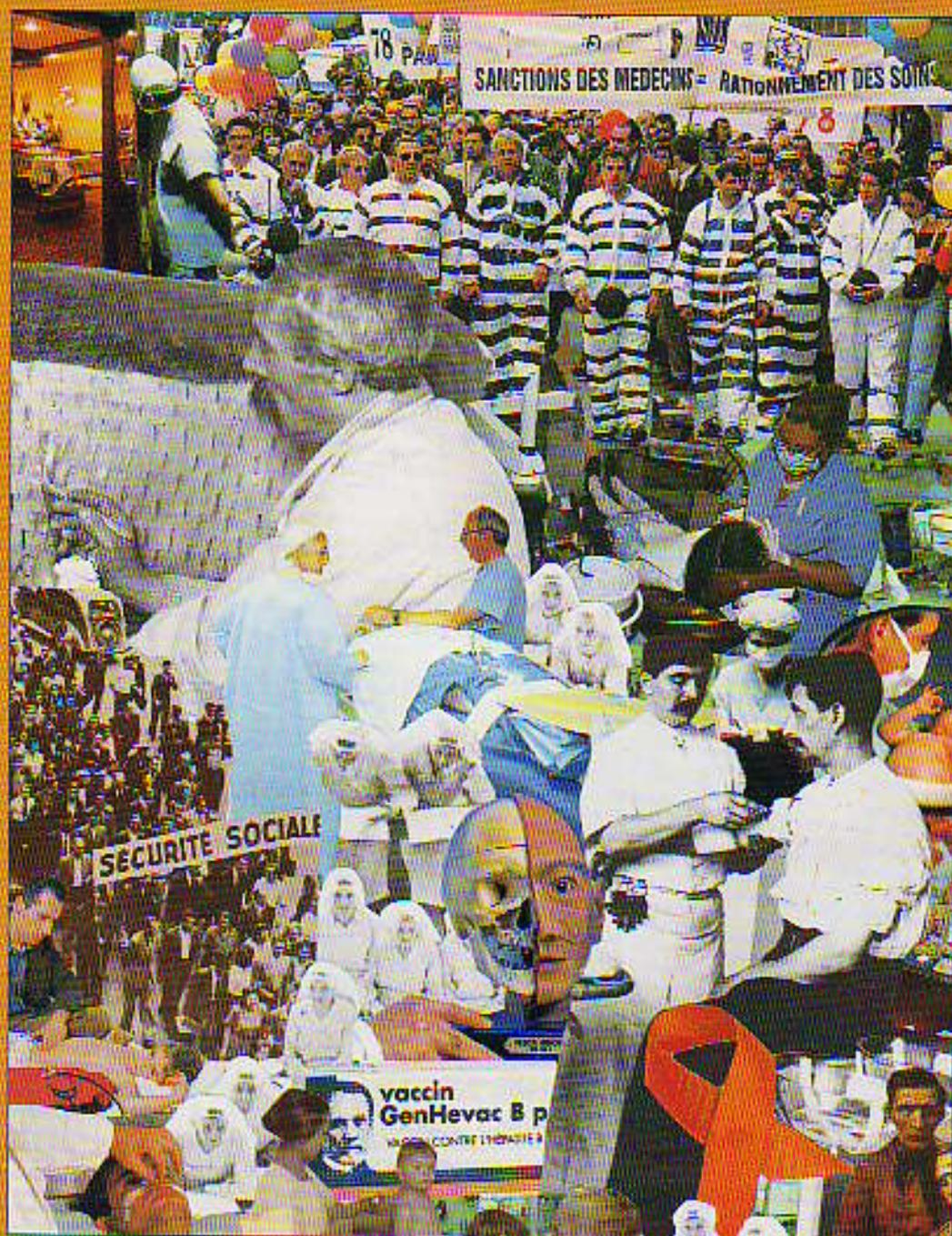


120 ans de santé publique

Histoire et modernité



La SFSP : Rassembler et agir pour la santé publique

Une continuité dans l'histoire

En 1977, lors du centenaire de la Société créée le 23 mai 1877 sous le nom de « Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle » Henri Poulizac, son secrétaire général, qui s'interrogeait sur les raisons de sa longévité, observait qu'elle avait toujours maintenu le cap d'une société à caractère scientifique et pluriprofessionnel. Au fil du temps, hygiénistes et cliniciens, pharmaciens et biochimistes, vétérinaires et ingénieurs agronomes, ingénieurs des services sanitaires et juristes, architectes et urbanistes,

élus locaux et hommes politiques se sont succédés à son Conseil d'Administration et à sa présidence sur ces mêmes principes, en veillant de surcroît à « insérer la santé publique dans la cité et dans ses ensembles sociaux pour susciter et développer la participation ». Scientifique, pluridisciplinaire, acteur dans le champ politique de la santé, tels sont les traits permanents de l'identité de la SFSP, par-delà les avatars de ses dénominations successives.

Un contexte modifié et des compétences redéfinies

Au cours des quinze dernières années, cependant, des mutations fondamentales ont marqué le paysage de l'action publique de santé. Depuis les lois de décentralisation de 1983-1984, la répartition des compétences entre Etat et collectivités territoriales ont vu celles-ci occuper des responsabilités grandissantes dans le champ du social. Le rôle de l'Etat a aussi évolué : moins gestionnaire, il devient plus stratège, régulateur et évaluateur. Amorcée depuis la fin des années 60, la critique du seul modèle biomédical triomphant s'est redéveloppée récemment, sous le choc notamment de l'« affaire » du sang contaminé, mais également du fait de l'inflation galopante des coûts des soins médicaux. Le rapport du Haut Comité de Santé Publique : « La Santé en France » 1994, a cristallisé cette critique du « tout médical » en appelant à une redéfinition des priorités dans l'allocation des ressources sociales vers le champ de la santé.

Des glissements culturels plus généraux ont également un impact important sur les attitudes relatives à la santé et ses déterminants. Une aversion croissante à l'égard des risques perçus comme subis (risque iatrogène, risques environnementaux, risques alimentaires...) pose une exigence forte - parfois extrême - de sécurité sanitaire, alors même que chacun aspire à une plus grande autonomie et que se développe une certaine méfiance à l'encontre de l'intervention des pouvoirs publics. Les conséquences sociales (chômage, emplois précaires,...) et sanitaires des mutations accompagnant le triomphe du modèle économique libéral à l'échelle mondiale s'aggravent en France. La marginalisation ou la fragilisation sociale croissante de pans entiers du tissu social se manifestent notamment, sur le plan de la santé, par un moindre accès aux soins, le développement de troubles psychologiques sérieux et des conduites à risque parmi les jeunes (maintien à un haut niveau de la consommation de tabac, alcoolisation excessive, consommation de psychotropes ou de drogues illicites...).

Des valeurs fortes

Cette action, la SFSP la conduit sans a priori idéologique ou corporatiste. Ses analyses et propositions sont au contraire marquées du souci constant de l'intérêt général, en étant particulièrement à l'écoute des messages portés par les individus et les groupes au contact desquels œuvrent les professionnels de santé publique au quotidien. Cette action est inspirée par des valeurs fortes aux premiers rangs desquelles s'inscrivent la recherche de la plus grande efficacité dans l'allocation des ressources sociales, la recherche de la plus grande équité - conçue comme l'effort volontariste visant à réduire les inégalités de conditions culturelles, sociale

et physiques - et le souci de promouvoir la liberté de jugement et l'autonomie des personnes et de groupes, singulièrement de ceux auxquels la vie a plus appris à subir qu'à prendre l'initiative.

Cette action, la SFSP la conduit aussi sans conformisme et en toute indépendance. Elle s'adresse et propose sa collaboration à tous ceux qui œuvrent ou sont susceptibles d'œuvrer - par vocation ou intérêt - au bénéfice de la santé publique : pouvoirs publics de l'Etat et des collectivités territoriales, organismes de protection sociale, acteurs associatifs, autres professionnels de santé ou responsables du monde économique et social.

Des chantiers prioritaires

Des domaines d'investissement de la SFSP ont été arrêtés lors du Congrès de Nancy, en 1995 ; sous l'intitulé « les dix chantiers prioritaires pour la santé publique ». L'actualité récente, notamment les conférences régionales et la conférence nationale de santé, et le profond débat public engagé autour de la réforme de la protection sociale engagée par le Gouvernement n'ont pas défranchi ces axes majeurs d'action de la SFSP. Ils ont été complétés par une attention particulière portée à la situation des jeunes et à la prise en charge des cancers (dépistage et traitement). Cette actualité a aussi mis l'accent, parmi ces chantiers prioritaires,

sur quelques champs d'une particulière importance qui devraient constituer, pour la SFSP, des impératifs de réflexion et d'initiative pour les temps à venir : la réduction des consommations excessives d'alcool, la garantie d'un accès équitable aux services de santé pour tous, la recherche d'une plus grande efficacité dans la production par notre système de santé de soins médicaux de qualité, les enjeux associés au développement des systèmes d'information sanitaires et sociaux et l'impact des questions d'environnement sur la santé.

Une fédération au service de ses membres

Pour poursuivre ces priorités avec efficacité et de manière équilibrée, la SFSP, véritable fédération, cherche, sans doute plus encore que par le passé, à s'appuyer sur le vaste réseau de ses membres individuels et surtout collectifs : associations professionnelles, institutions et sociétés scientifiques de santé publique, sociétés régionales, notamment au moyen du développement de commissions de réflexion et l'élaboration thématiques largement ouvertes. Le Conseil d'Administration, où ces adhérents sont représentés, doit pouvoir jouer un plus grand rôle de relais et d'entraînement. Outil de valorisation et de mobilisation de ce réseau, la SFSP doit d'abord être au service de ses membres. Elle doit aussi chercher,

chaque fois que cela semble possible et souhaitable, à établir des partenariats avec d'autres acteurs du champ de la santé ou du monde social et économique, partenariats dont l'effet levier peut être considérable. Elle doit enfin, progressivement, prendre sa place dans le concert des associations européennes de santé publique avec lesquelles elle doit réfléchir aux enjeux que constitue l'approfondissement de l'Union Européenne dans le champ de la santé publique. Ces priorités, ambitieuses et réalistes, peuvent être assumées par une société jeune et vigoureuse, héritière fidèle d'une noble et ardente tradition. Ses mots-clefs sont « Science, Expérience, Indépendance et parfois Impertinence ».



Un siècle
de santé
publique

De quelques constantes
bien françaises...

