Pôle de gériatrie.
Hôpital de la Robertsau, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS).

MAIGRET Brigitte

Médecin inspecteur de santé publique,
Pôle de santé publique.
Tribunal de grande instance de Paris.

MARQUIS Françoise

Médecin inspecteur de santé publique,
DRASS de Bretagne.

MARQUIS Michel

Médecin inspecteur de santé publique,
DDASS d'Île-et-Vilaine.

MARTIN Dominique

Médecin inspecteur de santé publique,
Ministère de la santé.
Direction générale de la santé,
Sous-direction santé et société.

MONTAVILLE Bernard

Médecin inspecteur de santé publique,
Ministère des affaires étrangères.

MORET Leïla

Praticien hospitalier, responsable de l'Unité
qualité, risques, évaluation (UQRE) du Pôle
d'information médicale, évaluation et santé
publique (PIMESP).
CHU de Nantes.

MOYSE Colette

Médecin inspecteur de santé publique,
DDASS de Paris.

MURARD Lion

Historien, chercheur au CERMES (Centre
de recherche médecine, sciences, santé et
société)
CNRS-INSERM-EHESS.

OOMS Michelle

Médecin inspecteur de santé publique,
ministère des affaires étrangères.
Chef du bureau du développement social.

PASCAL Jean

Praticien hospitalier responsable de cellule multi-établissements d'information SSR, Pôle d'information médicale, évaluation et santé publique (PIMESP).
CHU de Nantes.

PINTEAUX Anne

Médecin inspecteur de santé publique, chargée de la coordination des actions communautaires,
Institut de veille sanitaire.

POMARÈDE Renée

Médecin inspecteur de santé publique, Spécialiste en santé publique,
Institut de veille sanitaire.
Présidente de l'Association des médecins inspecteurs de santé publique.

RAIMONDEAU Jacques

Médecin inspecteur de santé publique, responsable de formation, École nationale de la santé publique, Rennes.

SALINES Georges

Médecin inspecteur de santé publique.
Responsable adjoint du département santé environnement.
Institut de veille sanitaire.

SALOMEZ Jean-Louis

Professeur de santé publique.
Service d'épidémiologie et de santé publique,
Hôpital Calmette, CHRU de Lille.

SAHRAOUI Fatiha

Praticien attaché,
Service de santé publique et économie de la santé,
Groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

SEGOUIN Christophe

Praticien hospitalier, médecin de santé publique.
Service de santé publique et économie de la santé, responsable de l'Unité de médicalisation du système d'information.
Faculté de médecine, Université Denis Diderot, Paris 7.
Groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP).

SURER Nathalie

Praticien hospitalier à l'Unité d'information médicale (UIM) du Pôle d'information médicale, évaluation et santé publique (PIMESP) du CHU de Nantes.

TERRIER Guy

Médecin inspecteur de santé publique.
DDASS de Charente-Maritime.

TISSOT Frédéric

Médecin inspecteur de santé publique, Conseiller technique,
Ministère de la santé publique et de la population. Port-au-Prince, Haïti.

TRENOY Chantal

Médecin inspecteur de santé publique.
DDASS de l'Isère.

VÉRITÉ Élisabeth

Médecin inspecteur de santé publique.
DRASS de la région Nord-Pas-de-Calais.

VIDAL-TRÉCAN Gwenaëlle

Spécialiste en santé publique,
Maître de conférences en épidémiologie, économie de la santé, prévention.
Praticien hospitalier,
Groupe hospitalier Cochin – Saint-Vincent-de-Paul – La Roche Guyon (AP-HP).
Vice-présidente de la Collégiale des médecins de santé publique à l'AP-HP.

VOGEL Thomas

Praticien hospitalier, gériatrie
Pôle de gériatrie.
Hôpital de la Robertsau,
Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS).

Les qualifications sont celles déclarées par les auteurs.

Avant-propos

Pierre-Henri Bréchat, Emmanuelle Salines, Christophe Segouin

Au moment où des réformes sans précédent concernant la santé publique (loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et loi organique relative aux lois de finances [LOLF] du 1^{er} août 2001) et l'assurance maladie (loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004) ont été votées, la place des professionnels devant les mettre en œuvre devient centrale. Or, il existe actuellement peu de travaux sur ces professionnels, et particulièrement sur les médecins de santé publique.

L'association des médecins inspecteurs de santé publique (AMISp) et la Collégiale des médecins de santé publique de l'AP-HP comptent parmi les lieux naturels de questionnement sur les nombreux métiers intervenant dans le champ de la santé publique. Dans ce contexte évolutif, ces associations font partie de celles qui approfondissent la réflexion sur les dynamiques et les enjeux à l'œuvre dans ce groupe professionnel qui ne cesse de s'adapter aux missions sociales qui lui sont confiées. C'est ainsi qu'ont été sollicités des travaux de recherche historique et philosophique, et que l'idée d'un ouvrage collectif les restituant est née en 2002. Nous avons souhaité enrichir l'ouvrage de contributions individuelles traitant de différents aspects des pratiques des médecins de santé publique.

