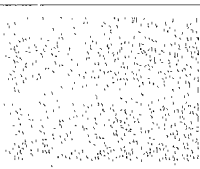


L'ÉVOLUTION DES CONCEPTIONS
EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE



Chapitre 1

ORIGINES ET DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'enseignement de l'hygiène, de la médecine préventive et de la médecine sociale prit son origine, au cours de la seconde partie du dix-huitième siècle, dans le développement du concept européen d'une médecine d'Etat. La première organisation nationale de la santé publique vit le jour au Danemark, dès 1740, avec l'institution du *collegium medicum*. Quelques années plus tard un conseil national de santé fut créé en Suède. Les services sanitaires proprement dits commencèrent à se répandre en Europe centrale au milieu du dix-huitième siècle.

En 1786, Johann Peter Frank, qui avait occupé les chaires de clinique médicale des universités de Göttingue (Prusse) et de Pavie (Italie), fut nommé directeur de la santé publique en Lombardie autrichienne. Frank avait publié, quelques années plus tôt, les trois premiers volumes d'un remarquable ouvrage sur la « police médicale »¹ et s'était acquis dans le domaine de la médecine préventive une véritable réputation de pionnier. Il fut probablement le premier qui insista dans son enseignement sur la nécessité de rechercher l'origine de la maladie dans les conditions d'existence mêmes de la population et qui imposa, à ses élèves comme à ses maîtres, cette notion que les principaux obstacles sur le chemin de la santé sont la pauvreté et l'ignorance. Il fut ainsi le véritable fondateur de la médecine sociale.

Que les gouvernements, s'ils le peuvent, tiennent à l'écart de leurs frontières la menace mortelle des maladies contagieuses. Qu'ils peuplent leurs provinces de médecins et de chirurgiens distingués. Qu'ils édifient des hôpitaux et les administrent de leur mieux. Qu'ils édictent des règlements pour l'inspection des pharmacies et appliquent toutes les mesures qu'ils voudront pour la santé de leur peuple. S'ils omettent une seule chose: la nécessité d'abolir ou de rendre supportable la principale source de maladie, l'*extrême pauvreté de la population*, ils n'obtiendront pratiquement aucun bénéfice de la législation sanitaire.²

Frank eut une très grande influence aussi bien sur l'enseignement que sur la pratique de la médecine préventive et, d'un bout à l'autre de l'Europe,

¹ FRANK, J. P. (1777-78) *System einer vollständigen medizinischen Polizey*, Mannheim

² FRANK, J. P. (1790) *The people's misery: mother of diseases* (Discours prononcé en 1790). Traduit du latin et publié, avec une introduction, par: SIGERIST, H. E. (1941) *Bull. Hist. Med.*, 9, 81

des professeurs d'université se rallièrent à ses conceptions. Certes, bon nombre des mesures dont il se fit l'avocat dans son œuvre colossale durent attendre plusieurs générations avant de prendre forme, et les progrès accomplis dans le domaine de la santé publique furent lents et hésitants; il n'en reste pas moins que l'idée de prévention s'était acquis droit de cité en médecine et que la notion de responsabilité des pouvoirs publics à l'égard des questions sanitaires gagnait constamment du terrain. On se mit à écrire des traités de santé publique et à se préoccuper très sérieusement de législation. Dans de nombreuses universités, surtout en Europe centrale, le concept de « police médicale » commença à s'implanter; et les besoins de l'action sanitaire conduisirent à un inégal mais constant accroissement de la demande en possibilités d'enseignement.

Au Royaume-Uni, l'influence de Frank joua un rôle considérable dans la création de la première chaire de santé publique. Andrew Duncan, d'Edimbourg, qui dès 1795 avait donné à titre bénévole des conférences hebdomadaires sur le droit médical, consacra une partie de son enseignement à la santé publique. L'intérêt qu'il éprouvait pour la médecine préventive l'amena à recommander l'institution d'une chaire universitaire consacrée à cette discipline; le premier poste de professeur fut créé en 1807. Sans aucun doute, maintes influences s'associèrent pour susciter l'enthousiasme de Duncan. La part de plus en plus grande donnée aux préoccupations humaines au Royaume-Uni même et le développement de l'enseignement de Frank à l'étranger (dont témoignait notamment la constante progression des écoles allemandes) contribuèrent à la connaissance qu'il avait acquise du problème. L'éloquent plaidoyer que Duncan adressa aux Patrons de l'Université d'Edimbourg et l'aveu qu'il fit de sa dette envers Frank méritent sans doute d'être particulièrement retenus. Traitant de l'enseignement de la santé publique, Duncan s'exprime ainsi:

Le second aspect de ce sujet apparaît d'une importance incomparablement plus grande et d'une portée infiniment plus étendue; il ne concerne plus seulement le bien-être des individus mais la prospérité et la sécurité des nations. C'est peut-être la branche la plus importante de la « police générale »; car son action ne se limite pas à ceux que des circonstances fortuites amènent dans son champ d'influence, mais s'étend à la population entière de l'Etat.

Nombre de ses principes ont été dès longtemps admis et considérés comme de nécessaires conséquences des notions établies dans les domaines médical et politique; quelques-uns d'entre eux ont même acquis force de lois. Mais il devait revenir à Frank, doué comme il l'était d'un esprit philosophique, de faire du tout un vaste et bienfaisant ensemble et de le séparer du droit médical.³

La définition de la santé publique dans le texte de Duncan trahit peut-être une certaine gaucherie, mais elle répond bien à son objet: « l'application des principes découlant des diverses branches des connaissances médicales, à la protection, à l'amélioration et à la restauration de la santé ».