Marc Brodin

II à III

Chronologie : repères pour un
siècle de santé publique

IV à VII

De la charité à l'accréditation, la
longue marche de l'hôpital

Gérard Vincent

VIII

Les colonies, laboratoire du
French System

Michel Le Bras

IX

Les piliers de la protection
maternelle et infantile

Jean-Pierre Roczenweig

X

Protection sociale : le pari
démocratique

Christian Prieur

XI

Ministère amer, DASS lasses...

Christian Rollet

XII

Hygiène et environnement,
matrices de la santé publique

Denis Zmirou

XIII

L'enrichissement du concept
d'« éducation sanitaire »

François Baudier

XIV

La résistible émergence
de la citoyenneté

Claudine Herzlich

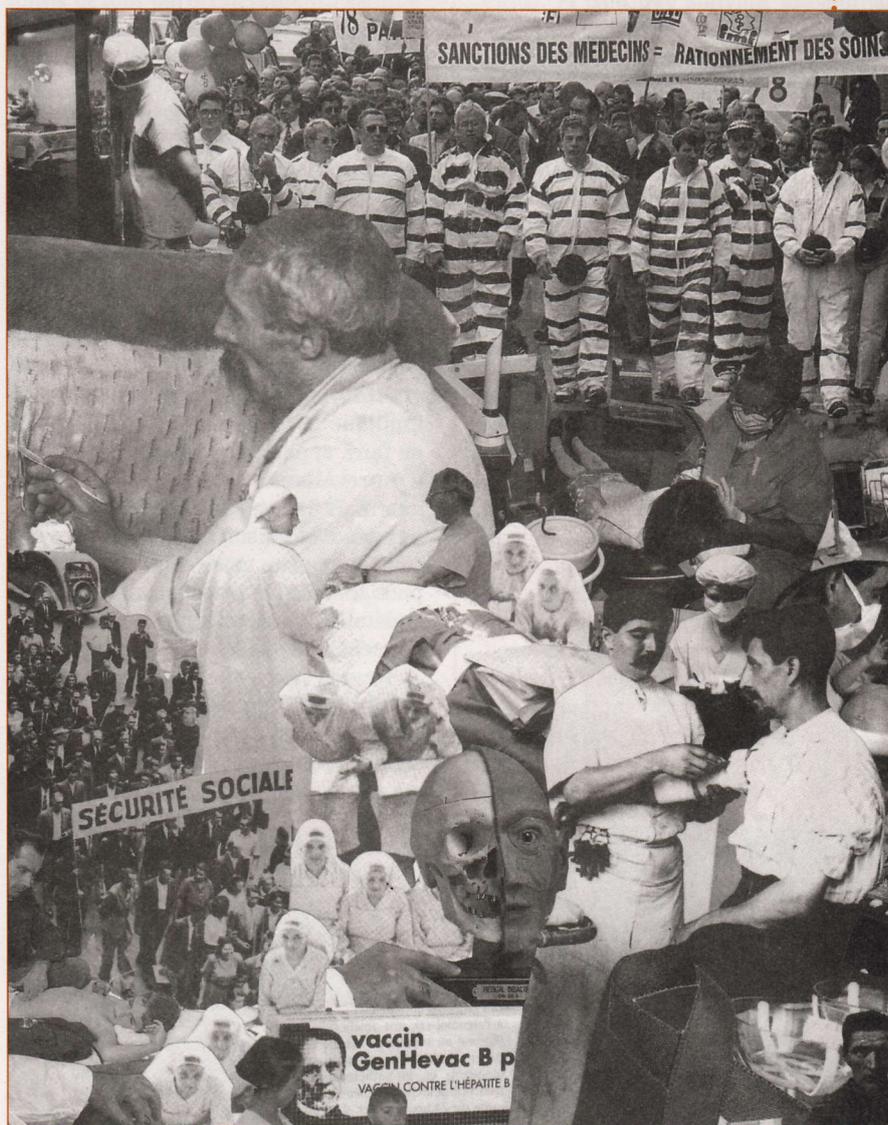
XV

Des risques, des libertés
et des choix collectifs

Marc Brodin

XVI

Histoire et modernité



Dossier coédité par la Société française de santé publique et Politique Santé avec le soutien de la Fondation de France.

Conception et rédaction : Marc Brodin, Christophe Brunet, Daniel Oberlé,
François Salles, Laurent de Villepin.

Maquette et iconographie : BettyBente Hansen.

Photomontage de couverture : Béatrice Terré.

Remerciements à Yves Charpak, Michel Jouan, Pierre Lombrail, Lion Murard,
Bernard Pissaro, Jean-Charles Sournia, Denis Zmirou, Patrick Zylberman.



FONDATION
DE
FRANCE



De quelques constantes bien françaises...

COMMENTAIRES

Marc Brodin *

A un siècle de distance, des situations semblables à celles observées de nos jours induisent des effets analogues. Petit inventaire thématique des logiques en œuvre et de leurs conséquences.

Un des premiers épidémiologistes était Français. Mais l'École anglaise à fait la trace. Les institutions médicales insulaires ont très vite inscrit les préoccupations «opérationnelles» de santé publique comme une des responsabilités et des expressions de la médecine et des médecins. Pendant ce temps-là, les institutions médicales françaises se focalisaient sur «la naissance de la clinique». Sur le sol français, les préoccupations de santé publique sont d'abord restées affaire de non-médecins ou de quelques «marginiaux» célèbres. Elles ont fortement impliqué le monde associatif, au point de faire appel à des fondations privées d'outre-Atlantique dans l'entre-deux-guerres. La santé publique à la française a cependant eu son expression dans les colonies, sur un mode militaire organisé pour le contrôle prioritaire de grandes endémies et le développement d'instituts de recherche appliquée.

De nos jours encore, la vie institutionnelle intègre plus facilement au nord qu'au sud de l'Europe les rationalités de la santé publique et de l'hygiénisme. Par différence et par préférence, les

choix de la France sont argumentés par la raison clinique individuelle et les enjeux industriels associés aux soins. Dans notre pays, l'enjeu est toujours de réconcilier ces deux courants de pensée. Le profil «clinique» des directeurs généraux de la Santé successifs n'est sans doute pas étranger à cette préoccupation.

► Les conseillers ne sont pas les payeurs

Dans chaque canton, chaque arrondissement, chaque département, la création d'un conseil d'hygiène et de salubrité indépendant fut très tôt incitée par décret. Longtemps, des médecins «notables bénévoles» seront invités à donner leur avis sur les manières de prévenir les maladies ou les épidémies. Les avis formulés par ces conseils (quand ils existent) resteront souvent de peu d'effet. L'autorité locale gestionnaire des ressources collectives est en effet peu encline à financer des interventions dans ce domaine.

Actuellement, les professionnels de santé occupent toujours cette fonction de conseil dans les collectivités publiques (locales ou nationales). Dans leurs choix, les médecins valorisent plus le fait d'être conseillers influents des autorités que celui d'être cadres opérationnels responsables de la mise en œuvre de l'organisation sanitaire. La tendance à la séparation entre des lieux où sont identifiées les politiques publiques (les comités d'experts divers) et ceux où sont formulés les moyens de la mise en œuvre de ces politiques (les instances administratives et politiques) est toujours présente.

Avec ces modes d'organisation, la gestion des ressources dépend d'abord de la volonté ou non d'instances administratives ou élues, marginalement motivées par des questions de santé. Les objectifs de santé choisis par la collectivité ne sont pas nécessairement associés à une provision cohérente et conséquente de moyens.



► La contrainte plutôt que l'incitation

Les lois de « police sanitaire » aux frontières et les dynamiques du contrôle social ont été très tôt présentes dans l'expression des politiques collectives de santé. La formulation des politiques publiques a régulièrement privilégié l'obligation (en référence à des normes) et la sanction (même le plus souvent fictive). Cette formulation a souvent pour pratique de pénaliser, de taxer, d'augmenter des coûts pour tel ou tel intervenant à l'origine de telle ou telle faute ayant pour conséquence de porter atteinte à la santé des populations.

Notre santé publique est faite d'inspecteurs et de contrôleurs, même s'ils sont aussi parfois des conseillers à la recherche du fraudeur ! La conformité à la règle(mentation) est première. La prise en compte d'autres rationalités (économiques, épidémiologiques, etc.) est seconde.

Cette situation rappelle le peu de dynamique positive dans l'expression publique des argumentaires de santé publique, et le peu de « plus-value » associée. Les politiques de santé positives, incitatives, donnant des avantages apparents aux intervenants individuels soucieux du champ collectif de la santé, seraient jugées suspectes aux yeux de tous. C'est toujours le bâton plutôt que la carotte — que la cible soit des professionnels ou des usagers !

► La propriété contre l'hygiène, l'économie contre l'environnement

Les lois et réglementations relatives à l'assainissement des logements insalubres sont une constante de l'histoire. Leur objectif est historiquement la promotion de systèmes de distribution d'eau propre, d'évacuation des déchets, de pratiques de dératisation. Elles peuvent se rapprocher de la volonté actuelle de réduire la présence de peinture au plomb ou d'amiante dans les habitations ou les lieux d'activité professionnelle. De manière permanente, ces législations vont trouver leurs limites d'application dans des lois concernant la défense du droit à la propriété individuelle ou à l'initiative industrielle. De nos jours, il y a toujours difficulté ou réticence à intervenir dans le champ de la propriété privée (pour refaire des logements dont les peintures sont à l'origine de saturnisme par exemple). Il est préféré des politiques publiques de relogement à des politiques d'incitation vis-à-vis de la propriété privée. A l'inverse, si des entreprises sont requises pour décontaminer des sols pollués (le

terrain du Stade de France par exemple), cela ne repose pas forcément sur une analyse épidémiologique, ni sur un argumentaire de coût-résultat solidement établi.

Les politiques d'amélioration des conditions de travail en entreprise, ou de prévention des accidents de la route ou domestiques sont relayées par les préoccupations actuelles sur l'environnement physique, la pollution de l'air ou le bruit en relation avec les politiques des transports. Les maladies digestives d'autrefois liées à l'eau polluée ont été remplacées par les maladies respiratoires et tout particulièrement l'asthme qui a pris la relève de la tuberculose.

Mais, comme nous avons pu le constater durant l'hiver 1995, une « bonne grève nationale » est la meilleure manière de réduire l'incidence des bronchiolites (et de prévenir l'incidence des asthmes secondaires) que les enfants se transmettent de crèches en domiciles ! Nous aurions « intérêt » tant au plan humain que financier, à porter attention dans nos politiques publiques aux relations induites entre les dépenses de soins et les modes d'organisation de la vie en société (surtout en milieu urbain).

