

Ignazio Cassis, conseiller national et vice-président de la FMH, a été médecin cantonal au Tessin de 1996 à 2008. Avec le publiciste Ivo Giulietti, il a présenté en 2009 son livre, rédigé en italien: «Il Medico Cantonale. Dalla sua istituzione ai giorni nostri 1924–2008».

Les trois premiers chapitres de l'ouvrage décrivent l'évolution de la santé publique au Tessin de 1803 à 1924, ainsi que l'histoire des cinq médecins cantonaux qui se sont succédé à cette fonction depuis 1924. Ces chapitres sont une source inestimable de documents historiques captivants qui, à part les spécialistes, s'adressent cependant surtout à un public régional étant donné leur contenu spécifiquement cantonal.

En revanche, les chapitres 4 et 5, de portée «supracantonale», ainsi que la préface du Prof.

Thomas Zeltner, directeur de l'Office fédéral de la santé publique de 1991 à 2009, devraient intéresser un large public. Nous présentons aux lecteurs du Bulletin des médecins suisses une traduction française* de ces chapitres en deux parties. La préface et le chapitre 4 du livre ont paru dans le numéro précédent du BMS.

Le chapitre 5, une introduction au thème de la santé publique, figure dans la deuxième partie ci-après. Cette partie décrit également les points d'interaction entre le médecin cantonal et les autres professions de la santé publique.

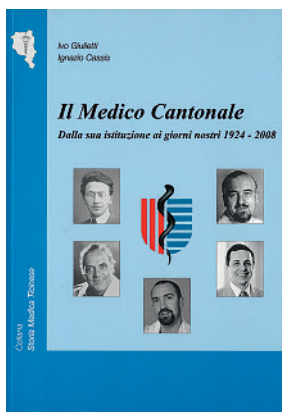
La rédaction

* La traduction française de l'introduction et des chapitres 4 et 5 de l'ouvrage a été rendue possible par un financement de Sanofi et de Merck Sharp & Dohme-Chibret. Les auteurs et la rédaction remercient ces deux entreprises de leur généreux soutien.

La santé publique

Ignazio Cassis

Conseiller national
et vice-président de la FMH



Ivo Giulietti, Ignazio Cassis
Il Medico Cantonale
Dalla sua istituzione
ai giorni nostri 1924–2008.
Taverne: Storia Medica
Ticinese; 2009.
240 pages. 48 CHF.
ISBN 978-88-902131-5-9

Correspondance:
Dr. Ignazio Cassis
FMH
Elfenstrasse 18
CH-3000 Berne 15

ignazio.cassis@parl.ch

Le médecin cantonal veille principalement au bon fonctionnement du système de santé, défini comme l'ensemble des structures et services affectés au soin des patients. Mais ce n'est pas tout. Au Tessin comme dans d'autres cantons, des activités toujours plus nombreuses sont initiées en faveur de la santé, de sa promotion et de la prévention des maladies; des activités menées généralement en collaboration avec d'autres services de l'Etat et des organisations non gouvernementales (ONG).

Entre l'individu et la collectivité

Dans le domaine de la santé dite «publique», le qualificatif de «public» s'oppose moins à celui de «privé» qu'à celui d'«individuel». La toute-puissance de la technologie médicale, qui s'est développée avec la découverte de nombreux médicaments et instruments diagnostiques efficaces, notamment dans les décennies qui ont suivi la seconde guerre mondiale, a profondément transformé la culture de la médecine, reléguant au second plan sa dimension sociale, collective, sa dimension «publique», justement. C'est ainsi que nous avons cultivé pendant quelques dizaines d'années le rêve de la pilule miracle, capable de résoudre sans peine n'importe quel problème de santé de l'individu. Il a fallu attendre la fin du XX^e siècle, avec l'apparition de nouveaux fléaux de l'humanité comme le SIDA, l'émergence des troubles mentaux et l'augmentation des maladies chroniques dégénératives et cancéreuses associées à une mauvaise alimentation, à l'obésité, au tabagisme et au manque d'activité physique, pour voir renaître la dimension collective, publique, de la médecine. Peu à peu, les pays occidentaux ont pris conscience que l'état de santé de la population était important pour leur économie

comme pour leur développement. La santé a alors acquis une dimension politique sans précédent.

Mais quel lien y a-t-il entre la médecine individuelle et la médecine sociale et collective, ou plus simplement, la «santé publique»? Entre le lien qui unit ces différentes perspectives et la barrière qui les divise, quel est le plus fort? Pour répondre à ces questions, il faut remonter au XIX^e siècle, quand la notion d'«hygiène» qui prévalait alors, s'est vue évincée au profit de la théorie innovante du «germe», favorisée par le développement spectaculaire de la microbiologie médicale. Alors que le champ d'action de l'hygiène était la communauté, la microbiologie (tout comme la physiopathologie et la toxicologie, dont l'essor remonte à la même époque) ciblait l'individu, pour lequel elle recherchait des solutions définitives en traquant les causes internes de la maladie. Le contrôle des maladies – pensait-on – ne dépendait dès lors plus que de la capacité d'expliquer le mécanisme inhérent à leur développement. La microbiologie privilégiait en définitive l'approche «microéconomique» des maladies, au détriment de l'approche «macroéconomique» propre à la discipline de l'hygiène [1]. Pourtant, les résultats de la microbiologie médicale ne contredisaient pas ceux de l'hygiène, que la mise en évidence d'un agent microscopique ne faisait que confirmer [2]. Mais dans les faits, il en est résulté une sorte de schisme interprétatif qui a marqué tout le XX^e siècle en modifiant les perspectives d'acquisition des connaissances médicales [3].

