

Le médecin et le politique Vie et Société vues sous des angles différents

Physician and politics. Life and Society Viewed From Different Angles

Martin J^{1, 2}

Résumé

Cet article est écrit par le médecin cantonal du Canton suisse de Vaud (capitale : Lausanne). Selon la Constitution suisse, la santé reste largement du domaine de la compétence cantonale. En particulier, tout ce qui touche à l'organisation du système de santé (structures hospitalières, établissements médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes, soins à domicile, relations avec les professionnels libéraux notamment) est de la responsabilité des cantons, tout comme la délivrance des autorisations d'exercer pour les professionnels de santé et les procédures disciplinaires. Le médecin cantonal est le médecin-conseil du Gouvernement cantonal et des services de l'Administration. Récemment, les problèmes qui ont surgi et l'évolution de la pratique des soins l'ont amené à être très engagé notamment dans la lutte contre le VIH/sida, la toxicomanie et dans les questions bioéthiques.

Il assume un rôle de référence en matière médico-légale et médico-éthique et se préoccupe aussi de politique de prévention, de santé scolaire et de mesures sanitaires en cas de catastrophe.

L'auteur apporte une réflexion sur son expérience au carrefour de la médecine, des soins de santé, de l'action des pouvoirs publics et plus généralement du monde politique et de la société civile, donnant son appréciation sur la manière dont le médecin, d'une part, le politique, d'autre part, voient diversement les circonstances de la vie collective.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,2:145-151

Mots clés : médecin, politique, santé, Suisse, système de soins.

Summary

This article is written by the « Médecin cantonal » (Chief Medical Officer) of the Swiss Canton of Vaud (capital city, Lausanne). The Swiss Constitution mandates responsibility for most health-related issues to the Cantons. In particular, the Cantons are charged with organizing the health system (hospital infrastructure, nursing homes, home-health care, relationships with private practitioners). The Cantonal Ministry of Health also issues licenses to practice and initiates necessary disciplinary procedures.

The « Médecin cantonal » is the medical advisor of the health minister and of the government and administration in general. Due to recent problems and evolutions in health care, he has been called on to deal with HIV/AIDS, drug addiction, bioethics as well as other contemporary medical issues. He is a reference person for medico-legal matters and is involved in the promotion of health policies, school health, and preparatory measures in case of disaster.

The author discusses some of his experiences at this intersection between medicine, health care, the exercise of public authority, politics and civil society. He analyses how physicians and politicians have different perspectives on the circumstances of collective life.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,2:145-151

Key words: physician, politics, health, Switzerland, health care system

1 Médecin cantonal du canton de Vaud (Suisse), privat-docent (agrégé) à la Faculté de médecine de Lausanne, membre du conseil scientifique de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés française, membre du comité scientifique de la Revue Médicale de l'Assurance Maladie

2 Après des études et une période d'internat en Suisse, le Dr Jean Martin a travaillé huit ans outre-mer, au Pérou, en Inde avec l'Organisation mondiale de la santé, puis au Centre universitaire des sciences de la santé de Yaoundé (Cameroun) ; il a obtenu une maîtrise de santé publique aux États-Unis. De retour au pays, il a travaillé au ministère de la Santé du canton de Vaud où il est médecin cantonal (*voir encadré*) depuis 1986. [NdR].

Adresse pour correspondance : Dr Jean Martin, privat-docent, Médecin cantonal, Service de la santé publique, CH-1014 Lausanne (Suisse), e-mail : jean.martin@ssp.vd.ch

I. A PROPOS DE MON POINT D'OBSERVATION

C'est il y a une trentaine d'années que je me suis orienté vers la santé publique. Médecin diplômé en 1965, j'ai fonctionné comme interne hospitalier durant trois ans en Suisse. Quelle était alors la probabilité que je devienne un médecin de la collectivité ? Disait-on qu'il était intéressant, voire estimable et nécessaire, de se préoccuper de la santé du « public » au-delà de celle de chaque patient individuel ? Le fait que les patients existent dans un milieu qui apporte des clés pour la compréhension de leur affection et de son évolution était rarement discuté dans nos études. Mon souvenir toutefois est que j'étais déjà préoccupé par la dimension communautaire de la santé et que l'idée mûrissait que prendre soin de la santé, c'est plus que traiter ceux qui frappent à la porte du cabinet médical. Cette notion s'est affirmée lors d'une activité clinique de brousse au Pérou. J'y ai été frappé d'observer à quel point le milieu au sens large (physique, biologique et social) influence la santé des gens.

