

## La santé publique est-elle violente ?

Cette première question s'est pour moi au cours de la réflexion transformée en plusieurs autres interrogations :

- En quoi réside la violence de la santé publique ?
- Cette violence est-elle toujours, parfois, jamais légitime ?
- Quand cette violence est-elle néfaste ?
- Qu'est-ce qui devrait ou pourrait atténuer cette violence, la rendre acceptable ou féconde ?

### 1 Qu'est-ce que la santé publique pour moi ?

#### a) Une définition de la santé publique

À la suite de nombreux auteurs, j'appelle *santé publique* un système d'action qui vise à assurer les conditions dans lesquelles la population est en bonne santé (donc la santé des individus qui la composent).

La *santé*, je la définis non seulement comme *un état* de bien-être physique, mental et social mais aussi comme *une capacité* d'action, de relation, de création. Ainsi comprise, la santé est centrale dans la vie. D'ailleurs, les formules de vœux montrent bien ce caractère essentiel de la santé : « Bonne année, bonne santé » ou encore « Pace e salute<sup>1</sup> ». Mais bien que placée au cœur de la vie, elle n'en devient pas la valeur suprême, mais un moyen.

On voit alors que le champ de la santé publique est vaste et complexe car nombreux sont les facteurs qui ont une influence sur la santé de la population et, en premier lieu, les facteurs sociétaux. Nous pouvons citer la place de chaque personne dans sa famille, son groupe social et la chaleur humaine qui l'entoure, l'état des logements, des routes, la qualité de l'air et de l'eau, les dangers éventuels des installations dans tous les domaines de l'activité humaine, l'alimentation, les loisirs, la spiritualité, les effets sur les personnes de leur religion, l'éducation, le marché de l'emploi et les conditions de travail y compris relationnelles etc. Je mettrai en dernier lieu le système de soins avec son accessibilité, son coût, son équipement, son organisation et la qualité de son personnel.

#### b) Un champ de connaissance et d'intervention large et complexe

Pour arriver au but défini, ce meilleur état de santé possible, la santé publique utilise pour se construire des disciplines comme l'épidémiologie, la sociologie, le droit, la biologie, la médecine, l'éducation à la santé, les sciences de l'ingénieur, l'économie... Pour ses interventions, la santé publique s'appuie sur de nombreux

---

<sup>1</sup> En Corse, cette formule consacrée est échangée entre les personnes qui se rencontrent pour la première fois à partir du Nouvel An, elle signifie « Paix et santé ».

acteurs de champs variés, du monde politique, économique, administratif, éducatif, social et du soin pour transformer les conditions collectives de la vie humaine en touchant, peu ou prou, à l'ensemble des secteurs de l'activité humaine.

En se référant aux concepts de l'Organisation mondiale de la santé, l'ensemble des dispositifs de la santé s'inscrit dans la prévention : *prévention primaire* (éviter l'apparition d'un problème de santé, par exemple la vaccination), *prévention secondaire* (éviter la transformation de ce problème en maladie, le dépistage) et *prévention tertiaire* (éviter sa récurrence ou ses complications, par exemple la rééducation fonctionnelle).

Depuis une quinzaine d'années, on y a ajouté une approche qui tient compte des facteurs sociétaux, la *promotion de la santé*, définie comme « le processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.<sup>2</sup> ». La promotion de la santé offre donc un cadre théorique et d'intervention qui se veut global et cohérent.

Mais on pressent qu'une telle approche, si globale, est complexe et délicate dans sa mise en oeuvre. Ses limites tiennent aux aspects matériels et organisationnels de la santé publique. La réalité des interventions, dans la vraie vie, est plus morcelée, moins participative et donc moins probante. On en voit un exemple dans le programme européen de lutte contre le sida. Il exclut l'éducation sexuelle en raison de l'appartenance de cette dernière au programme de promotion de la santé, la promotion de la santé relevant du ministre chargé de l'éducation dans chacun des pays membres. Ainsi, alors que l'éducation sexuelle est le socle d'un développement de la prévention en matière de sexualité, donc des infections sexuellement transmissibles, elle échappe au programme européen.