Ce projet, qui a été initialement porté par des médecins de santé publique du ministère en charge de la santé dans le cadre associatif de l'AMISp, a été rejoint par d'autres médecins de santé publique avec l'aval de la Collégiale des médecins de santé publique de l'AP-HP. Cette initiative a toujours été résolument ouverte à l'ensemble de tous les médecins de santé publique : ministères de l'éducation nationale et de la justice, hôpitaux, assurance maladie, collectivités territoriales, etc. La démarche a donc été de solliciter, par le biais des organisations professionnelles ou par des contacts personnels des coordinateurs, des professionnels pour donner des éclairages sur des pratiques dans l'ensemble des thématiques de santé publique et en des lieux d'exercice différents allant du local à l'international.

Même s'il n'a pas été possible d'être exhaustif, le champ potentiel étant très vaste, cet ouvrage permet d'appréhender ce que sont les métiers des médecins de santé publique et les enjeux.

Puisse cette démarche susciter des vocations chez des médecins peu familiers de nos champs d'exercice !

Nous souhaitons que cet ouvrage puisse permettre de partager une connaissance mutuelle entre médecins de santé publique d'origines différentes et suscite, peut-être dans un deuxième temps, un rapprochement entre corps professionnels.

Puisse cette démarche favoriser l'exercice efficace de la santé publique dans le continuum prévention – soins – réadaptation – recherche – enseignement !

Aujourd'hui la nation a besoin d'une santé publique forte et la santé publique a besoin de professionnels, dont les médecins de santé publique, aux compétences globales et aux possibilités d'action élargies.

Puisse ce livre favoriser la reconnaissance de ces professionnels, et parmi eux les médecins de santé publique !

Introduction

De la santé publique aux professionnels de santé publique¹

Jean-Louis Salomez

Comme tout ouvrage traitant de la santé publique, celui-ci se devrait d'être introduit par une définition de cette discipline, compilation des centaines de définitions qui ont jalonné sa courte histoire ou, de façon plus présomptueuse, nouvelle définition qui bien sûr ne pourrait s'inscrire que dans une nouvelle santé publique. L'exercice pourrait sembler obligatoire comme l'a souligné Didier Fassin : « Définir deviendra un exercice obligé pour tous ceux qui écriront par la suite sur la discipline. Quand bien même ils s'en défendraient... aucun auteur de traité, préfacier de manuel, introducteur de numéro spécial de revue n'échappe à cette loi de la définition » [1]. En fait il ne sera pas ici question de définition a priori car l'énoncé même d'une définition sous-tendrait qu'un consensus existe sur l'emploi du terme « santé publique » dont l'utilisation devient fréquente depuis le XIX^e siècle. Or, l'écoute des discours politiques, professionnels ou profanes, montre que ce terme est utilisé dans des sens différents selon les interlocuteurs. Cette confusion est probablement à l'origine du questionnement permanent sur la place respective des acteurs, des professionnels et des spécialistes. Elle est certainement aussi à l'origine des interrogations qui persistent sur le statut de la santé publique qui n'a guère été éclairci par l'introduction des termes de médecine sociale, de santé communautaire ou de promotion de la santé.

Actuellement qu'est-ce que la santé publique ? Si tous s'accordent sur son objet, la santé de la population, ce terme recouvre selon les interlocuteurs des concepts différents. Celui-ci utilisera ce qualificatif pour désigner l'état de santé d'une population. Pour cet autre, ce terme recouvre les interventions collectives de santé et notamment les politiques de santé. Celui-là enfin nommera ainsi une discipline universitaire. Au moindre problème, chacun soulignera la défaite ou la faillite de la santé publique sans que l'on sache clairement s'il s'agit là de dénoncer une dégradation de l'état de santé de la population, un échec des politiques publiques (voir son excès à travers les concepts de « biopouvoir » !) ou une insuffisance de la recherche et de l'enseignement. Qu'en serait-il du champ social si nous n'avions qu'un seul terme pour désigner les problèmes sociaux, les politiques sociales et la sociologie ?

1. Les opinions ici exprimées n'engagent que leur auteur et non l'ensemble de la discipline universitaire de santé publique.

La discussion ne pourrait être que byzantine si les professionnels œuvraient en même temps dans les trois champs que nous avons mentionnés. En fait chaque définition de la santé publique correspond souvent à des modes d'exercices différents, cloisonnés, où les passerelles sont rares. Nous nous attacherons ici, en partant des définitions de la santé publique et de leurs constructions au cours de l'histoire à explorer les différents modes d'exercice de cette « discipline ».