► La faiblesse de la prévention

Le développement après 1945 de services de prévention clairement séparés des institutions de soins et de protection sociale est une spécialité bien française. L'articulation entre les apports de stratégies préventives et la réduction de consommations curatives est donc souvent délicate à argumenter. Les difficultés sont d'autant plus grandes que nombre de stratégies préventives potentielles ne relèvent pas explicitement du seul ministère de la Santé.

La gestion des risques pour la santé des individus se pose naturellement de manière différente selon qu'il s'agit de modes de vie ou de conséquences du recours aux soins. Les repères éthiques dans ce domaine sont en pleine mutation. Par exemple, le dépistage étendu de maladies génétiques soulève automatiquement pour notre société des enjeux d'eugénisme. L'apport des stratégies de prévention (à la durée prévisible de l'espérance de vie) est d'autant plus déterminant pour la santé que les inégalités de santé s'accroissent du fait des difficultés de vie quotidienne des familles et que des enjeux intergénérationnels de vie (et de survie) se font jour.

Dans nos pratiques préventives, il y a trop souvent confusion entre la

recherche diagnostique chez un individu donné, « client volontaire » de tel ou tel praticien, et le développement d'un programme destiné à un ensemble d'individus, indépendamment du fait qu'ils soient utilisateurs réguliers ou non des services de soins.

Les politiques vaccinales chez les jeunes, les politiques de diagnostic anténatal, de dépistage de cancers ou d'affections cardio-vasculaires ne produisent de résultats visibles que si l'ensemble des individus adhère collectivement. Nos politiques de prévention sont trop souvent optionnelles pour les individus, et trop peu souvent présentées sous l'angle de l'intérêt pour la collectivité. Prendre en main sa santé, plutôt que de se voir dicter des conduites, accepter la diversité des façons de faire pour un même but, s'approprier les informations sur la santé est l'enjeu actuel de la promotion de la santé.

► L'aide et/ou la solidarité ?

L'histoire des services de santé est de tout temps marquée du sceau de logiques d'aide, de charité et de pitié, laissées à l'initiative individuelle. L'aide, au travers de sa forme médiatisée qu'est par exemple le Téléthon ou le Sidaction, vient au secours des victimes des épidémies de maladies infectieuses sexuellement transmises, ou des personnes atteintes de maladies chroniques génétiquement déterminées. Les mouvements associatifs d'entraide n'ont jamais été aussi florissants, en particulier pour les besoins élémentaires de logement, de nourriture et de soins.

Les logiques collectives de tontines, de mutuelles, de solidarité, de droit à la protection sociale ont pris leur plein essor durant les Trente Glorieuses. Les difficultés actuelles rencontrées par notre société sont en train d'ébranler cette situation. Aujourd'hui, les deux courants de l'aide et de la solidarité s'entrelacent et se mélangent de nouveau, au point de ne plus se différencier clairement. La prise en charge de la dépendance liée au vieillissement en est un exemple.

Les logiques d'aide sont en train de reprendre le pas sur des logiques de droit. Ne pas nommer clairement de priorités pour les politiques de santé accentue cette tendance et fait le lit de systèmes d'assurances, futures sources potentielles d'exclusions. ■

Marc Brodin est responsable du département de santé publique à la faculté Xavier Bichat et président de la Société française de santé publique.

Repères pour un siècle de santé publique



Fin du XIX^e siècle...

Dans le monde occidental

1847. Création du premier poste de *Medical Officer* à Liverpool, en Grande-Bretagne.

1848. Le *Public Health Act* définit le mode d'intervention des pouvoirs publics au Royaume-Uni en matière d'hygiène publique, en le distinguant de l'assistance aux pauvres.

1848. John Snow démontre avec les méthodes de l'épidémiologie descriptive qu'une épidémie de choléra à Londres est due à un puits d'approvisionnement en eau.

La santé publique en France

1797. (An V) Instauration du principe d'une assistance sanitaire au public.

1822. La loi du 3 mars, dite de police sanitaire aux frontières, est votée par un Parlement pris de panique à la nouvelle d'une épidémie de fièvre jaune en provenance d'Espagne.

1838. La loi Esquirol définit les modalités de l'internement psychiatrique. Elle a été appliquée jusqu'en 1990.

1841. Première loi réglementant le travail des enfants (de moins de huit ans!).

1849. Naissance de l'Assistance publique de Paris.

1850. Loi relative à l'assainissement des logements insalubres qui prévoit la création d'une commission indépendante... mais désignée par le conseil municipal, et dont les décisions doivent être approuvées par lui.

1851. Loi sur les hôpitaux et les hospices prévoyant l'hospitalisation gratuite des malades et des vieillards indigents.

Les institutions en France

1820. Fondation de l'Académie de médecine à Paris.

1848. Décrets instaurant le Comité consultatif d'hygiène publique de France (qui deviendra le Conseil supérieur d'hygiène publique de France en 1906). Ces décrets prévoient également la création d'un conseil d'hygiène et de salubrité dans chaque canton, chaque arrondissement et chaque département. Mais peu d'entre eux fonctionneront.

Découvertes scientifiques

1796. Jenner réalise la première vaccination contre la variole.

1846. William Morton pratique pour la première fois l'anesthésie par l'éther.

1869. Classification des éléments par Mendeleïev.

1875. Identification du bacille de la lèpre par Hansen.

1882. Robert Koch découvre le bacille de la tuberculose.

CHRONOLOGIE

1858. La première Conférence sanitaire internationale se réunit à Paris. Elle a pour but de favoriser les échanges commerciaux tout en limitant les conséquences néfastes des épidémies (choléra, peste, fièvre jaune, etc.).

1863. Fondation de la Croix-Rouge par Henry Dunant pour le secours aux blessés de guerre à l'occasion de la bataille de Solferino.

1892. La VII^e Conférence sanitaire internationale, réunie à Venise, adopte la première convention sanitaire internationale.

1893. En Allemagne, la création par Bismarck d'assurances sociales pour certaines catégories professionnelles servira de modèle pour toute l'Europe.

1907. Création de l'Office international d'hygiène publique (OIHP) qui publie le *Bulletin de l'OIHP*.

1880. Loi sur le travail des femmes et des enfants.

1884. La chartre municipale confère à l'autorité municipale le droit de police sanitaire, mais se heurte en pratique au droit de propriété.

1889. Une direction de l'assistance et de l'hygiène est créée au ministère de l'Intérieur. Son unique bureau compte seulement sept commis, contre déjà 150 en Angleterre.

1893. Loi sur l'aide sociale qui crée l'aide médicale gratuite, confiée aux « bureaux d'assistance » des communes et départements avec les « bureaux de bienfaisance » issus de la période révolutionnaire. Ils deviendront, en 1953 les « bureaux d'aide sociale » puis, en 1986, les « centres communaux » d'action sociale (CCAS).

1898. Première loi sur les assurances contre les accidents du travail.



Début du XX^e siècle...

1911. Première exposition internationale d'hygiène à Dresde (Allemagne).

1911. Le *National Insurance Act* institue une assurance maladie-invalidité en Grande-Bretagne.

1919. Fondation de la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge, coordonnées dans le Comité international de la Croix-Rouge (CICR).

1918-1921. Pandémie de grippe espagnole en Europe à l'origine de 20 à 40 millions de morts.

1920. Léon Bourgeois, auteur de la loi sur les retraites ouvrières et cocréateur de la Société des Nations, reçoit le prix Nobel de la paix.

1923. Création du Comité d'hygiène de la Société des Nations.

1935. Adoption du *Social Security Act* aux Etats-Unis.

1942. Lord Beveridge promeut le *Welfare State* en Grande-Bretagne.

1902. Première loi d'hygiène publique, mise en chantier dès 1886, qui impose la vaccination antivariolique. Elle prévoit également la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, l'obligation de désinfection et la création d'inspecteurs sanitaires départementaux (qui deviendront des fonctionnaires d'Etat en 1941).

1917. « Débarquement » de la Commission américaine de préservation contre la tuberculose en France (dite mission Rockefeller), dont l'activité aura un impact très important.

1920. Création d'un premier ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, mais c'est un « général sans troupes », placé dès 1924 sous tutelle du ministère du Travail.

1922. Codification du statut des « infirmières-visiteuses » qui ont le droit et le devoir de s'introduire dans les foyers suspectés de tuberculose.

1930. Première loi mettant en place un système d'assurance sociale pour les salariés. Le ministère créé en 1920 devient celui de la Santé publique.

1938. Loi sur la protection de la société contre les « fous dangereux » et la protection du malade mental contre les internements arbitraires.

1939. Publication du Code de la famille qui généralise les prestations familiales.

1945. Ordonnances créant la Sécurité sociale, à l'initiative de Pierre Laroque.

1872. Création de l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme, reconnue d'utilité publique en 1880.

1877. Création de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (reconnue d'utilité publique en 1900) et de la revue de médecine légale et d'hygiène.

1879. Création au Havre du premier bureau municipal d'hygiène en France.

1888. Création de l'Institut Pasteur.

1892. Création de la Ligue contre la tuberculose.

1885. Louis Pasteur « invente » le vaccin contre la rage. Débuts de la microbiologie et de l'hygiénisme.

1894. Découverte du bacille de la peste par Alexandre Yersin.

1894. Emile Roux met au point le premier sérum antidiptérique.

1901. La SMP fusionne avec la Société des architectes et ingénieurs sanitaires et devient la Société de médecine publique et de génie sanitaire. Cette nouvelle SMP publie ses travaux dans le *Mouvement sanitaire*, puis dans la *Revue d'hygiène et de médecine sociale* (1948).

1905. Création de l'Association générale des hygiénistes et techniciens municipaux, reconnue d'utilité publique en 1918.

1918. Création de la Ligue nationale contre le cancer.

1924. Création de l'Office national d'hygiène sociale (ONHS, supprimé en 1934).

1928. Création de la Confédération des syndicats de médecins de France (CSMF).

1941. Création de l'Ordre national des médecins.

1942. Création de la protection maternelle et infantile (PMI), dont les missions seront redéfinies par ordonnance en 1945.

1898. Découverte du radium par Pierre et Marie Curie.

1900. Sigmund Freud publie l'*Interprétation des rêves*.

1900. Landsteiner identifie les groupes sanguins.

1921. Découverte de l'insuline pour le traitement du diabète.

1927. Avec Camille Guérin, Albert Calmette met au point la vaccination contre la tuberculose.

1929. Découverte de la pénicilline par Alexander Fleming.

1940. Identification du facteur rhésus.



L'après-guerre...

