

Adsp : une revue au service de la santé publique

Ségolène Chappellon fut la première secrétaire générale du Haut Comité de la santé publique. Elle a souhaité que la nouvelle vision de la santé publique, qui était l'essence du HCSP, soit portée par une revue. C'est elle qui en a jeté les bases et a créé Adsp.

Ségolène Chappellon

Inspectrice principale des affaires sociales, rédactrice en chef d'*adsp* de 1992 à 1994

L'histoire des premiers numéros d'*Actualité et dossier en santé publique* peut se raconter de deux façons : l'histoire d'une simple opportunité saisie par une petite équipe, ou l'histoire d'un vrai projet porté par une vision de la santé publique. En fait, elle tient autant des deux et c'est probablement à cela qu'elle a dû sa reconnaissance rapide et son succès.

Une opportunité à savoir saisir

Le Haut Comité de la santé publique, au moment de sa création, « héritait » d'une équipe et de ses moyens : l'équipe et les moyens de l'ancien Haut Comité d'études et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA) qui disparaissait avec la mise en place du HCSP. Or le HCEIA publiait tous les trimestres une revue. Les moyens pour créer une nouvelle revue étaient donc disponibles : financement, logistique et circuits pour la fabrication étaient déjà là, ainsi qu'un vrai savoir-faire au sein de l'équipe du secrétariat général de l'ex-HCEIA, devenue du jour au lendemain le secrétariat général du HCSP. Il suffisait de s'en saisir. Mais il fallait savoir le faire, ne pas laisser s'installer un « blanc » et porter un projet sans lequel l'exercice eût vite tourné court.

Revenons un instant sur le savoir-faire de l'équipe au sein de laquelle on comptait notamment une secrétaire de rédaction, une documentaliste et un ingénieur graphiste qui maîtrisait parfaitement la publication assistée par ordinateur (PAO) ce qui à l'époque n'était pas courant et constituait un plus considérable. Et l'ensemble de l'équipe a participé d'une façon ou d'une autre à la réalisation des premiers numéros.

Un projet pour accompagner la mise en place du Haut Comité de la santé publique

Il convient d'abord de se remettre dans l'époque. La santé publique était encore un concept assez obscur, porté par quelques professeurs d'université et quelques professionnels ou organismes militants (dont le réseau des ORS). Sans revenir sur l'enjeu de la création du Haut Comité de la santé publique, traité par ailleurs, il s'agissait pour le moins de porter une vision globale, pluridisciplinaire de la santé et non plus du soin. La revue du Haut Comité pouvait y contribuer.

Le projet a ainsi été rapidement défini :

- contribuer à faire connaître et comprendre la santé publique,
- à un public élargi de professionnels des champs du sanitaire et social,
- en lui donnant des repères, en lui présentant des états des lieux et en lui proposant quelques points de vue.

Il ne s'est donc à aucun moment agi de faire une revue scientifique, rassemblant des articles d'experts ou de chercheurs, validés par un comité de lecture. Cette revue existait déjà : *Santé publique*, revue de la Société française de santé publique. La complémentarité vis-à-vis de cette revue s'est d'ailleurs tout de suite affichée et concrétisée par la présentation réciproque des sommaires de nos revues. Il ne s'agissait pas plus de s'adresser directement au grand public en diffusant des dossiers porteurs de message de prévention, ce que faisait déjà la revue du Comité français d'éducation pour la santé.

Il s'agissait d'intéresser le plus grand nombre de professionnels qui, de plus ou moins près,

contribuaient (souvent sans le savoir) à la santé publique, et d'en faire comprendre le sens, les objectifs, les politiques et les moyens d'intervention. Il s'agissait de rendre la santé publique accessible. Pour cela il fallait une revue très structurée et facile à lire.

Une revue très structurée pour une lecture facile et accessible

D'où cette idée d'organiser la revue autour de rubriques régulières et d'un dossier. D'où son titre *Actualité et dossier en santé publique* (immédiatement trouvé et dont on peut souligner la pérennité).

Les rubriques étaient soit des articles qui ne devaient pas dépasser trois pages (Actualité, International, Europe, Statistiques – qui aurait gagné à s'appeler Épidémiologie), soit des fiches de présentation sur une page (Organisme, Formation, Recherche). La revue faisait bien entendu aussi une place à l'actualité du Haut Comité (ses avis, ses rapports, ses nominations,...) et, peut-être inutilement (?), à la liste des textes (lois, règlements et circulaires) parus, ainsi qu'à des notes bibliographiques (c'était avant Internet...).

Le projet pour les dossiers était en revanche ambitieux : faire un état des lieux complet sur un sujet, en étant le plus pédagogue possible, et donner la parole à quelques experts ou acteurs pour un point de vue. Aussi surprenant que cela puisse paraître, les premiers dossiers ont été rédigés par des membres de l'équipe du secrétariat général (et même deux d'entre eux par une stagiaire). Ce recours à des non-spécialistes était un pari risqué mais constituait également un atout pour une présentation très accessible. Mais cela supposait un travail considérable, pour le rédacteur, d'immersion dans le sujet pour en ressortir une présentation facilement compréhensible. Ce parti pris n'était pas tenable dans le temps.