La santé publique : état de santé des populations

L'utilisation du terme de santé publique pour définir l'état de santé d'une population semble *a priori* la plus triviale. Pour l'OMS en 1966, ce terme devrait être utilisé pour « évoquer les problèmes concernant la santé et les maladies d'une population, l'état sanitaire d'une communauté... ». C'est également dans cette acception qu'il est utilisé en droit communautaire pour « l'exception de santé publique » autorisant un pays à déroger aux règles de l'Union européenne lorsque la santé de sa population est en danger. Un problème de santé publique est dans cette définition tout événement ayant (ou pouvant avoir dans le cadre du principe de précaution) un retentissement significatif sur l'état de santé de la population. Paradoxalement la santé publique ne s'est attachée à mesurer l'état de santé des populations qu'assez récemment. Certes l'histoire nous montre quelques précurseurs comme John Graunt qui publie en 1662 les premières statistiques de mortalité à Londres [2] ou plus tard Louis Villermé [3] dans la première moitié du XIX^e siècle (Mortalité dans les différents quartiers de Paris – Mortalité des enfants trouvés – Conditions sanitaires des travailleurs du coton, etc.), Edwin Chadwick [4] en Angleterre en 1842 ou Lemuel Shattuck [5] aux États-Unis en 1850. Les démographes s'étaient attachés aux statistiques de mortalité nous permettant des comparaisons historiques sur plus d'un siècle et demi, mais il a fallu attendre la deuxième partie du vingtième siècle pour que soient publiés les premiers rapports sur l'état de santé dans le monde par l'OMS et plus récemment encore en France avec le premier rapport du Haut Comité de la santé publique en 1994 [6]. Ce courant de la santé publique a engendré ses professionnels, spécialistes de la statistique sanitaire et de l'analyse territoriale qui œuvrent au niveau régional dans les observatoires régionaux de santé créés au début des années quatre-vingt ou au niveau national dans des unités de recherche (l'INSERM), des organismes publics (l'INSEE), des agences (InVS), à la DREES ou dans des structures privées comme l'IRDES. Une des particularités de ces acteurs que l'on peut qualifier de professionnels de santé publique de par leurs compétences et l'objet de leurs travaux est la place importante laissée aux non-médecins comme les démographes, les géographes, les spécialistes en sciences humaines et sociales. Observateurs privilégiés des faits de santé de notre société, ils occupent une place essentielle dans l'aide à la décision sans cependant, en règle générale, intervenir directement dans l'élaboration des politiques de santé.

La santé publique : les interventions collectives de santé

Le terme de santé publique est fréquemment utilisé pour qualifier les interventions de santé au niveau de la collectivité. Un problème de santé publique se définit

par la nécessité d'une action au niveau de la population (par opposition aux actions au niveau individuel de l'exercice clinique). De nombreuses définitions lient directement la santé publique aux interventions sur la santé de la collectivité. Parmi celles les plus souvent citées, et faisant directement référence au caractère interventionnel de la santé publique, on retiendra celle de l'OMS de 1966 dans sa deuxième partie : «... les services médico-sanitaires et socio-sanitaires, la planification et l'administration ainsi que la gestion des services de santé en incluant les soins curatifs», de Winslow [7] en 1923 : « Science et art de prévenir les maladies, d'améliorer, de prolonger la vie, la santé et la vitalité mentales et physiques des individus par le moyen d'une action collective concertée » ou de l'Institute of Medicine [8] (USA) en 1988 : « Public Health is the effort organized by society to protect, promote and restore the people's health ». Pris dans ce sens, le terme de santé publique recouvre en fait deux champs souvent confondus, celui des politiques publiques de santé mais aussi celui des actions de santé publique conduites par des acteurs non institutionnels ou par des organismes publics ou privés œuvrant hors du champ de compétence de l'État.

Les politiques publiques de santé

L'histoire des politiques publiques de santé a connu globalement deux périodes. La première phase est très ancienne. Elle est faite d'actions sectorielles menées par les gouvernants dans un souci d'assainissement, de lutte ou de protection contre certaines épidémies. On ne peut encore parler de véritables politiques globales de santé publique. Celles-ci apparaîtront, dans une deuxième phase, au XIX^e siècle.

L'existence de mesures collectives à visée sanitaire est très ancienne. Ainsi les fouilles menées sur les bords de l'Indus, sur le site de Mohenjo-Daro Harappa, auraient montré des traces « d'égouts » remontant à 3 000 ou 4 000 ans avant Jésus-Christ. Les interdits religieux, notamment sur certains aliments, mentionnés dans le Lévitique près de 1 000 avant J.-C., peuvent être également assimilés à des politiques publiques à une époque où pouvoirs laïcs et religieux se confondent. Chacun connaît les travaux d'assainissement, de contrôle de l'eau et les règles de construction dans l'antiquité, notamment chez les Romains. Après une période de régression au Moyen Âge, où le spirituel domine au détriment des mesures élémentaires d'hygiène, le XIV^e siècle verra l'apparition de règles sanitaires comme les quarantaines à Venise en 1348 ou à Marseille en 1403 (des quarantaines existent avant ces dates mais sous une forme non organisée). De véritables règlements sanitaires sont publiés dès le XVI^e siècle comme celui de la ville de Lyon en 1564 [9]. Ce survol rapide, qui ne s'attache qu'à quelques exemples, se doit également de citer Jenner avec l'introduction de la vaccination à la fin du XVIII^e siècle.

En fait pour observer de réelles politiques structurées de santé publique il faut attendre le XIX^e siècle avec notamment le *Public Health Act* publié en Angleterre en 1848 à la suite du rapport Chadwick [4] de 1842, « Sanitary conditions of the labouring population of Great Britain » ou plus tard aux États-Unis après le rapport Shattuck [5] de 1850, « Report of the sanitary commission of Massachusetts » (qui ne sera en fait suivi d'effets qu'après la guerre de Sécession). En France, l'affirmation du rôle de l'État sur la santé des populations avait déjà été soulignée, par exemple par Montesquieu en 1748 dans *L'Esprit des Lois* : « L'État doit à tous les citoyens une

subsistance assurée, la nourriture, un vêtement convenable et un genre de vie qui ne soit pas contrarié par la santé». En 1776, est créée la Société royale de médecine, premier outil mis en place par l'État pour tenter de contrôler les épidémies avec 150 médecins cantonaux répartis sur le territoire. En 1802, sont créés le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de Seine et le Conseil de salubrité de la ville de Paris, et en 1820 la Commission sanitaire centrale. Néanmoins, après une longue période où triomphe l'hygiène, notre pays ne promulguera sa première loi de santé publique qu'en 1902 [10].