- 1945.** Diffusion massive des antibiotiques en Europe dans le sillage des armées alliées.
- 1946.** La Conférence internationale de la santé, réunie à New York, adopte le projet de constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui verra le jour deux ans plus tard.
- 1948.** Déclaration universelle des droits de l'homme : « Toute personne en tant que membre de la société a droit à la Sécurité sociale. »
- 1969.** Adoption du règlement sanitaire international (RSI).

- 1950.** Loi rendant obligatoire la vaccination contre la tuberculose.
- 1953.** Création du Code de la santé publique dont le premier livre reprend la loi de 1902.
- 1958.** L'ordonnance du 30 décembre, dite réforme Debré, crée les CHU et le plein temps hospitalo-universitaire, qui renforce et dynamise l'hôpital public.
- 1961.** Loi sur l'air, première grande loi « environnementale » mal ou peu appliquée.
- 1964.** Création des DDASS. Les DRASS verront le jour en 1974.
- 1966.** Circulaire définissant la politique de secteur en psychiatrie.
- 1967.** Grande réforme de la Sécurité sociale, qui éclate en trois branches : maladie, vieillesse et famille.
- 1967.** Loi Neuwirth sur la régulation des naissances, créant les centres d'éducation et de planning familial.

- 1945.** Création du Centre national d'éducation sanitaire, démocratique et sociale, ainsi que de 25 centres inter-départementaux.
- 1946.** Création d'un système de médecine du travail exclusivement préventif et financé par l'employeur.
- 1960.** Création à Paris de l'École nationale de santé publique (ENSP), réformée et décentralisée à Rennes quelques années plus tard.
- 1964.** Création de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (l'INSERM).

- 1951.** Mise au point de la pilule contraceptive.
- 1953.** Jonas Salk met au point le vaccin contre la poliomyélite.
- 1958.** Jean Dausset découvre les groupes tissulaires HLA.
- 1959.** Première transplantation rénale.
- 1962.** Wilkins et Watson reçoivent le prix Nobel pour la découverte de la structure de l'ADN.
- 1963.** Michel Foucault publie *La Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*.
- 1967.** Première transplantation cardiaque.

Les années 70...

- 1978.** La Conférence mondiale de la santé à Alma-Ata définit les soins de santé primaire, priorité de l'OMS.
- 1979.** Réforme Thatcher du système de protection sociale en Grande-Bretagne.

- 1970.** Loi contre la toxicomanie instaurant l'injonction thérapeutique.
- 1970.** Loi précisant les missions du service public hospitalier dans les domaines du soin, de l'enseignement, de la recherche et de la prévention, et intégrant les établissements du secteur privé dans la carte sanitaire.
- 1974.** Simone Veil fait adopter le 20 décembre à l'Assemblée nationale la loi sur l'IVG.
- 1975.** Loi sur les institutions sociales et médico-sociales offrant un cadre d'intervention aux acteurs associatifs dans les secteurs de la vieillesse, du handicap et de l'enfance.
- 1975.** Création du premier registre des cancers dans le Bas-Rhin. Un Comité national des registres sera créé en 1986.
- 1976.** Adoption de la loi Caillavet sur les prélèvements d'organes, qui sera abrogée par les lois bioéthiques de 1994.
- 1978.** Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, suivie quelques années plus tard de la création de la CNIL.

- 1970.** Création des centres d'exams de santé.
- 1972.** Création du Comité français d'éducation pour la santé (CFES).
- 1977.** Création de la profession d'assistantes maternelles.

- 1971.** Mise au point de la scanographie et de la résonance magnétique nucléaire.





L'après-guerre...

- 1945.** Diffusion massive des antibiotiques en Europe dans le sillage des armées alliées.
- 1946.** La Conférence internationale de la santé, réunie à New York, adopte le projet de constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui verra le jour deux ans plus tard.
- 1948.** Déclaration universelle des droits de l'homme : « Toute personne en tant que membre de la société a droit à la Sécurité sociale. »
- 1969.** Adoption du règlement sanitaire international (RSI).

- 1950.** Loi rendant obligatoire la vaccination contre la tuberculose.
- 1953.** Création du Code de la santé publique dont le premier livre reprend la loi de 1902.
- 1958.** L'ordonnance du 30 décembre, dite réforme Debré, crée les CHU et le plein temps hospitalo-universitaire, qui renforce et dynamise l'hôpital public.
- 1961.** Loi sur l'air, première grande loi « environnementale » mal ou peu appliquée.
- 1964.** Création des DDASS. Les DRASS verront le jour en 1974.
- 1966.** Circulaire définissant la politique de secteur en psychiatrie.
- 1967.** Grande réforme de la Sécurité sociale, qui éclate en trois branches : maladie, vieillesse et famille.
- 1967.** Loi Neuwirth sur la régulation des naissances, créant les centres d'éducation et de planning familial.

- 1945.** Création du Centre national d'éducation sanitaire, démocratique et sociale, ainsi que de 25 centres inter-départementaux.
- 1946.** Création d'un système de médecine du travail exclusivement préventif et financé par l'employeur.
- 1960.** Création à Paris de l'École nationale de santé publique (ENSP), réformée et décentralisée à Rennes quelques années plus tard.
- 1964.** Création de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (l'INSERM).

- 1951.** Mise au point de la pilule contraceptive.
- 1953.** Jonas Salk met au point le vaccin contre la poliomyélite.
- 1958.** Jean Dausset découvre les groupes tissulaires HLA.
- 1959.** Première transplantation rénale.
- 1962.** Wilkins et Watson reçoivent le prix Nobel pour la découverte de la structure de l'ADN.
- 1963.** Michel Foucault publie *La Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*.
- 1967.** Première transplantation cardiaque.

Les années 70...

- 1978.** La Conférence mondiale de la santé à Alma-Ata définit les soins de santé primaire, priorité de l'OMS.
- 1979.** Réforme Thatcher du système de protection sociale en Grande-Bretagne.

- 1970.** Loi contre la toxicomanie instaurant l'indication thérapeutique.
- 1970.** Loi précisant les missions du service public hospitalier dans les domaines du soin, de l'enseignement, de la recherche et de la prévention, et intégrant les établissements du secteur privé dans la carte sanitaire.
- 1974.** Simone Veil fait adopter le 20 décembre à l'Assemblée nationale la loi sur l'IVG.
- 1975.** Loi sur les institutions sociales et médico-sociales offrant un cadre d'intervention aux acteurs associatifs dans les secteurs de la vieillesse, du handicap et de l'enfance.
- 1975.** Création du premier registre des cancers dans le Bas-Rhin. Un Comité national des registres sera créé en 1986.
- 1976.** Adoption de la loi Caillavet sur les prélèvements d'organes, qui sera abrogée par les lois bioéthiques de 1994.
- 1978.** Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, suivie quelques années plus tard de la création de la CNIL.

- 1970.** Création des centres d'exams de santé.
- 1972.** Création du Comité français d'éducation pour la santé (CFES).
- 1977.** Création de la profession d'assistantes maternelles.

- 1971.** Mise au point de la scanographie et de la résonance magnétique nucléaire.



Des années 80 à nos jours...



1985. Création à l'OMS du *Global Programme on AIDS*, sous la direction de Jonathan Mann. Première Conférence mondiale sur le sida à Atlanta (Etats-Unis), siège des *Centers for Disease Control*.

1986. La charte d'Ottawa définit la politique dite de promotion de la Santé.

1986. Accident de la centrale nucléaire de Tchernobyl.

1993. L'article 129 du traité de Maastricht dote pour la première fois l'Union européenne d'une compétence propre en matière de santé publique. Compétence qui se traduira en particulier par la création de l'Agence européenne du médicament.

1996. Déclenchement de la crise de la vache folle en Angleterre et en Europe.

1997. Déclaration universelle de l'Unesco sur le génome humain.



1983. Loi de décentralisation administrative. Le département a compétence de droit commun pour l'aide sociale et la prévention.

1985. Dépistage obligatoire du VIH chez les donateurs de sang. L'affaire du sang contaminé éclata au début des années 90.

1986. Sous l'impulsion de Michèle Barzach, la vente libre de seringues est autorisée dans les pharmacies.

1987. Premier Téléthon, organisé par l'Association française de lutte contre les myopathies.

1988. Loi Huriot-Sérusclat protégeant les personnes se prêtant à des recherches biomédicales.

1988. Création du RMI, avec extension de l'assurance personnelle de la Sécurité sociale à ses bénéficiaires.

1989. A la suite de la décentralisation, une loi réorganise la protection et la promotion de la santé de la famille et de l'enfance.

1990. Adoption de la loi Evin sur l'alcool et les cigarettes.

1993-1994. Loi de « maîtrise médicalisée des dépenses de santé » en médecine libérale, création des unions régionales et de la Conférence permanente de la médecine générale.

1993. Création du Samu social par Xavier Emmanuelli.

1994. Loi relative aux dons, à la procréation et au diagnostic prénatal.

1995. Adoption de la loi sur l'environnement, qui mentionne le « principe de précaution ».

1996. Ordonnance sur les dispositions du plan Juppé. Création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

1997. Entrée en vigueur des Agences régionales d'hospitalisation (ARH), prévues par le plan Juppé.

1983. Création du Comité consultatif national d'éthique.

1984. Création de Aides, suivie par celle d'Arcat-sida en 1985, et d'Act Up-Paris en 1988.

1985. Création du premier réseau ville-hôpital.

1985. Circulaire instituant les observatoires régionaux de la santé (ORS), créés en 1982.

1989. Création de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), de l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS), et du Conseil national du sida (CNS).

1991. La SMP devient la Société française de santé publique (SFSP).

1992. Création du Réseau national de santé publique (RNSP).

1993. Création de l'Agence française du médicament, du Comité de sécurité transfusionnelle, de l'Agence française du sang.

1994. Création de l'Etablissement français des greffes.

1996. Création du Comité de la prévention et de la précaution par le ministre de l'Environnement.

1996. Nomination des 26 préfets sanitaires régionaux. Première Conférence nationale de santé et début des Conférences régionales de Santé.

1980. Certification officielle de l'éradication de la variole, trois ans après le dernier cas répertorié.

1983. Isolement du VIH par une équipe française conduite par Luc Montagnier.

1991. Les crédits du Téléthon aboutissent à la mise au point du Généthon.

1997. La brebis Dolly est clonée.

Principales sources :

- Lyon Murard et Patrick Zylberman, *l'Hygiène dans la République*, Ed. Fayard, 1996 ;
- Jean-Charles Sournia, *Histoire de la médecine*, Ed. La Découverte, 1992 ;
- Espace social européen, *l'Œuvre collective*, 1996.