Ayant abandonné le thème fondateur de l'hygiène, la médecine du XX^e siècle a progressivement éludé la «question sociale», qui lui était pourtant intrinsèquement liée. En concentrant son attention sur le fonctionnement des maladies et le rapport avec

l'individu malade, la médecine a négligé la communauté en tant que territoire d'observation et d'intervention. On peut même affirmer que l'action sociale en est venue à s'opposer à l'intervention individuelle et vice-versa.

La santé

Le besoin de récupérer cette dimension sociale ou publique s'est toutefois clairement manifesté en 1948 avec la création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'agence spécialiste de la santé de l'Organisation des Nations Unies (ONU). Celle-ci a pour mission de diriger et de coordonner les interventions dans le domaine sanitaire au niveau international et d'aider tous les peuples à atteindre le «niveau de santé le plus élevé possible». Pour la première fois, le facteur «santé» était donc au centre d'une vision politique internationale en tant qu'instrument de croissance, de prospérité et de paix. Pour la première fois au XX^e siècle, la «question sociale» de la médecine était récupérée par les institutions. Il a fallu toutefois attendre encore quelques décennies avant de disposer de concepts clairs et de moyens adéquats pour rendre cette vision opérationnelle dans le monde moderne.

Un premier pas important a été franchi avec l'inscription de la définition de la santé dans la Constitution de l'OMS du 7 avril 1948 (encadré 1). C'est pourquoi le 7 avril a été déclaré Journée mondiale de la santé.

La portée de cette définition est vaste et dépasse la valeur des mots. Par cette définition, l'OMS affirme clairement que l'amélioration de l'état de santé de la population mondiale requiert une action qui dépasse la seule lutte contre les maladies (niveau médical) et doit s'étendre aux niveaux politique, économique, social et éthique. Son caractère révolutionnaire a toutefois été relégué au second plan par l'urgence d'améliorer le niveau de vie en ces années de frénésie économique de l'immédiat après-guerre. Deux éléments essentiels de cette nouvelle vision commencent toutefois à se mettre en place dès les années 50:

- pour la première fois, les autorités doivent définir activement une politique sanitaire et en assumer directement la responsabilité;
- pour la première fois, toute la population est mise à contribution. Elle doit participer à l'élaboration de cette politique en définissant ses propres besoins et en imaginant des programmes d'éducation à la santé.

La santé cesse dès lors d'être une affaire strictement individuelle et privée pour devenir un élément stratégique de conduite non seulement du pays, mais de toute la communauté internationale (encadré 2). C'est ainsi que se développe le concept de «santé publique».

Mais qu'est-ce exactement que la santé publique? Pour le comprendre, il faut d'abord parler de la santé. La santé et la maladie ne sont pas des concepts dis-

tincts ni bien délimités, leur définition varie en fonction de l'individu et de sa culture environnante. La vie humaine est un long parcours fait de périodes de bonne santé entrecoupées de maladies. La limite entre santé et maladie change en permanence, la subjectivité et le contexte culturel de l'individu intervenant pour une grande part dans la perception de

Encadré 1

Définition de la santé; OMS, 1948.

Santé

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Encadré 2

Principes de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (RS 0.810.1).

- La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.
- La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats.
- Les résultats atteints par chaque Etat dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.
- L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.
- Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.
- L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.
- Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.
- Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

son état. Ainsi, un même état de santé objectif sera perçu comme sain ou maladif selon les personnes et les régions.

La santé dépend de très nombreux facteurs; la vie nous le rappelle chaque jour. Un seul peut suffire à nous rendre malade: une infection, un trouble car-

«maladie» au sens strict. Elle est aussi, fondamentalement, un mal de vivre. Notre impuissance à faire face à ce mal de vivre est en décalage croissant avec les désirs de toute-puissance que nous avons projetés dans la médecine. C'est ce que nous appelons communément la «médicalisation de la vie». Le rêve de la «pi-

Pour la première fois, le facteur «santé» était donc au centre d'une vision politique internationale en tant qu'instrument de croissance, de prospérité et de paix.

diac ou circulatoire, une tumeur, une allergie, mais aussi un litige, des problèmes financiers, la perte de son emploi ou d'un être cher, la solitude, la pollution, le manque d'eau potable, l'absence de sécurité sociale, ou encore un déficit ou un excès alimentaire. Nous nous sentons mal: subjectivement, notre santé est atteinte. Mais toute cette souffrance n'est pas une

lule miracle» est si séduisant que nous finissons par solliciter l'aide du médecin et, partant, de la médecine, pour tous les petits bobos de la vie. Le médecin peut guérir l'infection, soulager la maladie dégénérative, soigner l'allergie ou encore accompagner un malade en fin de vie. Mais il ne peut pas faire revivre les morts, nous donner un nouvel emploi, réduire le nombre d'accidents de la route, prescrire une hausse de salaire ou une meilleure harmonie au travail. Il lui est en outre très difficile d'influencer notre mode de vie, qu'il s'agisse de nos habitudes alimentaires, de la consommation de substances psycho-actives (tabac, alcool, etc.), des activités physiques ou de la vie sociale. Le médecin est à notre écoute, nous offre son soutien et peut nous accompagner dans notre parcours, mais ne peut pas résoudre à notre place les problèmes de la vie. La santé, nous l'avons vu, est donc un problème extraordinairement complexe et son interprétation éminemment subjective [4].

