

Claude ROBIN (F)
12/07/2007

Si tu veux marcher vite, marche seul, mais si tu veux marcher loin, marche avec les autres
Proverbe africain

Médecin de santé publique : Quelles responsabilités ?

Quelle responsabilité !

Lorsque l'équipe s'est réunie en septembre dernier pour préparer cette rencontre de médecine de la personne, c'est un autre orateur, chevronné, ancien responsable suisse de la santé publique, que nous souhaitions voir parler ici. Mais cela n'a pas été possible et... croyez bien que je l'ai regretté, tant j'ai eu le sentiment, en écrivant le texte que je vous présente aujourd'hui, que lui aurait été infiniment meilleur « passeur » que je ne pourrais l'être. De fil en aiguille, pourtant, après que d'autres médecins eurent décliné la proposition d'être orateur, j'ai accepté de vous parler de mon métier et de mes responsabilités, de ma responsabilité de médecin de santé publique.

Je me suis pourtant demandé quel intérêt pourrait avoir, pour vous qui êtes dans l'ensemble praticiens ou soignants d'individus, de personnes, l'évocation de la responsabilité d'un médecin de santé publique qui doit, lui, protéger la santé de populations. Je travaille aussi au sein d'une organisation dont je ne partage pas toutes les orientations, dans laquelle je me sens parfois prise au piège. Mais qui peut affirmer maîtriser l'ensemble des conditions de son exercice professionnel, même dans un cabinet personnel ? Cela m'a conduit à m'interroger sur ma responsabilité, ses limites, bref le partage de la responsabilité. Et vous verrez que, si mon pouvoir est modeste, mes responsabilités couvrent un vaste domaine et ma responsabilité, professionnelle et humaine, est souvent engagée, presque toujours partagée et parfois, par moi-même, mal assumée.

Pour cerner mon propos, essayer de l'approfondir, de l'enrichir, j'ai voulu lire Paul Ricœur, qui cite Habermas, Jonas et Lévinas et je me suis un peu perdue dans les méandres de l'éthique de la responsabilité. J'ai lu Raymond Massé, anthropologue québécois qui a beaucoup écrit sur l'éthique en santé publique. J'ai pris des notes puis me suis blâmée de perdre mon temps, de tourner autour du pot, de prendre du retard et, somme toute, de ne pas *prendre mes responsabilités* ! Mais je m'étais engagée, je vous devais d'écrire, même peu, même mal : depuis longtemps le magnolia était en fleurs et le traducteur attendait. Un dimanche où j'étais seule dans notre grande maison de Dijon, je commençais à désespérer et à avoir la tentation du renoncement. Alors Étienne, depuis Moulins où il travaillait, m'a envoyé un courriel : *« Bon courage pour ton exposé. Moi j'y dirais qu'un administratif de Santé publique peut difficilement exercer ses responsabilités lorsque les politiques, qui sont censés définir les choix sanitaires de la société, n'ont pas le courage d'exercer la leur. »* Au téléphone, il a ajouté : *« Le message de la santé publique est très important, tout le monde est préoccupé par l'organisation de la santé qui ne va pas du tout. Donc c'est important ce qu'a à dire quelqu'un de l'administration. »* Et encore : *« Je te pose cette question, à toi qui t'occupes de l'hépatite C en Bourgogne : j'ai un malade qui s'injecte de l'érythropoïétine et qui a une hépatite C. À Moulins (qui est en Auvergne, pas en Bourgogne), il n'y a pas de système pour récolter et éliminer ses seringues, alors que, dans d'autres zones du département, cela existe. Pourquoi est-ce si mal organisé ? Si ce malade ne se faisait pas lui-même ses injections et les faisait réaliser dans un cabinet d'infirmières, il y aurait une collecte ! Il n'y a pas suffisamment d'argent ! »*

Merci, Etienne. Ainsi, me voici en face de mes responsabilités : pour les malades et leurs soins, les problèmes concrets qu'ils rencontrent, que fait la santé publique ?

D'abord, la santé publique, pour nous, c'est quoi ?