De la charité à l'accréditation, la longue marche de l'hôpital

POINT DE VUE

Gérard Vincent*

Jadis institution charitable, l'hôpital s'est progressivement médicalisé. Puis les gestionnaires ont pris une partie du pouvoir, que leur contestent désormais de nouvelles catégories de personnels non médicaux...

Au Moyen Age, l'hôpital soigne l'âme au moins autant que le corps. Le prêtre y est plus présent que le médecin ou l'apothicaire... A cette époque, l'hôpital accueille toutes les personnes rejetées en marge de la vie active par la misère, la maladie ou la fragilité physique. Les riches ont un devoir d'assistance envers les pauvres, à travers l'Eglise et les fondations religieuses.

Au XIII^e siècle, l'hôpital, c'est l'hôtel-Dieu, tenu par des chanoines aux portes de la cathédrale, où l'on vient chercher un soutien moral et religieux. A la fin de la guerre de Cent Ans, les hôpitaux sont en crise. Les petits établissements disparaissent et les plus importants connaissent des difficultés permanentes.

Au XVI^e siècle, les laïcs prennent progressivement le contrôle de la gestion des hôpitaux et l'assistance devient l'affaire de spécialistes fortunés qui pratiquent la charité comme une obligation morale pour leur salut personnel. En donnant aux pauvres, ils acquittent le péage qui leur garantit l'entrée au Paradis. La France se couvre d'un vaste réseau de léproseries, d'aumôneries, d'hospices et d'hôpitaux.

Au XVII^e siècle sont fondés les établissements de la Charité... qui entrent bientôt

en rivalité avec les autres hôpitaux (d'où l'origine vraisemblable de l'expression «L'hôpital se moque de la charité»). Les guerres et les épidémies font croître le nombre de miséreux. Les déshérités font peur et les secours s'accompagnent d'un contrôle social. Les villes créent des institutions destinées à loger, nourrir et enfermer les pauvres : c'est l'hôpital général.

A la fin du XVIII^e siècle, les Lumières affirment que l'assistance est un service national dont l'Etat est responsable. Pour les révolutionnaires, la bienfaisance est une dette sacrée. Inspirée par l'amour des hommes, cette idée neuve supprime les notions de charité et de pitié. Son fondement est social, et non plus religieux.

Au XIX^e siècle, de nombreux établissements sont construits. L'hygiène des bâtiments s'améliore. L'hôpital se médicalise progressivement, même si la médecine n'est pas encore très efficace. Des établissements spécialisés apparaissent, destinés aux militaires, aux enfants, aux convalescents, aux contagieux, aux aliénés, etc. Dans les grandes villes, des services d'Assistance publique sont créés. La carte hospitalière prend son aspect moderne.

Trois pouvoirs concurrents

La réforme hospitalière de 1943 pose le principe d'une gestion plus moderne des hôpitaux publics. A partir de 1945, leur développement est favorisé par la croissance économique, la création de la Sécurité sociale et le progrès médical. Longtemps absents de l'hôpital, les médecins prennent progressivement le pouvoir, jusqu'à la réforme de 1958 qui crée les CHU et donne à l'hôpital public les moyens de ses ambitions.

La loi hospitalière de 1970 rompt avec le passé. Elle crée la carte sanitaire et rationalise le développement hospitalier. L'hôpital devient centre hospitalier. En donnant à son directeur une compétence générale et en l'incitant à gérer son établissement (plutôt qu'à l'administrer), elle consacre la lente montée du pouvoir gestionnaire face au pouvoir médical.



Parallèlement, les progrès médicaux sont très rapides, les effectifs hospitaliers augmentent très vite... de même que les dépenses hospitalières. Avec la crise économique qui débute en 1973, il devient impératif de maîtriser l'inflation des dépenses. En 1984, le prix de journée est abandonné pour la dotation globale de financement. La réforme hospitalière de 1991 allège la tutelle administrative sur l'hôpital et développe la planification hospitalière de manière plus qualitative (Sross). Elle crée diverses instances (Commission du service de soins, etc.) qui augmentent la participation des personnels non médicaux à la gestion de l'établissement. Le « pouvoir soignant » fait ainsi son entrée par la grande porte, à côté des deux premiers pouvoirs (médical et administratif).

Les ordonnances Juppé d'avril 1995 consacrent le monopole de l'Etat sur la régulation hospitalière, au détriment de l'assurance maladie. Chaque établissement est désormais tenu de signer un contrat avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), qui précise ce qu'il a le droit de faire ou non. Autre innovation de ces ordonnances : une procédure d'accréditation est prévue pour tous les hôpitaux.

De plus, les ordonnances encouragent la coopération entre hôpitaux, dans le cadre de groupements de coopération sanitaire (GCS), mais sans aller jusqu'à imposer la fusion des établissements. Pourtant, une telle fusion permettrait, dans certains cas, de limiter la trop grande atomisation des hôpitaux. Pendant ce temps, le secteur hospitalier privé se restructure à toute vitesse. Les directeurs de clinique ont bien compris les enjeux : ils adoptent une posture de conquête, dans le but de gagner de nouvelles parts de marché.

De son côté, l'hôpital public vit encore trop en vase clos, replié sur lui-même. Les restructurations lui font peur (1). Pourtant, il faut plus que jamais multiplier les alternatives à l'hospitalisation classique : hôpital de jour ou de semaine, hospitalisation à domicile, etc.

Faute de s'adapter rapidement, l'hôpital public perdra du terrain. Ce serait dommage... ■

*Gérard Vincent, inspecteur général des affaires sociales (Igas), ancien directeur des hôpitaux.

(1) Les établissements publics de santé mentale ont davantage su anticiper. Avec la mise en place des secteurs psychiatriques, ils se sont ouverts sur l'extérieur, dans le souci de mieux répondre aux besoins de la population.

Les colonies, laboratoire du *French System*

POINT DE VUE

Michel Le Bras*

On le sait maintenant grâce à l'épidémiologie, en dessous d'un seuil de 80 % de vaccination dans la population exposée, le risque de transmission du BK (bacille de Koch) ne baisse pas ou quasiment. Ainsi, le BCG n'a eu pratiquement aucune incidence sur la régression de la tuberculose. En réalité, c'est l'amélioration de l'hygiène due à une augmentation du niveau de vie qui a contribué le plus fortement à faire reculer l'incidence de cette pathologie.

Comme illustration des déterminants sociaux de la maladie, on a vu apparaître une reprise de l'incidence de la tuberculose à partir de 1978, bien avant qu'il y ait une importante réserve de sujets atteints par le VIH.

La politique de l'hygiène, avec l'intérêt de la vaccination et l'organisation des structures de prise en charge, a été conduite au début du siècle autour de la tuberculose. Des hôpitaux dans les grandes villes, des structures de convalescence et des sanatoriums ont été spécialement créés pour les tuberculeux. Des structures assez originales ont même été mises en place. Appelées préventoriums, on y plaçait les gens fragiles et/ou qui avaient été en contact avec un tuberculeux. Fait notable, jusque dans les années 60, il y a eu dans les facultés de médecine une superposition entre l'enseignement de la santé publique et celui de la maladie tuberculeuse.

Des méthodes militaires

La médecine coloniale a été un prolongement de la médecine militaire, en particulier à l'issue de la Première Guerre mondiale. Devant faire face à une pathologie de masse importante, elle a appliqué des méthodes de la médecine collective. Outre la vaccination antivariolique systématique furent appliqués également des dépistages systématiques de la tuberculose, de la lèpre ou de la maladie du sommeil s'inspirant des méthodes militaires. Il y avait un rapport d'autorité entre la puissance coloniale et les populations.

La médecine militaire française, se fondant sur les conceptions pastoriennes et sur les faibles moyens qui existaient à l'époque, a en fait inventé une méthode de lutte contre les grandes endémies tropicales. Certes, ce fut grâce à un contrôle social coercitif impossible à imaginer dans la métropole, mais il a finalement été peu à peu vécu de manière positive par les populations, l'efficacité du système étant suffisamment spectaculaire. Ce que l'on appelait le *French System* s'est prolongé après la décolonisation autour de la maladie du sommeil et de la variole. L'OMS s'en est inspirée avec son programme élargi de vaccination (PEV), tout en évoluant peu à peu vers les stratégies sanitaires participatives. ■

*Le professeur Michel Le Bras est directeur du centre René Labusquière (université Bordeaux 2).



Les piliers de la protection maternelle et infantile

ENTRETIEN AVEC

Jean-Pierre Rozeinweig*

Le dispositif français de protection de l'enfance a connu une longue phase de médicalisation avant de s'ouvrir aux données et interventions sociales et psychologiques.

A la fin du XVIII^e siècle, l'enfant trouvé est confié à une nourrice (pour le lait) qui le materne jusqu'à 6 ans, puis il est placé dans une famille nourricière rémunérée et enfin mis en apprentissage chez un maître, qui se paie sur les services gratuits que l'enfant doit lui fournir.

Au XIX^e siècle, la révolution industrielle fabrique de nombreux enfants laissés pour compte. Pour prévenir les avortements et les infanticides, le «tour» est institutionnalisé en 1811, qui permet d'abandonner l'enfant dans l'anonymat le plus complet. Il sera supprimé en 1860. Les premières lois sur la protection de l'enfance datent de la seconde moitié du XIX^e siècle, dans un contexte où la France a besoin de retrouver une jeunesse vigoureuse pour reconquérir l'Alsace et la Lorraine.

Des intervenants multiples

On ne dira jamais assez combien l'école, rendue gratuite et obligatoire en 1882, est à la base de la protection de l'enfance.

Pendant plusieurs décennies, le corps médical joue un rôle important dans le dispositif de protection de l'enfance. De nombreux médecins prennent la responsabilité des foyers de l'enfance. En considérant la mortalité infantile comme «un véritable fléau pour un pays qui doit se reconstruire», l'ordonnance du 2 novembre 1945 institue durablement les bases de la protection maternelle et infantile (PMI) moderne. Gagés sur le développement économique qui a suivi la Seconde Guerre mondiale (les Trente Glorieuses), ces efforts portent leurs fruits : C'est le baby boom. Dans les années 60, la lutte contre la mortalité infantile cède le pas à la lutte contre la morbidité, qui a elle-même changé : des maladies infectieuses et des carences alimentaires, on passe alors aux affections psychosociales. Certaines catégories sociales, qui concentrent les difficultés, deviennent les cibles d'une politique de

prévention. Dans les années 1980, les lois de décentralisation transfèrent aux conseils généraux la responsabilité politique et financière des PMI, qui constituent alors un véritable service de santé publique pour les futurs parents, les parents et les jeunes enfants (jusqu'à 6 ans). En collaboration avec les services chargés de la santé scolaire et avec les services départementaux de l'action sociale et de l'aide sociale à l'enfance, les services de PMI concourent à la promotion de la santé familiale.