De retour en Suisse après huit ans outre-mer sur quatre continents, j'ai trouvé passionnant le métier de médecin cantonal (*voir encadré*), à l'intersection de la médecine, de la santé et de la société [3]. Un confrère précurseur a dit à cet égard : « Nous ignorons s'il restera quelque chose de nous, mais nos efforts ont toujours tendu à établir une liaison entre la médecine et la société » (Professeur G. Delay, directeur de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne de 1925 à 1937). Pour la description d'une expérience d'implication en santé publique dans un monde de dimension plus vaste que celui où nous œuvrons, avec la réalisation des buts, grandeurs et servitudes de la tâche, voir l'excellent *Quand la santé devient publique*, de Jean-François Girard [2].

Qu'on me permette de citer mon prédécesseur : « Le médecin cantonal doit être à la fois un scientifique capable de comprendre les besoins d'une faculté [et des établissements sanitaires], un praticien apte à saisir les problèmes concrets de la médecine extra-hospitalière, un épidémiologue averti, un routinier des problèmes d'assurance, un pédagogue émérite, un juge impartial sachant faire respecter le code de déontologie, un orateur à ses heures, un diplomate avisé, un politicien accompli... » [1]. L'intérêt de la fonction dépend bien sûr d'un certain nombre de conditions. Même s'il jouit, comme c'est mon cas, d'un large degré d'autonomie dans l'accomplissement de ses tâches, le médecin cantonal n'est pas un indépendant. Comme (co)responsable au sein du service (= ministère) cantonal de la Santé publique, il est en contact et doit collaborer quotidiennement avec les membres dudit service, avec d'autres instances cantonales,

fédérales ou communales, des organisations professionnelles et associations médico-sociales, avec la collectivité politique au sens large.

C'est dire que le titulaire du poste pourra assumer pleinement son rôle si :

- il admet que les pouvoirs publics, et l'administration sanitaire en particulier, ont des rôles d'importance à jouer ;
- il est capable de travailler efficacement avec des collègues et collaborateurs ;
- il apprécie et sait participer à des discussions (souvent, il les préside), au nom de l'autorité sanitaire, qui demandent des arbitrages alors que des intérêts contradictoires sont en présence ; le fait d'avoir le courage de ses opinions et d'être considéré comme disposant d'un jugement généralement équitable sont des caractéristiques utiles.

Collaborateur proche d'un magistrat élu¹, le médecin cantonal n'est pas à l'abri des changements d'orientations ou d'atmosphère qui peuvent découler des événements politiques ; pour ma part, je ne peux que relever mes bons rapports avec les quatre Conseillers d'État qui se sont succédé à la tête du Département cantonal chargé de la santé durant mon activité.

II. POLITIQUE : QUELLE SIGNIFICATION ?

J'ai donc été conseiller médical du ministre vaudois de la Santé durant un quart de siècle (d'abord comme adjoint puis comme médecin cantonal depuis 1986). S'il y a une part de hasard dans la carrière que l'on choisit, ce qui m'est arrivé est lié à un intérêt pour la chose publique (*res publica*), pour la vie de la cité (*polis*). Un de mes maîtres de Santé publique aux États-Unis disait que le propos de la politique est de décider « Qui reçoit quoi ». L'allocation de ressources publiques toujours comptées en est en effet le nœud.

Une autre question générale à laquelle la politique doit donner des réponses est « Combien de liberté ? Combien de solidarité ? ».