³ DUNCAN, A. (1798) *Memorial to the Patrons of Edinburgh University* (University Library, Edinburgh)

Une influence importante fut exercée également par un rapport intitulé « Nouveau plan de Constitution pour la Médecine en France », publié en 1790 par un comité de la Société royale de Médecine, à Paris. Ce comité recommanda d'inclure parmi les cinq principales matières des études médicales, le « choix des moyens le plus susceptibles de maintenir le corps en bonne santé ». Le comité envisagea aussi la nomination d'un professeur d'hygiène et souligna la nécessité de développer l'instruction en ce domaine. En 1794, des chaires d'hygiène furent instituées dans les écoles de santé de Paris et de Strasbourg.

Les dernières années du dix-huitième siècle virent l'extension progressive de ce que l'on pourrait appeler la consécration officielle et légale de la santé publique. Des bureaux d'hygiène — nantis parfois de fonctions purement préventives — furent créés en France, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis d'Amérique (notamment à Baltimore en 1798 et à Boston un an plus tard). Le service de santé danois vit le jour en 1803 et la législation sur les maladies infectieuses fit dans ce pays d'importants progrès. La Finlande, la Norvège et la Suède mirent la dernière main aux plans qu'elles avaient élaborés pour le développement de leurs services sanitaires provinciaux et municipaux.

Le dix-huitième siècle offrit à vrai dire des conditions particulièrement favorables au développement de l'enseignement de la médecine préventive, en raison de ses remarquables réussites dans l'étude clinique de maladies qui, justement, se prêtaient aux mesures de prévention: le scorbut, la peste, les maladies professionnelles et aussi quelques-unes des infections courantes. A la fin du siècle se présenta, avec la vaccination jennérienne, l'occasion la plus propice à la mise en œuvre directe d'une mesure préventive à l'échelle mondiale.

En second lieu, l'œuvre des réformateurs sociaux dans les dernières années du dix-huitième siècle prépara les voies de la prévention en dénonçant les abus et les insuffisances de toutes sortes, constatés en particulier dans des établissements publics: hôpitaux, prisons, etc. Des hommes tels que John Howard, qui se livra à de nombreuses enquêtes en Europe, établirent les règles de l'investigation méthodique et de l'observation des faits en matière sociale.

Recherches et découvertes, dans la vie sociale d'un pays, n'ont qu'une valeur réduite et n'obtiennent au mieux qu'un succès éphémère si elles ne servent de base à l'enseignement. Dans le domaine de la santé publique, l'évolution de l'enseignement — que celui-ci s'adresse aux étudiants en médecine ou à d'autres catégories d'élèves — n'a suivi que d'une démarche hésitante la découverte des faits. En Angleterre, par exemple, H. W. Rumsey⁴ pouvait déplorer en 1856 qu'il n'existât pas de professeur d'hygiène à temps plein dans toutes les universités du Royaume-Uni.

⁴ RUMSEY, H. W. (1856) *Essays on state medicine*, London

Au début du dix-neuvième siècle un certain nombre de professeurs, en Grande-Bretagne, donnaient des cours d'hygiène à titre privé; quelques traités d'hygiène furent publiés. Dans d'autres pays d'Europe, on accordait une attention croissante à la « police sanitaire » et les mesures législatives et réglementaires correspondantes prenaient la forme de plus en plus affirmée d'une médecine d'Etat. Il n'est pas surprenant, par conséquent, que l'on ait très tôt songé à associer la santé publique et le droit médical: ils n'étaient en somme, que deux aspects de la réglementation d'Etat.

L'enseignement de la santé publique reçut en de nombreuses régions d'Europe, à partir du milieu du dix-neuvième siècle, une impulsion de plus en plus énergique: l'action sanitaire connut elle aussi un développement croissant. A ce dernier point de vue, l'influence d'épidémies successives de choléra fut sans nul doute plus décisive que dix années de sermons, et les actes législatifs s'inscrivirent l'un après l'autre dans les codes sanitaires des pays européens. Au point de vue de l'enseignement, le General Medical Council du Royaume-Uni, qui avait été créé en 1858, appela l'attention quelque dix ans plus tard sur la nécessité d'une qualification en santé publique.

L'évolution de l'enseignement de la santé publique dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle fut profondément influencée, dans l'Europe entière, par les remarquables progrès des sciences fondamentales, de la physiologie et de la bactériologie en particulier. L'école scientifique allemande était alors justement en pleine ascension; et il était assez naturel que l'enseignement de la médecine préventive, au moment où il s'engageait dans une voie nouvelle, s'adressât à ces disciplines rigoureuses pour assurer sa propre base. L'attention des savants se concentrait alors intensément sur l'étude des maladies infectieuses et de leur prévention. Les grandes découvertes de Pasteur et de Koch conduisaient à une étonnante renaissance de la médecine.

Max von Pettenkofer fut, dans le domaine de la santé publique, l'une des figures les plus marquantes de l'époque. Il contribua, plus que tout autre en son temps, à déplacer l'intérêt des hygiénistes de la recherche de laboratoire à l'action pratique et à donner ainsi à l'enseignement de la santé publique son caractère de spécialisation professionnelle. Pettenkofer commença sa carrière, sous l'influence de von Liebig, par une série de remarquables travaux de chimie; ses études épidémiologiques sur le choléra lui ont valu une particulière notoriété, mais, à notre sens, c'est son œuvre en matière de santé publique qui compte surtout.