Ils demeurent un moyen privilégié d'offrir un service de qualité à toute la population, notamment aux familles les plus défavorisées, qui permet de lutter contre les inégalités devant la santé.

Aujourd'hui, le dispositif psychosocial contrebalance l'impact du dispositif médical. Les intervenants sont de plus en plus nombreux (parents, professions de la santé, éducateurs, magistrats, administration, élus, etc.), ce qui pose le problème de l'articulation de ces responsabilités plurielles et de leur coordination, pour éviter la cacophonie. Par ailleurs, de plus en plus de jeunes sont suivis par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la Justice, signe d'une plus grande «judiciarisation» de la situation des enfants en danger, qui est à l'origine de nouveaux problèmes.

Les initiatives privées (confessionnelles ou non) en faveur des enfants sont toujours nombreuses. Elles sont souvent l'aiguillon qui incite la puissance publique à réagir. Il en résulte aujourd'hui un dispositif d'une grande complexité, dont la lisibilité n'est pas excellente. Mais, en pratique, ce patchwork a du bon, car il permet de faire du sur mesure. Ainsi, les réponses collent mieux aux besoins des populations. Elles sont également plus respectueuses de la dignité de l'enfant, de sa personnalité, de son expression. ■

**Jean-Pierre Rozeinweig est président du tribunal pour enfants de Bobigny (93).*

Les premières lois

Pour mémoire :

1841, première loi sur le travail des enfants ;

1874, première loi de protection maternelle et infantile ;

1881-1882, lois Ferry instaurant la gratuité et l'obligation de l'école publique ;

1884, assistance aux enfants abandonnés ;

1889, protection des enfants maltraités ;

1892, loi sur le travail des enfants et des femmes ;

1898, loi sur les mauvais traitements et négligences à l'enfant.

Protection sociale : le pari démocratique

POINT DE VUE

Christian Prieur*

Les systèmes de protection sociale trouvent leur origine au XIX^e siècle. En Grande-Bretagne, les *poor laws* de 1830 visent à prendre en charge tous les pauvres de manière décentralisée. En Allemagne, à partir de 1883, Bismarck instaure un système cohérent d'assurances sociales.

En France, la loi de 1898 impose aux entreprises de s'assurer contre le risque d'accident du travail, jusque-là non reconnu : les victimes peuvent être indemnisées de manière forfaitaire, indépendamment de toute recherche de faute.

Dans les années 30, les caisses d'assurances maladie et vieillesse se multiplient à tous les échelons, de même que les systèmes particuliers (mines, marins, dockers, cheminots, etc.). A l'époque, il n'y a pas de déficit...

Le système de protection sociale se développe même dans une certaine euphorie financière !

Pour des raisons démographiques, le décret-loi de 1938 et le Code de la famille de 1939 généralisent le complément familial des salaires et instaure les allocations familiales (à partir du deuxième enfant).

L'inflation fait des ravages sur les retraites ouvrières et paysannes (qui avaient été créées par une loi de 1910). Aussi l'allocation aux vieux travailleurs salariés (1) est-elle créée en 1941, ouvrant la voie au système de répartition.

En 1945, Pierre Laroque, qui avait rejoint de Gaulle à Londres, s'inspire des rapports de l'économiste britannique Beveridge, qui prônent un système universel de protection sociale, financé par l'impôt. Il préconise donc un régime général de Sécurité sociale unique, protégeant tout le monde contre tous les risques. Les ordonnances de 1945 étendent à tous les salariés les assurances vieillesse, maladie, invalidité, accidents du travail, maternité et famille... mais rien pour l'assurance chômage (2).

De nombreuses catégories socioprofessionnelles (agriculteurs, mineurs, cheminots, marins, fonctionnaires, cadres, etc.) obtiennent soit le maintien de leur régime particulier, soit la création de régimes autonomes de retraites complémentaires.

Pourtant, quelques années plus tard, ces mêmes catégories revendiqueront leur affiliation à la Sécurité sociale...

et l'obtiendront (les agriculteurs en 1961, les travailleurs

indépendants en 1966, les commerçants en 1970, etc.).

Ainsi, le système est devenu de plus en plus bigarré.

Aujourd'hui, c'est un véritable patchwork, qui comprend une douzaine de grands régimes de base et de très nombreux régimes complémentaires.

Depuis le Yalta de 1945, les territoires sont bien délimités : l'Etat fixe les règles de fonctionnement, et les partenaires sociaux assurent la gestion... Mais, à vrai dire, leur marge de manœuvre a toujours été très faible.

Depuis l'origine basé sur la solidarité, notre système de protection sociale vise à la sécurisation de tous les citoyens contre tous les aléas de la vie sociale, au moyen d'un financement solidaire.

Sa vocation universelle nécessite un financement qui soit lui aussi universel, c'est-à-dire basé sur l'impôt, et non plus seulement sur les cotisations salariales. C'est le sens de l'instauration de la CSG, en 1991, et de sa récente extension.

La légitimité de la Sécurité sociale est désormais assurée par la discussion de son budget au Sénat et à l'Assemblée nationale. Ainsi, les parlementaires votent, et les partenaires sociaux gèrent toujours... Ce qui prouve que démocratie politique et démocratie sociale ne sont pas incompatibles.

L'histoire du système de Sécurité sociale explique sa complexité... Mais il faut bien reconnaître que l'opacité de sa structure est telle qu'elle peut décourager les meilleures volontés, celle des citoyens comme celle des élus ! Le débat parlementaire a donc au moins une vertu pédagogique, celle d'éclairer les enjeux politiques et sociaux de la protection sociale. La Cour des comptes a d'ailleurs reçu une mission particulière en ce sens pour aider les décideurs politiques et clarifier le débat public. ■

*Christian Prieur, ancien directeur de la CNAM, est conseiller maître à la Cour des comptes.

(1) Un minimum vieillesse sera généralisé en 1956, financé à l'origine par la création de la vignette automobile : l'essence devient ainsi le « lait des vieillards »...

(2) Les Assedic et l'Unedic seront créées en 1958.

Avec un temps de retard sur celui des Britanniques et des Allemands, notre système de protection sociale s'est construit par strates successives, ce qui explique sa complexité, elle-même source d'opacité.



Ministère amer, DDASS lasses...

ENTRETIEN AVEC

*Christian Rollet**

Le ministère de la Santé est décrit comme un ministère historiquement faible, faiblesse qui expliquerait les crises de santé publique comme celle du sang contaminé. Quelle analyse en faites-vous ?

Le ministère de la Santé a pu être jugé faible parce que son poids dans les relations interministérielles ne correspond pas aux enjeux qu'il représente. Il ne dispose pas d'un « grand corps » comparable aux inspecteurs des Finances ou aux ingénieurs des Ponts. Il subit les effets d'un déficit de culture de santé publique parmi les décideurs de notre société. Au gouvernement, il est fréquemment confié à un ministère délégué ou à un secrétaire d'Etat qui arrive loin dans l'ordre protocolaire. A la sortie de l'ENA, ce ministère n'a pas la cote au moment du choix des élèves.

Mais les choses bougent. A la suite de l'affaire du sang contaminé, notamment, les effectifs de la DGS ont été augmentés, au point que le nombre de cadres y est maintenant supérieur à celui de la prestigieuse direction du Trésor au ministère des Finances... Surtout, de nombreuses agences ont été créées (Agence du médicament, Agence française du sang, Etablissement français des greffes, Réseau national de santé publique, etc.), qui augmentent très sensiblement les moyens humains et financiers du ministère.

En outre, la Santé, du fait de son intégration à un ensemble plus vaste, les Affaires sociales, relève d'un ministre clef puissant, souvent numéro deux du gouvernement (avec Simone Veil ou Martine Aubry, par exemple). L'IGAS, très attractive auprès des énarques, ne

Historiquement faible, le ministère de la Santé bénéficie aujourd'hui d'une reconnaissance et de moyens plus importants. Quant aux DDASS, après la période euphorique de la déconcentration, elles subissent le contrecoup de la décentralisation.

** Christian Rollet
est directeur de l'IGAS.*

quand un problème de sécurité sanitaire éclate, c'est toujours le ministre chargé de la Santé qui est tenu pour responsable. Le ministère, à travers la DGS, peut-il rester maître des objectifs de la politique de santé ? Comment peut-il s'assurer que l'autonomie administrative et financière des agences est bien mise au service de cette politique ? Ces excroissances peuvent-elles être compatibles avec les missions régaliennes de l'Etat, et à quelles conditions ? Aujourd'hui, les réponses à ces questions sont incertaines et il serait nécessaire de donner aux relations difficiles entre le centre et la périphérie un contenu plus « managerial ».

Enfin, le lien entre la faiblesse présumée du ministère et les crises de santé

Quels problèmes identifiez-vous hors de l'administration centrale, dans les DDASS et les DRASS ?

La situation est effectivement un peu différente. Il faut, pour comprendre, remonter en arrière. Les DDASS sont nées d'un mouvement de fusion des services administratifs locaux, entamé après-guerre. On a ainsi rassemblé en 1964, date de la création des DDASS, les directions de la Santé, celles de la Population, les bureaux d'aide sociale des préfectures et, enfin, la santé scolaire. Un mouvement analogue s'est produit au niveau régional lors de la création des DRASS en 1977.

Les services déconcentrés de ces ministères ont vécu, pendant ces années, une véritable phase d'euphorie et de dynamisme. Ils ont connu depuis une série d'événements perçus comme des revers, en premier lieu avec la décentralisation. Un tiers, peut-être plus, des effectifs des DDASS est passé au département avec armes et bagages. Un peu plus tard, en 1985, la santé scolaire a réintégré l'Education.