J'emprunte à Philippe Lecorps, psychologue et enseignant en éthique de la santé publique, la réflexion générale qui va suivre : *« Soyons sans crainte, puisque la vie est une affaire dont nous ne sortirons pas vivants »*. La santé – pourtant le Docteur Knock nous l'a dit : *« Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore »* – n'est pas fille que de la médecine mais le fruit d'un ensemble d'engagements du politique. La part des soins dans l'état de santé de la population serait de seulement 10% à 15%. Sont bien plus importants l'état de guerre ou de paix, les choix agricoles et industriels, la pauvreté, l'habitat, les conditions de travail... Idéalement, les politiques de santé devraient donc reposer sur une

réflexion et un engagement de l'État et des décideurs politiques pour assurer des conditions favorables à la vie des humains.

En pratique, en France tout du moins, cette inscription générale de la santé dans les préoccupations du monde politique – et de la société en général – n'existe pas, en dehors des problèmes récurrents de financement des soins. Aussi confie-t-on de façon générale la responsabilité de la santé de la population – la décision en santé publique – au ministère chargé de la santé.

Cependant, la santé publique est multiple et ne relève pas que de l'État.

« Force d'observation, la santé publique met au point et développe ses instruments de mesure ; force d'intervention, elle va contrôler les éléments nocifs ; force de proposition, elle promeut une culture, des attitudes, des comportements dans l'espoir d'une vie plus longue et sans incapacité. »

Vaste ambition !

Je suis ici obligée de vous présenter la recette, non pas du bonheur, mais de la santé publique régionale à la française, car c'est à ce niveau que je travaille, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la Bourgogne (DRASS), service régional du ministère de la santé. La Bourgogne est une région formée de quatre départements. Dans chacun d'eux, il y a une direction départementale, c'est donc la DDASS. Accrochez-vous, le tableau est complexe, ce n'est pas pour rien qu'en chinois « France » se dit « Fa Guo » ou « pays de la loi », c'est-à-dire des lois et règlements qui se succèdent sans fin et sans que le suivant annule le précédent. Pour vous, je vais essayer de simplifier.

La santé publique régionale comprend 3 missions : la promotion de la santé, la planification sanitaire (des établissements et services de soins) et la sécurité sanitaire. Moi j'interviens en promotion de la santé et en planification mais assez peu dans la sécurité sanitaire.

En principe, c'est ici que les "médecins inspecteurs de santé publique" (c'est ainsi qu'on nomme les médecins de santé publique fonctionnaires du ministère de la santé dont je fais partie) devraient exercer leurs responsabilités et mettre en œuvre leurs compétences méthodologiques et relationnelles, voire éthiques.

Mes responsabilités, ma place dans l'institution

Depuis plusieurs années, je suis chargée de « piloter » la politique régionale de lutte contre le sida et les hépatites chroniques (B et C), de la prévention aux soins et au soutien des

personnes atteintes et, depuis quelques mois, du dossier de l'addictologie pour toute la Bourgogne. L'addictologie, c'est la spécialité médicale qui s'occupe des malades dépendants des drogues, que celles-ci soient autorisées comme le tabac ou l'alcool ou interdites comme l'héroïne.

Les connaissances nécessaires en santé publique sont multiples : épidémiologiques, anthropologiques, sociologiques, économiques, pluri-professionnelles. Je maîtrise mieux l'épidémiologie mais j'en connais aussi les limites et me méfie de la tyrannie du nombre.