A cette époque [le commencement de la seconde moitié du dix-neuvième siècle] la santé publique en Allemagne [comme du reste en de nombreuses parties de l'Europe] consistait surtout en un ensemble de lois et de règlements sanitaires dont l'application incombait à des services spéciaux relevant des autorités de police. Ces règlements restaient fidèles à la tradition et se fondaient sur des connaissances tout empiriques. Leurs bases scientifiques restaient très médiocres. L'air pur est meilleur que l'air vicié. Mais à

partir de quel moment l'air peut-il être considéré comme vicié ? Comment est-il possible d'apprécier sa pureté ? Quand l'eau est-elle pure ? Le surpeuplement des habitations est évidemment défavorable à la santé. A partir de quel moment le surpeuplement justifie-t-il l'intervention de l'autorité publique ? En d'autres termes, quel est l'espace nécessaire à un individu pour qu'il se maintienne en bonne santé ? Les gens riches achètent tous les aliments qu'ils veulent, du type ou de la qualité qui leur plaisent. Mais les pauvres gens, qui ne peuvent se permettre qu'un minimum, quels aliments devraient-ils acquérir de préférence ? Et les soldats, et les pensionnaires des prisons et des asiles qui n'ont pas le choix puisque leur nourriture leur est fournie — que doit-on leur donner pour les garder en bonne santé ? ⁵

Le professeur H. E. Sigerist, dans l'introduction à sa traduction de deux conférences de Pettenkofer, intitulée *The Value of Health to a City*, entendait montrer ainsi que ces questions, comme beaucoup d'autres du même genre, n'avaient jusqu'alors reçu que des réponses empiriques ou inspirées de conceptions périmées. Tout portait à croire que ces réponses étaient incorrectes et Pettenkofer précisément, s'attacha, de toutes les ressources de son savoir, à leur substituer des réponses scientifiquement valables.

Entre ses mains l'hygiène devint, pour la première fois probablement, une science expérimentale fondée sur la physiologie. En 1847, Pettenkofer fut nommé professeur de chimie médicale à l'Université de Munich; il y donna, dès cette époque, des cours d'hygiène. En 1855 on mit à sa disposition des laboratoires dépendant du nouvel institut de physiologie de Munich; et dix ans plus tard il devint professeur d'hygiène à l'Université de cette ville. Sa chaire fut le premier institut d'hygiène créé en Europe. L'institut de Munich servit de modèle aux institutions de même genre, tant en Allemagne que dans le monde entier. Ce fut un centre de recherches actif; Pettenkofer et ses élèves y entreprirent des travaux aussi nombreux que variés.

Pettenkofer consacra beaucoup d'attention au rôle des facteurs sociaux et psychologiques dans la santé publique; il était parfaitement averti de l'influence favorable que le milieu peut avoir sur la vie de l'homme et ne se satisfît point d'une conception étroite de l'hygiène. Son enseignement tendit en grande partie à démontrer qu'il n'existait pas de formule magique pour améliorer la santé et il rendit un grand service en ouvrant la voie à une médecine expérimentale fondée sur la bactériologie. En fait, Pettenkofer brossa un tableau magistral de ce que peut être un programme moderne de santé publique: étude approfondie des conditions existantes; planification intelligente fondée sur l'analyse scientifique des faits, et, par-dessus tout, action patiente et persévérante sur l'opinion publique.

Sans doute convient-il de noter ici que la plupart des professeurs d'hygiène, à l'époque, s'intéressaient surtout à la chimie et que les médecins, parmi eux, avaient reçu une formation spéciale en chimie et en physiologie.

⁵ SIGERIST, H. E. (1941) *The value of health to a city: two lectures delivered in 1873 by Max von Pettenkofer* Baltimore, pp. 4-5. Tiré à part du *Bull. Hist. Med.*, 1941, 10, 473, 593.

Vers 1850 on discutait beaucoup en Europe la question de savoir si la santé publique devait être regardée comme une discipline en elle-même ou si elle devait rester tributaire de la chimie, de la physiologie, de l'anatomie pathologique ou — à un stade ultérieur — de la bactériologie. Il était clair alors, comme il l'est aujourd'hui, que la médecine préventive n'est pas une spécialité mais plutôt, comme Sigerist l'a montré, une synthèse des connaissances médicales appliquées à une fin définie: la prévention de la maladie. L'hygiène et la santé publique font usage, pour leurs besoins, d'instruments de travail empruntés à d'autres disciplines: mathématiques, chimie, physiologie et bactériologie; et elles concourent dans une large mesure au développement des applications pratiques de ces disciplines, dans le domaine de la statistique médicale notamment. Quoiqu'il en soit, la prévention de la maladie et la « promotion de la santé »⁶ prenaient peu à peu le caractère de véritables matières d'enseignement, indépendantes des sciences fondamentales.

Par un étrange et, à certains égards, malheureux concours de circonstances, l'hygiène fut d'abord considérée comme une dépendance de la médecine légale. Ceci eut pour résultat qu'en France, et jusqu'à un certain point au Royaume-Uni et dans d'autres pays, l'enseignement de l'hygiène fit fausse route. Il accorda une place trop importante à la « police » sanitaire et eut tendance à négliger, par contre, les éléments scientifiques que Pettenkofer avait si magistralement mis en valeur.