Ses limites sont également liées aux questions fondamentales de la vie et du sens qu'elle revêt pour chaque personne, groupe ou collectivité auxquels elle s'adresse, dans le contexte qui est le leur. On en voit un exemple dans la prise de risques d'un homme qui fume deux paquets de cigarettes par jour alors qu'il en sait intellectuellement les risques, ce qui pose la passionnante et déroutante question de l'irrationalité de l'être humain.

## **2 Comment définir la violence ?**

Venant du latin *violentia*, mot signifiant « abus de la force », ce terme de violence a un sens le plus souvent péjoratif, lié au caractère brutal et contraignant.

Paul Tournier, dans son livre *Violence et puissance*, estime que la violence est fondamentalement humaine et procède de la vie, au même titre que la libido. Il en arrive ainsi à décrire une violence « salutaire » positive, puis une violence destructrice. Enfin, il estime que c'est par l'abord de la puissance, plus accessible que la violence, que le problème peut être résolu.

Mais en France, particulièrement dans notre administration de la santé et des affaires sociales, le terme de violence est employé dans un sens restrictif péjoratif.

---

<sup>2</sup> Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986

### 3 Quelle violence pour la santé publique ?

« Quand on s'avance en âge, on s'aperçoit qu'il y a du mal dans le bien et vice-versa » « C'est la violence des autres qui nous paraît coupable, la nôtre toujours légitime », écrit Paul Tournier.

La santé publique n'échappe pas à ce constat.

#### a) Une violence salutaire

Paul Tournier disait que : « La violence salutaire, c'est celle qui est au service des autres, à protéger les faibles, à guérir les malades... »

Je vais vous donner trois exemples de ce que j'ai pu reconnaître comme « violence salutaire » de la santé publique. A ce propos, je remarque que je suis chargée, dans mon travail, de *lutte* contre le sida, contre les hépatites et la toxicomanie et qui « lutte » doit assumer la « violence » du combat.

#### 1<sup>er</sup> exemple

Un des objectifs de la santé publique, traduit dans plusieurs lois en France, est de procurer à tous, y compris aux personnes les plus pauvres, des soins et un accès à la prévention. Cet accès universel est une « conquête » législative, obtenue au prix d'une « bataille » qui s'est étendue sur des années. Or ce n'est pas admis par certains professionnels de santé, pour qui elle constitue donc une contrainte, une violence. En effet, ils dénoncent la trop grande facilité avec laquelle certains patients recourent à eux, pour des demandes qu'ils jugent abusives. Pourtant, nos statistiques montrent que le recours aux soins est beaucoup plus pratiqué par les classes aisées que par les plus démunies, les effets pervers redoutés étant marginaux.

#### 2<sup>e</sup> exemple

Dans la lutte contre l'infection à VIH, on a développé, dans les divers pays d'Europe, en réponse au problème dramatique de la contamination des personnes utilisant des drogues par voie intraveineuse, une approche pragmatique dite de réduction des risques. La société a dû pour cela reconnaître l'usage de drogues comme une réalité, un fait admissible malgré ses méfaits, pour en permettre une utilisation plus sûre. C'était la condition pour mettre sur pied des programmes d'échange de seringues et des traitements de substitution qui diminuent les risques de contracter l'infection par le VIH et les hépatites. Là aussi, avant d'être partie prenante de cette « action de santé publique », des professionnels de santé, des élus locaux ont été choqués par ce qu'ils ont appelé une incitation à l'usage de drogues et une fourniture légale de drogue. On a fait violence à ces personnes pour en sauver d'autres.