Figure 1

Les facteurs déterminants de la santé.

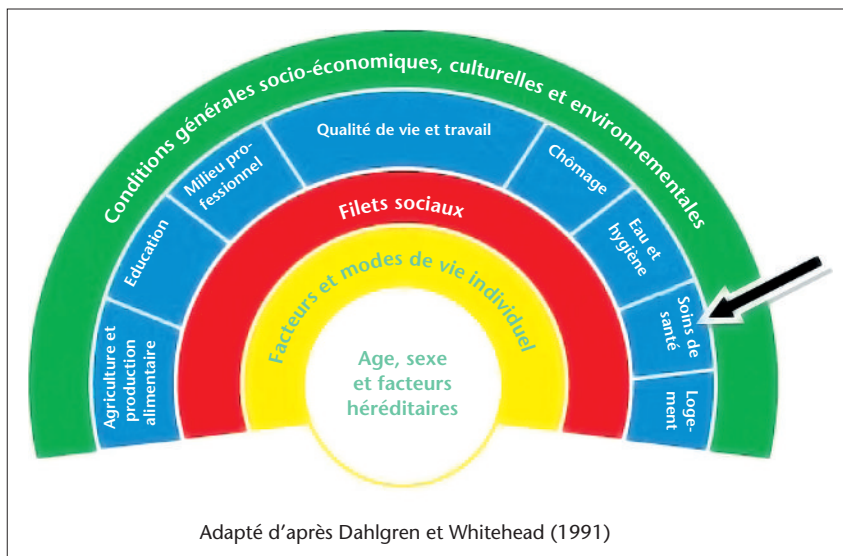


Tableau 1

Les facteurs déterminants de la santé.

Non modifiables	Sociaux et économiques	Environnementaux	Mode de vie	Accès aux services
Gènes	Pauvreté	Qualité de l'air	Alimentation	Éducation
Sexe	Emploi	Logement	Activité physique	Système de santé nationale
Vieillesse	Exclusion sociale	Qualité de l'eau	Tabagisme	Services sociaux
		Services sociaux	Alcool	Transports
			Comportement sexuel	Loisirs
			Drogues	

Les facteurs déterminants de la santé

L'état de santé d'un individu – par extension – d'une communauté ou une population est donc influencé par de nombreux facteurs. Ces «facteurs déterminants de la santé» sont présentés dans la figure 1 et le tableau 1.

L'accès à des soins de qualité (flèche à droite dans la figure) est certes un important facteur déterminant, mais n'est pas celui qui influence le plus l'état de santé d'une personne ou d'une population. L'instruction, la sécurité sociale, le logement, un cadre de vie sain, le filet social, le mode de vie, etc. ont même davantage d'impact.

Mais entre les comportements individuels et le contexte politique, socio-économique et culturel, qu'est-ce qui compte le plus? Le débat n'est pas que théorique et conceptuel, car ses conclusions ont un impact sur la politique sanitaire d'une nation et les stratégies de promotion de la santé et de prévention.

La «santé communautaire»

A partir des années 60, les universités anglo-saxonnes (USA, Canada, UK) – grâce à une mobilisation considérable de ressources humaines et financières – ap-

portent une importante contribution conceptuelle à la vision de la santé telle qu'ancrée dans la charte de l'OMS. C'est dans ces années que se développe la notion de «santé communautaire», une sorte de notion intermédiaire qui aboutira plus tard à celle, plus vaste, de santé publique (encadré 3). En Suisse, pourtant, cette notion reste ignorée ou n'est adoptée que très partiellement, surtout dans le milieu médical. En effet, les facultés de médecine des universités de Lausanne et de Genève créent chacune un Dépar-

D'un côté, la représentation identitaire du médecin – et de l'autre, l'Etat, qui a pour mission de garantir le financement du système de santé.

tement de santé et médecine communautaire (community medicine), qui réunit plusieurs institutions du secteur extrahospitalier (poli-clinique de médecine interne, médecine légale, médecine du travail, médecine sociale et préventive, etc.).

Les principaux objectifs de la médecine communautaire sont les suivants [6]:

- prévenir les épidémies et la transmission des maladies infectieuses;
- prévenir les maladies chroniques endémiques et réduire leurs conséquences;
- prévenir les accidents et les traumatismes en promouvant des comportements favorables à la santé;
- protéger la population contre les risques environnementaux;
- organiser la réponse des services de santé aux catastrophes et désastres naturels (et prévenir ces événements);
- garantir la qualité des services et structures sanitaires, y compris leur accessibilité;
- développer et gérer des systèmes de contrôle des produits et activités en relation avec la santé des individus;
- gérer le développement (planification, mise en place, évaluation) des services de santé et des ressources financières, humaines et technologiques affectées à la santé de la population.

