

Canicules. La santé publique en question.

Compte rendu

Valéry Ridde

Université Laval

Introduction

À l'heure où les premiers rapports d'évaluation de la réponse de la santé publique ontarienne à l'épidémie de symptôme respiratoire aigu sévère (SRAS) de l'année dernière sont publiés, il est fort intéressant d'étudier la réaction des pouvoirs publics à une autre catastrophe qui s'est déroulée de l'autre côté de l'Atlantique. En effet, la France a connu, cet été 2003, une véritable catastrophe naturelle, «un tremblement de terre» (p. 32), la mettant au devant de la scène internationale: près de 15000 personnes sont décédées à la suite d'une canicule historique. «*En vingt-cinq années consacrées à l'épidémiologie, je n'ai jamais observé une corrélation aussi précise*» (p. 34), nous dit Lucien Abenheim. À cette époque, nous nous trouvions dans un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest. Nos collègues du ministère de la Santé ne comprenaient pas comment était-il possible, tel que les médias l'ont colporté, que plusieurs centaines de corps de personnes âgées n'étaient pas réclamés par leur famille. C'est au cours de cette crise que le directeur général de la santé (DGS) a démissionné de son poste pour protester, notamment, contre la mise en cause de sa direction par le ministre français de la Santé. Son prédécesseur en avait fait de même et les deux autres ont été mis en examen ou condamnés à la prison. Cette crise a donné lieu à une commission d'enquête parlementaire. Comment expliquer, malgré le classement (certes controversé) de l'OMS en 2000 ayant donné à la France la première place des systèmes de santé dans le monde, que cette hécatombe n'ait pu être prédite puis endiguée? C'est l'objet principal de cet ouvrage.

L'ouvrage

Il faut d'abord préciser que la chaleur qui s'est abattue dans ce pays a été tant exceptionnelle qu'imprévisible, constituant un record historique depuis le XIX^e siècle. Au-delà de certaines particularités françaises (consommation de psychotropes et d'alcool) accroissant la vulnérabilité de la population à une telle épidémie, tel un Dr Knock, l'auteur parle «*des millions de malades*». Ensuite, s'ajoutant à cet accroissement inattendu de la température, il met en évidence de nombreuses défaillances du système de santé publique pour rendre intelligible l'impossibilité d'enrayer l'hécatombe. Dans une perspective heuristique propre à fournir des indications utiles pour le Québec, nous n'en relevons que quelques-unes. Pour ce faire, nous regroupons les différentes analyses d'Abenheim au sein des quatre fonctions essentielles d'un système de santé selon l'OMS: gouverne, prestation de services, génération des ressources et financement.

Gouverne

Dans les services d'urgence, par exemple, un manque de moyens constitue le principal signe avant-coureur de l'épidémie, comme cela est bien souvent le cas dans les hôpitaux québécois. En outre, l'organisation des soins ne relevant pas de la DGS mais de la direction de l'hospitalisation, les informations liées à l'encombrement des services sont directement transmises au Ministre, sans passer par la DGS. Ainsi, la crise n'est pas anticipée puisque l'on croit d'abord qu'une réorganisation des services hospitaliers permettra d'endiguer la situation. Quant au système

météorologique, il est inapproprié pour détecter les chaleurs extrêmes. Comme le révélait la commission santé-biométéorologie quatre mois avant la canicule, les procédures de vigilance française, établies en 2001, à la suite de la catastrophe des tempêtes de 1999, ne peuvent pas déceler les fortes chaleurs.

Dans un système de santé public où de multiples acteurs interagissent, la circulation de l'information devient essentielle. Or, non seulement «certains acteurs, détenteurs d'une information qu'ils ne comprenaient peut-être pas, ont cédé à des réflexes administratifs courants en ne la partageant pas» (p. 49), mais, en plus, l'administration publique française paraît morcelée et cloisonnée. Par exemple, alors que l'auteur de ce livre mandate l'Institut de veille sanitaire pour organiser le recueil de données en pleine crise, la DGS se voit contrainte d'écrire au ministère de l'intérieur pour qu'il donne l'autorisation aux pompiers parisiens, premiers appelés en cas de crise, de transmettre les informations utiles au suivi de l'épidémie. Après cette intervention, il faudra patienter encore deux jours pour les obtenir. L'auteur discute, dans un chapitre (4) très intéressant et très détaillé qu'il serait trop long de relater ici, comment des polémiques politiques et des contradictions discursives autour du nombre de décès provoqués par la canicule ont été non seulement peu constructives mais surtout déstabilisantes pour la population française. «Les crises sanitaires—c'est une spécificité bien française—déclenchent toujours des polémiques politiques soutenues» (p. 105). En plus d'une certaine occultation politique de la présence d'une catastrophe, la communication des chiffres et les interactions avec les médias ont grandement contribué à l'incompréhension de la situation par le grand public. La tentation de rassurer ou de minimiser certaines données n'a fait qu'alourdir le fardeau de suspicion que porte la santé publique française depuis la fameuse affaire du sang contaminé.