C'est tout l'enjeu des débats gauche-droite (pour employer une expression classique mais simplifiée) :

- dans nos pays, presque tous à l'évidence nous sommes attachés à maximiser les possibilités de choix et de libre détermination de chacun dans l'existence ; les évolutions récentes ont affirmé et promu l'autonomie de l'individu par rapport au

¹ Les membres – au nombre de cinq ou sept – des Gouvernements cantonaux sont en Suisse élus par le peuple individuellement, chacun pour soi. Après leur élection, ces personnalités, en général de tendances politiques diverses, se répartissent les ministères. Les gouvernements cantonaux sont appelés Conseils d'État et leurs membres Conseillers d'État (ministres). **N.B.** : En Suisse, le terme magistrat s'utilise aussi à propos d'un élu membre d'un exécutif cantonal ou fédéral.

Le médecin cantonal [3]

En Suisse, la santé reste constitutionnellement largement du domaine de compétence des cantons. Les prérogatives qui sont de niveau fédéral/national concernent les maladies infectieuses, les médicaments et dispositifs médicaux, les dispositifs d'assurances maladie, accident et invalidité de base (universelles) et quelques autres sujets.

Par contre, ce qui touche à l'organisation du système de santé (structure hospitalière, établissements médico-sociaux pour personnes âgées, soins à domicile, relations avec les professionnels libéraux notamment) est de la responsabilité des cantons et donc du ministre cantonal de la santé, assisté par des fonctionnaires dont le *médecin cantonal*.

La délivrance des autorisations de pratiquer des professionnels et les procédures disciplinaires sont aussi du ressort du ministère cantonal (Service de la santé publique). Jusqu'à récemment, la réglementation de la recherche médicale, de la procréation médicalement assistée, des transplantations d'organes était de responsabilité cantonale ; toutefois, pour des raisons compréhensibles d'uniformisation au niveau national, des législations fédérales ont été promulguées dans ces domaines.

Le *médecin cantonal* est le médecin-conseil du Gouvernement cantonal et des services de l'Administration. Au cours des vingt dernières années, les problèmes qui ont surgi et l'évolution de la pratique des soins l'ont amené à être très engagé s'agissant de prévention et de lutte vis-à-vis du VIH/sida, de toxicomanie (aux substances légales et illégales) et de questions bioéthiques.

Il assume un rôle de référence en matière médico-légale et médico-éthique et se préoccupe aussi de politique de prévention, de santé scolaire et de mesures sanitaires en cas de catastrophe.

Cette fonction, dans un ensemble politique beaucoup plus petit, peut se comparer à celle de Directeur général de la santé en France.

groupe et à l'entourage (notamment de la femme par rapport à l'homme ; de l'enfant dans une bonne mesure aussi) ;

– d'autre part, les pays d'Europe occidentale ont une tradition de solidarité au sein de la collectivité. On y admet qu'il incombe à l'État de mettre en place un filet social de base pour tous (y compris soins de santé), et de concrétiser une (certaine) solidarité. Cela fait clairement partie du patrimoine socio-politique français et (avec des modalités variables) suisse ;

– une telle attitude n'existe pas ou guère aux États-Unis, par exemple, où elle a été remplacée dans le passé par la charité (œuvres privées bénévoles) d'inspiration chrétienne ainsi que, dans une période de croissance rapide, par la notion que les « miettes qui tombent de la table du riche » profitent aux plus pauvres. On y construit des argumentations philosophico-économiques pour démontrer qu'il est logique de traiter le marché des soins de santé de la même manière que celui des denrées alimentaires ou du vêtement. Ceci en négligeant opportunément qu'on ne saurait se trouver obligé de faire face à des dépenses très élevées à cause de ses besoins en nourriture et en habillement, alors que c'est courant en matière de soins médicaux – pour une pertinente analyse, voir Reinhardt [6]. Cette attitude a pour conséquence que, en ce qui concerne la prestation de soins adéquats à l'ensemble d'une population, les États-Unis sont un contre-exemple majeur ;

– cependant, il ne faut pas croire que, en Suisse par exemple, nous serions immunisés vis-à-vis d'évolutions à plusieurs vitesses. Maintenir une détermi-

nation d'assurer à chacun, comme droit fondamental, l'accès aux soins de base qu'il nécessite, dans le respect de sa dignité personnelle, demande de la part des responsables publics et professionnels une attitude volontariste et un engagement renouvelé.