La planification et l'organisation des soins

Dans ce domaine de l'addictologie, je devrai en particulier cette année participer à la politique de renforcement des services, aussi bien à l'hôpital que dans d'autres centres de soins. Je ne suis pas seule : je travaille sous l'autorité d'une directrice ayant été médecin, avec des inspecteurs chargés des aspects juridiques et financiers. Ils n'ont pas de formation particulière en santé publique mais ce sont des professionnels administratifs ouverts et compétents dans leur domaine. Ils attendent de moi que je définisse les besoins (où et combien ?) et les moyens nécessaires (quoi et combien ?) et nous nous partageons la rédaction des notes et des rapports. Observer la consommation des drogues, prendre connaissance de l'activité, des pratiques et des difficultés des équipes de soins et apprécier la demande de moyens complémentaires, voici ma tâche. Ici, comme ce serait simple si les chiffres parlaient d'eux-mêmes, si les équipes des hôpitaux collaboraient avec les médecins et pharmaciens de ville, avec les autres centres de soins ! Dans certains endroits, le travail en réseau, où les différents professionnels se partagent les responsabilités, existe mais c'est loin d'être le cas partout en Bourgogne. Ce serait pour moi un travail responsable que de favoriser cela. Mais cette année, il n'est pas question de faire du travail en profondeur du fait de certaines règles nouvelles (Fa Guo !). Il faut agir vite pour donner aux hôpitaux les moyens de financer dès le mois de juin de nouveaux postes, comme le prévoit notre plan national sur les addictions. Alors je n'ai pas le temps de me déplacer aux quatre coins de la région pour rencontrer les équipes hospitalières en addictologie, comprendre les raisons de leurs demandes et connaître les liens qu'elles ont avec les autres professionnels de santé. Je l'aurais fait en compagnie de mes collègues des DDASS, bien sûr. Ne pouvant faire le mieux, je propose d'adopter des critères communs pour que mes collègues départementaux dialoguent avec ces équipes et fassent une lecture critique des moyens sollicités. Dans un deuxième temps, nous en ferons ensemble la synthèse régionale. Au fond, je me défausse de ma responsabilité sur d'autres qui en principe connaissent la situation locale mais dont je sais aussi la lourdeur des tâches. C'est

par exemple dans des situations comme celle-ci que je me sens un peu prise au piège et que je redoute que la distribution des moyens aux hôpitaux ne soit, au bout du compte, arbitraire.

Il n'y a pas que le manque de temps qui, en obligeant à répartir un financement sans approfondir, obscurcit la décision de l'autorité sanitaire. Je peux aussi mal apprécier les retombées de la décision que je propose. Il y a deux ans, c'est ce que j'avais fait, dans le même domaine mais au niveau départemental, quand le gouvernement avait lancé une grande campagne de prévention de l'usage de cannabis. Nous devions mettre en place des consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis mais pour cela nous disposions de très peu d'argent. L'hôpital de B. avait envoyé un projet d'ouverture de consultation. L'inspecteur administratif et moi-même avons jugé que l'équipe d'addictologie de cet hôpital ne travaillait pas assez avec les médecins et centre de soins locaux et que, malgré nos demandes répétées, le médecin addictologue ne s'intéressait pas du tout, depuis plusieurs années, aux drogues illicites. Je pensais donc que la proposition de l'hôpital n'était pas fiable et que, si nous lui donnions une enveloppe, celle-ci pourrait être affectée à autre chose. On a donc attribué les finances à un autre hôpital qui avait déjà une consultation importante en addictologie, pour qu'il l'adapte aux jeunes. Au bilan fait cette année, on s'est aperçu que la consultation existante avait bien adapté son fonctionnement aux jeunes mais n'avait pas bénéficié des moyens supplémentaires donnés ! Et que, à B., il n'y avait toujours pas de consultation pour les jeunes, ni à l'hôpital ni au centre de soins ! Que ce serait-il passé si le financement avait été donné à l'hôpital de B. ? Sans pouvoir répondre à cette question, l'expérience me montre que l'action de l'administration de la santé ne produit pas forcément d'effet et qu'elle ne peut rien réaliser sans l'engagement des équipes médicales et des directeurs hospitaliers.

La promotion de la santé

La loi française de santé publique votée en 2004 affirme le rôle de l'État dans la conduite des politiques de santé.

