

# Santé publique et médecine\*

*J.L. Vanherweghem, Président de l'Université Libre de Bruxelles*

Dans toutes les sociétés, les thèmes de la santé animent les discours officiels et l'avènement du monde occidental à la modernité du 20<sup>ème</sup> siècle, conférait à la médecine scientifique le seul discours légitime sur la santé et la maladie. Plus récemment cependant, les mouvements académiques et politiques de la post modernité ont contesté, au départ notamment des sciences sociales, l'autorité exclusive des médecins sur la santé et ont dénoncé le pouvoir médical. Dissserter sur le sujet " Santé Publique et Médecine " est un thème à l'ambiguïté provocatrice. Car voilà deux noms reliés par la conjonction de coordination " Et ", laquelle peut signifier que les deux termes de la proposition sont de même nature, ayant même fonction et même rôle, comme dans " vite et bien " mais qui peut tout aussi bien donner à entendre que, par rhétorique, on rapproche des éléments que l'on veut opposer, comme dans le " blé et l'ivraie ".

Devant, donc, cette provocation subliminale, je tenterai de relever ici le défi et évoquer les convergences et divergences de la santé publique et de la médecine.

Dans sa définition, la médecine se dit une science regroupant l'ensemble des savoirs et des pratiques qui ont pour objet la conservation et le rétablissement de la santé. On parle d'un art, l'art de guérir, au sens d'un savoir faire qui a pour objet de prévenir et de soigner la maladie, guérir ou soulager le malade. Le mot est lâché : la médecine s'intéresse à la maladie, le médecin au malade. Pour preuve, le programme de la Faculté de Médecine comporte essentiellement des disciplines qui explorent le diagnostic, les mécanismes et les traitements des maladies. Et il y a toujours du pain sur la planche : les percées de la biologie moléculaire, de la pharmacogénétique, des thérapies cellulaires, des technologies digitalisées de l'imagerie fonctionnelle, encadrées par la méthodologie de la médecine basée sur les preuves, ouvrent des horizons infinis. Et nous pouvons être fiers du travail de nos équipes : un seul exemple, la contribution significative de nos biologistes moléculaires à la compréhension de la transmission du virus du sida par l'identification du récepteur CCR5, ce qui n'est pas sans implications pratiques pour la santé publique.



La santé publique, quant à elle, se dit la science de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. Ses moyens sont l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections au niveau des populations, l'éducation sanitaire des individus, la promotion de l'hygiène publique et privée, l'organisation des services médicaux et infirmiers et le développement des services sociaux.

Pour preuve, les programmes de l'Ecole de Santé Publique comportent principalement les disciplines qui

étudient l'épidémiologie, le traitement statistique des données, la prophylaxie des maladies infectieuses, la toxicologie des milieux, l'hygiène alimentaire et la qualité des nutriments, l'organisation des systèmes de santé, la qualité des soins, la gestion des institutions de soins.

Et il y a, ici aussi, du pain sur la planche.

Si l'espérance de vie, dans nos pays, a augmenté de 30 ans entre 1900 et 2000 et même encore de 1,5 ans de 1990 à 2000, elle s'est effondrée de 15 ans entre 1985 et 2000, par exemple, au Botswana, au Zimbabwe et au Rwanda.

Si la mortalité infantile est de moins de 0,5 % des naissances dans l'Europe occidentale, elle est de 1,2 % en Pologne, de 1,7 % en Russie, de 4 % au Turkménistan, de 10 % au Bangladesh, de 18 % au Rwanda, de 26 % en Afghanistan et de 32 % en Sierra Leone. Dans certains pays, cette mortalité infantile est quatre fois plus importante dans les classes les plus pauvres, et, par exemple en Inde, elle frappe plus les filles que les garçons dans un coefficient de 4 filles pour 3 garçons.