Grâce aux recherches universitaires sur les facteurs de risque pour la santé, à l'évaluation rigoureuse des programmes sanitaires conçus et mis en pratique dans quelques pays (notamment anglo-saxons) et à la création de nouvelles professions dans le secteur «santé et médecine communautaire», un mouvement sanitaire se développe ainsi, à partir des années 70, qui fait de la communauté son territoire d'observation et d'intervention. Entre-temps, forte de ses progrès spectaculaires, la médecine est toujours plus centrée sur l'individu: les deux approches – individuelle et collec-

tive – s'écartent toujours davantage. Des incompatibilités idéologiques et des conflits se font jour. S'opposent donc, d'un côté, la représentation identitaire du médecin – basée sur l'image du professionnel qui revendique une totale autonomie au nom de la libre entreprise et agit selon une logique propre à son métier – et de l'autre, l'Etat, qui a pour mission de garantir le financement du système de santé et (idéalement) de mettre en œuvre des politiques dont les facteurs déterminants de la santé sont les éléments charnières. Un choc des concepts jamais vraiment exprimé, mais plutôt vécu viscéralement dans quelques manifestations indirectes comme la gestion du pouvoir et le souci des acquis professionnels et des privilèges.

Dans les années 70 et 80, on assiste parallèlement à une montée de l'inquiétude relative à la hausse rapide des coûts du système de santé, la fameuse «explosion des coûts de la santé». Les Etats se mettent de plus en plus à assumer eux-mêmes des fonctions centrales dans la politique de santé, fonctions jusqu'alors presque toujours confiées à des représentants du corps médical. A partir des années 70, de nombreux cantons adoptent des lois sur la santé savamment élaborées et le monde hospitalier devient un important secteur économique, souvent géré directement par l'Etat. Les logiques professionnelles se heurtent aux logiques technocratiques et politiques: c'est la guerre ouverte, qui a pour objet les causes et conséquences de l'augmentation des coûts de la santé et, surtout, son financement.

Dans l'intervalle, on constate – notamment au niveau international – un renforcement de la notion de santé publique et des velléités de démocratiser la gestion de la santé et des services qui en dépendent. Un pilier important de ce projet est la déclaration

Encadré 3

Définition de la «médecine communautaire».

La médecine communautaire (community medicine, médecine sociale et préventive [5]) est la discipline médicale qui traite de la préservation et de l'amélioration de la santé de la population. Il s'agit en somme de la partie de la santé publique dont les interventions se fondent sur les connaissances biomédicales.

La médecine communautaire crée, développe et utilise les connaissances et les techniques nécessaires à la réalisation et à la gestion des interventions thérapeutiques ou préventives adaptées aux besoins de santé de la population.

Les activités de la médecine communautaire comprennent la promotion de la santé, la gestion de la qualité et l'évaluation des interventions médicales dans la population et chez les patients.

d'Alma-Ata du 12 septembre 1978 [7] (fig. 2). Celle-ci affirme d'une part le droit et le devoir de tout individu et collectivité à participer au développement de politiques sanitaires et de programmes pour la santé, et exige d'autre part de chaque État qu'il garantisse à chaque citoyen, quelle que soit sa condition économique, des services de santé primaires – promotion de la santé, éducation à la santé, prévention, soin, réadaptation – «à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement et dans un esprit d'autoresponsabilité et d'auto-détermination» (art. VI).

Les professionnels de la santé publique

La déclaration d'Alma-Ata a un impact international considérable et confère aux États un rôle majeur de garant de l'accès universel aux soins de santé primaires à des coûts supportables pour la communauté. Cette «étatisation» croissante ne plaît toutefois guère aux corporations médicales, qui assurent depuis des siècles l'organisation du service de santé.

Ce rôle accru de l'État dans le développement et la gestion des systèmes de santé se manifeste aussi par le besoin des administrations de disposer d'un nombre toujours plus important de professionnels des systèmes de soins et de santé publique. Comme ailleurs, ce besoin a fait naître en Suisse, vers la fin des années 80, une offre de formation en santé publique promue financièrement par la Confédération. Cette formation, qui s'articule autour d'approches pédagogiques diverses, est offerte en français depuis 1990 par l'université de Genève (Diplôme de santé publique,