Pour la promotion de la santé et la prévention des maladies dont je m'occupe (sida, hépatites, conduites addictives) mais aussi de toutes les autres, l'organisation change à partir de l'année 2007. Le niveau national, par la loi (Fa Guo !), a créé un nouvel organisme régional sans toutefois lui donner de personnel. Ma directrice en assure la direction, et moi-même, début février, j'y ai rejoint, pour plus de la moitié de mon temps, 4 personnes dont un collègue médecin qui est chargé de la coordination de l'ensemble. Comme l'essentiel de mon travail se fait dans le cadre de ce groupement de santé publique, que mon bureau est à côté de

celui de mon collègue et en face de ceux de l'infirmière de santé publique et de l'inspecteur, je participe aux travaux généraux de cette petite équipe régionale. Officiellement, rien n'a encore été précisé sur ma place, mes responsabilités, mon devoir et mon pouvoir de proposition ou de décision. Je considère que c'est plutôt une chance pour l'instant car je peux poursuivre mes missions antérieures (spécialisées) et participer quand je suis disponible au fonctionnement de l'équipe. J'ai ici une position d'observation active, comme si ma venue, souhaitée par la directrice, n'avait pas été préparée au-delà des dossiers thématiques dont je reste bien sûr responsable. En somme, je fais mon apprentissage d'une nouvelle structure dont le fonctionnement, comme les nouveaux sites Internet, est « en construction ».

Une des fonctions et un enjeu important du groupement, c'est là aussi le financement. Des "gens" nous demandent des subventions pour pouvoir faire des actions de santé publique. Nous examinons leurs demandes et nous leur accordons ou refusons, totalement ou en partie, le financement qu'ils souhaitent.

La réunion au cours de laquelle devaient être présentés environ 300 demandes de subvention pour l'ensemble de la région, s'est tenue en février. Je n'ai pas pu assister à toute la réunion car j'avais une autre obligation. Certains membres de ce comité en sont sortis frustrés, critiques, s'estimant mal informés ; tandis que les représentants des équipes locales (départementales) en sont sortis meurtris, se sentant déjugés et incompris alors qu'ils avaient dû s'organiser très vite et que leur travail s'était fait selon un calendrier très court.

Où j'engage ma responsabilité

Un peu plus tard, j'ai entendu effectivement des appréciations très sévères sur le travail de présentation des dossiers de certaines des équipes locales et des comparaisons peu flatteuses avec celui d'une autre équipe locale. Cela m'a fait penser à des jugements de professeurs à un examen, c'était exactement comme si l'on distribuait des bonnes et des mauvaises notes ! Pour moi c'était loin d'une démarche de santé publique respectueuse des personnes, loin de la « *visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes* », définition de l'éthique selon Paul Ricœur. Je me suis aussi dit que je faisais maintenant partie de cette institution « injuste » et que, peut-être, je devais et pouvais assumer une part de responsabilité. Je ne me sentais pas responsable de la façon dont s'était déroulée la réunion du comité des programmes, ni de sa préparation, à laquelle j'avais été, au fond, assez peu associée. Nous nous donnons tous le but de concourir à la prévention et à l'éducation pour la santé, alors pourquoi une telle réaction ? Je n'ai pas eu l'envie ni le courage d'approfondir.

J'ai tout de même pensé que, sans doute, certains n'étaient pas très fiers de leur propre travail. On sait qu'un tel sentiment se transforme, si l'on n'y est pas attentif, en critique de l'autre.

Là aussi, notre responsabilité est engagée. Ces **actions à financer**, peu d'entre elles sont réellement connues des personnes qui lisent les dossiers. On les juge sur des dossiers descriptifs, c'est uniquement de l'écrit. L'organisation fait qu'une personne, sur des critères d'enveloppe financière limitée, peut juger sévèrement une action en relevant ses caractéristiques négatives pour la refuser, alors qu'on pourrait joindre le promoteur de l'action si celle-ci répond à un besoin reconnu, si elle se fait par exemple avec des gens d'une zone rurale, peu attractive en général. De principe, je me suis ainsi opposée à une interprétation négative, mais sans résultat, et je n'ai pas insisté, parce que ce n'était pas moi qui avais la charge de ce problème de santé auquel le projet voulait répondre, ce qui fait que ma contestation n'était pas légitimée par ma compétence. Au fond, je ne sais pas si ce n'est pas aussi par démission que j'ai abandonné la défense de ce dossier.