Si dans nos pays, les gastro-entérites infectieuses sont plus au moins sous contrôle depuis le premier acte de Santé Publique, accompli par John Snow en 1854, lorsqu'il a mis hors service la pompe à eau d'un puits contaminé par la vibron cholérique, le monde occidental est confronté à des " épidémies " d'une autre nature : 60 % des citoyens des Etats-Unis ont un index de masse corporelle supérieur au seuil de morbidité.

\* Allocution prononcée le 6 mai 2004 à l'occasion de la séance académique du 40<sup>ème</sup> anniversaire de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

Enfin, en termes de qualité des soins, du chemin reste encore à faire puisque l'on admet que des erreurs médicales sont commises, en moyenne, dans 3,2 % des cas admis dans les hôpitaux, contribuant à 10 % des décès.

Ici, aussi, nous pouvons être fiers du travail de nos équipes, par exemple, pour les unes, pour leur contribution à l'organisation des soins dans une Afrique ravagée, pour les autres, pour leurs travaux dans l'épidémiologie des maladies cardiovasculaires. Ce qui ne fut pas sans implications, cette fois, pour la médecine.

Santé publique et médecine sont donc convergentes. Pour le surplus, les territoires semblent bien définis : chacun a ses domaines, ses moyens, ses défis. L'agressivité naturelle de nos cerveaux reptiliens devrait être anesthésiée ... Pourtant, dans une argumentation aux fragrances byzantines, nous pourrions ajouter que "prévenir la maladie" et "promouvoir la santé" ne sont pas synonymes. Vous l'avez deviné : c'est ici que s'ouvre béant le gouffre épistémologique de la définition aporétique de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) : La santé, dit l'O.M.S., est un état de bien-être physique, psychique et social, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. On peut donc, apparemment, ne pas être malade mais néanmoins ne pas être en bonne santé ; Knock a dû passer par là. De fait, l'amélioration substantielle de l'état de santé des populations occidentales, dont témoigne l'allongement de l'espérance de vie et la réduction de la mortalité infantile, ne s'est paradoxalement pas accompagnée d'un sentiment d'amélioration du bien-être. D'ailleurs, les médecins et autres thérapeutes ont immédiatement compris la voie royale qui s'ouvrait à eux : on liposuce, on plastinise, on botoxifie, on siliconimplante, on mégavitaminosupplée, on palmopédorelaxe, on viagravite ...

Dans notre monde occidental où la fatigue est devenue une maladie chronique et où une discipline, appelée "écologie clinique", décrit des entités nouvelles appelées "maladie du 20<sup>ème</sup> siècle" ou "allergie cérébrale", la définition de la maladie, et donc du malade, devient de plus en plus problématique.

L'état de maladie devient aussi fonction de celui qui la décrète. De prime abord, le diagnostic revient au médecin. Dans la médecine occidentale moderne, par référence à la médecine basée sur les preuves, le médecin vérifiera les données objectives des symptômes et signes présentés par le patient par rapport à la définition précise d'une nosologie rigoureusement établie : il s'agira d'un cancer bronchique parce que le tissu de la bronche, prélevé par biopsie, analysé au microscope, présentera une architecture et des atypies nucléaires correspondant à la définition du cancer ; il s'agira d'un diabète parce que le dosage du sucre dans le sang, réalisé à jeun, sera régulièrement supérieur à 125 mg/dL ; il s'agira d'une infection urinaire parce que l'ensemencement d'un échantillon urinaire sur un milieu de culture *ad hoc* montrera la prolifération d'*Escherichia coli*.