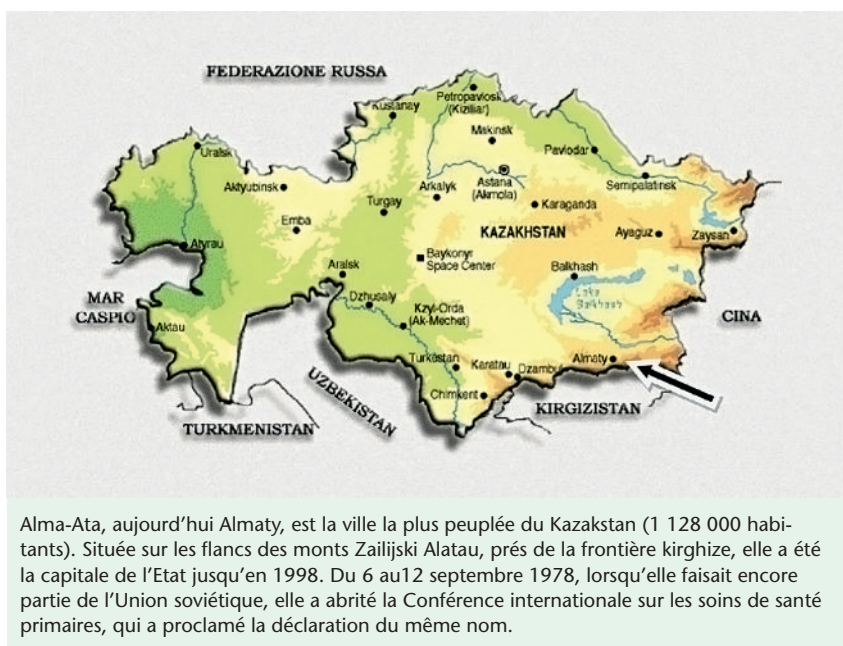
aujourd'hui Master of Advanced Studies en Santé publique) [8] et en allemand depuis 1992 dans le cadre d'un projet commun des universités de Berne, Bâle et Zurich (Interuniversitärer Weiterbildungsstudiengang Public Health, aujourd'hui Master of Public Health). Le besoin en professionnels de la santé publique croît rapidement dans les administrations publiques et les organisations non gouvernementales, si bien que dès le 7 mai 1986, la Fédération des médecins suisses (FMH) offre elle-même une spécialisation appropriée dans ce domaine (fig. 3).

Cette professionnalisation des «opérateurs de la santé publique» a d'importantes répercussions, aussi bien d'ordre pratique que psychologique et conceptuel. D'un côté, il existe désormais des spécialistes en santé publique, des médecins qui n'exercent pas d'activité clinique classique (en blouse blanche) mais ont pour «patient» la population, des médecins qui s'occupent de la collectivité plus que de l'individu en adhérant aux préceptes de l'épidémiologie et de la santé publique. De l'autre côté, une époque s'achève où le médecin cantonal représentait la seule institution investie de compétences en matière de santé au sein de l'administration publique: dès le début des années 90, il est de plus en plus souvent accompagné, sinon dirigé, par une équipe d'économistes, de juristes, de politologues et de sociologues spécialisés en santé publique. La logique professionnelle du médecin doit alors composer avec celle d'autres professions: c'est ensemble qu'elles fournissent au gouvernement les éléments conceptuels nécessaires à la mise en place d'une politique sanitaire idéalement basée sur les principes de la santé publique. En Suisse, ce processus est mené avec un succès variable selon les traditions cantonales. Quoiqu'il en soit, il est clair qu'un demi-siècle après la nouvelle définition de la santé par l'OMS, une nouvelle culture de la santé prend forme et commence à inspirer les décisions politiques.

La promotion de la santé

La définition de la santé publique en vigueur doit sa version actuelle à la contribution d'un nouvel événement international, qui introduit la notion de «promotion de la santé» (encadré 4). Il s'agit de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, réunie à Ottawa (Canada) du 7 au 21 novembre 1986 pour répondre à un appel généralisé toujours plus pressant en faveur d'un nouveau mouvement mondial pour la santé. La discussion porte principalement sur les besoins des pays industrialisés, sans pour autant négliger le reste du monde. Sur la base des progrès enregistrés grâce à la «Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires», ainsi que du document de l'OMS sur une «stratégie de la santé pour tous», la conférence entreprend une définition encore plus large de la santé publique, baptisée «New Public Health» (nouvelle santé publique).

Figure 2
Alma-Ata, Kazakstan.



Alma-Ata, aujourd'hui Almaty, est la ville la plus peuplée du Kazakstan (1 128 000 habitants). Située sur les flancs des monts Zailiiski Alatau, près de la frontière kirghize, elle a été la capitale de l'État jusqu'en 1998. Du 6 au 12 septembre 1978, lorsqu'elle faisait encore partie de l'Union soviétique, elle a abrité la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, qui a proclamé la déclaration du même nom.

Figure 3

Titre de spécialiste FMH en prévention et santé publique.

Separatdruck Tirage à part		Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Toronto
Titre de spécialiste FMH en prévention et santé publique		
Programme de formation postgraduée	1. Durée et répartition de la formation postgraduée	
La formation postgraduée en vue du titre de spécialiste FMH en prévention et santé publique doit permettre au médecin d'acquérir les connaissances et aptitudes requises, en médecine sociale et préventive, pour exercer sous sa propre responsabilité une activité médicale axée sur la santé de la population.	Formation globale: 5 ans répartis de la manière suivante: 1.1. 2 ans de formation en tant qu'assistant en clinique (responsable de patients dans une unité de soins) dans des établissements de formation reconnus, dont 1 an au moins dans des services cliniques d'hôpitaux régionaux ou de district en Suisse;	
<small>Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri Band 67, 1986, Heft 16 7.5.86</small>		

La Conférence adopte une déclaration, la «Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé» (Ottawa Charter for Health Promotion). La déclaration confère aux gouvernements une responsabilité intersectorielle en matière de santé: la promotion de la santé va au-delà des simples soins médicaux ou de la suggestion de modèles de vie plus sains. Elle porte le problème à l'attention des décideurs dans tous les secteurs et à tous les niveaux, les invitant à être pleinement conscients des conséquences pour la santé de toutes leurs décisions. La santé devient alors une préoccupation constante dans la réalisation de toutes les politiques sectorielles telles que la politique environnementale, économique, des transports, du logement, de l'énergie, etc. Le terme de «politique générale de promotion de la santé» fait son apparition.