Le travail de mise en page a été également essentiel, tout particulièrement pour les dossiers, pour en faciliter la lecture et il a beaucoup contribué à donner une identité à cette revue.

Les premiers dossiers ont retenu des thèmes assez institutionnels, mais ils reflétaient cependant aussi une certaine ouverture (ex. « L'Europe et la santé publique » dès le troisième) ainsi que la pluridisciplinarité, inhérente à la santé publique et qui avait présidé à la composition du Haut Comité (ex. « La santé en comptes » pour le numéro 6).

La liste des dossiers parus sur ces vingt années est impressionnante : diversité et complémentarité. Les thèmes retenus multi-

plient les approches : pathologies ou âge de la vie, dispositif ou politique, éthique et société... disciplines et outils de la santé publique. Ces dossiers témoignent de l'ampleur et de la pluridisciplinarité de la santé publique. Ils lui donnent sa vraie dimension. Ils constituent un fonds documentaire dense et précieux pour celle-ci.

Pour finir, je voudrais dire le plaisir et l'intérêt que j'ai trouvés dans cette aventure, la relative fierté que j'éprouve quand je relis les premiers numéros vingt ans après, et ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'avaient suivie dans ce projet, que ce soit l'équipe du HCSP, les personnes qui nous ont rejoints dans le comité de rédaction ou encore celles qui avaient accepté de nous rédiger les premiers articles ou tribunes quand la revue démarrait. Merci aussi à Jean-François Girard et à Guy Nicolas, qui à cette époque m'ont fait confiance. Merci à Patricia Siwek qui a si bien pris la relève et a su faire évoluer la revue tout en respectant largement le projet initial, et à qui revient entièrement sa densité et son succès dans le temps. ?

tribunes

Les trois âges de la santé publique en France

La question de la santé des populations s'est progressivement déplacée du champ médical vers le champ public, ouvrant la voie à une nouvelle discipline : la « santé publique ». Retour sur les trois âges qui ont forgé le champ en France.

Pr Jean-François Girard

Président du Pôle de recherche et d'enseignement supérieur Sorbonne Paris Cité, directeur général de la Santé de 1986 à 1997

Forte d'une imposante tradition historique prenant ses racines dans les mouvements hygiénistes, l'approche populationnelle ou « santé publique » a connu un renouveau ces dernières années sous l'impulsion de l'exigence des populations de voir prises en compte les grandes questions de santé sous un prisme nouveau et plus compréhensif des besoins des populations.

Les crises sanitaires ont joué un rôle moteur dans cette prise de conscience collective. L'exigence critique croissante dans la qualité de soins, l'émergence de débats bioéthiques et la crise du financement de la Sécurité sociale ont également joué un rôle notable qu'il convient de replacer.

La médiatisation de l'épidémie VIH/sida et l'« affaire » du sang contaminé, qui constitue d'une certaine manière son pendant, ont conduit à penser et organiser l'action de l'État dans le domaine médical et sanitaire. Le début des années 1990 a ainsi été marqué par une succession d'initiatives qui ont forgé le champ de la santé publique en France. Outre les nombreuses agences comme l'Agence française du sang, créée le 1^{er} juillet 1992, des institutions ont vu le jour dans ce climat à l'image du Haut Comité de la santé publique. Cette étape correspond au premier âge de la santé publique, sa « jeunesse »¹ (I).

L'appareil d'État ne s'est toutefois pas immédiatement doté d'outils juridiques spéci-

fiques permettant d'englober ces thématiques. L'*incrémentalisme* ambiant a conduit à créer certaines incohérences dans le système de soins comme dans le système de veille sanitaire – en cours de construction au début des années 1990. La loi de 2004² va chambouler ce paysage, sur fond de crise provoquée par la vague de chaleur de l'été 2003. Cette loi vient asseoir juridiquement des évolutions largement engagées et dote l'appareil d'État d'outils juridiques performants pour le suivi, la mise en œuvre et l'évaluation de l'action dans le domaine de la santé publique. Ce deuxième âge est celui de l'affirmation « virile » de la puissance du champ (II).

Les évolutions récentes invitent à penser ces structures juridiques et institutionnelles à l'aune d'une approche globale permettant d'intégrer d'autres disciplines au raisonnement. L'épidémiologie, science de prédilection de la santé publique jusqu'à la période récente, est progressivement complétée par d'autres disciplines (la sociologie, la science politique, l'économie, l'histoire). Ce syncrétisme grandissant ouvre des perspectives encourageantes pour la construction d'une « nouvelle santé publique », s'appuyant sur la transversalité et la sagesse (III).

De la médecine à la santé publique

L'hygiène publique, préoccupation centrale de la fin du XIX^e siècle, est le courant de pensée qui a forgé les bases de ce qui deviendra par la suite la « santé publique » en France. Si le

1. On se réfère ici au *Livre des Trois Âges*, un traité pour le roi Louis XI écrit par le médecin et astrologue Pierre Choinet. Ce poème rédigé vers 1482, vers la fin de la vie du roi Louis XI, retrace une existence de passion, de foi et d'engagement au travers de trois âges clefs de la vie : la jeunesse, la virilité et la vieillesse.

2. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>

préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 (toujours en vigueur aujourd'hui) affirme déjà que « *la nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleur, la protection de la santé, de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* », l'action de l'État reste néanmoins limitée à celle d'administrateur de la médecine, le contenu des soins et la hiérarchisation des priorités de santé restant dans le domaine du médecin – à l'exception de quelques actions spécifiques, notamment sur la tuberculose – jusqu'en dans les années 1990.

Les années 1980 en France ont été marquées par l'arrivée du sida et de violentes crises sanitaires remettant en cause la toute-puissance de la profession médicale et mettant en lumière la nécessité de l'intervention de l'État pour garantir la santé et le bien-être des populations.

En 1981-1982, les premiers cas de sida apparaissent dans le monde. Quarante-huit cas sont recensés en France pour l'année 1982. Cette épidémie, ainsi que la prise de conscience de la part des malades, va placer la santé des populations sur le devant de la scène publique. Cette médiatisation portée par les premières associations qui voient le jour (Aides est créée en 1984) est renforcée par l'« affaire » du sang contaminé³.

Mais ces éclats médiatiques ne sont pas le seul terreau du développement des nouvelles instances en train de se créer. La montée des préoccupations liées au financement du système de sécurité sociale et la prise de conscience des usagers participent également de ce mouvement général.

Dans cette période, la mise en évidence d'un problème conduit aussitôt à la création d'une nouvelle structure. L'arrivée du sida en France a largement participé de la création du Réseau national de santé publique. Les affaires du sang contaminé et de l'hormone de croissance conduisent à la création de l'Agence française du sang et de l'Agence du médicament, l'affaire de l'ESB « vache folle » a conduit à créer l'Agence française de la sécurité sanitaire des aliments.

Cette évolution a été accompagnée par la

création du Haut Comité de la santé publique (HCSP) – par un décret du 3 décembre 1991. Placé auprès du ministère de la Santé, cet organisme « *a pour mission générale d'apporter des éléments d'aide à la décision en vue d'améliorer la santé publique* ». Composé de 26 membres dont le ministre de la Santé – représenté par le directeur général de la santé qui est également le secrétaire du HCSP, ce comité constitue un lieu privilégié de discussion et de réflexion sur la santé publique en France.

Les années 1990 voient ainsi l'avènement de la médecine comme chose publique, *res publica*, au service de la cité et des populations. Si les médecins conservent une part importante dans la décision, ils sont toutefois obligés de composer avec d'autres corps de métiers au sein des agences et des institutions créées.

Le souci d'efficacité qui prévalait jusque-là laisse place à deux nouvelles préoccupations complémentaires de celle-ci : la qualité des soins et la sécurité sanitaire⁴. L'approche développée dans ce contexte va toutefois rapidement trouver ses limites.

L'affirmation de la nécessité d'une approche renouvelée en France pour comprendre les comportements des populations transparait d'ailleurs dès les premiers travaux du HCSP. Le rapport publié par l'instance sur *La santé en France en 1994* martèle déjà « *qu'il est nécessaire – et d'ailleurs inéluctable – que la France donne droit de cité à la santé publique, c'est-à-dire à l'approche collective, volontariste et pluridisciplinaire des problèmes de santé* »⁵.

La structuration et la définition des objectifs d'une politique de santé publique en France : l'âge de la maturité

Les constructions des années 1990 vont être complétées au début des années 2000 par des réalisations à l'ambition plus large.

À la fin des années 1990, les décideurs publics vont d'abord tenter de regrouper et restructurer la veille sanitaire en France. En 1998, une tentative de restructuration à froid est lancée ; elle sera complétée par la création du Comité national de sécurité sanitaire (CNSS), instance interministérielle chargée de coordonner la stratégie du gouvernement en matière de sécurité sanitaire, ainsi que par une réforme de l'administration centrale.

Cette réforme poursuit plusieurs objectifs : la séparation des fonctions de production et de gestion ; la réduction des conflits d'intérêts pour les experts ; l'indépendance de la veille

sanitaire vis-à-vis du monde économique ; et enfin la mise en place d'un système de veille pour surveiller l'état de santé des Français d'un point de vue global.

Trois catégories ont donc été créées : les établissements (Établissement français du sang, Établissement français des greffes), les agences (Afssaps, Afssa) et enfin les instituts, avec la transformation du RNSP en Institut de veille sanitaire (InVS).

Les constructions des années 1990, et en particulier certaines agences comme l'Agence du médicament ou l'Agence française du sang, vont inspirer les décideurs publics pour les nouvelles créations – à l'image de l'Afssaps s'inspirant largement de l'expérience de l'Agence du médicament.

La loi sur les droits des patients promulguée en 2002, dite « loi Kouchner »⁶, va officialiser la place des patients dans le système de soins ainsi que la responsabilité du médecin vis-à-vis de ces derniers. Si certains ont dénoncé la judiciarisation qui risque de découler de cette loi, la démocratisation qu'elle introduit et la place qu'elle laisse aux usagers en font une grande loi pour la défense des droits des populations à la santé.

Ces évolutions vont être consacrées et cristallisées dans la loi de 2004⁷ organisant la santé publique en France. Deuxième grande loi de santé publique depuis le début du xx^e siècle⁸, elle va doter la France d'une véritable politique de santé, au travers de 100 objectifs et de grands plans d'action pour des pathologies spécifiques comme le cancer (« Plan cancer »). La responsabilité de l'État et du Parlement dans la définition des priorités et des objectifs de la politique de santé est affirmée. Le dialogue est consacré et inscrit dans la loi, qui propose de refonder les conférences nationale et régionales de santé créées dans les années 1990. « *L'échelon régional est retenu comme le niveau territorial optimal pour fédérer l'action des multiples acteurs de la santé publique [...]* »⁹.