III. LA TENSION ENTRE MÉDICAL ET POLITIQUE – *SALUS AEGROTI SUPREMA LEX ET SALUS PUBLICA SUPREMA LEX*

Dans le colloque singulier qui caractérise l'activité médicale, on se réfère à l'adage *Salus aegroti suprema lex*.

Cette loi suprême, aussi bonne qu'elle soit, doit aujourd'hui être vue sous un éclairage qui a changé (ou sous plusieurs éclairages). Tout en restant fidèle au mandat confié par le malade, on est tenu de garder à l'esprit l'importance du bon usage (réfléchi, économe) des ressources de la communauté ; dans les circonstances actuelles en Suisse, plus des trois quarts des coûts de la maladie sont pris en charge par des mécanismes collectifs (caisses-maladie et soutiens directs des budgets publics).

Des professionnels aux convictions politiques « libertaires » (tendant à dire que l'action des pouvoirs publics est toujours indésirable voire néfaste) n'accepteront pas volontiers une telle responsabilité. On veut croire cependant que la majorité du corps médical la comprend et l'admet.

Pratiquement, cela implique :

– la conscience de ce que les moyens engagés dans le traitement des patients sont, à tout moment, une partie d'un ensemble fini et que leur emploi inadé-

quatement justifié est au détriment d'autres malades ;

– la disponibilité à participer aux débats de société, aussi objectivement que possible ;

– la volonté de contribuer à maintenir un système de santé où les soins sont distribués équitablement en fonction des besoins médico-sanitaires des personnes ;

– le refus d'une évolution où le profit deviendrait un déterminant majeur voire le premier déterminant de l'activité de prestataires de soins ; étant entendu qu'on a le droit de gagner raisonnablement sa vie, mais pas n'importe comment.

Il y a quelques années, à Bâle, j'ai découvert que l'inscription (venue du droit romain) *Salus publica suprema lex* trônait très en évidence dans la salle du Grand Conseil (Parlement cantonal). Il est important que soient juxtaposées les deux formules jumelles, l'une traitant du thérapeute devant son patient, l'autre des gouvernants par rapport au peuple. Dans la seconde, il faut voir un sens de *salus* qui est celui de salut (au pire, de survie), sur un mode moderne de bien-être : idéalement, la loi suprême des instances politiques est le bien-être et la prospérité de toute la collectivité ; ces termes apparaissent d'ailleurs dans plusieurs Constitutions.

Ainsi, le médecin comme le politique ont un objectif premier d'un registre semblable mais leur patient/client, ou en termes juridiques *leur mandant*, est une personne dans un cas, une communauté dans l'autre. S'agissant d'être réciproquement sensibles à cela, on peut postuler que le politique, parce qu'il est lui-même parfois patient ou qu'il a, proches de lui, des professionnels de la santé, comprend sans difficulté la vocation médicale vers l'individu ; par contre, je ne suis pas certain que le médecin comprenne toujours adéquatement ce qu'une perspective communautaire, recherchant ce qui est bon pour l'ensemble du groupe concerné, implique pour un élu.

IV. LE MÉDECIN ET LE POLITIQUE DEVANT CERTAINS FAITS DE LA VIE

A. Nous vivons dans un monde imparfait

Le médecin le sait par son écoute quotidienne des trajectoires et circonstances de ceux qui le consultent. Les secrets qui lui sont confiés illustrent que, par-delà les aspirations à une vie saine, régulière, morale, la réalité pratique diffère souvent.

Sauf exceptions (mauvais traitements de personne dépendante, mise en danger de la vie d'autrui)², il

² Cela vaut pour la Suisse ; nous savons que, en France, le secret médical a un caractère plus absolu (voir [5])

ne lui appartient pas de juger ni d'informer des tiers. Par ailleurs, s'agissant de la vie de la société et de sa vision de citoyen, le médecin a souvent des attentes que tout soit réalisé de manière impeccable ; il s'étonne volontiers des imperfections des responsables politiques ou administratifs et de leurs services, montrant même une certaine intolérance.