Enfin, les ordonnances de 1996 ont enlevé aux préfets une compétence majeure, l'hôpital, pour la confier aux ARH (agences régionales hospitalières), où les services déconcentrés partagent le pouvoir avec l'assurance maladie. Evidemment, de recul en recul, après avoir vécu une phase de montée en puissance, il y a un sentiment d'abandon. Cette approche, peut-être un peu psychologique, correspond pourtant à la réalité. Aujourd'hui, la situation est d'une grande complexité. A présent, les DDASS et les DRASS ont plusieurs patrons : le préfet et le directeur de l'agence. En outre, il y a véritablement aujourd'hui un problème de crédibilité et de masse critique pour les services. Pourtant, la qualité technique et la motivation des personnels

Hygiène et environnement, matrice de la santé publique

POINT DE VUE

Denis Zmirou*

La gestion des risques liés à l'environnement est à la racine de la construction du dispositif de santé publique au XIX^e siècle. Ainsi, la Société française de santé publique telle qu'elle s'est constituée à la fin du siècle dernier est un enfant naturel de Villermé et de Pasteur. Villermé, c'est le mouvement de la médecine sociale, la lutte contre les conditions de travail des enfants dans les filatures du nord. Pasteur, c'est la justification scientifique du mouvement hygiéniste, notamment dans sa dimension génie sanitaire et risques infectieux. Historiquement pourtant, le mouvement hygiéniste et de génie sanitaire naît en Angleterre, avec sa figure emblématique, Chadwick, directeur des services de santé publique de Londres en 1848. Il s'agissait d'assainir les villes, d'éliminer les eaux usées, et de déterminer des lieux de prélèvement d'eau potable. Ce mouvement n'était pas, à proprement parler, médical ou social. Il était le fait d'ingénieurs et de gestionnaires de la cité, clairvoyants et avisés. Il participait en outre d'une vision sécuritaire consistant à dire : la maladie est portée par le pauvre, protégeons l'ensemble de la population et faisons en sorte que les conditions du développement des « miasmes » soient moins favorables. Cela nous conduit évidemment, en France, à la destruction des taudis et aux grandes ouvertures haussmanniennes qui, derrière les drames humains, ont permis des avancées réelles en termes de santé (choléra, tuberculose). Cette période de la fin du XIX^e, début du XX^e siècle, a vu les progrès les plus fabuleux en matière d'état de santé de la population. En France, cela se traduit aussi par la loi majeure de 1893 sur la création de l'aide médicale gratuite. Elle structure l'intervention au niveau des départements et communes dans l'aide médicale aux plus démunis. Citons également les premiers textes, en 1905, sur la retraite des vieillards, des infirmes et des incurables. L'Etat met en place un dispositif très inspiré par le respect de l'ordre et la préservation de la sécurité : en portant secours aux pauvres, on préserve également les autres de la contamination des mauvaises pensées, des mauvaises mœurs et des maladies. Cette dimension morale est très importante : il est symptomatique que, jusqu'en 1920, le bureau de l'hygiène publique soit placé sous tutelle du ministère de l'Intérieur. Les années 30 constituent le chant du cygne de ce grand mouvement hygiéniste démarré cinquante ans plus tôt autour de l'habitat et du milieu, incluant évidemment l'eau, qui a toujours

fait l'objet d'une grande préoccupation en France. D'ailleurs, les plus importantes sociétés mondiales de gestion de l'eau sont françaises, avec la Générale et la Lyonnaise créées à la fin du siècle dernier.

La politique vaccinale, la création des grands établissements d'accueil pour les tuberculeux dans les années 20-30, la mise en place du dispositif de soins curatifs et la découverte de la pénicilline vont s'accompagner d'une moindre vigilance de l'effort hygiéniste en matière d'environnement, et plus généralement de l'effort de prévention. Les antibiotiques et les sulfamides apparaissent autour des années 40 et donnent la priorité au traitement sans que l'on mesure bien la part énorme de l'hygiène publique dans les progrès accomplis. Un exemple : prenons cent morts de la typhoïde en 1860. Grâce aux mesures d'hygiène publique, on n'en compte plus que cinq à dix en 1920. Les antibiotiques agissent uniquement sur les dix cas restants pour les réduire à deux... Notons qu'en Angleterre, l'essor de l'épidémiologie — qui paradoxalement est fort tardif en France alors que c'est ici que s'est développée la statistique — a consolidé les bases scientifiques permettant à l'hygiène publique de conserver une place.

Après-guerre, avec la Sécurité sociale et sa lecture perverse, essentiellement tournée vers les soins, on plonge, si l'on peut dire, dans le mirage curatif pur.

Le sida constitue une véritable rupture. La logique devenue prédominante, écrasante, de la vision curative est battue en brèche. Cette rupture a un impact sur les problèmes environnementaux de la santé. Pour le comprendre, il faut se référer aux trois périodes de la prévoyance, de la prévention et de la précaution qu'a très bien décrites François Ewald. La prévoyance consiste à anticiper pour compenser les conséquences pécuniaires et sociales de la maladie que l'on ne maîtrise pas. La prévention naît lorsque l'on met en place des dispositifs pour éviter l'apparition de telle ou telle pathologie. Puis, apparaît une troisième logique, celle de la précaution. Elle naît de l'aversion croissante de la population à l'égard du risque : risque causé par l'Etat par imprudence, par l'industriel, etc. Cela se traduit dans le domaine de l'environnement par une perception de la population estimant que la situation s'est dégradée — ce qui est fondamentalement faux, celle-ci étant incomparablement meilleure qu'elle ne l'était il y a un siècle.



Deux choses se produisent en réalité : on mesure mieux la qualité des milieux et l'on connaît mieux les conséquences sanitaires des nuisances, d'où cet effet d'optique. Résultat : la question n'est plus de définir un niveau au-delà duquel le risque commence à apparaître (les normes), car le plus souvent il ne peut être question de réduire le risque à zéro, mais de définir un niveau consenti, acceptable par la société. La grande évolution aujourd'hui en matière environnementale, c'est ce débat social majeur, capital. La santé publique est bien affaire de débat public. ■

* Le docteur Denis Zmirou, ancien président de la SFP, est maître de conférences à la faculté de médecine de l'université de Grenoble.

L'enrichissement du concept d'« éducation sanitaire »

ENTRETIEN AVEC

*François Baudier**

De l'hygiénisme d'hier à la promotion de la santé d'aujourd'hui, l'éducation sanitaire a fait du chemin.

La notion d'éducation sanitaire est apparue au XIX^e siècle dans le domaine de l'assistance aux pauvres et de l'aide aux malades tuberculeux. A cette époque, la prévention et l'éducation sanitaire étaient encore considérées comme des actes de foi. Les bénévoles s'efforçaient de faire le bien en apportant aux nécessiteux une aide ponctuelle, dans une perspective charitable ou humaniste.

Au XIX^e siècle, l'histoire de la médecine est marquée par la découverte de la clinique, c'est-à-dire d'une approche organiciste qui vise à objectiver la maladie dans le corps humain. Mais une autre conception de la santé et de la maladie se développe également, qui est davantage centrée sur la relation de l'homme avec son milieu et qui prend en compte ses conditions de vie (environnement, situation socio-économique, etc.).

Ce courant hygiéniste s'affirme contre le conservatisme de l'époque, au nom de l'intérêt public, mais non sans volonté d'encadrement de la vie sociale, comme l'illustre bien l'exemple de la lutte contre

la tuberculose. Les pouvoirs publics prennent progressivement conscience de l'importance des questions d'hygiène et de salubrité publiques. Les départements et les municipalités se voient conférer des pouvoirs de police sanitaire. Les services municipaux prennent de multiples dispositions concernant la circulation, la voirie, l'eau, les ordures, l'environnement, les vaccinations, etc.

Ce sont les héritiers de ce courant hygiéniste qui développeront après la Première Guerre mondiale des campagnes nationales de propagande contre les maladies infectieuses. Il faut attendre la fin de la Seconde Guerre mondiale pour qu'apparaisse l'esquisse du premier système préventif français. C'est en effet en 1945 qu'est créé le Centre national d'éducation sanitaire, démographique et sociale, relayé par 25 centres interdépartementaux, qui sont alors placés sous l'égide du ministère de la Santé.

Dans les années 1970, Simone Veil lance les premières grandes campagnes publicitaires de prévention du tabagisme. Dans le contexte de ces années-là, c'est une petite révolution! Au cours des années 1980, l'éducation pour la santé s'est professionnalisée. L'épidémiologie a enfin été mieux reconnue et de grands partenaires (comme les caisses d'assurance maladie, les mutuelles, les départements, les villes, etc.) se sont intéressés à la prévention et à l'éducation pour la santé.

«La promotion de la santé a pour but de donner aux individus et aux populations davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer», affirme en 1986 la Charte d'Ottawa (1), qui a été adoptée par l'OMS. Ce texte n'a rien perdu de son actualité.

L'éducation pour la santé nécessite désormais des stratégies complexes, qui associent tout un ensemble de mesures complémentaires, qu'elles soient réglementaires (interdiction de fumer, normes de sécurité, etc.), informatives (campagnes de sensibilisation, qui sont néces-

saires mais non suffisantes) ou éducatives (actions pédagogiques dans les quartiers, etc.) en partenariat avec les associations et les professionnels : médecins, pharmaciens, infirmières, travailleurs sociaux, enseignants, etc.

Lorsqu'il est mis en œuvre de cette manière, ce concept d'éducation est très riche, car il implique une réciprocité. L'éducateur ne vient pas pour déverser de l'information, mais d'abord pour adopter une attitude d'écoute. L'éducation pour la santé doit permettre aux gens de se repérer dans leur culture, à partir de leurs valeurs, de leurs racines et de leurs traditions.

Cette approche de la promotion de la santé est plus concrète, plus pragmatique et plus réaliste. Elle peut donner de bons résultats, notamment auprès des populations en situation de précarité. Les problèmes que ces publics rencontrent (estime de soi, hébergement, alimentation, accès aux soins, etc.) rappellent d'ailleurs cruellement ceux de la fin du XIX^e siècle, comme un retour à la précarité d'antan.

En un siècle, force est de constater que la question sociale n'a pas été résolue, mais on a au moins appris deux ou trois choses concernant la santé publique : 1) la responsabilité individuelle n'explique pas tout ; 2) les uns et les autres sommes tous interdépendants ; 3) le paternalisme n'a plus droit de cité ! ■

* Le docteur François Baudier est délégué général adjoint du Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

- (1) Charte adoptée lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, à Ottawa (Canada) le 21 novembre 1986.

Serment de l'éducateur sanitaire*

En ma qualité d'éducateur sanitaire, je m'engage à servir la cause de la santé publique.

J'exercerai ma profession avec zèle, sincérité, conscience et dignité.

Je ne travestirai pas sciemment, ni ne dénaturerai la vérité scientifique.

Je ne porterai pas de faux témoignages, ni ne répandrai de rumeurs préjudiciables à autrui.

A aucun moment non plus, je ne ferai passer mes intérêts personnels avant ceux de la Santé Publique.

Je ne tiendrai jamais compte des différences de race, de religion, de nationalité, de parti politique ou de rang social, pour diminuer la qualité de mes services publics.

Je serai loyal envers l'Administration, et observerai strictement les règles de l'organisme pour lequel je travaillerai.

J'apporterai ma contribution à l'établissement de programmes constructifs de santé.

J'aurai respect et gratitude pour mes maîtres.

