



# **D**idier HOUSSIN

Didier HOUSSIN est Directeur Général  
de la Santé

**La grande santé entre  
ses hauts murs**

**A**u cours d'un entretien l'année passée, l'indication de ma fonction de Directeur général de la santé avait entraîné une réplique inattendue : « donc, vous êtes une sorte de super-gardien de prison. » D'où cette idée d'une santé entre de hauts murs.

Pourquoi la « grande » santé ? Je ne voulais pas limiter le propos à la santé de l'individu. Je voulais l'élargir à la santé des populations, à ses déterminants, mais l'appellation « santé publique » me semblait dessiner un espace trop spécialisé, trop connoté. Alors, clin d'œil à Nietzsche, qui fit d'une volonté de santé, de vie, une philosophie, je suis passé de la santé à la grande santé.

J'aborderai d'abord le thème de la grande santé face au mur de la connaissance, en évoquant, c'est la tâche que vous m'avez assignée, les questions d'expertise et d'incertitude. Ensuite, j'évoquerai d'autres murs, en retenant pour chacun d'eux en quoi ces deux questions sont susceptibles d'intervenir.

## LA GRANDE SANTÉ FACE AU MUR DES CONNAISSANCES ACQUISES.

L'incertitude tient d'abord à la santé elle-même. Qu'est-ce ? Un bien-être ? L'Organisation mondiale de la santé a retenu en 1946 une définition fondée sur la notion de bien-être physique et psychique. Est-ce une harmonie ? En citant Héraclite, Gadamer évoque une harmonie latente, un équilibre en constant processus de stabilisation. Il écrit que « ce n'est pas tant la maladie qui est insolite que la santé qui est prodigieuse »<sup>(1)</sup>. Pour Dubos, « la santé et le bonheur sont l'expression de la façon dont l'individu répond et s'adapte aux défis qu'il rencontre dans sa vie quotidienne »<sup>(2)</sup>.

D'ailleurs, la santé ne se donne pas si facilement à voir. Elle n'est souvent approchée qu'à travers le prisme d'une défaillance irréductible de cette harmonie, une perte d'équilibre, à travers la maladie. Au cours des décennies passées, le diagnostic et le traitement de la maladie se sont peu à peu extraits d'une approche empirique pour s'appuyer de façon croissante sur des pratiques et des techniques fondées sur des connais-

<sup>1</sup> Hans Georg Gadamer. *Philosophie de la santé*. Editions Grasset et Fasquelle et Edition Mollat. 1998, p. 113

<sup>2</sup> René Dubos. *Mirage of health, utopias, progress and biological change*, Doubleday and C, 1961 p. 26

sances acquises par la recherche scientifique, améliorées grâce à des comparaisons rigoureuses. Cette médecine de plus en plus fondée sur l'analyse critique de connaissances de qualité croissante a permis d'obtenir des guérisons inédites, d'améliorer la qualité de vie de nombreux malades, de limiter les handicaps. La liste est longue des triomphes d'une médecine faite par des médecins bien formés, sachant aussi, dans l'environnement complexe de l'établissement de santé, associer leurs savoirs et leurs savoir-faire au service des malades. Et pourtant, que d'ignorances, combien de maladies de causes mystérieuses ou sans traitement efficace : les maladies neuro-dégénératives sont-elles des maladies à prion ? Quelles sont les causes de l'autisme ? Guérira-t-on plus souvent les cancers du poumon et du pancréas ? Le bacille de la tuberculose ne risque-t-il pas d'échapper à nos traitements ? Que nous réservent les virus ? L'épidémie d'obésité pourra-t-elle être maîtrisée ?

Les savoirs de plus en plus spécialisés ont rendu complexes les prises en charge, et nécessaires les fonctions de coordination, que ce soit, par exemple, pour le traitement du cancer ou la prise en charge des maladies rares. De même que l'expertise trouve un avantage à s'appuyer sur plusieurs têtes plutôt que sur une seule, trouver une vertu dans la collégialité et l'approche multidisciplinaire est devenu le maître mot de la prise en charge en cancérologie, et de plus en plus largement, dans d'autres domaines de la médecine.