Tendanciellement, l'adage « le mieux est l'ennemi du bien » n'est pas de ceux auxquels le médecin se rallie volontiers. Il est souvent perfectionniste dans sa pratique (ce qui n'est guère critiquable), et peut estimer que le même perfectionnisme devrait se retrouver dans la vie publique, où il n'est pas certain à notre sens qu'il soit souhaitable – la dérive bureaucratique menace souvent. Dans le fonctionnement public comme plus généralement, garder à l'esprit la formule « Perfection s'épelle p-a-r-a-l-y-s-i-e ».

Le politique lui est confronté quotidiennement aux approximations de ses concitoyens et de leurs institutions. La politique est l'art du possible (ou l'art de rendre possible le nécessaire), les réalisations concrètes sont rarement exactement superposables aux grands plans idéaux initiaux.

B. On est toujours sous influence

Il ne s'agit pas ici (en tout cas pas forcément) de comprendre « sous influence » de manière péjorative. Le médecin, avec son objectif de meilleure santé du malade, est légitimement sous l'influence de ce dernier et de ses besoins. De plus, notamment à une époque où on voit dans les pays occidentaux des pressions en vue de promouvoir la concurrence dans le domaine sanitaire, le prestataire de soins peut être influencé par des demandes de son patient qui peuvent aller au-delà du nécessaire (et alors fournir des prestations qui ne sont pas indispensables, pour le garder). Le médecin est aussi motivé par le besoin qu'il a de gagner sa vie, ainsi que par le souhait de voir sa profession conserver un certain statut.

Le politique lui, par définition, est en rapport avec la population qui l'a démocratiquement élu, là où il se trouve, et s'efforce de la satisfaire. La conséquence la plus problématique en est la (quasi) fatalité d'être surtout soucieux du court terme (de la législature en cours) alors que, d'une manière générale comme en particulier pour l'avenir du système de santé, il serait essentiel d'œuvrer à long terme (gouverner, c'est prévoir).

C. Le besoin d'une perspective systémique

Au cours des dernières décennies, les médecins, plus particulièrement certaines disciplines (médecine générale, pédiatrie, psychiatrie, médecine du travail, médecine sociale et préventive) ont bien reconnu, après quelques précurseurs historiques, l'importance de l'étude et de l'appréciation du

milieu/contexte dans lequel vit le patient. Cela permet de prendre de meilleures mesures d'investigation et thérapeutiques. Par contre, sur un plan plus large, pris par leurs tâches immédiates, beaucoup de confrères n'ont guère conscience de la complexité du système dans lequel les élus fonctionnent : sensibilités régionales, socio-professionnelles et politiques à considérer, voire sauvegarder, demandes multiples qui entrent en compétition pour l'allocation des ressources publiques toujours limitées. A noter que la concurrence afin d'obtenir une part plus grande des moyens à disposition existe aussi, vivement, *au sein même* du secteur médico-sanitaire : allocations différenciées aux soins de premier recours par rapport aux prestations secondaires et tertiaires, régionalisation et professionnalisation plus ou moins poussées des services d'urgence, accent sur les soins à domicile ou en établissement médico-social, débats difficiles récents entre disciplines différentes en Suisse, à propos d'une nouvelle tarification des actes médicaux par exemple. Cela amène à parler du point suivant.

D. Liberté d'action

Les citoyens, et parmi eux les professionnels de santé, croient souvent que l'élu siégeant dans un exécutif (gouvernement) exerce très librement un pouvoir qui lui permet d'impulser des orientations majeures, de créer le changement, de son propre chef et en fonction de ses idées personnelles. De ce qu'on entend de la bouche de ceux qui assument de telles charges, rien n'est plus faux (ou peu s'en faut) ; cela apparaît dans les commentaires d'observateurs. Les pressions sur le décideur politique, notamment dans un ensemble aussi complexe et intriqué que la Suisse (mais cela vaut ailleurs), sont telles que l'objectif principal est de minimiser les insatisfactions (faire le possible) dans l'étroite marge de manœuvre que laissent les intérêts, revendications, plaintes, menaces des uns et des autres. Les gouvernants font un travail difficile et complexe (« mission impossible » quand il n'y a pas d'argent ou pas assez), souvent frustrant (les républiques sont ingrates – les patients sont reconnaissants bien plus souvent que les électeurs). Bien entendu, les élus ont souhaité remplir ces fonctions mais cela ne nous paraît pas une raison, pour les administrés, de refuser d'en reconnaître les contraintes.