Cette territorialisation est désormais assurée par les agences régionales de santé (ARS), qui participent à l'organisation et à la gestion des soins et de la santé. Toutefois leur position est aujourd'hui contestée, notamment du fait des interférences et du manque de cohérence

3. Pour une réflexion sur le sens des mots employés pour qualifier le phénomène (« affaire », « scandale ») et sur le rôle que jouent ces termes dans l'organisation du débat, on peut consulter Dominique Marchetti, « La genèse médiatique du « scandale du sang contaminé » » in *Ethique, sida et société*. Rapport d'activité du Conseil national du sida, Paris, La Documentation française, p. 327-468, <http://lodel.ehess.fr/cse/docannexe.php?id=1078>

4. Tabuteau D. *La sécurité sanitaire*. Berger-Levrault, 1994.

5. [30], p. 173.

6. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

7. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>

8. Philippe Douste-Blazy, « La loi relative à la politique de santé publique », *Santé publique* n° 2004/4.

9. *Idem*.

entre la politique nationale et les orientations régionales.

Cette loi consacre également la création du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), qui reprend et élargit les compétences du Conseil supérieur d'hygiène publique (siégeant depuis 1848) et du Haut Comité de la santé publique.

Ce Haut Conseil, créé par la loi de 2004, contribue à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique et fournit aux pouvoirs publics des analyses susceptibles d'éclairer la gestion du risque sanitaire et l'organisation du système de soins. Plus largement, il participe à l'évaluation des politiques publiques en matière de santé.

Avec la loi de 2004, c'est donc une période nouvelle qui s'engage pour la santé publique en France, période qui signe l'engagement de l'État comme administrateur et décideur central, et qui organise l'offre de soins et la gestion des risques sanitaires en fonction d'objectifs pluriannuels.

Cette lecture nouvelle présente de nombreux avantages, en particulier celui de la cohérence de l'action de l'État. Mais elle laisse de nombreuses questions en suspens, à commencer par l'articulation entre le niveau national et le niveau local. Plus largement, elle s'appuie sur une lecture épidémiologique des problèmes de santé, vision qu'il faut compléter par d'autres approches disciplinaires.

Les perspectives pour l'avenir de la santé publique : vieillesse et renouvellement

La santé publique en France s'est aujourd'hui dotée d'objectifs, d'institutions et de vastes outils. Les différentes agences emploient plusieurs milliers d'agents qui travaillent à garantir la sécurité sanitaire et à améliorer l'état de santé des populations.

La prévention a été placée au cœur des préoccupations de santé publique – avec notamment la création de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes). Cependant si l'efficacité, la qualité et la sécurité ont été renforcées, l'ancrage de la discipline de la santé publique peut encore être amélioré.

L'évolution des méthodes épidémiologiques est parallèle à l'évolution des autres sciences tout au long de sa jeune histoire. Discipline émergente au XIX^e, elle se focalisait sur l'étude des causes infectieuses, s'inspirant largement de la démographie et de la sociologie^{10, 11}.

Dans les années 1950, cette discipline s'est

progressivement complexifiée et diversifiée, passant de l'étude des phénomènes populationnels à l'étude de cas individuels et de groupes témoins. Des schémas d'études ont vu le jour, accompagnant l'évolution des systèmes médicaux et le souci d'efficacité de ces derniers.

Aujourd'hui l'épidémiologie ne permet plus de comprendre à elle seule l'état de santé des populations. Elle permet de dégager des conclusions sur l'état de santé, les déterminants de la santé, les inégalités de santé (territoriales, etc.), ce qui constitue un indéniable progrès pour la connaissance médicale. Mais elle s'articule difficilement avec la nécessité de penser la santé comme un phénomène global.

C'est le grand risque pour la santé publique en France dans les années à venir : sa fermeture disciplinaire. Seule une ouverture aux disciplines comme la sociologie, l'économie ou l'histoire permettra d'offrir une vision globale de l'état de santé des populations.

Seule une approche globale permettra de saisir et de répondre à un phénomène par essence global car il touche à chaque aspect de la vie de l'individu, chaque instant. La santé prénatale préfigure la santé du nourrisson qui, à son tour, préfigure la santé de l'adolescent, etc. « *Le monde entier est un théâtre, – Et tous, hommes et femmes, n'en sont que les acteurs. – Chacun y joue successivement les différents rôles – D'un drame en sept âges* »¹². Les correspondances entre les phénomènes sont donc par essence multiples et la prévalence de l'épidémiologie envers les autres disciplines ne peut, de fait, que s'accroître.

Conclusion

La santé publique en France a connu de grands développements depuis la décennie 1990. Progressivement, un véritable système de santé publique s'est mis en place dans notre pays, un système où l'État est décideur et s'appuie sur des autorités établies, plus ou moins indépendantes, pour construire des réponses « cohérentes » à des situations de tension ou de risque, tandis que la société s'organise pour participer au débat.