Tout au long de cette histoire peut-on parler de professionnels de santé publique ? Certains font des trois « gardiens de la santé » nommés à Venise en 1348 les premiers exemples de responsables de santé publique. Il semble cependant que ni ces trois sages, ni les exécutants des polices sanitaires des siècles suivants ne correspondent réellement à ce que nous appelons un professionnel de santé publique. Leurs charges étaient précises et en règle limitées au contrôle des règles de protection contre certaines épidémies. L'Angleterre, avec les Medical Officers of Board (1848), puis plus tard la France avec les inspecteurs départementaux d'hygiène ressemblent beaucoup plus au modèle des médecins de santé publique de l'État que nous connaissons actuellement, dont les prérogatives s'étendent à toutes les circonstances qui peuvent mettre en péril la santé des populations. De par leurs missions multiples, surveillance épidémiologique, planification sanitaire, inspections, élaboration des programmes de santé, ceux-ci nous paraissent pouvoir être assimilés aux « vrais généralistes » de santé publique en exercice en France actuellement.

Les médecins de santé publique de l'État ne sont pas les seuls professionnels à conduire des interventions dans ce champ. Dans le secteur institutionnel, les médecins des collectivités territoriales et locales (conseils généraux, communes et intercommunalités), de l'éducation nationale ou des systèmes d'assurance maladie œuvrent au quotidien sur la santé des populations. En règle, la plupart de ces praticiens ne sont pas officiellement reconnus comme médecins de santé publique. Initialement la santé scolaire et l'ensemble des services de santé dans les départements étaient liés aux services déconcentrés de l'État. Les réformes successives de décentralisation et de rattachement de la santé scolaire au ministère de l'éducation nationale ont abouti à un éclatement d'une profession qui aurait pu constituer un véritable corps de médecins de santé publique œuvrant soit dans les services de l'État, soit dans d'autres institutions, chacune ayant aujourd'hui choisi de recruter ses praticiens selon ses propres critères. Des cloisonnements ont été ainsi établis, rendant quasiment impossible un exercice successif dans des institutions différentes².

Le rôle du secteur privé dans les interventions en santé publique

Le secteur privé a longtemps été absent de la santé publique si on exclut de ce champ les initiatives d'inspiration souvent religieuses en direction de populations en difficultés, ou les actions paternalistes en direction des personnels des entreprises tout au long du XIX^e siècle. Les premiers organismes de droit privé dédiés à des

2. Un projet de création d'un corps unique de « praticiens de santé publique » existe à l'heure de la rédaction de ce texte.

actions de santé publique naissent en France au début du xx^e siècle avec la création de nombreux comités ou ligues : Société d'hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle en 1904, Comité national de lutte antituberculeuse en 1916, Ligue nationale contre le cancer (1918), Ligue française contre les maladies vénériennes et Ligue française d'hygiène mentale (1920), Comité national de défense contre l'alcoolisme. En 1945, sont créés les centres régionaux d'éducation pour la santé [11]. Au niveau international, dès les années soixante devant le relatif échec des programmes verticaux l'OMS va développer les « services de santé de base » faisant une place importante aux acteurs de terrain. Ce mouvement va être amplifié dans les années soixante-dix sous l'impulsion de Halfdan T. Mahler, directeur général de l'OMS jusqu'en 1988, conduisant à développer le concept de soins de santé primaires formalisé lors de la conférence d'Alma Ata en 1978 [12]. Dès lors, à côté des professionnels des institutions la place des acteurs de terrain est légitimée et sera amplifiée après la charte d'Ottawa en 1986. Le développement de la santé communautaire et de la promotion de la santé va certes être l'occasion de laisser une place grandissante à la population et à ses représentants mais également de voir apparaître de nouveaux acteurs de santé publique hors du cadre institutionnel. Œuvrant en règle dans le secteur associatif ces acteurs ont dû faire face à de nombreux défis. En France, ce mouvement se veut initialement militant, croisant généreusement les fondements de la promotion de la santé, de la santé communautaire et la participation ou la cogestion chères aux années 1968. Les années quatre-vingt-dix marqueront un tournant fondamental dans les politiques de santé publique. La culture de programmes envahit la scène et la régionalisation s'impose. Le savoir-faire méthodologique se développe chez les acteurs, mais aussi souvent chez les décideurs. Les notions de priorités de santé, d'évaluation des besoins, de diagnostics partagés, de programmation par objectifs, d'évaluation sont désormais partagées par le plus grand nombre. La santé publique « de terrain », de militante est devenue de plus en plus professionnelle, devant souvent se plier aux exigences des institutions pour pouvoir continuer à exister. Ce mouvement, confirmé dans la récente loi de santé publique d'août 2004, paraît irréversible. De l'acteur, on passe insensiblement au professionnel, non sans débats ni difficultés car bon nombre ne sont pas médecins et ont souvent du mal à affirmer leur place en France contrairement à de nombreux pays [13] où la santé publique est dominée par un double courant, médical et institutionnel. Faut-il pour cela leur refuser le qualificatif de professionnels de santé publique ? Ils sont pourtant les rouages indispensables de la mise en place des politiques de santé publique qui doivent non seulement se dire, se programmer mais aussi se faire.