De même, des efforts ont été faits et se poursuivent pour que la formation des professionnels de santé soit continue, que des leçons soient tirées des échecs ou accidents lors de la pratique médicale, notamment grâce aux réunions mortalité-morbidité, et que se développent l'analyse de l'efficacité des médicaments « dans la vraie vie », et la détection de leurs effets indésirables, par la pharmacovigilance et les études pharmaco-épidémiologiques après autorisation de mise sur le marché.

Avec Internet, les connaissances, surabondantes, sont plus facilement accessibles, ce qui met souvent le médecin, celui que l'on considère comme l'expert en santé, en situation difficile. Récemment, dans un petit village, une amie inquiète m'a dit que les parents de son petit-neveu de 6 mois venaient d'apprendre que leur enfant avait un syndrome de Di Georges, me demandant ce que j'en pensais. Alors que je tentais de rassembler mes souvenirs, cette amie m'a dit : « j'ai regardé sur internet et j'ai compris qu'il y avait plusieurs malformations, mais que cela n'était pas trop grave. Qu'en pensez-vous ? ». J'ai compris que la connaissance des données de base était déjà acquise par cette amie, qu'elle attendait de moi un jugement, et qu'en fait, en sachant beaucoup moins qu'elle, j'étais bien incapable du moindre jugement. Il n'est pas loin le temps qu'annonçait un dessin humoristique, dans lequel un médecin pontifiant déclarait à une vieille dame venue le consulter : « chère madame, j'ai consulté Google, vous n'avez rien ».

En médecine, la science est convoquée bien au-delà de ce pourquoi elle est effectivement compétente. Un large domaine, tout d'incertitude, est alors exploré, une sphère de savoir non-rationalisé où règne l'intuition, le « pif ».

Il faut reconnaître qu'en dépit des grands progrès réalisés dans la connaissance des phénomènes biologiques, nos connaissances restent parcellaires et que certains domaines restent largement inexplorés. Se pourrait-il que l'attrance du public pour certaines pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique résulte de l'attrait d'une prise en charge plus globale, permettant l'accès à un savoir moins fragmenté et répondant mieux aux attentes et aux représentations, fut-ce au prix d'une efficacité moins démontrée ? Si le rôle des autorités sanitaires est de repérer les pratiques dangereuses ou exposant au risque de perte de chance, ne doivent-elles pas reconnaître qu'une connaissance imparfaite, mais jugée globalement satisfaisante par ceux qui sont directement concernés au regard des éléments qu'ils identifient comme importants, puisse apparaître à ceux-ci plus pertinente qu'une connaissance mieux établie sur le plan de la rigueur scientifique, mais jugée trop parcellaire ou inappropriée ? Ne faut-il pas comprendre que la grande santé s'efforce de contourner le mur de la connaissance au nom de l'intuition et de la quête d'une totalité ?

Il est vrai que le « niveau de preuve » de nos connaissances est de qualité variable, et

que les situations de certitude ne sont pas les plus fréquentes, qu'il s'agisse de l'efficacité des interventions préventives ou thérapeutiques, ou de l'existence d'un risque.

En termes de prévention, la démonstration d'efficacité, *a fortiori* d'efficience, peut être encore plus difficile à faire que dans le domaine des soins curatifs, compte tenu notamment des délais nécessaires pour observer les effets de certaines mesures préventives, et de la difficulté de réunir les données permettant de faire cette démonstration. Nous y avons peut-être aussi consacré moins de ressources. Toutefois, face à de nombreux risques, concrétisés ou avérés, voire potentiels, la certitude est suffisante pour que la recommandation puisse être claire, à l'échelon individuel ou collectif : alcool, tabac, nutrition, vaccins, addictions, sécurité routière, accidents domestiques, expositions à différents polluants, conditions de travail.