Voilà des personnes dont l'état de maladie n'est pas remis en question. Mais il peut arriver que l'état de maladie soit décrété par la personne elle-même. Elle ne se sent pas bien. Sur 1.000 personnes interrogées, 800 déclarent s'être senties malades au moins une fois sur le mois écoulé, mais seulement 327 ont estimé nécessaire une consultation médicale : 113 feront appel à un médecin généraliste, 104 à un médecin spécialiste, 65 à un praticien alternatif. Quarante-cinq se rendront directement à l'hôpital : 23 dans les polycliniques et 22 aux urgences ; 8 seront hospitalisées dont 1 dans un hôpital académique. Notre enseignement et notre recherche cliniques portent donc sur 1/800<sup>ème</sup> des personnes qui se sentent malades. On mesure ainsi l'hiatus qui sépare le sentiment du patient et le diagnostic médical objectif et on peut concevoir que le dialogue médecin - patient peut être l'objet d'une tension quand le patient entre dans le cabinet avec une "illness" (il se sent malade) et en sort sans que le médecin ait certifié qu'il avait bien une "disease" (une maladie conforme à la nosologie en vigueur). Les choses se compliquent encore lorsqu'un tiers participe à la reconnaissance de l'état de maladie. Les quelque 800 sur 1.000 qui, chaque mois, se sont sentis malades au moins une fois, ont-ils été reconnus malades par leur entourage ? Cette reconnaissance n'est pas à négliger : elle permet de rester au lit, de ne pas faire la vaisselle, de ne pas descendre la poubelle, de ne pas aller à l'école, de ne pas travailler ... et si le tiers est un organe officiel de santé publique, elle permet, en plus, d'obtenir des indemnités d'incapacité de travail voire d'invalidité permanente, et pour le moins le remboursement des soins.

Entre médecine et santé publique, voilà le nouvel enjeu. La santé publique peut aussi statuer sur l'état de maladie, indemniser ses victimes mais aussi désigner les coupables. On pourrait dire qu'en passant de la médecine à la santé publique, le savoir devient un pouvoir. Historiquement d'ailleurs, les structures sanitaires se sont adaptées aux formes politiques de l'organisation des états et les décisions de santé publique ont certes souvent reposé sur des bases qualifiées d'objectives mais ont souvent aussi reflété les choix idéologiques des sociétés.

Des exemples récents montreraient aisément que la réponse donnée à un problème de santé publique dépend souvent du traitement médiatique dont il a fait l'objet (voyez l'affaire de la dioxine en Belgique et de la canicule en France) ou de la mobilisation d'un groupe de pression (voyez les organismes génétiquement modifiés).

Tout récemment, j'entendais sur les ondes une personnalité politique, dont je tairai la couleur, soutenir que la pollution progressive de nos villes expliquait indiscutablement la croissance au cours du temps de la prévalence de l'asthme. Ce discours ne peut que s'accorder au bon sens et il est vrai que des études épidémiologiques ont montré une corrélation entre le taux de pollution des villes et l'incidence de l'asthme dans ces villes. Deux remarques cependant : 1) c'était

vrai pour les hommes mais pas pour les femmes. Il faut donc supposer que dans ces villes les femmes respiraient un autre air que les hommes ; 2) à l'échelon mondial, il existe une relation inverse entre la prévalence des maladies allergiques et celle des maladies infectieuses, notamment infantiles. Trop d'hygiène, donc, détournerait notre système immunitaire vers de nouvelles intolérances.

La santé publique est un terrain facile pour les idéologies. Ainsi, si je comprends bien que l'alcool au volant est un danger pour autrui, il me semble que ne pas boucler sa ceinture de sécurité est un danger uniquement pour soi-même. Légiférer en la matière imposerait, équitablement, d'interdire par voie légale l'alpinisme, le saut en parachute, les sports d'hiver ... et finalement aussi quasi tous les sports puisqu'il a fallu créer une discipline appelée " médecine du sport ". Mais voilà, le sport est bon pour la santé, tandis que la voiture pollue nos villes.

Poursuivant sur cette voie, on constate que, de plus en plus, en santé publique, le pouvoir devient devoir.