La Charte reprend les facteurs déterminants de la santé: la paix, un toit, l'instruction, de quoi manger, un revenu, un écosystème stable, la continuité des ressources, la justice et l'équité sociale. La Charte affirme et renforce le concept en vertu duquel la santé est un bien essentiel au développement social, économique et personnel de l'individu et constitue un élément fondamental de la qualité de vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, ambiants, comportementaux et biologiques peuvent favoriser la santé comme ils peuvent lui porter atteinte. L'action de promotion a pour but de les infléchir dans un sens favorable au moyen d'une intense campagne de sensibilisation.

La promotion de la santé aspire avant tout à une santé équitable pour tous. Son intervention vise à réduire les différences criantes de niveau de santé entre les couches sociales actuelles en offrant à tous des chances et des ressources égales pour atteindre le potentiel de santé maximum. Ceci comprend: un enracinement solide dans un milieu accueillant, l'ac-

cess aux informations, les facultés nécessaires à la vie, la possibilité de faire des choix judicieux pour sa santé personnelle. On ne saurait atteindre le maximum du potentiel de santé si l'on n'a pas le contrôle sur tout ce qui la détermine: ceci vaut dans une même mesure pour les femmes comme pour les hommes.

La santé publique

La Charte d'Ottawa représente par conséquent une référence indispensable pour la nouvelle définition de la santé publique (encadré 5).

La santé publique a pour objectif de caractériser l'état de santé de la population humaine, de décrire la distribution actuelle et future des maladies et de ce qui les détermine, ainsi que de définir l'organisation et la planification de services aptes à protéger la santé de la population. Ceci inclut, entre autres, les services de promotion de la santé, les services de soin et de prévention des maladies, les services d'observation épidémiologique ainsi que les services chargés d'évaluer l'efficacité et l'efficacité des interventions sanitaires [12]. La santé publique est donc à tous égards une activité interdisciplinaire. En dernière analyse, le concept de santé publique est lié à celui, plus général, de justice sociale.

Entre santé publique et politique sanitaire

Mais si la santé publique est synonyme de justice sociale, en quoi diffère-t-elle de l'action politique visant à l'instauration d'une meilleure justice sociale?

En premier lieu dans la méthode. La santé publique est construite à partir d'une gestion rigoureuse de la pensée, qui prend sa source dans la méthode scientifique [13]. Le concept d'«Evidence Based Public Health» – ou de santé publique «fondée sur des preuves d'efficacité» (on dit aussi «factuelle») – ne laisse pas de place à l'improvisation ni à l'émotivité et comprend le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes et de politiques efficaces par l'application du raisonnement scientifique et l'emploi systématique des données et des modèles de

Encadré 4

Définition de la promotion de la santé.

La promotion de la santé peut se définir comme le processus qui permet aux individus de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer. Pour atteindre un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu ou le groupe doivent être en mesure d'identifier et de réaliser leurs aspirations, de satisfaire leurs besoins, de modifier leur environnement ou de s'y adapter. La santé est vue ainsi, non comme un objectif de vie, mais comme une ressource pour la vie quotidienne: un concept positif qui met en exergue les ressources sociales et personnelles, au-delà des seules capacités physiques.

Encadré 5

Définitions de la santé publique [9] (Public Health).

La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le biais d'une action collective concertée [10].

La santé publique est un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé [11]

programmation. La santé publique se fonde donc sur diverses disciplines scientifiques comme l'épidémiologie, la prévention, l'économie et la sociologie de la santé, etc.

La politique sanitaire est avant tout une politique. Et la politique est pour Bismarck «l'art du possible», et pour Galbraith, «le choix entre le désastreux et le désagréable». Sur Wikipedia, il est dit que la politique est «l'activité humaine, exercée au sein d'une collectivité, dont le but final est d'influer sur la distribution des ressources matérielles et immatérielles par la conquête et la conservation du pouvoir». Toutes ces

de santé publique – devrait être de promouvoir la santé individuelle et collective:

- en garantissant à toute la population un accès équitable aux informations, aux prestations et aux services (de prévention, de diagnostic, de soins et de réhabilitation), adapté aux besoins de santé, à des coûts supportables pour l'individu et la société, compte tenu des ressources disponibles (Déclaration d'Alma-Ata);
- en entreprenant une action intersectorielle favorisant la mise en place de conditions éco-socio-économiques bénéfiques pour la santé (Charte d'Ottawa).

Si les contenus de la première partie de cet objectif sont assez largement partagés, ceux de la seconde partie, qui font référence à la mise en œuvre d'une action politique «intersectorielle», demeurent encore largement incompris ou sont perçus comme des vœux pieux sans réelle portée pratique. Pourtant, le mouvement international pour la santé, qui a pris naissance voici plus de 50 ans avec la constitution de l'OMS, pousse vraiment dans cette direction.