Les difficultés qui surgissent alors sont que la connaissance ne suffit souvent pas à convaincre et que l'expérience du plaisir ou de la récompense immédiate liée à un comportement l'emporte sur le désir de conquérir la santé dans un futur hypothétique. D'autant plus lorsque ceux qui doivent renoncer à cette gratification immédiate ne sont pas nécessairement eux-mêmes les principaux bénéficiaires, ou les principales victimes, des effets sur la santé. La connaissance en santé se double ainsi d'une forte ignorance sur la capacité de modifier des

comportements individuels, notamment en termes de prévention, ou des attitudes professionnelles, par exemple quant à l'engagement dans des initiatives relevant de la santé publique ; s'agissant des comportements collectifs, il est tout aussi difficile de les comprendre, tant la mobilisation de la communication est à même de créer, via les médias, des effets inattendus.

A l'échelon collectif, une politique de prévention en santé, fondée sur la connaissance, peut de plus se heurter à d'autres forces qui, pour des motifs idéologiques ou économiques, n'hésitent pas alors à jouer de l'argument de l'incertitude : les risques liés au tabac, à l'amiante, au plomb ou aux transfusions sanguines sont-ils vraiment démontrés ? Ces vaccins sont-ils sûrs ? N'est ce pas moins le caractère trop gras, trop salé, trop sucré d'un produit alimentaire qui importe que la composition du repas ou la sédentarité ?

S'agissant enfin des risques incertains, mais potentiellement sévères, l'application du principe de précaution en matière de santé permet d'agir utilement. Cela mène en général à des initiatives qui visent à réduire le niveau d'exposition et à promouvoir la recherche, afin de réduire d'une part le risque redouté, d'autre part, à terme, le degré d'incertitude : par exemple concernant l'usage du téléphone portable, ou la consommation des légumes racines aux Antilles dans les zones contaminées par le chlordécone.

Le mur des connaissances est d'une hauteur écrasante, fait de toutes petites pierres, et il est percé de trous innombrables.

#### **LE FRONT DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE ET EN SANTÉ ET DE LA CAPACITÉ D'EXPERTISE**

La recherche est le moteur qui apporte les bases des connaissances sur lesquelles se fonde la rationalité moderne de la médecine, celui que l'on mobilise lorsque l'on est en manque de connaissances. Le développement en France de la recherche biomédicale et en santé, notamment grâce aux évolutions dans les stratégies, les organisations et les niveaux de financement, devrait contribuer à l'acquisition de connaissances utiles à la santé.

Encore faut-il bien poser les questions, et pas seulement dans une optique d'excellence disciplinaire. Prenons l'exemple des cancers : ce sont des maladies multifactorielles dont la survenue résulte des effets de nombreux facteurs génétiques (susceptibilités individuelles), comportementaux (tabac, alcool, nutrition, activité physique) et environnementaux (agents physiques, biologiques et chimiques), et de leurs interactions. Le mode d'action de ces facteurs varie au cours de la vie (période in utero comprise), avec des « fenêtres » d'exposition au cours desquels l'individu est plus sensible, notam-

56

La grande  
santé  
entre ses  
hauts  
murs

ment parce que l'expression des gènes est susceptible d'être modifiée par l'environnement (« épigénétique »). Les comportements et les expositions aux facteurs de l'environnement physique sont aussi largement influencés par des facteurs culturels et sociaux. Une approche systémique et multidisciplinaire est nécessaire.

Si beaucoup est attendu du développement de la recherche translationnelle, c'est-à-dire de la capacité à transformer les connaissances issues de la recherche fondamentale en avancées directes pour les technologies diagnostiques ou thérapeutiques utilisables chez les malades, un autre domaine à développer se centre sur la réduction de l'incertitude concernant les résultats qui peuvent effectivement être obtenus, au bout du compte, pour les patients pris en charge dans les conditions réelles de la pratique médicale : la recherche sur l'efficacité comparative des méthodes et des stratégies diagnostiques, thérapeutiques, et de prévention individuelle. Dans le cadre de l'effort considérable de financement fait en matière de recherche par l'administration américaine en 2009, un accent particulier est mis sur ce type de recherche <sup>(3)</sup>. Ici aussi, poser les questions à partir des résultats pour les malades ou la population impose de ne pas réduire la recherche en santé à son volet biologie, certes essentiel, mais de mobiliser les autres champs disciplinaires, sciences humaines et sociales bien sûr, mais aussi

sciences pour l'ingénieur, sciences des systèmes complexes...