En Allemagne et dans une partie très importante de l'Europe centrale un changement survint alors, qui influa sur l'évolution de la médecine préventive pour de nombreuses années, car il s'imposa aux esprits avec tout l'éclat d'une aube nouvelle. En 1885, Robert Koch fut nommé professeur d'hygiène et directeur de l'institut d'hygiène de l'Université de Berlin. Koch était à peu près d'une génération plus jeune que Pettenkofer et sa renommée provenait de ses admirables découvertes en bactériologie. Les hommes de la génération de Koch déposaient tous leurs dons sur l'autel de la bactériologie; et, ce faisant, ils diminuaient d'autant les forces disponibles pour d'autres services d'égale importance au regard de la santé publique. Pendant près de cinquante ans, à partir de 1885, la bactériologie allemande occupa des chaires d'hygiène dans le monde entier ou exerça son influence sur leurs titulaires de telle sorte que médecins et étudiants ne reçurent plus de la notion de santé publique qu'une interprétation unilatérale. Du même coup, la médecine préventive vit restreindre ses objectifs et réduire ses possibilités d'action et se ressentit du retard

⁶ L'expression anglaise « *promotion of health* », que l'on rencontre à maintes reprises au cours de cet ouvrage, désigne l'aspect le plus positif, le plus constructif de l'action sanitaire. Elle peut être comprise, selon la Constitution de l'OMS, comme la somme des activités et des efforts tendant à réaliser un « état de complet bien-être physique, mental et social ». Les auteurs la distinguent nettement de l'action préventive contre la maladie (*prevention of illness*). *Promotion of health* n'a pas d'équivalent exact en langue française. On le trouvera traduit ici, selon le cas, soit par « amélioration » ou « amélioration positive de la santé », soit, littéralement, par « promotion de la santé », expression à laquelle on voudra bien donner le sens défini ci-dessus. (Note du traducteur)

apporté à la solution scientifique de problèmes pourtant aussi courants que l'habitat défectueux, le surpeuplement ou le défaut de ventilation.

La médecine préventive avait donné lieu, avant la fin du dix-neuvième siècle, à d'importantes réalisations. La cause de l'assainissement avait remporté une grande victoire en Angleterre où le *Public Health Act* de 1875 avait marqué la mise en œuvre d'une législation efficace. Dix ans au moins avant la fin du siècle, un progrès substantiel avait été également accompli dans le domaine de la santé personnelle de l'homme; ⁷ l'importance de l'individu, de la famille, de l'enfant au regard de la communauté était désormais reconnue et considérée comme sujet d'intérêt national.

La recherche dans le domaine social se développa, dans le dernier quart de siècle, à la fois sur le plan scientifique et sur le plan pratique. Sur le plan scientifique, l'étude systématique des faits sociaux fut entreprise dans toute l'Europe sur une échelle de plus en plus vaste; des enquêtes s'attachèrent à déterminer les conditions de vie et de travail de larges ensembles de population. Sur le plan pratique, des précurseurs tels qu'Octavia Hill surent gagner des appuis en cherchant, tout autant qu'à améliorer les conditions matérielles d'habitation, par exemple, à éclairer les intéressés sur leurs devoirs domestiques et même civiques. Dans l'Europe tout entière l'urgente nécessité apparut d'une réforme législative dans le domaine social. La question du travail féminin fut étroitement associée à cette évolution; c'est en vérité l'une des caractéristiques du dernier quart du dix-neuvième siècle que l'importance de plus en plus grande prise par la femme dans la direction des affaires locales et dans la réforme sociale.

L'élévation de la santé publique au rang de carrière médicale coïncide avec deux phénomènes qui eurent sur les programmes d'enseignement une très grande influence: l'« âge de l'assainissement » où l'on accorda tant d'importance aux facteurs du milieu physique dans l'étiologie des états morbides, et l'apparition, parmi les sciences fondamentales, de la bactériologie et de la biochimie.

Le caractère de spécialisation professionnelle de l'enseignement post-universitaire de la santé publique était alors largement reconnu; l'organisation de cet enseignement en France, en Italie et dans certains autres pays d'Europe le démontre clairement. Ce fait est également assez bien illustré par la séparation des enseignements universitaire et post-universitaire qui intervint au Royaume-Uni dès la seconde moitié du dix-neuvième siècle et fut légalement consacrée par le *Medical Act* de 1886. Cette loi prévoyait un diplôme de qualification professionnelle en santé publique et confia au General Medical Council l'organisation des études et des examens pour l'un et l'autre type d'enseignement. Le premier diplôme fut créé en 1871, à

⁷ Les auteurs opposent volontiers, au cours de cette monographie, la santé de l'individu ou de la personne (*personal health*) à l'hygiène du milieu (*environmental hygiene*). L'expression « santé individuelle » ou « personnelle » comprend l'ensemble des notions, des faits ou des actes se rapportant à la santé de l'homme en tant qu'entité distincte de son milieu; elle s'entend ici, par conséquent, dans une acception beaucoup plus large que celle que l'on accorde généralement aux mots « hygiène individuelle ». Voir aussi la section intitulée « Questions de terminologie » à la page 57. (Note du traducteur)

Dublin; et les années suivantes, d'autres universités suivirent cet exemple. La scission entre l'enseignement universitaire et l'enseignement post-universitaire fut plus nettement marquée encore par une loi de 1888 (*Local Government Act, 1888*), qui exigea le diplôme de santé publique de tout médecin fonctionnaire de la santé d'un comté ou d'un district d'au moins 50 000 habitants; la législation subséquente reconnut la valeur du diplôme post-universitaire en en faisant la qualification fondamentale dans la quasi-totalité des activités ayant trait à la santé publique.

Edimbourg s'honore d'être la première université du Royaume-Uni qui institua une chaire de santé publique, en 1898. Mais d'autres pays d'Europe avaient pris les devants en créant des postes de professeurs d'hygiène ou en fondant des instituts d'enseignement et de recherche. L'institution d'un cours de formation, qu'il soit ou non sanctionné par l'attribution d'un diplôme, résulta dans la plupart des pays d'un besoin précis. Dans certains pays, en France par exemple, le gouvernement consentit à assumer en partie la responsabilité de la formation, pour les candidats préalablement sélectionnés en vue de leur affectation à un service public. Ailleurs, l'enseignement post-universitaire constitua une matière à option proposée à des médecins appartenant déjà à l'administration sanitaire ou souhaitant y obtenir un engagement à plein temps ou à temps partiel.