S'agissant de liberté d'action, les médecins disent souvent leur tristesse de voir que la leur diminue avec les années, avec la montée du pouvoir des assurances et les pressions liées à la maîtrise des coûts. Il reste que, dans notre pays jusqu'ici, le praticien garde largement la possibilité de prescrire à son patient les mesures diagnostiques, thérapeutiques, de réhabilitation et de prévention qu'il estime judicieuses.

E. Distinguer l'important de l'urgent

Pour les médecins comme pour les politiques, la gestion de crise (*crisis management*) est partie intégrante du métier mais, sur ce point, il nous semble que les premiers sont dans une position bien plus satisfaisante que les seconds. En effet, en pratique de soins, il y a le plus souvent superposition entre ce qu'il est urgent de faire et ce qui est important : si quelque chose presse, c'est que cela a un impact notable sur l'objectif de sauver la vie du patient ou de rétablir optimalement sa santé et ses capacités de fonctionnement³

La situation est différente pour le politique. Un des aspects frustrants de l'activité du serviteur public [4] est de voir comment bien souvent on doit courir à l'urgent, qui pas rarement est objectivement futile, au détriment de l'important qu'on n'a pas le temps de faire adéquatement, voire qui est repoussé aux calendes grecques. Il est clair que l'influence qu'exercent aujourd'hui les médias ne fait rien pour diminuer cette prééminence de l'urgent (souvent, de la façade) sur le substantiel. Il suffit de prendre la presse de quelques jours ou semaines, en notant les sujets touchant à la santé, pour voir que ce qui fait les gros titres est fréquemment un cas particulier d'importance factuelle modeste, mis en exergue pour des raisons que l'on ne comprend pas toujours (sinon le fait de faire parler de soi ou parce que le scandale, la *malpratique* ou le sexe est suspecté). Même les grands enjeux à long terme tendent à être présentés de manière sensationnaliste.

F. Le secret, la confidentialité

Pour les professionnels de santé, ce thème est lié au secret professionnel, garanti en Suisse par l'article 321 du Code pénal [5] : un principe remontant à Hippocrate auquel les médecins, et sans doute la population, sont très attachés. A noter toutefois que, dans l'optique d'une activité de plus en plus interdisciplinaire et en équipe, il importe de gérer correctement les situations où il peut y avoir secret partagé. De plus, on réalise mieux aujourd'hui que dans le passé que le secret médical n'est pas opposable au patient, que ce dernier est « le maître et le bénéficiaire du secret médical »⁴.

³ Nous réalisons toutefois que cette constatation devrait être modulée dans certains cas :

- question très actuelle de la surcharge liée aux appels d'urgence lors de la garde médicale, ou dans les permanences des hôpitaux, pour des personnes qui pourraient être examinées sans problème de manière programmée ;
- quand les demandes pressantes d'assurances ou d'autres organismes pour des documents de nature administrative deviennent du harcèlement.

⁴ Cela vaut pour la Suisse où de plus, dans plusieurs situations, des lois fédérales et cantonales donnent la faculté au professionnel de parler sans avoir besoin d'être délié par son patient, voire lui font devoir de parler.

En politique, la pression est forte aujourd'hui, de diverses manières, pour une transparence de plus en plus grande dans les activités publiques, dans le fonctionnement des gouvernements et des administrations. Cela est légitime (des dispositions claires à ce sujet apparaissent dans un projet de nouvelle Constitution cantonale vaudoise qui sera prochainement soumis à ratification par le peuple). Il reste et cela devrait être compris sans grande difficulté que, dans un certain nombre de circonstances, on ne peut pas gouverner sans secret (Michel Rocard *dixit*).