Sur le front de la recherche biomédicale et en santé, naît l'expertise scientifique et technique. Celle-ci n'est « ni une activité accessoire, ni une excroissance de la démarche scientifique, ni une écume de la connaissance <sup>(4)</sup> ». Le développement des capacités d'expertise, notamment collective, est indispensable pour éclairer la conduite des politiques de santé, qu'il s'agisse d'avis touchant les médicaments, les dispositifs médicaux, l'évaluation ou la gestion du risque en santé, ...

Dans le domaine de la décision clinique, le modèle d'« *evidence-based medicine* » (parfois improprement traduit par « médecine fondée sur les preuves ») a été développé au cours des dernières années pour promouvoir l'utilisation critique des meilleures connaissances disponibles en appui des décisions cliniques. La responsabilité du praticien est alors de : 1) analyser la situation clinique à laquelle il est confronté pour identifier les questions pour lesquelles les résultats de travaux de recherche peuvent contribuer à améliorer ses décisions ; 2) identifier les meilleures connaissances scientifiques disponibles ; 3) apprécier la qualité de cette information, en termes notamment de « niveau de preuve » ; 4) apprécier comment cette information peut être transposée dans la situation spécifique où il se trouve,

<sup>3</sup> Elliot Marshall. *Medicine under the microscope*. Science, 2009, 326, 1183-1185

<sup>4</sup> Patrice Van Lerberghe. *La capacité d'expertise scientifique et technique : une valeur et une marque*. Rapport de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, n°2009-070, Juillet 2009

compte tenu notamment des « valeurs » du patient concerné <sup>(5)</sup>.

L'apport de la recherche aux décisions qui concernent l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé publique s'effectue de manière plus difficile à partir de l'analyse critique de la littérature scientifique ou grise. Les connaissances sont souvent incomplètes et de qualité variable. Le rôle des « experts » est notamment de sélectionner les informations pertinentes et de les interpréter, en appréciant l'importance relative des conséquences positives et négatives pour la population, et la « solidité » de cette information. Son rôle n'est pas de rejeter les informations dont le « niveau de preuve » repose sur des bases fragiles, mais de pouvoir utiliser les informations disponibles de façon « éclairée ». L'analyse explicite des limites des informations disponibles peut aussi guider l'identification des besoins d'études à mener.

Nos progrès dans la connaissance sont soumis à la logique d'une spécialisation croissante. Il devient de plus en plus difficile de globaliser cette connaissance. L'expertise collective y contribue. Grâce à elle, la recherche en santé, appuyée sur la mobilisation consciente des savoirs et des savoir-faire en vue de la santé, offre un fondement scientifique plus cohérent. L'exigence de compétence nécessite en effet de ne plus s'appuyer sur la seule expertise individuelle, face à des sujets complexes et qui se construisent dans univers incertain. L'expertise réunissant plusieurs experts

autour d'une question, permet d'entendre les analyses et arguments contradictoires, concordants, ou consensuels que ces experts expriment, et de dégager une interprétation, un avis ou une recommandation à partir d'une démonstration et d'un jugement professionnel issus de la considération de l'ensemble des débats.

La crédibilité de cette expertise repose d'abord sur l'indépendance et sur l'impartialité des experts. La transparence du processus de sélection des experts et de production de l'expertise doit viser à limiter l'influence des liens d'intérêt, de toutes natures, et, au minimum, à permettre aux destinataires de l'expertise de les prendre explicitement en compte (mis à part le respect de la confidentialité vis-à-vis des personnes et du secret professionnel). Ces conditions nécessaires butent malgré tout sur la méfiance de notre société vis-à-vis de tout processus institutionnel : dans le domaine de la santé publique par exemple (j'ai cité le téléphone portable et le chlordécone, je pourrais également parler de vaccination, des nanotechnologies, ou des faibles doses en général), un « contre-expert » individuel exprimant un message simple, éventuellement erroné, est souvent perçu comme plus crédible qu'une expertise collective plus nuancée.