Mais, embarquée dans le même bateau et confiante dans le but commun, faisant le pari de la bonne volonté, je pouvais proposer, si les équipes locales étaient du même avis, qu'elles se réunissent pour confronter leurs méthodes, pour dire leurs attentes. Je l'ai donc fait, par respect pour les personnes et le travail des équipes locales, et en pensant à notre responsabilité vis-à-vis des personnes qui se sont lancées dans la prévention et qui attendent de nous un examen sérieux de leurs projets et des réponses tout aussi sérieuses. Il me semble que nous avons ici, collectivement, le devoir d'améliorer notre compétence.

La première responsabilité professionnelle, pour chacun, c'est de se rendre compétent. Et dans ce domaine, comme dans bien d'autres, on est plus compétent par l'échange d'idées, la confrontation d'expériences.

Je dois dire que, du coup, ma directrice m'a demandé si je pouvais animer cette réunion. À cette réunion, je vis arriver, avec quelques minutes de retard...mon collègue, qui ne s'était jamais proposé ni annoncé ! Or sa participation a été féconde et nous avons eu avec les équipes locales un échange tellement fructueux que j'ai conclu qu'il avait bien fait de nous y rejoindre. Bien sûr, cette histoire est en cours d'écriture : ma responsabilité et celle des équipes locales et régionale n'est pas qu'interne, elle est engagée envers la population de la Bourgogne, en visant l'amélioration de sa santé. Mais là, il me faut aborder un autre sujet.

Ma place et ma responsabilité avec mes interlocuteurs externes

Je n'ai pas, vis-à-vis des professionnels de la prévention et des soins de la région de Bourgogne, de position hiérarchique, contrairement au médecin de santé publique espagnol. J'ai un certain pouvoir lié à mon rôle de « conseiller technique » à la DRASS, donc chargée de donner des avis sur les demandes de financement, d'organiser la coordination et de favoriser la complémentarité des différentes institutions.

J'ai néanmoins pris conscience, il y a quelques semaines, de la responsabilité que je pouvais avoir dans ma relation avec les médecins des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection due au VIH. En effet, il y a quelques mois le Conseil national du sida, sorte de comité d'éthique spécialisé, a publié un rapport sur le dépistage en France et les propositions d'amélioration souhaitables. Au début du mois de mai, le président du conseil du sida, invité par le patron des maladies infectieuses de Dijon, doit venir présenter ce rapport lors d'une réunion de l'ensemble de ces consultations. Or ces réunions sont très rares. Le médecin de la consultation de dépistage de Dijon m'appelle en me demandant de stimuler ses confrères, de façon à avoir une bonne réunion d'échanges et à faire part aussi au président du conseil national du sida de leurs observations, de leurs commentaires, de leurs témoignages. Deux de ces médecins sont à mi-temps à l'hôpital et à mi-temps dans leur cabinet privé. Aussi je crains qu'ils ne puissent venir. Je comprends que ce n'est pas facile de renoncer à cette perte de revenu. Mais le médecin de Dijon à qui je parle de cela a plus conscience de leur responsabilité que moi. Elle me dit que lorsqu'on est médecin responsable d'une consultation de dépistage, on doit venir participer pour enrichir sa pratique, que leur responsabilité médicale ne s'arrête pas à la consultation individuelle ni au quotidien. Elle me dit que c'est à moi de leur parler. Et c'est vrai. En fait, je n'ai pas vraiment de mal à convaincre ces deux médecins. Prévenus suffisamment tôt, ils sont prêts à reporter leurs consultations et sont heureux de venir.