La gestion du risque est progressivement mieux acceptée au sein de la société, mais l'information donnée aux populations reste toutefois insuffisante. La médiatisation des problèmes de santé conduit à une lecture qui ne permet pas de dégager véritablement la

responsabilité de chacun, décideurs politiques, médecins et personnels administratifs.

« [...] le clinicien, [...], fait souvent de la santé publique comme M. Jourdain faisait de la prose : lorsqu'il raisonne sur l'opportunité de tel ou tel choix thérapeutique pour un patient, il peut se servir des connaissances qu'il a sur l'efficacité de ces choix en fonction des conditions de vie pour retenir des choix différents en tenant compte des informations qu'il a par exemple sur la catégorie socioprofessionnelle du patient. [...] »¹³.

En comparant le clinicien à M. Jourdain, Yannick Morreau nous rappelle l'aspect « expérimental » du champ de la santé publique. Cet aspect expérimental, s'il est parfois vecteur de blocages, offre toutefois une capacité d'action large et variée. Le projet actuel de création d'un hôpital universitaire de santé publique à l'Hôtel Dieu en témoigne bien : en matière de santé publique, beaucoup reste à construire et à inventer.

« *Inventer c'est penser à côté* », disait Albert Einstein. Il faut bien avouer qu'en la matière, la santé publique dispose d'une marge confortable. 

10. Pearce, N. *Traditional Epidemiology, Modern Epidemiology, and Public Health*, 1996, p.678-683.

11. À ce titre, l'ouvrage fondateur d'Emile Durkheim sur *Le suicide* s'éloigne assez peu d'une étude épidémiologique

en termes de méthodes – l'originalité de ses conclusions le plaçant dans un autre champ.

12. William Shakespeare, *Comme il vous plaira*, II, 7, 1623.

13. Création d'un hôpital universitaire de santé publique à l'Hôtel Dieu, Rapport du groupe de travail réflexion prospective du Conseil d'État présidé par M^{me} Yannick Morreau, juin 2012.

Santé publique et droits des usagers : le tournant du VIH

L'apparition de l'épidémie de sida a radicalement modifié l'approche des politiques de santé publique. Témoignage de Claude Évin, alors ministre de la Santé.

Plus qu'aucune maladie, le sida a marqué la fin du ^{xx}e siècle, en France et dans le monde. Encore aujourd'hui, malgré les formidables progrès thérapeutiques que nous avons connus, cette menace continue de s'étendre singulièrement sur les pays les plus pauvres, surtout en Afrique. Plus qu'aucune maladie, le sida a connu un retentissement social et politique de grande ampleur. Ses modes de transmission et les différentes populations exposées ont révélé les risques d'exclusion des malades et mis au jour de nouvelles attentes sociopolitiques à l'égard de la santé publique. C'est sans doute la raison pour laquelle de nombreux acteurs de l'époque ont pu voir dans cette épidémie le moteur d'une « révolution de la santé publique »¹. Cela a donc été une expérience majeure que d'être ministre en charge de la Santé entre 1988 et 1991, comme je l'ai été, aux heures où l'ensemble du paradigme de la politique de lutte contre cette épidémie devait être stabilisé, et où ses grands principes achevaient de se cristalliser pour fonder une nouvelle approche de la santé publique et permettre d'agir efficacement contre une menace toujours plus pressante.

Une « révolution copernicienne » de la santé publique ?

La prophylaxie des risques infectieux épidémiques fait partie des missions de l'État. Traditionnellement, elle autorise le recours à des mesures contraignantes qui peuvent

limiter, voire suspendre, l'exercice de certaines libertés [66, 68]. L'arbitrage ainsi fait au nom du bien commun dessine une action publique de lutte contre les épidémies qui est classiquement définie comme coercitive, au sens où les droits des individus seront alors le plus souvent restreints au nom de l'intérêt général de lutte contre l'infection, avec le recours à diverses mesures comme l'obligation de dépistage, l'obligation de traitement ou de vaccination, etc.

À l'inverse, en France et dans le monde, la réponse de l'État à l'épidémie de VIH/sida dès le début des années 1980 a été définie comme « libérale »². Marquant en effet une rupture par rapport aux modes d'action antérieurs face aux maladies infectieuses, le « *nouveau paradigme* »³ de l'action publique de lutte contre l'épidémie a même constitué, pour Jonathan Mann, qui en fut le pionnier, « *une révolution copernicienne* » en santé publique⁴, par l'attention inédite qui a été portée aux droits et à l'autonomie des personnes. Deux raisons principales à cela : le refus de recourir

2. M. Pollak, *Les homosexuels et le sida, Sociologie d'une épidémie*, Paris : Métailié, 1988, p. 138 ; voir aussi M. Steffen, *Les États face au sida en Europe*, Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 2001, p. 32 ; ou encore J. Moreau, D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, Mémentos, 1990 - ce manuel définit le régime juridique de la lutte contre le VIH en France comme étant « libéral », p. 120.

3. M. Heard, *Un nouveau paradigme en santé publique : droits individuels et VIH/sida, 25 ans d'action publique en France*, Thèse pour l'obtention du doctorat de science politique, sous la direction de Bernard Manin, Paris, Sciences-Po, 2007.