Que ce soit à l'échelon individuel (décision médicale, adoption d'un comportement de prévention) ou collectif (politique de prévention ou de gestion d'un risque sanitaire, politique de santé), la décision est ainsi

58

La grande  
santé  
entre ses  
hauts  
murs

<sup>5</sup> David L Sackett et coll. *Evidence-based medicine: what it is and what it isn't*. Brit. Med. J. 1996;312:71-72



facilité et légitimée si elle peut s'appuyer sur une expertise préalable dégagant des connaissances dont le niveau de certitude est apprécié explicitement. Elle est handicapée lorsque le produit de l'expertise est jugé fragile en raison d'avis controversés, d'une contestation de l'indépendance des experts, ou de conclusions menant principalement à des incertitudes dont les sources et les conséquences ne sont pas suffisamment explicitées.

La décision est également handicapée lorsque l'avis des experts, soit spontanément, soit parce que la question a été mal posée, formule des recommandations de gestion qui sont susceptibles de lier de façon trop étroite la décision politique en méconnaissant certains des paramètres et des jugements de valeur que cette décision doit prendre en compte. De même que la prise en compte des meilleures connaissances disponibles ne se substitue ni au jugement du clinicien, ni au point de vue du patient pour les décisions cliniques individuelles, le recours indispensable à l'expertise ne doit faire méconnaître, ni le point de vue des populations et des acteurs concernés, pouvant justifier l'organisation de débats publics autour des résultats de l'expertise, ni la responsabilité finale des décideurs de hiérarchiser les informations pertinentes et de rendre des arbitrages qui reflètent les « valeurs » de la société qui les a mandatés.

## LES LIMITES DE L'ACTION EN SANTÉ ET LE MUR DE L'INJUSTICE

Une première limite à mentionner est celle qui tient à un possible « plafonnement » des progrès réalisés : après plus de deux siècles d'accroissement continu, interrompu seulement par les périodes de guerre, l'espérance de vie de la population française pourrait ainsi maintenant amorcer un palier <sup>(6)</sup>.

Des progrès restent d'abord à faire pour que les succès bénéficient à l'ensemble de la population. Les déterminants sources des inégalités sociales de santé sont de mieux en mieux connus, mais les actions permettant de réduire ces inégalités évitables sont encore entourées d'incertitudes et mal maîtrisées. Le rapport de la commission réunie par l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé <sup>(7)</sup> est cependant là pour aider à repousser ce mur d'injustice, très haut à l'échelle de la planète, mais assez haut aussi en France où les inégalités territoriales et socio-économiques de santé sont nettes. Après le rapport récent du Haut Conseil de Santé Publique <sup>(8)</sup>, cette thématique devrait être un des thèmes importants de la future loi de santé publique.

L'inégalité d'accès aux soins et à la prévention résulte ainsi souvent d'un défaut

<sup>(6)</sup> Anne Pia, *Bilan démographique 2009*, Insee Première, n°1276, janvier 2010

<sup>(7)</sup> Organisation mondiale de la santé. *Comblent le fossé en une génération*. Rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. 2008

<sup>(8)</sup> Haut Conseil de la Santé Publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Rapport de décembre 2009

de connaissance, d'une incapacité de la personne, malade ou non, à savoir à qui s'adresser, ou à comprendre un message, notamment de prévention. Aux alentours du 18 novembre 2009, une grande partie de la population hésitait face à la proposition de vaccination contre le virus grippal A(H1N1)2009. Le risque de la grippe était-il plus grand que celui lié au vaccin ? Alors que parvenaient des informations sur plusieurs décès liés à la grippe et sur les premières données concernant la bonne tolérance des vaccins utilisés en France, une partie de la population a pris une décision et s'est soudain rendue en plus grand nombre dans les centres de vaccination, où l'accès était libre et le vaccin gratuit. En plus grand nombre, mais surtout dans les quartiers favorisés des grandes villes, beaucoup moins dans les zones défavorisées. Une hypothèse explicative est que la mise à jour rapide de la balance bénéfice/risque de la vaccination n'a pas été une notion des mieux partagées.