Règlement, responsabilité, liberté

Depuis le 1^{er} février 2007, en France il est interdit de fumer dans les lieux accueillant du public. Ce n'est pas si nouveau que cela, mais la nouveauté c'est la volonté d'appliquer ce nouveau décret. En quelques jours, de multiples circulaires informent les hôpitaux, les établissements pour personnes handicapées, les écoles et lycées, à la fois sur les modalités de l'interdiction, totale ou assortie de la possibilité de fumeurs, et aussi sur les sanctions prévues : une amende pour le fumeur récalcitrant et une amende bien plus élevée pour le patron qui aura été faible, qui, par son attitude, aura laissé faire ou encouragé le tabagisme. Dans le cadre

du programme départemental de prévention des conduites addictives, voici deux ans que toutes les actions d'information et d'accompagnement menées dans les lycées sont assorties d'une aide au respect de la loi, mesure que les élèves acceptent d'ailleurs infiniment mieux que les adultes qu'ils côtoient, censés leur donner l'exemple. Mais notre ministère veut se montrer aussi efficace que celui de l'Intérieur. Je m'explique : les accidents de la route ont fortement diminué en France depuis que les limitations de vitesse sont respectées, et elles sont respectées depuis que le ministère de l'Intérieur a installé des radars au bord des routes et infligé des amendes ou même des retraits de permis de conduire aux contrevenants. Alors le ministre de la santé annonce que les médecins inspecteurs de santé publique vont aller dans les hôpitaux et les centres de soins pour dresser des procès-verbaux aux contrevenants qui fument ! Et nos directeurs obéissants envoient autoritairement des médecins se former à la répression ! 10 ans d'études pour mettre une amende, alors que la dépendance au tabac est reconnue comme une maladie...J'ai dit à ma directrice qu'en tant que fonctionnaire on pouvait ne pas obéir à ce qui heurte notre conscience et j'ai ajouté que ces contrôles individuels était non pas dans l'intérêt de la santé mais uniquement pour faire croire que l'Administration agissait efficacement. Car on nous demande ce qu'on ose appeler des résultats : combien avez-vous fait de contrôles ? Combien avez-vous mis d'amendes ?

Il me semble que notre responsabilité est ici, alors que nous manquons de temps, de ne pas accepter de tâches nuisibles et de morceler le moins possible notre exercice. Mais sans doute que certains collègues, plus jeunes dans le métier ou plus isolés, dans les petits départements, peuvent moins résister à ces ordres, au pire dangereux et, au mieux, inutiles.

Garantir la santé ou les soins ou la sécurité des soins

Je suis à l'interface des administratifs et des médecins, relais entre des médecins de santé publique de la région et le ministère qui est à Paris, lui qui est encore un peu plus loin de la population, des personnes réelles, que nous qui sommes au niveau régional.

Que fait-on de conforme aux règlements et aux financements et qui pourrait avoir des conséquences néfastes ? Que devons-nous assumer si ces conséquences se produisent ?

Un collègue, médecin de santé publique dans un des départements de la région, me pose un problème : il a constaté que les centres de soins pour toxicomanes de notre région ont chacun des pratiques différentes, en ce qui concerne le nombre de traitements de substitution aux opiacés qu'ils assurent. Il me demande si cela est « normal », « acceptable ».

Le directeur et l'équipe d'un de ces centres spécialisés estiment qu'ils doivent limiter le nombre de patients reçus car ils ne peuvent pas soigner dans des conditions correctes plus de 15 personnes par jour. Comme ces personnes doivent être soignées dans le centre pendant, en général, plusieurs mois avant de pouvoir prendre leur médicament dans une officine de pharmacie, le centre est saturé. Il y a donc un délai d'attente de 3 mois avant de pouvoir y être admis. Or le traitement prescrit doit l'être, pour la première fois, par un médecin de centre spécialisé ou par un médecin dans un hôpital. Ensuite, les personnes traitées doivent prendre ce sirop sur place tous les jours, ce qui permet un temps de rencontre et de parole avec l'infirmière qui donne la méthadone. Tout cela prend du temps et dans ce centre, pour ces 15 malades, il y a une infirmière « à temps plein ». Mais que deviennent les personnes qui ont demandé à bénéficier de ce traitement et qu'on a mises sur une liste d'attente ? En général, elles ont un médecin de ville qui leur prescrit un autre médicament, la buprénorphine, moins efficace. Alors elles se sentent mal, souvent elles s'injectent ce produit pour avoir une sensation de shoot comme lorsqu'elles se droguaient. D'autres se procurent de la méthadone de rue. Un jeune homme à qui le centre avait annoncé qu'il devrait attendre 3 mois était également un jeune père. Il a dû demander à sa compagne de venir avec lui voir le médecin pour qu'elle entende de la bouche du praticien que, si lui n'était pas soigné, ce n'était pas par négligence. Elle ne le croyait pas, pensait qu'il mentait et menaçait de le quitter et de le priver de sa fille, lui disant qu'il était un drogué qui ne voulait pas s'en sortir. Ne pouvant plus tenir son poste, il avait aussi été licencié de son travail. Et c'était un jeune homme qui avait un diplôme et des capacités professionnelles ! Finalement, il a pu attendre, mais il a tenu à nous apporter son témoignage, pour que des gens comme moi, comprennent que, quand les moyens du centre sont insuffisants, cela peut avoir des conséquences sérieuses.