4. J. Mann, *Santé publique et droits de l'homme*, Paris : Espace éthique AP-HP, 1997, p. 18.

Claude Évin
Directeur général de l'ARS
Île-de-France,
ministre de la Santé de 1988 à 1991

1. G. Brückner, « Avant-Propos », in InVS, *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance 1996-2005*, Saint-Maurice : InVS, 2007

à des mesures de contrainte, comme l'obligation de dépistage ou même, jusqu'au début des années 2000, l'obligation de déclaration pour la séropositivité; et, en miroir, le rôle prééminent accordé à la responsabilisation individuelle, à l'information et à la prévention.

En effet, dans les dernières années de la décennie 1980, l'originalité du traitement politique du VIH/sida s'est notamment jouée autour d'un enjeu clé : celui qui concernait le rôle et la teneur de la communication publique de prévention.

Le rôle de la communication de prévention

C'est la communication publique qui constitue l'outil des politiques de prévention face au VIH. De longue date utilisée par les politiques publiques de lutte contre les maladies infectieuses, en particulier la syphilis ou la tuberculose, l'information publique sur la maladie, ses modes de transmission et les moyens de s'en protéger a, dans le cas de l'action publique face au VIH, la particularité d'être au cœur du dispositif de prévention. Pour ne citer qu'un exemple, l'année 1988 voit un quasi-doublement des dépenses d'information sur le sida qui passent à 20 millions de francs, donnant par exemple lieu à l'envoi massif de 24 millions de feuillets sur les modes de contamination joints à toutes les quittances de téléphone. Les acteurs de la communication publique sont le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et l'Agence française de lutte contre le sida, qui en est spécifiquement chargée de sa création en 1989 à sa dissolution en 1994, ces deux instances travaillant avec la Direction générale de la santé, le cabinet du ministre, et les associations.

Dès la fin des années 1980, la communication publique, avec pour objectif l'information et la modification éclairée des comportements individuels, est donc placée au cœur de la politique publique de lutte contre l'épidémie, dont l'objectif principal est que les individus modifient de façon *volontaire* leurs comportements.

L'usage de la communication publique est par ailleurs soumis à l'exigence de prévenir le risque de stigmatisation auquel sont potentiellement exposés les groupes à risque et les malades. On parle à l'époque de « peur de la peur » : la peur, de la part des autorités, que la peur suscitée dans la population par cette maladie n'engendre des situations graves de rejet, de violence et d'intolérance. Nous étions donc dans une situation de double

contrainte : il fallait alerter, mais sans alarmer, faire peur, mais sans paniquer. Le document cadre qui spécifiait en 1989 les orientations de la communication publique à la création de l'AFLS en atteste :

« [Le sida] place les pouvoirs publics face à un problème très délicat : comment faire passer le message préventif sans provoquer la dramatisation excessive qui alimenterait des réactions répressives médicalement injustifiées ? »⁵.

De fait, j'étais persuadé dès 1988, appuyé en cela par le rapport sur le sida que j'avais commandé au professeur Got, que « la sérénité du débat sur le sida et la qualité de l'information donnée sur ce sujet [conditionneraient] l'efficacité et l'équilibre des réponses de notre société »⁶. C'est pourquoi dans le plan d'action que j'ai élaboré en 1988, deux axes d'action publique sont distingués : d'une part une information sans fard sur les modes de transmission du VIH et la promotion du préservatif; d'autre part la promotion de la tolérance et la lutte contre la stigmatisation des personnes à risque et des malades. L'objectif de la communication publique est donc double : modifier les comportements d'une part, par l'information sur la maladie et les moyens de s'en protéger; modifier les représentations à l'égard des malades d'autre part, par l'appel à la solidarité. Il faut se souvenir que, à l'époque, parler sans fausse pudeur du préservatif et des modes de transmission du VIH n'est pas aisé après Michèle Barzach. J'ai dû conduire sur ce point une difficile transformation des mentalités. D'autre part, il faut mesurer le tournant majeur qu'il y avait à l'époque dans le fait de considérer qu'il fallait lutter contre la stigmatisation des malades et des groupes à risque, non seulement par respect pour eux, mais aussi et peut-être surtout parce que leur vulnérabilité psychosociale serait dangereuse pour tous en favorisant de leur part des comportements irresponsables⁷. Le refus de séparer les malades des non-malades et la conviction que la lutte contre l'épidémie passerait par la mobilisation de tous se sont ainsi imposés, avant le tournant des années 1990, comme des principes fondamentaux de la politique de lutte contre le VIH.

Ce sont ces nouvelles manières de voir qui

ont sans doute favorisé l'émergence des principes qui fondent aujourd'hui notre politique de santé et en font l'héritière de la lutte contre le sida. Je veux parler notamment des droits des usagers et des notions d'empowerment et d'autonomie, de respect de la personne et d'éducation thérapeutique, de démocratie sanitaire et de sécurité sanitaire, autant de notions qui se sont installées au cœur de notre culture de santé publique à la faveur de cette épidémie. On peut faire valoir cette influence dans des réglementations extérieures au dispositif de prévention mais dont l'adoption a été guidée par des considérations relatives au VIH, comme par exemple la loi contre la discrimination pour motif de santé de 1990, mais aussi et surtout dans la loi de 2002 relative aux droits des usagers du système de santé⁸. Enfin, s'il est à ce jour admis que la reconnaissance des droits de l'usager a eu partie liée avec le mouvement de promotion des droits des personnes séropositives, c'est aussi en référence à l'émergence d'un discours d'expertise de la maladie au sein des associations de lutte contre le VIH⁹, réalité qui structure aujourd'hui nos pratiques en santé publique. ?