#### 3<sup>e</sup> exemple

Ces dernières années, enfin, l'administration de la santé a développé des programmes d'inspection des établissements recevant des personnes âgées ou handicapées. Le but de ces inspections est de prévenir la *violence institutionnelle*. On a défini la violence institutionnelle ainsi : « toute action ou absence d'action qui cause à la personne accueillie en institution une souffrance physique ou psychique inutile et/ou entrave son évolution ultérieure ». Il s'agit, dans ces visites d'établissement, de déceler la présence de facteurs favorisant dans les locaux ou l'organisation. Les inspections comportent en elles-mêmes une certaine violence par leur caractère intrusif inévitable. Il

me semble également à la réflexion qu'elles comportent un danger, celui de l'intervention intempestive qui, en visant à redresser une situation de maltraitance institutionnelle potentielle, engendre un climat de suspicion

4 Je vais vous raconter ici une histoire qui date d'une quinzaine d'années. Cela se passe dans un hôpital psychiatrique. Des malades chroniques ayant une très faible autonomie y sont enfermés dans un espace clos comportant une cour. Ils déambulent dans cette cour en poussant des cris et s'automutilent en permanence. C'est la « cour des miracles » ! Un nouveau chef de service est nommé. Il dénonce cette situation de non droit et d'exclusion. Il décide d'agir et fait peu à peu sortir ces personnes vers d'autres établissements plus ou moins lointains. Quelques mois plus tard, toutes ces personnes sont mortes. On a remarqué alors que les soignants qui s'étaient occupés de ces malades dans ce qu'on appelait « la fosse » étaient pleins de compassion et d'humanité. Je pose la question : quand l'institution a-t-elle été la plus violente, quand elle enfermait ou quand elle a ouvert ses portes pour faire sortir ces malades en les déracinant ? L'autorité de santé publique devait-elle intervenir et comment ?

### ***b) La violence et le pouvoir contestables de la santé publique***

Mais l'administration française de la santé publique dont je fais partie ne mène pas que des actions exemplaires.

#### **1 Le cas des soins (prévention tertiaire)**

Alors qu'elle affiche un objectif d'accès aux soins pour tous, l'administration de la santé publique ne peut, en particulier pour des raisons économiques, l'atteindre. Il en est ainsi pour des affections comme l'insuffisance rénale chronique terminale. L'insuffisance rénale chronique se traite par la transplantation rénale ou différentes méthodes d'épuration du sang. Le plus souvent, on pratique ce que l'on appelle l'hémodialyse par le « rein artificiel ».

Etienne (mon mari) est médecin dans un centre de dialyse où l'insuffisance de places est tous les jours dramatique. Ce manque de places inflige une souffrance à des malades en général très âgés, anxieux et handicapés : ils sont obligés de rester sans soins spécialisés ou d'effectuer trois fois par semaine de longs et fatigants trajets pour avoir leurs dialyses dans un autre centre moins surchargé. Ne sommes-nous pas là dans un cas de violence institutionnelle telle que nous l'avons définie tout à l'heure ? Ici, de plus, la violence de l'administration s'exerce sur le médecin qui, sous la pression du manque de moyens, soit hésite à porter l'indication de dialyse, soit fait travailler son service en surcharge, source de stress et d'erreurs qui, in fine, retentiront sur les malades. Les courriers d'Etienne, chef de service, au directeur de son hôpital et à l'administration régionale de la santé, ne reçoivent que des réponses formelles. Comment le médecin de santé publique responsable de l'insuffisance rénale chronique dans cette région d'Auvergne, qui est donc un de mes collègues, devrait-il, pourrait-il, réagir face à cette atteinte au droit aux soins ? Comment agirais-je à sa place ?