La santé publique : discipline universitaire

Le terme santé publique s'emploie enfin pour désigner une discipline universitaire³ reconnue en France par le Conseil national des universités. Cette discipline

3. Officiellement la discipline universitaire de santé publique recouvre quatre « sous disciplines » : Épidémiologie, économie de la santé et prévention, médecine du travail – médecine légale, biostatistiques et informatique médicale.

est récente dans son appellation actuelle. Elle a connu réellement son développement dans notre pays qu'à partir des années soixante-dix. Auparavant existaient les chaires et les enseignants d'hygiène et/ou de médecine sociale. La coïncidence entre son apparition et l'essor en France de l'épidémiologie n'est certainement pas fortuite. L'épidémiologie a été un des axes qui a le plus concouru à la structuration et au développement de la santé publique en France. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat outre l'évidence de l'intérêt de l'épidémiologie pour guider, structurer et évaluer les politiques de santé en direction des populations. La santé publique a longtemps été considérée comme n'étant pas réellement une discipline universitaire à part entière. L'hygiène ou la médecine sociale empruntaient nombre de leurs méthodes et de leurs pratiques à d'autres champs de la médecine ou à d'autres disciplines universitaires comme les sciences humaines ou sociales. L'épidémiologie a permis d'affirmer une spécificité qui n'était revendiquée par aucun autre champ disciplinaire. La deuxième raison est liée au double statut, universitaire et hospitalier, des enseignants en France. Dans ce contexte, l'épidémiologie permettait et permet toujours une meilleure intégration dans les centres hospitaliers régionaux, à la fois parce qu'elle semble plus proche des cliniciens que d'autres champs disciplinaires de la santé publique, mais également parce qu'elle trouve plus facilement sa place dans le système de soins hospitalier par le biais de la recherche clinique, l'évaluation, la surveillance épidémiologique ou l'information médicale. Une troisième raison est que nombre d'universitaires en santé publique étaient initialement issus de la clinique. Pour beaucoup une formation complémentaire en statistiques a précédé leur mutation vers la santé publique et les a conduits naturellement à développer l'épidémiologie. La quatrième raison enfin est qu'au sein de la santé publique universitaire intégrée en France comme dans de nombreux pays dans l'univers médical, l'épidémiologie est probablement le champ qui permet le plus aisément de développer une recherche reconnue sur le plan institutionnel et de publier dans les revues médicales internationales.

Comment dans ces conditions comprendre le retard qu'a pris l'épidémiologie à se développer en France ? Probablement dans des choix qui datent de la première moitié du XIX^e siècle. S'il existe des exemples de statistiques sanitaires avant cette période comme cela a déjà été montré, on peut associer la naissance de l'épidémiologie avec celle de la « méthode numérique ». Ce sont deux Français, Louis Villermé et Charles-Alexandre Louis qui en furent les pionniers, l'un par ses écrits sur l'état de santé de plusieurs groupes de populations comme les habitants de Paris, les enfants abandonnés ou les ouvriers, l'autre par ses travaux sur la tuberculose, la typhoïde ou la saignée, véritable essai thérapeutique comparatif [14]. Ce courant ne sera pas suivi en France où la méthode numérique taxée de « totalisation abstraite » sera rejetée par le monde de la santé au profit du cas clinique comme en témoignent les débats au sein de l'Académie de médecine dans les années 1820. Villermé et Louis feront cependant école en Angleterre et aux États-Unis. Trois de leurs élèves, William Farr, William Budd et William Guy fondèrent la Statistical Society of London en 1834 qui sera suivie de la London Epidemiological Society en 1850. Entre-temps, Farr avait publié les premières analyses de survie [15]. Un mouvement identique s'était produit aux États-Unis pendant la même période. D'autres pionniers marquent les débuts de l'épidémiologie comme Peter Panum qui publie en 1847 une remarquable description d'une épidémie de rougeole aux îles

Féroé [16], John Snow et sa fameuse étude sur l'épidémie de choléra à Londres de 1854⁴ et Ignace Semmelweis, à qui Louis-Ferdinand Céline consacra sa thèse de médecine en 1924, avec ses travaux sur la fièvre puerpérale. L'histoire de l'épidémiologie a ensuite été marquée par le développement des méthodes cas-témoins [17] et la formalisation des méthodes statistiques, notamment par Karl Pearson, Major Greenwood et Austin Bradford Hill au début du xx^e siècle [18]. Après une courte éclipse cette discipline sera relancée après la Dernière Guerre mondiale avec les études retentissantes de Doll et Hill sur le cancer du poumon et le développement de cohortes importantes en Angleterre ou aux États unis [19].

La France, qui jusqu'alors s'était tenue à l'écart de ce mouvement se met à développer l'épidémiologie sous l'égide de pionniers comme Daniel Schwartz. Cette époque marquera une rupture avec le mouvement hygiéniste dont l'appellation même disparaît de la discipline universitaire pour réapparaître avec l'essor de l'hygiène hospitalière. Depuis cette époque, l'épidémiologie domine la santé publique universitaire au détriment d'autres champs de connaissance. Parmi ceux-ci, l'économie de la santé est sans doute le champ qui s'est développé le plus, mais la place donnée aux sciences humaines et sociales reste faible au point de faire considérer par certains que le maintien au sein des facultés de médecine (où domine le modèle biomédical) de la santé publique est plus un obstacle qu'un atout pour le développement de l'approche transdisciplinaire prônée par beaucoup. Cette situation a engendré un véritable biais dans le choix des champs de recherche conduisant à privilégier les études en recherche clinique et en épidémiologie au détriment des travaux sur les systèmes de santé ou sur les méthodes d'intervention en santé publique.