Prestation de services

La population française, comme celle du Québec, est vieillissante, et plus d'une personne hospitalisée sur quatre compte plus de 80 ans. Elle bat, en outre, les records du monde d'usage de psychotropes. Les services hospitaliers de

gériatrie sont «sous-dotés et trop peu nombreux» (p. 138). Les établissements hospitaliers français sont très peu climatisés, ce qui peut certainement expliquer pourquoi deux mille personnes sont mortes alors qu'elles étaient déjà hospitalisées avant le début de la canicule. En outre, en période estivale, de 10 à 30% des lits sont fermés. Le système de surveillance épidémiologique est en retard. L'utilisation et l'exploitation des données concernant les décès ne peuvent être réalisées «que plusieurs mois ou années après les faits» (p. 76). L'auteur précise, par exemple, que l'insuffisance de personnel dans les institutions départementales responsable de la saisie des certificats de décès fait que le traitement des données s'étale sur un ou deux mois. La surveillance épidémiologique à partir des données hospitalières ne semble pas non plus optimale. Les hôpitaux n'ont pas les capacités de colliger de telles informations, notamment parce qu'elles ne sont pas toutes informatisées et, lorsqu'elles le sont, des problèmes juridiques (récemment levés) liés à la transmission des données freinent les velléités de surveillance. Autre exemple des carences du système d'information français, seulement 10% des médecins ont fait une demande à la DGS pour être inscrits sur une liste de diffusion électronique d'information sur les situations urgentes telles les canicules.

Génération des ressources

La formation en épidémiologie et en santé publique n'est pas encore une spécialité française. La plupart des spécialistes actuels ont dû se former ou trouver des compléments de formation à l'étranger. Certains sont venus au Québec, comme l'artisan de ce livre qui y a travaillé longtemps et a notamment été élu scientifique de l'année en 1997 par Radio-Canada, particulièrement à la suite de ses travaux ayant abouti au retrait du marché de certaines molécules coupe-faim. Ainsi, les compétences utiles pour modéliser les risques liés à la canicule estivale n'étaient pas véritablement présentes en France. Le manque de données probantes issues du monde de la recherche française fait écrire à l'auteur une phrase qui surprendra de nombreux responsables de santé publique ou tenants de l'«evidence-based» «combien de fois, faute de données précises, n'ai-je pas dû prendre des décisions au pifomètre dans des domaines de santé publique capitaux et prioritaires!» (p. 168).

Financement

Pour les lecteurs québécois, apprendre que la santé publique est limitée à une portion congrue ne sera pas très surprenant. En France, seulement 3% du budget pour la santé sont consacrés à des activités de prévention, le reste est destiné au système de soins.

Commentaires

Cette analyse paraît certes sévère, mais, puisqu'elle provient d'un expert français ayant été au cœur du système, après avoir passé plusieurs années en Amérique du Nord, on ne peut qu'en tenir compte. Cet ouvrage va finalement beaucoup plus loin que la seule analyse de la crise de cet été puisque l'auteur porte un jugement critique sur l'ensemble du système de santé publique français. Le titre du livre, pour des raisons probablement commerciales, est trompeur, et il faut le regretter. En effet, nous disposons là d'une excellente étude, dont il faut cependant relativiser «l'objectivité», de l'ensemble du dispositif français de santé publique. Cet ouvrage il faut le conseiller aux personnes concernées par la santé publique mais aussi par la science politique ou la communication publique. Les spécialistes de santé publique trouveront, bien que cela ne soit pas toujours très explicite dans le livre, quelques recommandations pertinentes pour mieux réagir à une telle crise. Pour cela, ils auront à cœur de relire les critiques du système et de les transformer d'une manière plus opérationnelle.

Les chercheurs pourront reconnaître quelques pistes de recherche fort passionnantes dont nous pouvons donner maintenant quelques exemples, à la suite de notre lecture. Les experts en promotion de la santé auront peut-être l'envie de comprendre pourquoi l'importance stratégique mise en exergue à Ottawa, dès 1986, à la suite d'Alma Ata en 1978, de réorienter les services de santé vers la première ligne, n'a pas été effectuée en France (tout comme au Québec devrions-nous ajouter). Argument supplémentaire pour expliquer la catastrophe estivale? Les sociologues essayeront de comprendre comment il est possible que ce directeur décide, ce qu'il ne critique pas, de réunir