C'est un fait bien connu que l'enseignement tend toujours à retarder sur la pratique; il n'est nullement étonnant, par conséquent, que l'« âge de la santé personnelle », qui marque de façon particulièrement caractéristique le premier quart du vingtième siècle, ne se soit que faiblement reflété dans l'enseignement. Les grands mouvements en faveur du bien-être social, la place donnée à la santé de la mère et de l'enfant considérée comme but essentiel des efforts de la médecine préventive, ne suscitèrent que bien peu de réactions de la part des établissements d'enseignement post-universitaire. En vérité, il existe bien des institutions en Europe, aujourd'hui encore, où cet enseignement se limite en grande partie aux notions scientifiques et techniques très spécialisées se rapportant à l'hygiène du milieu. Cependant, dès 1915, parut sur les établissements d'enseignement post-universitaire un rapport de grande portée dans lequel on relève des recommandations telles que les suivantes :

En raison des nombreux points de contact qui existent entre le mouvement social moderne et le mouvement sanitaire et de la pénétration des facteurs sociaux et économiques dans les questions de santé publique, il est évident qu'un institut d'hygiène devrait être pleinement informé de ces facteurs et que les étudiants en sciences sociales devraient tirer profit à certains égards de son enseignement, de même que les étudiants en hygiène devraient y recevoir une formation en sciences sociales et en travail social.⁸

En dépit des idées avancées ainsi exprimées, l'enseignement de la santé publique resta fidèle, pendant une génération encore, à l'étude traditionnelle

⁸ WELCH, W. H. & ROSE, W. (1915) *The institute of hygiene* (Rapport non publié, présenté le 27 mai 1915 au General Education Board et le 12 janvier 1916 à la Rockefeller Foundation)

des techniques d'assainissement et des méthodes de laboratoire, aussi bien en Europe que, pour une très grande part, aux Etats-Unis d'Amérique. Des modifications lui furent progressivement apportées: leçons et stages pratiques en hygiène scolaire, en protection maternelle et infantile. Mais, jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, les idées ne connurent aucun changement décisif. Ceci est d'autant plus remarquable pour certains pays d'Europe, l'Allemagne et la Grande-Bretagne par exemple, que des progrès considérables y avaient été accomplis en médecine sociale, tels que l'institution de l'assurance-maladie en Allemagne en 1883 et en Grande-Bretagne en 1911.

C'est à la fin du dix-neuvième siècle et au début du vingtième que se situent les progrès de ce que nous appelons maintenant « les services de santé personnelle ». Les gouttes de lait apparues pour la première fois en France, les services de médecine scolaire en Angleterre et les services médicaux et sociaux destinés aux infirmes dans les pays nordiques en sont d'importants exemples. La guerre de 1914-1918 mit la santé en grand péril et les pays qui en souffrirent durent élaborer des plans pour la réadaptation des blessés de guerre et la lutte contre la tuberculose. Dans l'entre-deux-guerres, ce sont les problèmes d'adaptation mentale qui tinrent le devant de la scène.

L'institution de la Société des Nations, dont le siège fut établi à Genève, donna une nouvelle impulsion à la prévention et exerça peu à peu son influence sur l'enseignement post-universitaire. Cet enseignement fut aussi grandement stimulé, durant la même période, par l'action éclairée de la Fondation Rockefeller. Les instituts de santé publique, créés par cette dernière dans maints pays européens, y constituèrent autant de foyers d'enseignement et d'action; leur lumière continue à rayonner en bien des lieux aujourd'hui envahis par l'ombre.

L'évolution que nous venons de retracer a été marquée par l'extension considérable des « services de santé personnelle », notamment pendant l'entre-deux-guerres. Une génération a suffi pour que s'accomplisse une révolution dans la pratique de la santé publique. Ces changements ont exercé à la longue une influence profonde sur l'enseignement post-universitaire, qui a consacré une part de plus en plus grande de son programme aux problèmes sanitaires de l'individu et de la communauté. Dans le domaine de l'enseignement, envisagé dans son ensemble, sont intervenus, à une date beaucoup plus récente, de nouveaux développements liés à l'introduction de la médecine sociale dans l'enseignement universitaire. La médecine sociale a sur ce plan des buts tout à fait différents; elle se trouve encore en pleine évolution en tant que discipline d'enseignement. Elle est, en ce sens, presque trop jeune pour avoir une histoire; cependant son évolution, ainsi que l'influence que l'enseignement universitaire a pu avoir à cet égard sur la formation post-universitaire, seront retracées dans les chapitres 3 à 9 de cette étude.

Chapitre 2

INFLUENCE SUR L'ENSEIGNEMENT DES CONCEPTIONS RÉCENTES EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

A la fin de la Deuxième Guerre mondiale, de nombreux pays d'Europe qui avaient subi les dommages matériels et les souffrances de l'occupation ennemie abordèrent leur tâche de reconstruction avec la résolution d'améliorer leurs services publics et d'en créer de nouveaux. Cette résolution fut mise à exécution dans le domaine de la santé publique où une besogne urgente et considérable était évidemment à accomplir. Il fallait construire des immeubles, rétablir et aménager des voies de communication, mettre en service des adductions d'eau et des réseaux d'égouts. L'une des difficultés que l'on rencontra d'emblée dans cette œuvre immense de reconstruction fut de constituer un corps de fonctionnaires sanitaires, médecins, ingénieurs, infirmières et techniciens de l'assainissement, suffisamment préparés à entreprendre une telle tâche et aptes à fournir un travail d'équipe efficace. Chaque Etat créa fort opportunément, pour répondre à ses besoins immédiats, des cours de formation théoriques et pratiques. Quelques années plus tard, cependant, il devint évident que la formation devait être établie sur des bases plus durables dans le cadre des écoles et des instituts d'enseignement et qu'une instruction pratique devait être organisée sous la direction de maîtres spécialement choisis.