À l'opposé, un autre centre, ayant de plus en plus de demandes, reçoit de plus en plus de personnes et prescrit à tour de bras. Les médecins et les infirmiers *vont de plus en plus vite* pour la prescription et la délivrance. Et mon collègue se demande et me demande si, non seulement la qualité du soin est suffisante mais, bien plus, si la sécurité est assurée avec un nombre de patients double pour un temps de professionnels identique. La méthadone n'est pas un médicament anodin : on peut mourir d'une surdose. Mais il n'y a pas de patient dans la rue, dans ce département-là !

Je ne sais pas ce qui est mieux, il n'existe pas de normes et, s'il en existait, il y a fort à parier qu'elles auraient été établies non en fonction d'un optimum mais soit d'un minimum soit, ce qui est de plus en plus courant, d'une moyenne.

Chacune des équipes des deux centres a estimé *prendre ses responsabilités en ayant des pratiques diamétralement opposées*. Et je n'ai ni les arguments ni le pouvoir pour contraindre l'un à agir comme l'autre. Les conférences de consensus sur le sujet exposent les principes des traitements de substitution mais pas les moyens réellement nécessaires.

Il y a donc là des limites à ma responsabilité, à notre responsabilité de médecins de santé publique, des limites fixées par la restriction financière, les soins aux personnes toxicomanes n'étant pas jugés prioritaires. Ici, ma responsabilité est de bien connaître ces situations, ces besoins et de les faire connaître à mon administration, en étant convaincue et convaincante. J'ai d'ailleurs posé ce problème au collègue médecin inspecteur de santé publique qui fait partie de la commission nationale des addictions.

La responsabilité durable

Je peux toujours rêver d'une santé publique parfaite, cela n'existe pas, pas plus que la médecine individuelle parfaite. Non seulement nous sommes responsables mais je pense que nous devons aussi, le cas échéant, assumer notre culpabilité en raison des conséquences néfastes d'actes réalisés ou omis. Ainsi, nous agissons dans une certaine incertitude et nous devons en assumer les conséquences proches et plus ou moins lointaines. La vigilance pourrait nous aider à rectifier le tir avant qu'il ne soit trop tard mais elle peut être déficiente. Je pense ici à la canicule dont les effets n'ont pas été anticipés ni corrigés en 2003, malgré l'existence de certaines alertes. À l'époque, j'étais au niveau du département et en congé mais juste avant ce congé, la diffusion du message du directeur général de la santé sur la conduite à tenir envers les personnes âgées en cas de forte chaleur m'avait paru banale alors que, quelques jours plus tard, l'alerte était donnée par les services des pompes funèbres qui ne trouvaient plus de chambres funéraires. Mais nous nous sommes contentés, localement, de compter les morts. Ce fut pire, me dit Étienne : Le ministre et ses services ont, pendant plusieurs jours, nié l'existence de la surmortalité signalée par les Pompes funèbres, les Pompiers de Paris, et certains urgentistes. Oui, l'irresponsabilité par manque de discernement existe.