une centaine de spécialistes pour déterminer les cent objectifs de santé publique du pays, sans convoquer (p. 161) aucun expert des sciences sociales. Cette situation constitue-t-elle une explication au fait que, malgré la première position de la France en matière d'ampleur des inégalités de santé en Europe—ce dont ne parle pas l'auteur puisqu'il a une vision globale de la population «*les français se portent plutôt bien*» (p. 128)—l'actuelle loi de santé publique en discussion au parlement ne prend pas véritablement au sérieux l'importance d'agir pour réduire ces disparités? Par exemple, et c'est suffisamment curieux pour le mettre en avant dans ce compte rendu, lorsque l'on regarde à travers le prisme des inégalités de santé les objectifs de cette loi de santé publique française et qu'on les compare avec ceux du nouveau programme de santé publique du Québec (2003-2010), ces deux régions du monde n'emploient jamais d'objectifs à atteindre au regard de sous-groupes de la population. Myopie, paralysie ou projet politique commun? Les politologues pourront aussi étudier l'absence de crise politique dans les autres pays européens alors que nombre d'entre eux ont connu une surmortalité à la suite de la canicule estivale (p. 45). Ceci s'explique-t-il parce qu'en France, «*nous avons la fâcheuse habitude de confondre santé publique et politique*» (p. 111) et «*la politisation extrême de la sécurité sanitaire*» (p. 243)? Un ancien ministre de la santé (B. Kouchner) disait, rapporte Contandriopoulos dans un numéro précédent de *Ruptures*, «*En France, il n'y a rien de plus politique, dans le vrai sens du terme, que notre système public de santé*».

Si le chapitre huit sur les différentes catastrophes qui frappent la France (SRAS, ESB, Listériose, etc.) peut être instructif pour certains lecteurs (18 000 morts annuellement liées à l'effet secondaire d'un médicament), il ne nous paraît pas indispensable dans la critique que l'auteur fait de la gestion de la crise de l'été 2003. La discussion de l'auteur concernant la surveillance sanitaire et la prédiction d'un grand débat sur «*Big Brother*» (p. 83) paraît un peu courte puisqu'elle tient en quelques lignes. Les enjeux éthiques correspondant à l'informatisation et l'exploitation de données individuelles méritent très certainement beaucoup plus de place que l'auteur a bien voulu leur consentir. «*La mobilisation des associations de malades*» (p. 84) doit être, quelles que

soient les difficultés pointées du doigt, favorisée et valorisée sans pour autant faire en sorte que le système de santé soit pris en otage, pour reprendre une célèbre phrase québécoise (commission Rochon). L'auteur explique qu'il n'y a que 450 médecins de santé publique en France, mais il oublie de parler des autres métiers (insignifiants?) de ce domaine. Les employés des comités d'éducation à la santé, par exemple, apprécieront. En conséquence, la critique qu'il brosse du système dans son ensemble pourrait éventuellement se retourner contre lui, en écho à notre remarque précédente sur l'absence des experts en sciences sociales dans la définition de la politique de santé.

Concernant la forme, il manque certainement à ce document plusieurs tableaux et graphiques favorisant une lecture plus aisée des chiffres. Pour les lecteurs étrangers, un organigramme du ministère de la Santé et une cartographie des acteurs clefs auraient été très utiles, car l'ouvrage est très personnalisé et parfois difficile à suivre.

Enfin, il nous manque maintenant un autre livre, rédigé par un auteur moins engagé et dont les intérêts seraient moins liés à la catastrophe estivale, pour nous permettre de nous forger et de formuler une véritable opinion sur les effets et les déterminants de cette hécatombe. ▣

Références

Abenhaim, L., 2003, Canicules. *La santé publique en question*. Fayard, 267 p, ISBN:2-213-61760-0; 18 €

Fassin, D. (2004). Les lois de l'inégalité. *Mouvements*, 34 (mars-avril).

Ridde, V. (2004). Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France: l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé. *Recherches Sociographiques*, XLV (2), 343-364.

Ridde, V. (2004). Agir contre les inégalités sociales de santé: tentative d'explications de l'immobilisme des autorités de la santé publique québécoise. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 95 (3), 224-227.

Biographie

Valéry Ridde termine son doctorat (Ph.D.) en santé communautaire. Il est assistant de recherche /enseignement au département de médecine sociale et préventive de l'université Laval, au Québec. Sa thèse porte sur l'étude de l'implantation d'une politique publique de santé dans un pays d'Afrique de l'Ouest (équité et initiative de Bamako). Il est titulaire d'une maîtrise (Msc) en santé communautaire de cette même université, d'un DESS en gestion et d'une maîtrise de management obtenus en France. Il agit également à titre de consultant et formateur en évaluation de programmes, tant au Québec qu'au plan international.