Il apparut clairement aussi que, si l'on voulait entreprendre la formation sur une vaste échelle, il fallait accorder au personnel sanitaire qui se serait ainsi qualifié un statut et une place officiellement reconnus et lui assurer, avec une rémunération convenable, les moyens d'accomplir une honorable carrière professionnelle. Les candidats de valeur ne se sentent guère attirés vers une profession à laquelle les pouvoirs publics et la population n'attribuent pas un minimum de privilèges. Ceci est particulièrement vrai des professions de médecin, d'ingénieur ou d'infirmière par exemple, pour lesquelles la qualification de base ne peut être obtenue qu'au prix de longues et difficiles études. L'on dit souvent, il est vrai, que la formation de base du médecin et de l'infirmière est de trop longue durée, qu'elle est encombrée de faits et alourdie par l'enseignement élémentaire de spécialités telles que la chirurgie ou la santé publique, que

l'étudiant apprendrait bien plus efficacement dans le cadre d'un enseignement post-universitaire.¹

Quoiqu'il en soit, de nombreuses autorités nationales ont estimé, après quelque sept ans d'effort de rétablissement, que le moment était venu de procéder à un nouvel examen des principes et des méthodes de l'enseignement en matière d'hygiène, de médecine préventive et de médecine sociale. Le Bureau régional OMS de l'Europe a été ainsi amené à organiser deux conférences sur cet enseignement. La première, qui a eu lieu en France, à Nancy, en décembre 1952, a traité de la formation universitaire (que nous examinerons dans la partie suivante de cette monographie). La seconde, tenue à Gøteborg (Suède) en juillet 1953, a été consacrée à la formation post-universitaire en hygiène et en santé publique. Il ne fut pas question, durant cette dernière conférence, de chercher à aboutir à une conception uniforme du sujet envisagé, ni d'établir des recommandations portant sur le détail des programmes d'enseignement. Le but de la conférence, à laquelle prirent part 22 professeurs d'hygiène et de santé publique ainsi que d'autres experts de divers pays d'Europe, fut d'analyser les caractéristiques évolutives de la pratique actuelle de la santé publique et leur influence sur l'enseignement. La troisième partie de cette monographie, tout en accordant à la conférence une part essentielle de son attention, a un objet plus large: celui de passer en revue l'enseignement post-universitaire et la pratique de la santé publique tels qu'ils sont mis en œuvre dans l'ensemble des pays de la communauté européenne.

Nous noterons, en guise d'introduction, quelques faits de portée générale, auxquels seront consacrés plus loin les développements nécessaires. Tout d'abord, une tendance se manifeste en faveur de l'utilisation d'un personnel sanitaire à plein temps, y compris de médecins, au moins dans les villes les plus importantes et les plus peuplées; ce même personnel exerce des fonctions d'inspection et de contrôle dans les circonscriptions géographiques plus étendues où la population est dispersée. Cette tendance résulte naturellement de l'amélioration des moyens de transport et aussi d'une interprétation plus large du rôle du fonctionnaire sanitaire et de son personnel.

Un nombre croissant d'emplois à plein temps ont été créés, notamment dans les pays scandinaves, qui ont été conduits en conséquence à envisager activement l'institution de cours plus complets de formation post-universitaire. L'on considérait, jusqu'à une date récente, que des cours d'une durée de trois mois en moyenne répondaient dans l'ensemble aux besoins, sauf en ce qui concerne quelques sujets exceptionnels. Ces cours peuvent encore suffire pour un personnel à temps partiel; mais pour les fonctionnaires à plein temps, il est généralement admis aujourd'hui qu'un cours post-universitaire d'une année entière est indispensable.

¹ Voir page 51.

Il convient, en second lieu, de déterminer le type d'autorité administrative auquel doit incomber le contrôle des services sanitaires. En Europe, l'on rencontre à cet égard des formules variées allant du contrôle direct de l'autorité centrale ou, comme en Italie, de fonctionnaires sanitaires divisionnaires appointés par l'Etat, à une décentralisation accordant aux autorités locales la responsabilité de nommer le personnel et d'assurer le fonctionnement des services. Sous l'angle de l'enseignement, il importe assez peu que les services soient ou non centralisés, à une exception près: l'organisation française, en effet, comporte un cours d'application destiné à un corps de fonctionnaires sanitaires recrutés au préalable par l'administration centrale. Cette tendance vers une formation organisée dans le cadre même d'un service pourrait bien se développer.

Un troisième point revêt une certaine importance pour la formation post-universitaire: la nature et l'étendue des attributions du fonctionnaire de la santé. Dans un pays, par exemple, le médecin de la santé exerce une activité clinique au bénéfice des indigents; dans un autre, c'est dans les hôpitaux pour maladies infectieuses qu'il joue ce rôle. Il existe encore des régions où le médecin de la santé est appelé à faire de la bactériologie, soit à titre personnel, soit même dans un laboratoire public d'analyses. Dans la plupart des cas cependant, la tendance est de comprendre dans ses attributions l'administration sanitaire, les problèmes de l'habitat, l'hygiène du milieu et les services sociaux. Le besoin naît ainsi — qui n'est sans doute pas encore pleinement compris — d'un enseignement post-universitaire orientant plus nettement le médecin de la santé vers une formation administrative et sociale.