G. L'usage du temps – Savoir donner du temps au temps

Faire bon usage du temps est une qualité essentielle. En pratique médicale, on craint le diagnostic tardif qui permet à une infection sérieuse de se développer plus longtemps sans être détectée ; d'autre part, il y a passablement de situations où, avant de mettre en œuvre des investigations multiples et sophistiquées, on peut donner un peu de temps au temps et observer l'évolution. Le temps est aussi un ingrédient fondamental de l'écoute du thérapeute.

En politique, dont on peut estimer en Suisse que souvent elle n'avance pas assez rapidement, donner du temps au temps ne doit pas être une façon de justifier l'inaction ou la pusillanimité. On se souhaite des gouvernants entreprenants et efficaces. Cela étant, c'est aussi une qualité du politique de savoir apprécier quand, précisément, il convient de ne pas se précipiter et quand l'observation attentive de l'évolution spontanée est la meilleure tactique.

H. Les ressources disponibles et les décisions concernant leur emploi

Jusqu'au milieu du XX^e siècle, l'activité du médecin se déroulait pour l'essentiel dans un rapport binaire (avec le patient et ses proches) et n'avait qu'un poids fort modeste dans l'économie et les orientations politiques. Le médecin pouvait alors ne pas se préoccuper de ce qui se passe en dehors de ses relations avec les malades. Les choses ont fondamentalement changé. L'activité médicale est une partie importante et croissante de l'activité économique, représentant 8-11 % du produit intérieur brut en Europe occidentale et 15 % aux États-Unis, avec des enjeux politiques de première importance. On sait par ailleurs comment des dimensions commerciales à but lucratif, dangereuses pour la qualité des soins, se développent (*for profit managed care*). Dans un tel cadre, le médecin ne saurait décréter que les enjeux sociétaux y relatifs ne le concernent pas.

Dans un contexte démocratique, une tâche de l'État est de contrôler l'usage fait des fonds qu'il utilise ou met à disposition d'autres (subventions). S'agissant du système de santé qu'il finance pour une part importante, il est ainsi normal et nécessaire que l'État exerce une supervision appropriée. L'intérêt du patient qu'il a en face de lui reste le premier impératif du praticien mais, au plan de la collectivité, les responsables politiques et administratifs doivent faire en sorte que les montants consacrés soient utilisés selon les besoins principaux, les priorités, dans la population en général. Même si cette dernière tâche n'est pas celle du médecin individuel, celui-ci doit être conscient du point de vue différent du décideur.

I. Besoins, désirs, moyens

La médecine comme la politique cherche à répondre à des besoins, objectifs ou subjectifs, manifestes ou latents, graves ou plus limités... (encore faut-il définir le terme besoin – la discussion à ce sujet occupe des congrès de philosophie, sociologie et science politique). Même dans un pays riche, il est vrai que certains besoins restent non satisfaits et il peut s'agir de situations manifestes. Ce que j'ai observé, c'est que passablement de professionnels de la santé ou du social ne comprennent pas, alors, qu'on puisse encore débattre de l'opportunité du financement de leur prise en charge. Ils partent de l'idée que, dans une société civilisée, la démonstration du besoin doit automatiquement, sans discussion ni délai, faire trouver les ressources nécessaires à y répondre.

La réalité est différente. On revient à la formule « Qui reçoit quoi » mentionnée plus haut : il n'y aura financement d'un besoin, même avéré, que si une décision politique dans ce sens est prise et si des moyens sont disponibles (d'où la grande difficulté de répondre à des problèmes nouveaux en situation de disette budgétaire, sauf s'ils suscitent une vive attention médiatique). C'est le débat de la *logique des moyens* (celle du politique) contre la *logique des besoins* (que les intervenants du secteur médico-social notamment souhaitent qu'on suive).