8. « La loi 'Droits des malades et qualité du système de santé', dite loi Kouchner, la sécurité sanitaire, les nouvelles formes d'organisation des soins doivent beaucoup à l'épidémie de sida », in F. Bourdillon, A. Sobel, « L'épidémie de sida : le temps des transformations », *Sève*, 2006, 13, 53-67, p. 58.

9. Plusieurs évolutions liées au VIH sont ainsi identifiées comme des sources potentielles de la reconnaissance des droits des usagers, voir l'introduction de D. Tabuteau, D. Martien, « Les droits des personnes malades », in F. Bourdillon, G. Brückner, D. Tabuteau (dir.), *Traité de santé publique*, Paris : Flammarion, 2004, p. 3-12; voir aussi C. Evin, *Les droits des usagers du système de santé*, Paris : Berger-Levrault, 2002.

5. CFES, Département études et stratégies, *Propositions de stratégies de communication pour 1989*, 17 janvier 1989.

6. C. Evin, Préface, in C. Got, *Rapport sur le sida*, Paris, Flammarion, 1988.

7. Voir M. Heard, « Vulnérabilité en santé : du concept à l'action, l'exemple du VIH », in J.-C. Ameisen, G. Brückner, D. Defert, M. Heard, *Les défis actuels de la santé publique*, Paris, PUF, 2011.

La première Conférence nationale de santé de 1996

Joël Ménard fut chargé de l'organisation et de la présidence de la première Conférence nationale de santé en 1996. Témoignage...

Les « ordonnances Juppé » de 1995 – qui ont créé la Conférence nationale de santé – avaient d'abord suscité un enthousiasme lié au volontarisme du discours d'introduction prononcé face à des députés acquis majoritairement à la cause. Cette réforme fut suivie d'un rejet profond par la majorité de la population face à l'autoritarisme apparent de son implantation. Ces réactions hostiles, exprimées en masse dans la rue, étaient encore très présentes dans tous les esprits quand il fallut, conformément aux ordonnances, organiser la première Conférence nationale de santé, au cours de la deuxième moitié de l'année 1996.

Qu'un débat existe au Parlement sur la santé, qu'un vote soit suscité pour définir un Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) est en 1996 apparu comme une avancée aux yeux de beaucoup, dont les miens. Les informations qu'il avait été prévu de donner aux parlementaires incluaient les conclusions d'une rencontre annuelle de plusieurs jours entre les différents « acteurs » de la santé. Elles devaient être remises au ministre, avant le projet de loi et le vote des parlementaires. L'idée, disait-on, était élyséenne. Elle visait à transposer au monde de la santé un processus de débat public qui avait été appliqué antérieurement au monde agricole que connaissait bien le président Chirac. La composition des quelque 80 membres de cette « Conférence nationale de santé » avait sans doute été soigneusement pesée. Encore fallait-il, à l'occasion de la première, trouver un président, pour que l'orchestre, à sa première prestation, ne soit pas sans chef.

En juillet 1996, le professeur Philippe Thibault, conseiller du ministre de la Santé, Jacques Barrot, me téléphona, n'hésitant pas à me faire croire que « le » ministre avait pensé à moi pour présider cette première conférence ! J'avais toutes les raisons de refuser, ce que je fis. Un mois plus tard, j'ai cédé à une troisième ou quatrième demande de Philippe Thibault, appuyée par le directeur général de la Santé de l'époque, le professeur Girard. Mes deux collègues et amis de longue date étaient en difficulté s'ils ne trouvaient pas une solution rapide à l'initiation du processus de préparation de l'Ondam. Le mois d'août était arrivé, et la mise en œuvre de la réforme Juppé devait impérativement naître avec le vote de la loi de Finances de 1997, avant la fin de l'année 1996. Le temps les pressait..., sans que je puisse percevoir, en acceptant, si l'on m'appelait pour mon indépendance d'esprit ou pour ma docilité.

À partir du 6 août 1996, j'ai de manière monomaniaque, comme pour le plan Alzheimer plus tard, organisé pendant deux mois ma vie professionnelle autour de la préparation de cette première Conférence nationale de santé. Les références citées dans le rapport qui en est issu ont toutes été soigneusement lues. J'ai surtout eu la chance de rencontrer René Demeulemester, médecin inspecteur de santé publique de la Direction générale de la santé, et d'être guidé par lui. Par sa réflexion, par son sens de l'organisation, il avait eu l'habileté de faire peu à peu s'approprier par sa hiérarchie et par ses collègues un objectif organisationnel nouveau en santé publique : les conférences régionales de santé et la Conférence nationale. Ce fut un grand

Pr Joël Ménard

Faculté de médecine Paris-Descartes,
président de la première
Conférence nationale de santé en 1996

La Conférence nationale de santé

Créée par un décret du 16 août 1996, conformément aux ordonnances portant sur la réforme du système de protection sociale, la Conférence nationale de santé réunira tous les ans des représentants de professionnels, institutions et établissements de santé et des représentants des conférences régionales de santé. La mission qui lui est confiée est de présenter dans un rapport qu'elle remet au gouvernement son analyse des données relatives à la situation sanitaire de la population et à l'évolution de ses besoins de santé. La Conférence nationale propose des priorités pour une politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins compte tenu de l'évolution des techniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques.