Le médecin fonctionnaire de la santé

La formation en hygiène, médecine préventive et médecine sociale des étudiants non diplômés a suscité un grand intérêt et soulevé beaucoup de discussions au cours des années qui ont suivi la fin de la Deuxième Guerre mondiale; la formation post-universitaire en santé publique, par contre, n'a recueilli qu'une attention relativement distraite, sauf de la part d'institutions ou d'associations que la question touchait directement. Ceci est dû, en particulier, au fait qu'en de nombreux pays l'enseignement universitaire de la médecine préventive se fonde encore exclusivement sur la pratique de la santé publique. Ceci est dû aussi, mais cette raison ne vaut guère que pour le Royaume-Uni, à ce que le Gouvernement et le public ont accepté l'enseignement et la pratique de la santé publique comme éléments du Service national de Santé récemment institué. L'Inter-Departmental Committee on Medical Schools,² par exemple, qui établit

² Great Britain, Ministry of Health & Department of Health for Scotland, Inter-Departmental Committee on Medical Schools (1944) *Report* . . ., London

en 1944 un rapport sur la question, divise ce rapport en deux parties: la plus importante (161 pages) traite de l'enseignement universitaire de la médecine, la seconde (28 pages) de l'enseignement post-universitaire et de la recherche; trois paragraphes, dans cette seconde partie, sont consacrés à la santé publique. Le Comité garde une attitude de réserve à l'égard de cette branche de l'enseignement post-universitaire; il se limite à une ou deux observations générales, tendant à ce que la spécialisation en santé publique soit appréciée en fonction de critères comparables à ceux qui s'appliquent aux spécialités médicales et à la chirurgie, et à ce que la durée requise de formation et d'expérience post-universitaire soit approximativement la même dans l'un et l'autre cas.

Ces observations soulèvent maintes questions d'importance pour l'ensemble des pays d'Europe. L'expression « spécialiste » admet sans doute bien des acceptions différentes. Entendue dans un sens très large, que signifie-t-elle, sinon que l'intéressé possède les titres de base lui donnant droit à l'exercice de la profession et qu'il s'est acquis ensuite, tant par l'étude que par l'expérience, un rang indiscuté parmi ses confrères, dans sa branche professionnelle ?

La qualité de spécialiste est habituellement attestée par l'obtention d'un diplôme ou par le fait d'appartenir à un institut ou à une société savante. La question qu'il faut se poser, par conséquent, est de savoir si l'enseignement conduisant au diplôme de santé publique, ou son équivalent, peut être mis sur le même pied que celui qui mène à une qualification supérieure en chirurgie, en obstétrique ou en toute autre branche spécialisée de la médecine. Pour répondre à cette question, il convient d'envisager l'effet pratique de la qualification. En chirurgie, par exemple, que signifie pour le public une qualification supérieure ? Que celui qui la possède est personnellement apte à mener à bien les interventions majeures et qu'il a l'expérience théorique et pratique de sa profession. Des considérations analogues s'appliquent aux autres branches de la médecine et à des disciplines importantes telles que l'anesthésiologie et la radiologie.

Il en va différemment pour la santé publique — du moins dans la plupart des pays. Il est admis que le diplôme ouvre accès à une carrière de médecine préventive; mais la qualité de spécialiste ne peut être acquise qu'au prix d'une longue expérience dans l'exercice de la profession. En France, l'enseignement spécialement destiné aux fonctionnaires recrutés par l'administration sanitaire nationale confère virtuellement un titre de spécialité à un nombre limité de fonctionnaires à plein temps; mais une telle consécration accordée dans le cadre d'un service de santé publique n'existe nulle part ailleurs, sauf jusqu'à un certain point en Espagne. En tous cas ce système de sélection, quelle que soit sa valeur pour ceux qui en bénéficient, constitue une limitation artificielle de la spécialité. Le doctorat en santé publique dans certaines écoles des Etats-Unis et nombre de qualifications supérieures dans diverses universités d'Europe ne confèrent nulle-

ment par eux-mêmes la qualité de spécialiste. Il se pourrait bien, du fait du développement continu de la santé publique en tant que discipline professionnelle, que les titres acquis à la suite d'une expérience de cinq années au moins, jointe à d'importants travaux personnels, permettent d'accorder cette qualité: mais le principal objet de notre étude est de définir une qualification qui donne droit d'accès à la profession.

Dans le second paragraphe de la partie de son rapport qui traite de la spécialisation post-universitaire en santé publique, l'Inter-Departmental Committee on Medical Schools poursuit:

Les médecins qui entendent se consacrer à la santé publique devraient compléter leur expérience clinique soit en occupant des emplois de médecins-résidents dans des hôpitaux généraux ou des hôpitaux spécialisés, soit en se livrant un certain temps à la pratique de la médecine générale. Les études menant au diplôme post-universitaire doivent suivre un plan soigneusement établi; leur direction ne doit être confiée qu'à des institutions dotées d'un personnel et de moyens d'enseignement du niveau universitaire. L'examen pour l'attribution du diplôme devrait avoir lieu dans les universités qui assurent la formation. Les dernières étapes de la formation post-universitaire, celles où le médecin acquerra l'expérience nécessaire à ses fonctions futures, consisteront probablement en stages, qu'il effectuera comme membre du personnel, dans un service de santé publique de qualité reconnue.³

Cette dernière déclaration ne prête à aucune critique, si l'on a présent à l'esprit le fait que les avantages pécuniaires d'une carrière accomplie dans les services de santé publique ne justifient pas une période de formation exagérément prolongée, correspondant à une rémunération faible ou nulle. Les services de santé publique se prêtent, mieux que tous autres, à ce que l'on peut appeler des « stages d'application » (*in-service training*), pendant lesquels le candidat perçoit un traitement pour l'aide qu'il apporte tout en apprenant son métier de fonctionnaire sanitaire. C'est, en vérité, par le truchement de ces stages que peut le mieux s'acquérir le véritable sens du travail d'équipe.