Les facultés de médecine ont actuellement le monopole de la formation des spécialistes en santé publique, titre réservé en France aux médecins contrairement à l'Angleterre qui, en théorie, peut depuis quelques années accorder non sans difficultés [13] cette spécialité à des non-médecins. Si la maquette de formation de cette spécialité prévoit l'acquisition de données de base en santé publique, les futurs postulants s'orientent très vite vers une surspécialisation à travers l'acquisition quasi systématique de diplômes de troisième cycle conduisant souvent à des exercices très ciblés.

Parallèlement, l'université s'est attachée à développer la formation des non-médecins aux différentes disciplines de la santé publique notamment dans les champs de la conduite de projets. Ces nouveaux acteurs dont le nombre devrait augmenter avec la mise en place des masters œuvrent dans le champ de la santé des populations mais peinent à trouver une place de professionnels de santé publique à côté des médecins de cette discipline. Vont-ils à terme constituer les « paramédicaux » de la santé publique où accéderont-ils un jour, comme c'est le cas dans de nombreux pays, au statut de spécialistes ?

4. L'ensemble des écrits de John Snow peuvent être consultés sur le site : <http://www.ph.ucla.edu/epi/snow.html>

Conclusion

Sous une appellation apparemment unique de professionnels de santé publique, on voit donc que les modes d'exercices et probablement les compétences diffèrent selon le sens que l'on accorde au terme de santé publique. Peut-on considérer qu'un responsable d'un observatoire régional de la santé, un médecin inspecteur de la santé publique, un directeur de comité régional d'éducation pour la santé, un universitaire de santé publique ou un épidémiologiste de l'INSERM font le même métier ? Et pourtant chacun se qualifie probablement de professionnel de santé publique. Pour les médecins, la santé publique doit-elle être considérée comme une spécialité au même titre que les autres spécialités médicales ou comme un champ d'exercice de la médecine comportant ses généralistes et ses spécialistes ? La plateforme commune de connaissance et de savoir-faire est-elle une réalité ou un mythe ? La question n'est pas neutre au moment où émergent des projets de corps unique de praticiens de santé publique permettant d'ouvrir des passerelles entre les institutions. Elle n'est pas neutre non plus face au projet de création d'une École des hautes études en santé publique⁵ considérée par certains comme le lieu privilégié de formation des praticiens de ce corps unique, et par d'autres comme un lieu de recherche et de formation de haut niveau sur le modèle d'une école doctorale. Ce débat aurait pu être encore élargi s'il avait été étendu à l'ensemble des professionnels qui enseignent, font des recherches ou des études, conduisent des politiques ou des actions sur la santé des populations. La question d'une approche commune à l'ensemble de ces métiers à travers une réelle transdisciplinarité, notamment dans les formations, reste posée. Elle représente probablement un enjeu de taille pour l'avenir de la santé publique en France. Faut-il redéfinir les métiers de la santé publique ? Faut-il envisager de nouvelles formations pour les managers en santé publique ? Formations et qualifications doivent-elles être liées aux modes d'exercices institutionnels ou être déconnectées dans l'optique de la création d'un grand corps unique de professionnels et d'experts en santé publique associant médecins et non médecins ? Quelles seraient les places respectives des facultés de médecine, des autres composantes de l'université, de l'École des hautes études en santé publique dans un tel projet ? Pouvons-nous enfin, à l'échelle d'un territoire comme la France, maintenir la dispersion des lieux de formation et pérenniser les cloisonnements des modes d'exercice ?

BIBLIOGRAPHIE

1. **Didier Fassin.** Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre. 2000. Ruptures, vol. 7, p. 58-78.
2. **John Graunt.** Natural and political observations mentionned in a following index and made upon the bille of mortality, London, 1662.
3. **Louis Villermé.** De la mortalité dans les différents quartiers de Paris. Bulletin des Sciences médicales, Janvier 1831.

5. Décret non paru en mars 2006.

4. **Edwin Chadwick.** Sanitary conditions of the labouring population of Great Britain. 1842. London. W. Clones Ed.
5. **Lemuel Shattuck.** Report of the sanitary commission of Massachusetts. 1850. Boston. Dutton and Wentworth Ed.
6. **Haut Comité de la santé publique.** La santé en France, rapport général. 1994. Paris. La Documentation française.
7. **C.E.A. Winslow.** The evolution and significance of the modern public health campaign. 1923. New Haven. Yale University Press.
8. **Institute of Medicine.** The Futur of Public health. A report of the Committee for the study of the Futur of Public Health. 1988. Washington DC. National Academy Press.
9. **Benoist Rigaud.** État et règlement de la police pour la santé de cette ville de Lyon. 1564.
10. **Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.** *JO* du 19 octobre 1902, 1173.
11. **L. Tondeur, F. Baudier.** Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique. 1996. Actualité et dossier en santé publique, n° 16, p. 3-6.
12. **M. Cueto.** The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. 2004. American Journal of Public Health, vol. 94, n° 11, p. 1864-1874.
13. **K. McPherson.** Public Health does not need to be led by doctors. 2001. *BMJ*, vol. 322, p. 1593-1594.
14. **Ch. A. Louis.** Recherche sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires. 1928. Paris. Librairie de l'académie royale de médecine.
15. **W. Farr.** On prognosis. 1838. *British Medical Almanack*, sup. 199-216.
16. **P. Panum.** Observations made during the epidemic of measles on the Faroe Islands in the year 1846. 1847. Originally published in the *Bibliothek for Laeger*, Copenhagen.
17. **N. Paneth, E. Susser, M. Susser.** Origins and early development of the case-control study. 2002. *Soz.- Präventivmed.* 47, 282-288 et 359-365.
18. **Hardy, M. E. Magnello.** Statistical methods in epidemiology: Karl Pearson, Ronald Ross, Major Greenwood and Austin Bradford Hill, 1900-1945. 2002 *Soz.- Präventiv-med.* 47, 80-89.
19. **R. Doll.** Cohort studies, history of the method. 2001. *Präventivmed.* 46, 75-86 et 152-160.