Une limite de l'action en santé peut tenir à des contraintes dans les moyens susceptibles d'être mobilisés, mais aussi au fait que ces moyens ne relèvent pas directement des autorités sanitaires. Au niveau de l'Union européenne, dans le cadre de la présidence finlandaise, l'accent avait été mis sur le fait que beaucoup de déterminants de santé se situent dans le cadre de politiques autres que la politique de santé : politiques du logement, de l'environnement, du travail, de l'éducation nationale, de l'agriculture, par exemple. Dans ce cadre, la défense d'inté-

rêts économiques ou sectoriels peut contre-carrer des initiatives visant à l'amélioration de la santé. De façon paradoxale, les événements récents liés à la pandémie grippale ont montré que, même face à des menaces sanitaires de grande ampleur, la mobilisation de moyens importants soulève plus de discussion que dans d'autres domaines, comme la défense ou la sécurité civile.

Toute la réflexion médicale sur le choix du moment opportun, le Kairos, la laissait prévoir : d'évidence, une grande incertitude porte sur l'action en santé. L'expertise susceptible de faciliter la décision d'agir, puis la conduite de l'action, est souvent peu développée. Qu'il s'agisse de stratégie, de planification de l'action, d'organisation opérationnelle, d'information et de communication, de mobilisation en continu de l'expertise durant la conduite de l'action, il y a tant à apprendre. Lors de la gestion de la pandémie grippale de 2009, l'idée a souvent été avancée qu'il aurait fallu accentuer le processus démocratique, débattre publiquement. Par nature l'action, centrée sur le but, tend à fermer l'horizon. Il est bien difficile, dans le feu de l'action, de mener les concertations et d'animer les débats nécessaires, surtout si le but est une cible mouvante, elle-même environnée d'incertitudes.

Un des enseignements est que le processus de décision doit être flexible, c'est-à-dire que la décision doit pouvoir être actualisée à la lumière des nouvelles connaissances acquises. Que cette actualisation soit aussi

débatte avec les acteurs est souhaitable <sup>(9)</sup>, mais difficile à mettre en œuvre en pratique, lorsque les décisions et les actions de communication doivent s'enchaîner de manière rapide.

Entre ses hauts murs, la santé, indissolublement liée à la vie, source de bien-être et de capacité, toute d'harmonie latente, se pense à l'abri. Pourtant, elle est incertitude même. Il se profile toujours un trouble ou une menace à son horizon. D'abri, les murs deviennent alors des limites qu'il convient de franchir ou de repousser. Au travers de chacun de ces murs, le regard de lynx de l'expert est un des moyens susceptibles de permettre à la santé d'être conquise. S'agissant de la santé, toute action pratique dépasse cependant toujours le strict domaine de la science. Qui peut se dire expert d'un discours sur la totalité ? Et que faire si chacun, ne se vivant

pas soi-même comme nature, ne cherche pas à faire alliance avec la nature ? La destinée de notre civilisation moderne est que l'évolution et la spécialisation du savoir-faire scientifique et technique ont pu affaiblir les forces qui étaient consacrées aux traitements que nous nous prodiguons à nous-mêmes par l'écoute, l'attention à soi, dans ces instants de paix qu'aucune souffrance ne trouble. Une certitude est qu'il faut faire plus pour valoriser les soins préventifs.

L'espace de la santé entre ces hauts murs est un abri. Il est aussi un espace de lutte, car la grande santé est une santé « que non seulement on possède, mais que constamment aussi on conquiert, qu'il faut conquérir constamment, puisque constamment on la sacrifie, puisqu'il faut la sacrifier constamment... » <sup>(10)</sup>.

**Didier HOUSSIN**

*Directeur général de la santé,  
Délégué interministériel à la lutte contre  
la grippe aviaire*

*Remerciements : L'auteur remercie  
Benoit Lesaffre et Alain Fontaine pour leur  
contribution*

<sup>(9)</sup> Olivier Godard, ed. *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*. Fondation de la Maison des sciences de l'homme, INRA, février 1997, 351 p.

<sup>(10)</sup> Friedrich Nietzsche. *Ecce Homo*, Editions 10/18, 1988, p. 109.