Gardons-nous, en dépit de ce que nous venons de dire, d'accepter trop facilement l'idée d'une formation purement technique donnée contre rémunération — « apprenez en travaillant » — comme solution de remplacement d'une discipline d'enseignement. La véritable formation post-universitaire en santé publique est une discipline universitaire et tout travail accompli sur le plan pratique, avec ou sans rémunération, devrait l'être sous l'autorité et le contrôle stricts de l'institution responsable de l'enseignement.

Service à temps partiel et à plein temps

Dans de nombreux pays d'Europe, il est fréquent que des praticiens de médecine générale détiennent des emplois à temps partiel dans les services de santé publique. Dans maintes régions, les régions rurales notamment,

³ *Ibid.*, p. 219

c'est là le destin de beaucoup de médecins qui abordent l'exercice de leur profession sans avoir de titre spécial à devenir médecins de la santé. En tant que médecins de district, ils se verront imposer la responsabilité de l'hygiène du milieu, à laquelle ont été ajoutés ces dernières années certains aspects de la médecine préventive conçus sous l'angle de la santé individuelle. Il est clair, par conséquent, que les écoles de médecine ont leur rôle à jouer en s'assurant que leurs étudiants sont suffisamment instruits des aspects individuels et sociaux de la médecine préventive. Il ne convient nullement, toutefois, d'inculquer aux étudiants, pendant leur séjour à l'université, les détails techniques de la pratique de la santé publique. Sir George Newman ⁴ a bien précisé que l'étudiant en médecine ordinaire n'a pas à recevoir un enseignement comparable à celui qui est imposé pour la préparation du diplôme de santé publique. Il n'est pas un médecin de la santé « en réduction ». Cet avertissement a également été donné en Suède, par le regretté professeur G. Fischer. Lorsqu'un médecin doit assumer les fonctions de médecin de la santé à temps partiel — généralement dans des régions à population disséminée — sa formation peut être bien mieux assurée par des cours post-universitaires de durée relativement brève que par un enseignement universitaire plus développé.

Durant les dix dernières années, on a eu de plus en plus tendance à accroître l'étendue des circonscriptions sanitaires dans la plupart des pays et à nommer médecins de la santé des hommes qui possédaient un diplôme de technique sanitaire et se trouvaient astreints, par les termes mêmes de leur contrat, à renoncer à l'exercice de la clientèle privée. La partie III de cette étude aura surtout pour objet, par conséquent, la formation professionnelle des médecins de la santé à plein temps; mais nous nous référerons aussi, un peu plus tard, à l'organisation de cours de perfectionnement destinés aux médecins de la santé à temps partiel.

Nous avons envisagé, sous l'angle historique, l'évolution des services de santé publique au dix-neuvième siècle et au début du vingtième. Nous retiendrons ici une autre considération qui entre bien dans le cadre de cette introduction. Le médecin de la santé devait être, autrefois, plus un technicien qu'un administrateur. Sa tâche administrative était très limitée, car ses fonctions étaient surtout celles d'un conseiller, et le nombre des règlements à appliquer était très réduit. L'essentiel de son travail correspondait à des obligations qui, aujourd'hui, incombent presque entièrement au spécialiste. La bactériologie, par exemple, était une science simple il y a un demi-siècle et beaucoup de médecins de la santé étaient amenés à effectuer eux-mêmes le diagnostic de laboratoire de maladies infectieuses telles que la diphtérie et les fièvres typhoïdes. Il était en conséquence nécessaire, dans la préparation du diplôme, de faire une grande part à la bactériologie. La même

⁴ NEWMAN, G. (1918) *Some notes on medical education in England* (Mémoire adressé au Président du Board of Education), London, pp. 100-101

considération s'applique, quoique à un moindre degré, à la chimie dans ses rapports avec la santé publique. L'importance ainsi donnée au laboratoire dans la médecine préventive fut encore accrue par l'influence des grandes écoles allemandes qui étaient en plein épanouissement pendant le dernier quart du dix-neuvième siècle.

Au cours des deux dernières générations, la pratique de la santé publique a subi une profonde évolution. Si l'on considère le côté négatif de cette évolution, la bactériologie et la biochimie en élargissant leurs domaines sont passées entre les mains du spécialiste. Si l'on envisage ses aspects positifs, maintes fonctions se rapportant à la « santé personnelle » se sont ajoutées aux attributions du médecin de la santé, et avec elles bon nombre d'obligations administratives. De plus, dans beaucoup de pays, la médecine préventive a fait une place de plus en plus grande aux considérations sociales et aux problèmes du travail. Il appartient au médecin de la santé publique d'expliquer à la population le sens du changement intervenu dans nos conceptions. L'un des objets de cette étude est de déterminer la valeur de l'enseignement post-universitaire de la santé publique et de faire apparaître ses étroits rapports avec les fonctions que le médecin de la santé assume aujourd'hui. Il est de la plus haute importance que l'enseignement ne reste pas en deçà de la pratique, mais, au contraire, qu'il prévienne les besoins de la génération d'étudiants à venir et de la communauté qu'ils auront à servir.