Je considérerai les membres de ma profession comme ma propre famille.

Ces promesses, je les fais librement et sur l'honneur.

* Société américaine des éducateurs sanitaires publics (années 30).

La résistible émergence de la citoyenneté

POINT DE VUE

Claudine Herzlich*

Si l'on entend par citoyen, non pas le malade, la personne ou l'usager mais bien un acteur politique des questions de santé, l'apparition de cette forme de citoyenneté est un phénomène relativement récent. Ainsi les ligues (1), créées à la fin du XIX^e et au début du XX^e, relèvent plus d'une attitude de la société civile que d'une véritable citoyenneté. Cette attitude d'attention à la santé, on la voit nettement se dessiner, au sein de la population, dans ses réactions ambivalentes face aux vaccinations, qui expriment à la fois une demande et une crainte. Cette demande de santé va monter pendant tout le XIX^e siècle. Elle prendra une forme nouvelle avec la loi de 1898 sur les accidents du travail. Cette loi apparaît comme une date clé. Elle installe un dispositif collectif de réparation des accidents du travail qui préfigure notre système de protection sociale. Cette montée de la protection sociale pose l'accès aux services de santé comme un droit pour la population. Elle insère par ailleurs de manière importante la santé dans le social. Les futures assurances sociales, puis la Sécurité sociale noueront également ensemble la santé et le travail. C'est un élément fondamental. Ajoutons que la Sécurité sociale, selon son créateur, Pierre Laroque, plaçait le citoyen comme acteur du système de santé, notamment avec l'élection des représentants de la « sécu ». Cela n'a pas été le cas et c'est là peut-être un rendez-vous manqué avec la citoyenneté. Parmi les premières associations, on trouve celle des blessés du poumon, créée en 1921 au sortir de la guerre et qui rassemblait, pour l'essentiel, des

soldats victimes du gaz pendant le conflit de 14-18. Viennent ensuite l'Association des paralysés de France, l'Association française des diabétiques et, enfin, l'Association des hémophiles, créée en 1955. Ce modèle associatif apporte quelque chose de fondamentalement nouveau : l'entrée des malades dans ces structures. Les ligues excluaient en effet les personnes concernées. Elles étaient le fait de notables et de dames de charité.

L'Association des blessés du poumon casse ce modèle. Elle rassemble des invalides de guerre. Ces héros de la nation peuvent apparaître en tant qu'acteurs, ce qui n'était pas imaginable pour les personnes affectées par la tuberculose. Après la Seconde Guerre mondiale, le phénomène d'extension des maladies chroniques va créer le modèle contemporain de l'association. Entre 1940 et 1960 se structure toute une série d'associations de malades, ou d'associations autour d'une maladie. L'Association de diabétiques de France, en premier lieu, réunira les médecins et leurs malades. L'emprise du corps médical y est très forte. Ce modèle associatif a été porté et impulsé par les médecins. La prise en charge des maladies chroniques nécessite en effet un malade capable de gérer son traitement sous les ordres du médecin. Assez rapidement cependant, mais de façon inégale selon les cas, les associations vont sortir de ce modèle de pur adjoint du médecin. Les malades deviennent des acteurs, et ce, sur deux registres. Celui de la consommation médicale d'une part, avec la revendication de soins de qualité, et d'autre part celui, plus actif, qui consiste à faire prévaloir la perspective propre du malade, laquelle n'est pas exactement celle du médecin. A partir de ce modèle, les associations de lutte contre le sida occuperont un champ d'action plus diversifié : prise en charge médicale, psychologique et sociale, mais également action politique, avec la revendication de droits, de solidarité et de non-discrimination. Parallèlement, et ceci est très important, la population s'est positionnée collectivement, pour la première fois dans l'histoire, dans un refus de la discrimination et de la stigmatisation des malades en temps d'épidémie.

* Claudine Herzlich est directrice du Centre de recherche, médecine, science, santé et société (CERMES).

- (1) La Ligue contre la tuberculose (1892), la Ligue contre la syphilis (1901), la Ligue contre l'alcoolisme (1905) et la Ligue contre le cancer (1918).

Des risques, des libertés et des choix collectifs.

Gestion des risques: des finalités divergentes.

L'obligation de moyens est au clinicien ce que la recherche de résultats est aux programmes de prévention. Le médecin clinicien fait tout pour son malade. Le médecin de santé publique propose des programmes de prévention dont la pertinence s'argumente en fonction de leur rentabilité en termes de coût-efficacité et de leur équité pour « un ensemble » d'individus (modèle accepté au nord de l'Europe). Mais, de plus en plus, l'obligation de résultat (issue de la culture de santé publique) s'impose aux institutions de soins et à la pratique clinique (issue d'une culture médicale centrée sur l'individu). La culture du risque, risques individuels et collectifs, est mal maîtrisée en France. Tout se passe comme si le risque zéro existait. La culture de gestion du risque (économique, juridique, thérapeutique, etc.) n'est pas assimilée. Les jurisprudences récentes en France ouvrent la boîte de Pandore pour les victimes et surtout leurs avocats. L'indemnisation des risques associés aux soins apparaît dès maintenant d'un coût prévisible tel qu'il sera difficile à supporter par notre société (et pas seulement pour les médecins et les directeurs de cliniques ou d'hôpitaux!). Indemnisation de nature assurantielle en cas de faute repérée dans la pratique professionnelle ou l'organisation des soins, et indemnisation de nature solidaire en cas d'aléa (thérapeutique) sans « faute » observable.

Le juridique (selon un modèle typiquement importé des Etats Unis) modifie les termes de la rentabilité (ou de l'efficacité), non seulement par la prise en compte de la qualité du service rendu, mais surtout par la prise en compte du résultat final obtenu pour « l'individu ». Les finalités juridiques individuelles prennent ainsi une place de plus en plus grande entre les finalités épidémiologiques de santé pour un ensemble d'individus, et les finalités de rentabilité dans l'allocation des ressources collectives. Certes, nous avons les yeux tournés vers le nord de l'Europe, mais nous avons adopté le « modèle » nord-américain avant de nous en apercevoir !

Management collectif et protection individuelle.

Les vingt dernières années ont vu la création et le développement d'espaces institutionnels d'information épidémiologique sur la santé, tels que les ORS, les registres, le HCSP, le RNSP, sans compter les nouvelles « agences ». L'analyse des informations, en particulier épidémiologiques, provenant d'enquêtes ou de recueils exhaustifs systématiques ont conduit à la mise en évidence d'inégalités de santé et de certaines de leurs raisons d'être.

Les exigences de gestion collective de l'aide décentralisée et de la protection sociale ont conduit au développement plus récent d'espaces d'information sur les caractéristiques sociales et de consommation des individus. Ces nouveaux systèmes d'information mis en place ont été réglementairement acceptés par la CNIL dans la mesure où des modalités suffisantes étaient garanties pour préserver la confidentialité de l'histoire personnelle des individus.

Cependant, depuis 1994, les objectifs de management collectif sont devenus prioritaires sur les exigences de protection individuelle. Sous couvert d'optimisation de la gestion, des liaisons s'établissent de fait, pour un individu donné, entre diverses sources d'information. La logique du respect du secret de la « vie privée » de la personne (malade ou non) est donc en recul. Seuls les cas des personnes impliquées dans la recherche biologique font l'objet d'une attention spécifique.

Que va-t-il advenir du citoyen « clairement identifié » qui n'aura pas à la fois sa carte de sécurité sociale (non marquée du sceau d'une affection longue durée), une mutuelle, un employeur, une carte bancaire, une assurance vie, sans oublier un abonnement personnel à l'électricité ou au téléphone, sans même penser à ceux qui auront un jour ou l'autre été enregistrés dans un fichier d'aide (Aide sociale à l'enfance par exemple) d'une collectivité territoriale, ou accueillis par une institution spécialisée dans les problèmes de santé mentale ? Procéder de la sorte n'apparaît-il pas comme le plus sûr moyen de créer (par défaut) des « fichiers nominatifs de l'exclusion de la vie en société » ? On pense ici aux enjeux soulevés par la constitution du fichier de référence, prévu sous la dénomination de « réseau santé-social ».

Les outils (informatiques) mis à notre disposition, sont en train de fabriquer par eux-mêmes et de fait le sens de notre vie privée et de notre vie en société. Nous avons à choisir entre « blâmer » le malade pour son recours aux soins ou interpeller le monde professionnel sur ses performances. Disons-le clairement : rien n'est moins évident que le « nécessaire » besoin de fichiers nominatifs de malades pour s'assurer de la qualité des prestations des professionnels ou optimiser la rentabilité de nos institutions sanitaires et sociales.

Dans l'état actuel de nos capacités et de nos volontés timides d'améliorer nos faiblesses organisationnelles, des fichiers respectant l'anonymat des individus peuvent déjà être d'un grand apport, pour peu qu'on les utilise un peu plus : si seulement les données déjà disponibles, analysées et interprétées, étaient suivies de mises en oeuvre concrètes !

Maintenir le lien social.

Par le passé (et jusqu'à nos jours), la réduction de l'impact de facteurs négatifs d'environnement sources de morbidité a influencé l'allongement de l'espérance de vie autant que le développement des soins médicaux. Il n'est pas possible de passer sous silence d'autres déterminants d'inégalités de santé, et l'accentuation des inégalités elles-mêmes. Ces inégalités augmentent avec le chômage, les conditions défavorables de logement, la faiblesse du pouvoir d'achat et la couverture insuffisante de certains soins ambulatoires. C'est au moins autant ces facteurs sociaux et d'autres tels que les difficultés d'accès à l'éducation qui expliquent notre état sanitaire que la seule détérioration de l'environnement physique. La situation est particulièrement délicate pour les familles qui, par leurs caractéristiques de vie et de ressources issues du travail, sont situées juste au dessus des limites justifiant des aides ou l'intervention de la solidarité.

Le droit d'être secouru pour certains, et le devoir de venir en aide pour d'autres. Le devoir d'entraide entre citoyens et le droit à ne pas être à la charge des autres. « Aide toi ! Le ciel t'aidera ! » ne peut être la seule réponse lapidaire apportée à ces enjeux. Dans la situation actuelle, choisir de faire plus pour certains, c'est faire moins pour d'autres, avec un corollaire en miroir : atteindre plus d'individus implique de faire moins pour certains d'entre eux. En termes de santé, on ne prendra jamais assez conscience que « collectivement », là est notre intérêt !

Pour mémoire

ORS : Observatoire régional de la santé ;

HCSP : Haut comité de santé publique ;

RNSP : Réseau national de santé publique.

POINT DE VUE

Marc Brodin