L'absence d'une vraie politique sanitaire en Suisse est due pour une part au fédéralisme helvétique, qui a pour effet de brouiller les responsabilités dans le domaine de la santé en les diluant sur deux niveaux institutionnels (fédéral et cantonal), ce qui empêche une bonne gouvernance [16]. D'un côté, en effet, la Confédération dicte les lois sur les assurances sociales

Il existe désormais des spécialistes en santé publique, des médecins qui n'exercent pas d'activité clinique classique (en blouse blanche) mais ont pour «patient» la population.

définitions suffisent à montrer combien la définition même de la politique est malléable et à quel point son action, par conséquent, échappe à la rigueur méthodologique applicable à la santé publique. Cette divergence épistémologique représente déjà une première grande différence entre politique sanitaire et santé publique.

En Suisse, le terme de «politique sanitaire» est utilisé presque exclusivement au sens de «politique de gestion du système des soins de santé» ou de «politique de contrôle des coûts de la santé» ou encore de «politique de la LAMal» [14]. Les acteurs politiques de la santé au niveau fédéral et cantonal se concentrent surtout sur le système de soins. Ce qui nous manque, par contre, c'est une vision globale, une véritable politique de santé (qui intègre bien entendu aussi le secteur des soins). Une telle politique devrait être centrée sur les besoins de la population et non sur ceux des services de santé [15]. L'objectif d'une véritable politique sanitaire – que nous appellerons politique

dans les domaines de la maladie, de l'accident et de l'invalidité, définissant l'essentiel des flux financiers, tandis que de l'autre, les cantons restent souverains en matière de politique structurelle des soins de santé, car c'est à eux qu'incombe de garantir l'accès de toute la population à des services et structures de qualité. Les politiques de prévention et de promotion de la santé sont également des compétences cantonales [17].

De fait, une tentative a eu lieu en 1998 d'aboutir par la voie politique à l'instauration d'une politique de santé nationale. Le Département fédéral de l'Intérieur, d'entente avec la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé, mit en route un projet de «Politique nationale suisse de la santé» qui n'eut toutefois pas le succès escompté et fut intégré le 15 décembre 2003 dans une plate-forme de dialogue permanent entre la Confédération et les cantons, certes utile, mais dont l'impact reste modeste.

Mais le fédéralisme n'est pas le seul obstacle à une véritable politique sanitaire. L'absence d'une culture

de santé publique chez les responsables politiques et, dans une large mesure, chez les dirigeants des administrations publiques, en est un autre. Il est en effet difficile de traduire en actes ce qu'on ne connaît pas. Il faudra encore du temps pour qu'une telle culture soit suffisamment ancrée dans les esprits pour influencer les choix politiques. Les coûts croissants du système de santé, désormais dépassant les 60 milliards de francs par an (8000 francs par habitant), représentent cependant un fardeau qui ne peut plus être éludé: Les ressources financières du pays, bien

individuels égale-t-elle la santé du «public»? Question légitime et pourtant trompeuse, à laquelle on ne peut répondre qu'en partie par l'affirmative. En effet, à la santé additionnée des individus d'une population, il faut ajouter un «méta-élément». En effet, l'individu ne peut pas prendre lui-même toutes les mesures pour renforcer et protéger sa santé: il dépend pour cela des choix de société. Certes, le citoyen a une grande responsabilité dans la gestion du «capital de santé» qu'il reçoit à la naissance et il doit se garder de l'illusion de pouvoir déléguer cette tâche à des tiers: cela ferait

Ce qui nous manque c'est une vision globale, une véritable politique de santé (qui intègre bien entendu aussi le secteur des soins).

qu'abondantes, sont plus que jamais mises à l'épreuve et toujours plus nombreux sont ceux – y compris dans la classe politique – qui émettent des doutes quant à la pertinence de ce poste de dépense. Les instances politiques, dont on attend une allocation judicieuse des ressources, devront rapidement se poser la question si l'investissement consenti porte vraiment ses fruits en termes de santé individuelle et collective, ou s'il ne faudra pas intégrer le tout dans une véritable politique sanitaire capable d'offrir une vision globale et organique des actions et programmes lancés et d'en mesurer l'impact.

En résumé, la santé publique et la politique sanitaire présentent non seulement des différences de méthode, mais aussi de perspective. Le tableau 2 en donne un aperçu.

Conclusions

Le travail du médecin cantonal a beaucoup évolué durant la seconde moitié du XX^e siècle, vu qu'en plus de son activité traditionnelle de lutte contre les maladies, notamment contagieuses, celui-ci a dû se plier à ces mouvements culturels et procéder

de lui un assisté, un parasite. Force est toutefois de reconnaître que les choix collectifs jouent un rôle fondamental dans sa capacité d'assumer ses responsabilités. A quoi serviraient par exemple les campagnes destinées à encourager l'usage du préservatif pour se protéger des maladies sexuellement transmissibles si, dans le même temps, la collectivité ne faisait pas le choix politique de rendre les préservatifs aisément accessibles à un prix abordable? La réciproque est également vraie: l'accès facile aux préservatifs n'implique pas automatiquement qu'ils soient largement utilisés. Et s'ils ne sont pas largement utilisés, ils n'auraient guère d'utilité pour prévenir la transmission de maladies sexuellement transmissibles comme le SIDA.

Ni la responsabilité individuelle (comme le voudrait la droite), ni la responsabilité collective (comme le voudrait la gauche) ne sont toutes-puissantes au point de se passer l'une de l'autre. La solution se trouve dans le juste milieu, dans un mélange soigneusement dosé de responsabilité individuelle et collective (fig. 4).