#### **2 Le cas des maternités**

En France, pour des raisons avancées de sécurité sanitaire, l'Etat a décidé de fermer les maternités qui font moins de 300 accouchements par an. L'idée sous-

jacente est que la grossesse et l'accouchement sont devenus des situations à haut risque médical. Les médecins qui exercent dans ces petites maternités perdraient, en ayant trop peu d'activité, l'usage des techniques et il manquerait d'autre part des praticiens pour assurer la garde. Les déplacements s'imposent donc aux femmes des zones rurales peu peuplées. Parallèlement, on a développé la médicalisation et en particulier la pratique de l'anesthésie péridurale : « La péridurale, c'est la sécurité pour nous, c'est beaucoup mieux pour la femme et la sage-femme » dit-on dans une grande maternité<sup>3</sup>. Les femmes des zones rurales doivent aller à la ville, elles sont alors privées des visites de leurs voisines. Et toutes les futures mères ou presque demandent la péridurale car rares sont celles qui osent déranger l'institution en allant au bout de leur choix. L'échographie, quant à elle, impose un modèle d'enfant normalisé. C'est un impératif de sécurité mais aussi de tranquillité qui fait primer les conditions techniques sur l'expérience unique du vécu de la mère. Il semble que cette médicalisation de plus en plus poussée de la grossesse et de l'accouchement, sous couvert de sécurité sanitaire, puisse donc, dans une certaine mesure, représenter une violence par le un déni du vécu profond des femmes. C'est maintenant la société dans son ensemble qui adhère à cette conception, la santé publique en étant un des fers de lance. J'ai moi aussi participé, en Bourgogne, à la mise en place du réseau d'obstétrique dont les fondements portent presque exclusivement sur l'aspect sécuritaire sans me poser cette question du sens.

### 3 Le cas de la prévention primaire

Les questions éthiques posées par la prévention sont un autre aspect de la violence néfaste de la santé publique. La prévention de certaines maladies ou problèmes de santé est souhaitable, mais dans chaque intervention de prévention se situe un écueil. La mise en évidence des risques, grâce à des études de population, permet de légitimer des messages de prévention adaptés aux problèmes à combattre comme l'infection à VIH (combattre, encore un terme contenant de la violence, n'est-ce pas ?)

Mais la logique de santé publique butte ici contre plusieurs obstacles : l'individu met longtemps à s'approprier ces messages et, d'autre part, le savoir n'entraîne pas à tout coup de modification du comportement. Enfin, les comportements à remanier pouvaient être ceux qui apportaient les plus grandes satisfactions jusqu'alors. Qu'est-ce qui va donner la force d'abandonner ce qui faisait la qualité de sa vie ? Jusqu'à présent, en France, très peu d'interventions de prévention se sont basées sur l'écoute. La répétition de l'information et de l'injonction m'apparaît alors comme négligeant la personne, la violentant, par manque d'interrogation sur les leviers de la modification individuelle du comportement.

### 4 L'impuissance de la santé publique, une violence pour les plus pauvres

La lecture d'un article paru dans le journal Le Monde en novembre 2001 m'a permis de préciser mes idées sur les insuffisances de la santé publique, donc son impuissance et, en raison de cette impuissance, la violence faite aux plus pauvres, dans nos pays comme dans le reste du monde.

Paul Farmer, médecin et anthropologue américain, reconnaît dans le développement moderne une violence structurelle, en ce sens qu'il vise moins à

---

<sup>3</sup> Béatrice Jacques, L'expérience de la maternité sous influence médicale, Face à face, numéro 2, juin 2000

s'attaquer réellement à la pauvreté et aux inégalités sociales qu'à les gérer. Il pense que la distribution, au niveau mondial, des deux maladies mortelles que sont la tuberculose et le sida, comme celle de l'esclavage autrefois, est donnée historiquement et modelée économiquement. Les injustices sociales forment la violence qu'il qualifie de structurelle.