Ici, qu'on nous permette de citer cette définition entendue il y a quelques années : « Un besoin est un désir pour lequel on n'est plus d'accord de payer personnellement, de sa poche ». Formule piquante mais n'y a-t-il pas des évolutions dans ce sens ? ⁵

⁵ Une autre question, posée par l'éthicienne France Quéré qui s'est notamment intéressée à l'aide médicale à la procréation et aux multiples moyens développés dans ce cadre, est « Là où il y a désir, y a-t-il forcément légitimité du désir ? ». Même s'il ne s'agit pas de juger sans avoir étudié attentivement les situations particulières, la réponse est évidemment non : un désir ne doit pas automatiquement être admis, voire soutenu (et sa réalisation facilitée par les deniers publics), parce qu'il existe...

V. EN GUISE DE CONCLUSION

Ces réflexions ne donnent pas de recette qui permettrait au(x) médecin(s) d'être toujours pertinent(s) et adroit(s) dans ses (leurs) relations avec les pouvoirs publics, et d'obtenir des succès faciles qui en réalité n'existent guère en politique.

Personne n'a de baguette magique. Là comme ailleurs (qu'on se souvienne de phrases de Winston Churchill, Alexander Fleming et d'autres), la réussite dépend de 90 % de sueur, labeur, persévérance, parfois de larmes, et seulement pour une petite part de génie ou de chance.

La présente contribution donne une perception des regards différents (niveau, intensité, largeur ou au contraire étroitesse de l'horizon considéré) que posent sur la vie de la société et sur les problèmes particuliers qu'ils ont à gérer, les médecins d'une part, les politiques d'autre part ; ceci en fonction de notre expérience, en voulant croire humblement que cela peut être de quelque utilité aux confrères qui entendent s'impliquer dans le processus politique. Étant entendu qu'il est tout à fait nécessaire que des médecins le fassent, qu'il s'agisse de politique au sein de la profession/corporation ou de participation à la vie civique globalement.

Le médecin et l'élu exercent des métiers différents, cela ne fait pas l'ombre d'un doute. L'un et l'autre sont indispensables. Comme il existe de mauvais médecins, il peut y avoir de mauvais politiques. Mais cela ne saurait justifier les critiques acerbes voire le mépris que dispensent certains confrères, du haut de leur dignité de professionnels libéraux héritiers d'une longue tradition déontologique, à l'endroit des personnes engagées civiquement (les politiques ont à l'évidence une histoire aussi longue que la nôtre, depuis l'époque où l'art des deux groupes était tout à fait fruste).

La politique elle aussi est une activité hautement estimable ou du moins devrait l'être. Formule connue de Churchill encore : « La démocratie est le plus mauvais système, tous les autres mis à part ». Il est essentiel de faire fonctionner la démocratie. Si et quand elle fonctionne de manière insatisfaisante, au lieu d'en faire le thème de quolibets les citoyens devraient être très préoccupés de chercher les voies et moyens d'améliorer la situation, afin que l'action politique (aussi et spécialement au sens non partisan du terme) retrouve son crédit. Nous avons tous un intérêt éminent à ce que, *parmi les meilleurs d'entre nous*, un certain nombre se destinent à la médecine et certains autres se consacrent à la chose publique.

RÉFÉRENCES

1. Cevy M. *Médecine sociale et préventive et santé publique. Médecine & Hygiène* 1967;25:1293-7.
2. Girard JF (avec JM. Eymery). *Quand la santé devient publique. Paris : Hachette, 1998.*
3. Martin J. *Médecin cantonal – Pourquoi, comment, pour quoi ? In : Martin J. Pour la santé publique. Lausanne : Réalités sociales ; 1987. p. 231-8*
4. Martin J. *La pratique du service public - Quelques enseignements rassemblés au cours des années. Bulletin des médecins suisses* 2001,82:1981-3.
5. Martin J, Guilloid O. *Secret médical – Quelle attitude du praticien quand des instances ou personnes extérieures demandent des renseignements à propos d'un patient ? In : Martin J. Dialoguer pour soigner – les pratiques et les droits. Genève : Médecine & Hygiène ; 2001. p. 35-46.*
6. Reinhardt UE. *A social contract for XXIst century health care : Three-tier health care with bounty hunting. Health Economics* 1996;5:479-99.