Dans un autre domaine, la toxicomanie, il y a un peu plus de 15 ans, l'héroïne était prise au sérieux, la cocaïne faisait peur mais pas le haschisch et nous avons laissé les jeunes en consommer sans réagir. À Dijon, les éducateurs de rue, lorsque nous les interrogeons sur la consommation de drogues, nous affirmaient qu'il n'y avait que très peu d'héroïne mais qu'ils observaient beaucoup de « fumettes ». Eh bien, cela n'intéressait pas du tout les spécialistes

ni, par voie de conséquence, la santé publique. Maintenant, alors qu'en France, en Bourgogne, un adolescent sur deux a expérimenté ce produit et qu'un garçon de 17 ans sur 6 en fume régulièrement (10 fois par mois), on commence à voir des conséquences sur nombre de personnes : troubles scolaires, bouffées délirantes et, plus tard, cancer du poumon. Et nous avons dû mettre en place des consultations spécialisées il y a deux ans !

Ici, on perçoit aussi combien le temps nous permet de mieux percevoir le sens de notre action, combien la trace, écrite ou pas, nous aide à en porter la responsabilité.

La responsabilité partagée.

Dans la lutte contre le sida, les associations ont été pionnières dans la prise de responsabilité face à l'épidémie, bien avant l'État. Depuis 1996, bien qu'elles soient toujours là, leurs militants sont moins nombreux, les services de santé et les services sociaux ont pris plus de place. Pourtant, cette année, on met en place une nouvelle organisation régionale, le COREVIH (comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine). Ce comité va rassembler des représentants de tous les acteurs présents dans la région, y compris les « malades et usagers du système de santé ». C'est un enjeu important de partage de la responsabilité, assez emblématique il me semble. Ma responsabilité présente est de proposer la meilleure composition qui permette un dialogue, une concertation, une meilleure coordination et une meilleure qualité des soins, avec des prises de décision communes entre cliniciens, patients, services d'accompagnement à domicile, dans toute la région. Car ce n'est pas gagné d'avance, qu'il s'établisse des relations fructueuses alors qu'il y a depuis longtemps une méfiance entre associations et cliniciens, une défiance des cliniciens vis-à-vis des associations.

En fait, depuis bien longtemps, l'essentiel de mon travail repose sur l'établissement de relations et de négociations avec les médecins, soignants et bénévoles ou volontaires d'associations pour, si possible, construire ensemble ce qui conviendrait le moins mal, dans les différents domaines dont je suis responsable, dont nous sommes solidairement responsables.

Mais, me direz-vous, tu n'as toujours pas abordé les questions d'Étienne. C'est vrai, alors nous y voici. Pour l'élimination des seringues, je ne sais pas répondre précisément à cette question mais elle relève, en Bourgogne, de la responsabilité du réseau régional des hépatites. Quant à la grave question des choix sanitaires, je remarque que les problèmes de santé dont je m'occupe dans un cadre administratif et à partir de directives gouvernementales,

ont d'abord été portés par la société avant de l'être par l'État. Les choix politiques ne sont sans aucun doute pas que des choix de gouvernement. Ils relèvent d'une responsabilité partagée et viendront quand la société y sera prête, dans un effort commun pour les définir.

Interrogation sur la santé comme nouveau dogme

Il reste que la santé publique porte une double responsabilité inquiétante.

Elle a tendance à se présenter comme une nouvelle religion, par la promotion des saines habitudes de vie, de la protection des relations sexuelles, des règles alimentaires. Elle tente non de partager sainement la responsabilité mais de faire porter aux personnes la responsabilité individuelle de leur santé, de « normer » leur comportement pour vivre dans le « meilleur des mondes » alors que Voltaire nous a donné depuis longtemps la seule recette qui vaille : « J'ai décidé d'être heureux parce que c'est bon pour la santé. ».

Elle porte en elle-même une utopie totalisante et, comme telle, inopérante, symbolisée par la charte d'Ottawa de promotion de la santé et la définition holistique de la santé par l'organisation mondiale de la santé comme « état de complet bien-être physique, mental et social ». Un autre philosophe, André Comte-Sponville disait à ce propos que « sous cette définition, si depuis ma naissance, j'ai été en bonne santé 3 jours, c'est un strict maximum ».