La solution se trouve dans le juste milieu, dans un mélange soigneusement dosé de responsabilité individuelle et collective.

aux ajustements nécessaires au niveau cantonal. Son action s'inscrit toujours davantage dans un projet global de politique de santé qui continue, non sans peine, de chercher sa voie. Son patient est «le public», une communauté de personnes, et non l'individu.

Un ami m'a posé un jour cette question astucieuse: «Mais la somme des états de santé des patients

Tableau 2

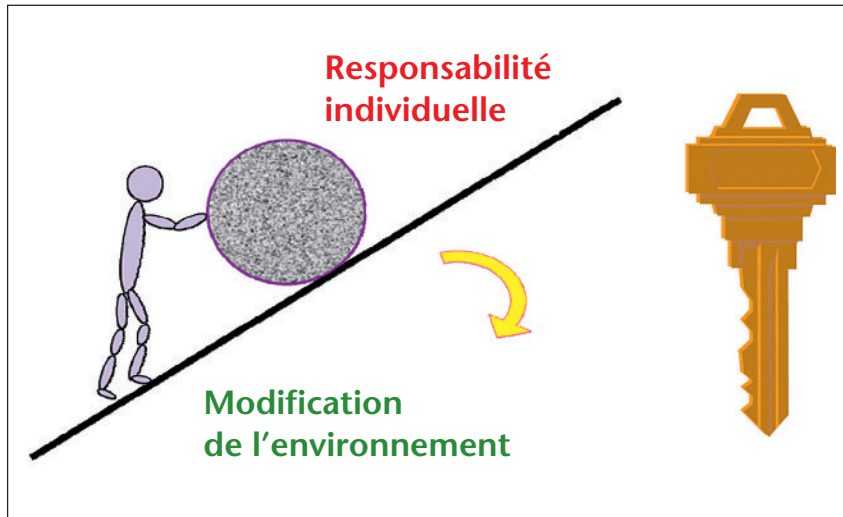
Tableau comparant la santé publique et la politique sanitaire.

Santé publique	Politique sanitaire
Art du souhaitable	Art du possible
Action à long terme	Action à court terme
Longue activité des professionnels	Brève activité des politiciens
Guidée par les faits (evidence based)	Guidée par l'opinion (opinion based)
Action intersectorielle	Action monosectorielle
Solidarité infinie	Solidarité limitée
...	...

Figure 4

Tout individu doit pouvoir assumer sa responsabilité (pousser la pierre), mais la pente sur laquelle la pierre doit être poussée est déterminée par la responsabilité collective. La clé du succès réside dans une combinaison judicieuse des deux types de responsabilités.

(Source: Ruth Bonita, OMS, 2004)



Références

- 1 Paccaud F, Cassis I. Che cos'è la salute pubblica? Tribuna medica ticinese; 2001.
- 2 Vigarello G. Le propre et le sale. Paris: Seuil; 1985.
- 3 White K L. Healing the schism: epidemiology, medicine, and the public's health. New York: Springer; 1991.
- 4 D'où toute la difficulté politique de définir des concepts bien séparés de maladie et d'invalidité sur lesquels construire le système de solidarité nécessaire pour garantir le financement des assurances sociales.
- 5 En Suisse, on utilise la dénomination de «médecine sociale et préventive» (Sozial- und Präventivmedizin) pour désigner les instituts homonymes des cinq facultés de médecine du pays. En revanche, les termes de «médecine de santé publique» ou plus simplement de «santé publique» (ou «Public Health», utilisé même en langue allemande) s'emploient souvent pour définir les organisations actives sur le terrain, comme les services cantonaux ou fédéraux (Office fédéral de la santé publique). Le titre FMH correspondant est «Spécialiste FMH en prévention et santé publique».
- 6 World Health Organization. Functions of Public Health. Geneva, 1996.
- 7 World Health Organization. Declaration of Alma-Ata; 1978 (www.euro.who.int).
- 8 Chastonay Ph, Bastard B. Apprendre la santé publique. Genève: Ed. Médecine & Hygiène; 2009.
- 9 En Suisse, le terme de «santé publique» est utilisé surtout dans le jargon administratif et militaire pour parler du «système de santé», c'est-à-dire du système économique qui produit des prestations de soins de santé.
- 10 Alderslade R. Education policies for training in public health. In: Training in public health. Karlstad: Centre for public health research; 1993.
- 11 OMS, Genève; 1998.
- 12 University of Bristol, Department of Social Medicine. Public Health Medicine; 1997.
- 13 La méthode scientifique est celle typiquement utilisée par la science pour atteindre une connaissance objective, fiable, vérifiable et reproductible de la réalité. Nous l'entendons ici comme «l'ensemble de règles et de moyens qui permet d'établir avec une bonne certitude que l'événement observé n'est pas dû au hasard».
- 14 Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal).
- 15 Domenighetti G. Per una politica di sanità pubblica centrata sui bisogni della popolazione e non su quelli dei servizi. Punto Omega 2/3, Trento; 2000 (www.trentinosalute.net).
- 16 Un article constitutionnel approprié, qui aurait conféré une plus grande responsabilité à la Confédération, a été rejeté en votation populaire le 1^{er} juin 2008.
- 17 La Confédération est toutefois en train de légiférer sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.