Table des matières

Préface, Maurice Tubiana	3
Liste des auteurs et coordonnateurs	7
Avant-propos, Pierre-Henri Bréchat, Emmanuelle Salines, Christophe Segouin	11
Introduction, Jean-Louis Salomez	13
La santé publique : état de santé des populations.....	14
La santé publique : les interventions collectives de santé.....	14
La santé publique : discipline universitaire.....	17
Conclusion.....	20

PREMIÈRE PARTIE Aspects historiques et philosophiques

1. Les médecins de la santé publique en France (1886-1945), Lion Murard	25
I. Humiliés et offensés.....	31
Intermède : la bataille des assurances sociales.....	77
II. L'association, le syndicat, le statut.....	94
III. Vichy, la Résistance, la Libération.....	119
Annexes.....	137
1. « La Cendrillon de la faculté » • 2. Inspection médicale des écoles : un prototype, l'Hérault.	
2. Santé publique et médecine de santé publique, dans une perspective éthique, Daniel Dreuil	140
La visée de santé comme intention éthique : la santé publique s'inscrit dans la structure d'une éthique.....	140
La médecine de santé publique n'est pas une « médecine des populations ».....	143
La santé publique n'est ni un « biopouvoir » ni une rhétorique vide.....	145
Comprendre la santé publique comme un mouvement de valorisation de la santé comme bien public et comme une « sphère de justice ».....	147

DEUXIÈME PARTIE Paroles de professionnels

1. Des priorités et des actions pour des programmes nationaux et régionaux de santé publique, Pierre-Henri Bréchat, Alain Grand, Jean-Claude Henrard	153
Les premiers développements des années quatre-vingt-dix.....	154
Un cadre législatif sans précédent en dix ans.....	155
Mise en œuvre de nombreux programmes nationaux et régionaux de santé.....	157
Forces et faiblesses des programmes de santé et pistes pour leur amélioration.....	158
Les programmes de santé sont-ils une étape pour le développement d'une véritable politique stratégique de santé ?.....	162

2. La politique régionale de santé en Nord-Pas-de-Calais , <i>Françoise Jabot, Marguerite-Marie Defebvre, René Demeulemeester, Daniel Dreuil, Élisabeth Vérité, Danièle Illef, Michel Depinoy</i>	167
La région Nord-Pas-de-Calais: des handicaps et des atouts.....	167
La construction d'une politique de santé publique en région Nord-Pas-de-Calais à partir des programmes régionaux de santé (PRS).....	168
L'animation des PRS	170
L'évaluation du dispositif mis en œuvre.....	173
L'évaluation vers la territorialisation	173
L'élaboration du schéma régional d'éducation pour la santé: une démarche complémentaire aux PRS	175
Une vision « moderne » des SROS.....	177
La veille sanitaire	183
Une dynamique propre à la région, des médecins inspecteurs de santé publique engagés: des atouts pour faire progresser la politique de santé.....	184
3. L'animation des politiques de santé publique dans les régions , <i>Françoise Jabot, René Demeulemeester</i>	187
Le rôle stratégique de la région	187
Les médecins inspecteurs de santé publique et l'animation des programmes de santé	189
La légitimité des MISP dans l'animation de programmes.....	191
Perspectives	193
4. Une approche de concertation pour des territoires partagés d'intervention , <i>Pierre Beuf</i>	196
Les « territoires » existants	197
La réflexion en Languedoc-Roussillon.....	198
Hypothèse testée.....	199
5. Les réseaux de santé , <i>Alain Bérard, Alain Grand, Pierre Larcher, Colette Moyse, Michel Csaszar-Goutchkoff</i>	201
Approche historique.....	201
Les réseaux vus par les médecins inspecteurs de santé publique.....	206
Quelques données chiffrées.....	208
Vers une professionnalisation des réseaux de santé.....	209
Conclusion	210
6. Les révolutions du PMSI et de la T2A: bilans et perspectives , <i>Christophe Segouin, Pierre-Henri Bréchat, Louis Lebrun, Fatiba Sabraoui</i>	212
La médicalisation de l'information: support d'une politique d'allocation de ressources	212
Une révolution en cours relative au financement des établissements de santé: la tarification à l'activité ou T2A	214
Nouvelles missions des médecins (de santé publique) chargés du PMSI	218
Conclusion	222
7. Évaluer les performances hospitalières , <i>Pierre Lombrail, Leila Moret, Sophie Ferreol, Nathalie Surrer, Daniel Antoniolli, Jean Pascal, Hélène Abbey</i>	224
8. Économie de la santé et médecin de santé publique , <i>Alain Bérard, Dominique Bertrand</i>	227
La science économique appliquée à la santé et l'économie de la santé	228
L'économie de la santé et l'éthique.....	236
Le médecin et l'économiste de la santé.....	237
9. Comment faire de la prévention? , <i>Jean Ferrières</i>	240
Introduction	240
La théorie de la prévention	240
La pratique de la prévention primaire.....	243