Ainsi, depuis Cabanis (1757 – 1808), " il faut que l'hygiène aspire à perfectionner la nature humaine en général " et l'hygiéno puritanisme moderne bouscule la frontière entre la défense de la santé en tant que bien collectif et les droits individuels au libre choix d'un style de vie. Comme le souligne M. Fitzpatrick dans le *Lancet* du 3 avril 2004, les tables de Moïse sont d'un laxisme extraordinaire à côté des recommandations du *Chief Medical Officer* du Royaume-Uni : tu ne fumeras pas (et non plus le tabac des autres), tu ne boiras pas, tu ne feras pas l'amour (tout au moins sans préservatif), tu mangeras 5 portions de fruits et légumes par jour, tu feras 30 minutes d'activité physique par jour, 5 jours sur 7, tu te protégeras du soleil (avec une crème d'au moins un facteur 15), etc. Et pour ces plus de 85 ans d'abnégation, Moïse au moins promettait la rédemption éternelle, tandis que le *Chief Medical Officer* laisse à peine entrevoir quelques années de plus d'une vie souvent, en ces âges avancés, faite de surdité, de démence, d'état grabataire et d'incontinence.

Plus sérieusement, l'hygiéno puritanisme de certains courants de santé publique, mettant l'accent sur la responsabilité individuelle dans la préservation collective de la santé, condamne l'individu dont le style de vie est considéré comme pathogène. (On se souviendra de l'opprobre jeté sur l'homosexualité masculine au début de l'épidémie du Sida). Ici, médecine et santé publique divergent : la médecine se préoccupe d'un malade par le moyen d'un colloque singulier. La santé publique protège la santé des populations au risque de briser la sphère privée et les droits individuels.

Le médecin est l'avocat du malade et l'agent de santé publique est le procureur de la république des bien-portants. Cela dit, il faut aussi être de bon compte. Dans la maltraitance infantile, il est évidemment éthiquement justifié de prononcer la déchéance de la

puissance parentale, c'est-à-dire de violer la " *patria potestas* " de l'espace domestique.

Un autre point de friction entre médecine et santé publique est évidemment le domaine de l'économie de la santé. Ici, la logique médicale et la théorie économique sont souvent en rupture de dialogue.

L'économie est, à l'origine, la science des échanges marchands, ce que n'est pas la transaction financière entre un patient et un prestataire de soins dès lors qu'intervient un tiers payant, à l'origine la charité publique, actuellement la solidarité redistributive de la sécurité sociale. Au fond, les médecins (en tous cas les syndicats médicaux) n'ont vraiment bien compris les lois économiques des échanges marchands que pour réclamer le *numerus clausus*, puisque ces lois indiquent que la part individuelle d'un montant défini de ressources disponibles est inversement proportionnelle au nombre des individus qui peuvent y prétendre.

Mais l'économie c'est aussi une répartition optimale et équitable de ressources rares. Les coûts des soins de santé croissant plus vite que l'inflation, il était normal que la santé publique utilise la science économique pour comprendre la relation entre les pratiques médicales et leurs conséquences économiques et pour construire des outils d'aide à la décision pour en maîtriser les coûts.

Parmi ces outils, on parlera des rapports coût/bénéfice, coût/efficacité, coût/utilité, coût d'opportunité, bénéfices non monétaires. Si la notion de coût/bénéfice pourrait séduire certains gestionnaires, la médecine y est complètement imperméable puisqu'elle impose d'exprimer en dollars ou en euros le coût d'une vie humaine. C'est techniquement possible : le maintien d'une vie humaine par l'hémodialyse hospitalière coûte, en moyenne, 75.000 euros par an. Ici, pourtant, on est près d'un divorce complet entre médecine et santé publique. Par boutade, on pourrait dire que pour la médecine, le bénéfice financier a besoin de malades vivants, tandis que pour la santé publique, le coût optimalement nul est un malade mort. Le danger pointe aussi de voir le procureur de la république des bien-portants – bailleurs de fonds, zéléteur de l'hygiéno-puritanisme, décider que les coupables d'un style de vie pathogène (obésité, alcoolisme, tabagisme, HIV) n'ont plus droit à la solidarité distributive.

S'agissant maintenant d'évaluer les rapports coût/efficacité, des divergences apparaissent aussi dans le trio patient/médecine/santé publique.