✓ L'illustration qu'il donne de cette violence structurelle avec la tuberculose en Haïti m'a particulièrement frappée. Dans une région de l'île, à partir de 1985, une clinique mène un programme de lutte contre la tuberculose. Trois ans plus tard, au cours d'un même mois, trois personnes meurent de cette maladie. Réunie en urgence, l'équipe de soins s'interroge sur les raisons de ces échecs, dans les trois cas liés à l'abandon du traitement en cours de route. Les agents de santé, qui partagent la vie des paysans, font le constat que plus les gens sont pauvres, moins ils ont de chances de guérir. La plupart des médecins et des infirmières, eux, y voient le résultat des croyances en la sorcellerie. D'autres enfin pensent que les malades perdent tout intérêt pour le traitement dès que les symptômes disparaissent. Au cours des mois suivants, on renforce les services proposés aux patients pour vérifier les différentes hypothèses : visites quasi quotidiennes, aide financière et alimentaire. En moins d'un an, les taux de guérison passent de 48 % à 100 %. Durant les 10 années suivantes, plus personne ne meurt de tuberculose dans cette région. Que s'est-il passé ? Alors que la majorité des patients croyaient que la tuberculose leur a été envoyée par la sorcellerie, cela n'avait pas d'incidence sur la prise du traitement dans le nouveau programme, qui comprenait un aspect économique. Dix ans plus tard, d'ailleurs, ces croyances ont évolué et ils sont de plus en plus nombreux à voir la tuberculose comme une maladie infectieuse transmissible par voie respiratoire. Parallèlement, cette maladie est devenue beaucoup moins stigmatisante socialement.

De cette histoire, je tire plusieurs enseignements : d'abord, elle confirme la force des liens qui existent entre le contexte social et économique et la maladie, y compris dans son traitement. Ensuite, nous devons nous méfier de nos représentations de l'autre, du patient, qui peuvent nous conduire à le disqualifier, en d'autres termes à le mépriser et à ne pas lui offrir toutes ses chances de guérison... ou de prévention !

✓ Une deuxième illustration de la violence structurelle dénoncée par Paul Farmer est donnée par le sida, à côté duquel le terrorisme et ses représailles sont de peu d'effet en nombre de victimes. Le sida laisse à l'heure actuelle 10 millions d'orphelins en Afrique. Mais le problème est considéré comme insoluble, ce qui dispense presque de s'y attaquer.

« Comment les plus démunis pourront-ils faire entendre leur voix ? » écrit mon collègue François-Paul Debionne, de Strasbourg... « Quel que soit le statut professionnel, la vision éthique d'un métier de santé publique comprend un questionnement sur les absents des statistiques, des programmes d'action, du débat démocratique »<sup>4</sup>.

## **5. Des contre-pouvoirs à la puissance de la santé publique**

Avec Paul Tournier, je reprendrai l'hypothèse que la source de la violence est dans la volonté de puissance, devenue la valeur suprême. « Plus on est puissant, plus on

---

<sup>4</sup> FP Debionne, La santé passe par la dignité, Les Editions de l'Atelier-Editions ouvrières, Editions Quart-monde, Paris, 2000.

exerce de contrainte brutale ou cachée sur autrui », écrit-il, « et l'abus de puissance est accessible à un jugement objectif ». Si la puissance engendre la violence, alors, pour affaiblir cette violence, ce qu'il faut c'est un contre-pouvoir à cette puissance de la santé publique, de l'Etat.

Je n'ai pas de solution toute faite aux questions que j'ai posées au long de ces pages.

Un des garde-fou, sans doute, c'est la participation du citoyen qui doit, me semble-il, prendre part à la définition des buts de la santé publique et des moyens qui doivent lui être donnés. Cela implique, de la part des autorités politiques et sanitaires, une information loyale et une organisation de la concertation, et c'est bien le citoyen reconnu et organisé qui pourra l'exiger. Dans ce cadre, le médecin, le soignant est aussi un citoyen et doit faire entendre sa voix, de sa place.

Un autre garde-fou est représenté par le respect des droits de l'homme, en particulier de la dignité de chaque personne concernée par des soins ou une action, un programme de santé publique. Il s'agit, pour les professionnels de la santé publique et en particulier, pour moi, médecin, de conduire une réflexion éthique sur mon rôle. Cela nécessite du temps pour une prise de recul, une réflexion honnête et courageuse.

Je pense enfin qu'il ne faut pas avoir une foi totale dans nos outils, nos méthodes d'organisation de la santé, bref notre technique et que je dois travailler avec à la fois confiance et humilité.