La consultation de l'aptitude physique du senior : un moyen de diminuer les hospitalisations après 50 ans, <i>Pierre-Henri Bréchat, Alain Bérard, Thomas Vogel, Christophe Segouin, Dominique Bertrand, Jean Lonsdorfer, Marc Berthel</i>	248
10. Les difficultés de la politique alcool en France, <i>Dominique Martin</i>	251
La situation	251
La politique de lutte contre l'alcoolisme en France	261
Les perspectives	275
11. L'environnement, un champ d'avenir pour les médecins de santé publique, <i>Joëlle Le Moal</i>	287
Un sous-investissement historique des médecins dans le domaine environnemental	288
Naissance du besoin social	288
Une démarche d'investigation scientifique qui se cherche	289
La légitimité scientifique de la médecine environnementale	291
L'approche du troisième type : par pathologies	292
Vers une nouvelle discipline	293
Un double exercice possible	293
Parmi les actions du Plan national santé environnement	294
12. La sécurité sanitaire, <i>Danièle Illef</i>	296
Un contexte historique récent	296
Un contexte historique récent, doublé d'un contexte social particulier	297
Dans ce contexte, une organisation en évolution	298
Les points positifs de cette évolution	300
Les grands défauts de l'organisation actuelle	300
Que proposer ?	302
Conclusion	303
13. L'engagement d'une politique de santé publique pour le développement de l'offre de soins palliatifs et de la démarche palliative en France, <i>Aude Le Divenah</i>	305
Historique	305
La loi du 9 juin 1999	306
Les textes (décrets et circulaires) parus après la loi du 9 juin 1999	307
Définitions	307
Quels sont les besoins en France ?	308
Marche engagée vers une réponse aux besoins de soins palliatifs	309
Perspectives : la dynamique pour assurer le développement des structures de soins palliatifs d'ici fin 2007	311
L'engagement des médecins de santé publique dans la politique de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement	324
Conclusion	325
14. La santé passe par la dignité, <i>François-Paul Debionne</i>	328
Au Conseil de l'Europe, une approche de la santé qui rejoint l'expérience des OING	328
Des risques importants d'aggravation des écarts entre les valeurs affirmées et les pratiques organisationnelles ou professionnelles	329
Des recommandations internationales à faire fructifier dans chaque pays	330
Des propositions pour les réflexions à poursuivre	330
15. Médecins inspecteurs au sein des pôles de santé publique de la justice, <i>Frédéric Berteau et Brigitte Maigret</i>	332
Mise en place des pôles santé publique	332
Le rôle du médecin inspecteur	333
Des fonctions en cours d'évolution	334
En conclusion	334

16. Médecins scolaires et santé publique, <i>Liliane Bouvier</i>	335
Bilans.....	337
Prévention.....	339
17. Les médecins conseils: des médecins de santé publique, <i>Benoît Crochet, Dominique Bertrand, Claudine Blum-Boisgard</i>	347
Définition et missions du médecin conseil d'assurance maladie.....	347
La participation des médecins conseils à la santé publique.....	348
18. Médecins territoriaux, santé publique et personnes âgées, <i>Claudine Guérin-Bel</i>	351
Prise en charge de la dépendance et construction d'une politique de santé publique pour la population âgée	352
Le médecin territorial	356
Conclusion	362
19. L'Europe de la santé publique : quels acteurs pour quels enjeux?, <i>Yves Charpak</i>	364
De quelle santé publique parlons-nous?.....	364
Quelques challenges de santé publique en Europe	365
En conclusion	369
20. Globalisation : quel impact sur la prise en charge des soins ? La place des médecins de santé publique, <i>Christophe Segouin, Pierre-Henri Bréchat, Stéphane David</i>	370
Les conséquences de la globalisation des échanges	371
Une nouvelle facette de la globalisation : l'externalisation (<i>outsourcing</i>) des prestations de service	374
Quel scénario pour le futur et quel rôle pour les médecins de santé publique ?	378
Conclusion	380
21. Les médecins inspecteurs de santé publique et l'international : parcours croisés et diversité des expériences, <i>Georges Salines, Michel Belec, Sixte Blanchy, Thierry Brigaud, Jean-Loup Chappert, Francis Charlet, Henri Dubois, Emmanuel Forichon, Françoise Marquis, Michel Marquis, Bernard Montaville, Michelle Ooms, Anne Pinteaux, Guy Terrier, Frédéric Tissot, Chantal Trenoy</i>	382
22. Formation et qualification en santé publique. Quelques réflexions à partir de la situation des médecins inspecteurs de santé publique, <i>Béatrice Broche, Jacques Chaperon, Jacques Raimondeau</i>	439
La problématique	439
Santé publique et internat qualifiant	440
Pour atteindre l'objectif initial, deux voies possibles	441
Les perspectives	443
23. À propos de la recherche en santé publique, <i>Gwenaëlle Vidal-Trécan et Alain Grand</i>	446
Conclusion, <i>Dominique Bertrand, Gwénaëlle Vidal-Trécan, Renée Pomarède</i>	452