Pour la médecine occidentale moderne, est efficace un traitement qui s'est montré supérieur à un placebo (ou un traitement existant) dans une étude randomisée en double insu. Quel qu'en soit le coût, ce traitement aura sa préférence.

Pour l'économie de la santé, est efficient le traitement qui sauve le plus de vie, ou assure la meilleure qualité de vie par dollar (ou par euro) dépensé.

Le choix est délicat dès lors que les ressources à partager sont limitées. Quoi qu'on en dise, une vie n'en vaut pas une autre. L'arrêt du maintien en vie de 5.000 personnes, en Belgique, par la dialyse, permettrait de dégager une masse financière suffisante pour vacciner, chaque année, 25 millions d'enfants contre la poliomyélite. Les coefficients coût/efficacité, coût/utilité ont de toutes évidences leurs limites.

Et puis, il y a l'efficacité telle que le patient la considère. Pour lui, le choix est relativement simple : le traitement est efficace s'il se sent mieux après qu'avant. Peu importe l'effet placebo. Peu importe le coût surtout si c'est un tiers qui l'assume.

Comme le patient est aussi l'électeur, la sécurité sociale prendra un jour en charge le coût des médecines alternatives. On parlera sans doute d'un coût d'opportunité politique.

Un peu par provocation, j'ai caricaturé quelques divergences entre santé publique et médecine. Toutes deux sont cependant confrontées à un même défi que les anglo-saxons appellent " *Lost in translation* ", ce qui traduit l'échec de la transposition des résultats de la recherche (qu'elle soit en médecine ou en santé publique) dans les pratiques médicales et les comportements individuels.

Pour décrire ce phénomène, je prendrai l'exemple de la prophylaxie des maladies cardiovasculaires. On pourrait presque dire que tout ce qui doit être connu est connu et pourtant : quinze à vingt ans après des études épidémiologiques concluantes en ce qui concerne la prévention secondaire d'une récurrence d'infarctus myocardique, alors même qu'il y a indication et absence de contre-indication, seulement 62,5 % des médecins prescrivent un bêta-bloquant, 50 % un hypocholestérolémiant, 42 % un régime amaigrissant et 30 % de l'aspirine.

D'un autre côté, on a pu montrer que 47 % des patients hypertendus ne prennent pas leurs médicaments anti-hypertenseurs. La situation n'est pas désespérée puisque dans le cadre d'une campagne de 5 ans d'amélioration de la qualité des soins, acceptée sur une base volontaire, le taux de prescription de bêta-bloquants après infarctus myocardique est passé de 62,5 à 92,5 % et le contrôle satisfaisant de la pression artérielle de 39 à 55,4 %.

Bref, médecine et santé publique ont un combat commun à mener ensemble, à la fois pour le bien du patient pris avec empathie dans toute sa singularité et à la fois pour la prévention de la santé des populations, notamment celles qui sont fragilisées dans certaines parties du monde et certaines classes de la société, particulièrement les femmes et les enfants. Elles ont à poursuivre le dialogue pour confronter les données de la médecine scientifique à la réalité des praticiens du terrain pour construire et développer les systèmes de santé les plus efficaces et les plus équitables.

Il est clair, qu'ici, on l'aura compris par l'importance des enjeux, une santé publique issue de la maison du Libre Examen est un acteur indispensable pour une société pluraliste respectueuse des libertés individuelles.

Il reviendra aux historiens de nous dire si la proto-étoile " Ecole de Santé Publique ", née il y a 40 ans de la nébuleuse de la Faculté de Médecine, est un enfant fidèle ou dissident. Je pense cependant qu'à l'âge de 40 ans on peut raisonnablement estimer que le complexe d'Œdipe est résolu. Bon anniversaire.

\*

Bibliographie disponible sur demande.

\* \* \*

## CHORUS INFO

Nous vous rappelons que vous pouvez consulter la liste des séminaires via l'agenda électronique sur le site A.M.U.B. :

<http://www.amub.be>  
rubrique " Chorus Info "