La première Conférence nationale de santé s'est déroulée les 2, 3 et 4 septembre 1996.

Elle regroupait 72 personnalités : 18 représentants des professions de santé exerçant à titre libéral, 18 représentants de l'hospitalisation publique et privée, 1 représentant de chacune des 26 conférences régionales de santé et 10 personnalités qualifiées désignées par le gouvernement. Les membres ont été nommés par un arrêté daté du 27 avril 1996 ; ils ont donc disposé de fort peu de temps pour préparer cette première conférence. Le Pr Joël Ménard, ancien président du conseil scientifique

de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem)¹, a été désigné par le gouvernement pour présider les travaux de cette première conférence.

Les 10 priorités de la CNS de 2006 :

- Donner les moyens à la promotion de la santé et à son évaluation,
- Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales,
- Coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux assurer la continuité de la maternité à l'adolescence,
- Prévenir les suicides,
- Renforcer les actions et les programmes de prévention éducation visant à éviter les dépendances chez l'adolescent,
- Garantir pour tous l'accès à des soins de qualité,
- Maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix,
- Obtenir plus d'informations sur les morts accidentelles (hors accidents de la route et du travail),
- Décloisonner le système de lutte contre le cancer,
- Réduire l'incidence des accidents iatrogènes évitables, médicamenteux et non médicamenteux.

1. Devenue la Haute Autorité de santé.

plaisir et un enrichissement intellectuel pour moi de travailler avec lui. Au cours de cette préparation, les rapports antérieurs du Haut Comité de la santé publique ont été particulièrement importants à lire. Par ailleurs, j'étais familiarisé à l'approche développée par Lopez et Murray, à l'Organisation mondiale de la santé, sur le *Global Burden of Diseases*. Outre cette tentative de classification du poids des maladies, je connaissais assez bien l'approche par objectifs développée aux États-Unis et à l'Organisation mondiale de la santé. René Demeulemeester avait, lui, à sa disposition des informations canadiennes et suédoises.

La Conférence nationale de santé devait se réunir trois jours, du 2 au 4 septembre 1996, et avait pour missions de proposer des priorités pour une politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins. Quand les membres de la Conférence nationale de santé ont réellement commencé à être productifs, le matin du deuxième jour de la rencontre, les thèmes choisis pour les séparer en quatre sous-groupes de travail avaient été soigneusement pesés et étaient directement en lien avec le rapport de 1994 du Haut Comité de la santé publique. Les renseignements collectés en régions avaient été préalablement analysés par la Direction

générale de la santé, et intégrés dans le contenu scientifique du rapport sur l'état de santé des Français dont la mise à jour rigoureuse et créative par Pierre Ducimetière (vice-président du HCSP de 1995 à 1998) et ses collègues fut particulièrement précieuse.

Je n'ai demandé l'aide que d'une seule personnalité qualifiée supplémentaire : Jean-Pierre Changeux. Je ne le connaissais pas personnellement mais j'admirais son œuvre scientifique, littéraire et artistique. Je trouvais que la science et la recherche étaient dramatiquement insuffisamment présentes dans la conférence, et ma réflexion préparatoire m'avait poussé à rechercher des repères éthiques pour une réunion où les orientations proposées concerneraient tous les Français. Jean-Pierre Changeux, président du Comité consultatif national d'éthique, pouvait donc répondre à ces besoins. Je suis heureux que les conférences nationales ultérieures, avec la participation des philosophes Anne Fagot-Largeault et Alain Etchegoyen, aient maintenu ce temps nécessaire de recueillement. Je relus aussi Rawls¹ et son principe d'utilité dans une réflexion sur l'équité entre les citoyens. Je fus aussi reçu par Xavier Emmanuelli, afin de

veiller à ce que la générosité qui guidait son action ministérielle, comme elle avait guidé sa vie, puisse être relayée par la Conférence nationale de santé.

Deux souvenirs des ministres. M. Barrot écrivait quelque chose à ma droite pendant que parlaient les conférenciers du premier après-midi de la rencontre, dans la bibliothèque du Val-de-Grâce. Après avoir prononcé son discours inaugural, il était vraiment décontracté, et me fit passer un mot : « *Il faut absolument que vous pensiez à l'alcool* ». Le secrétaire d'État à la Santé, M. Gaymard, qui fit un discours très structuré, ne parvint pourtant pas à dissimuler l'émotion due à l'importance qu'il donnait à son intervention. Je n'ai plus de souvenir précis de ce qui fut dit dans toutes les interventions ministérielles et institutionnelles, mais je suis quasiment certain d'y avoir entendu ces rengaines qui m'irritent toujours autant maintenant, ne serait-ce que par leur persistance et leurs *a priori*. « *Il n'y a pas de politique de santé publique en France* », disait l'un. « *Il y a X millions de francs de dépenses de soins totalement injustifiées* », affirmait l'autre. « *En France, il y a des soins, mais il n'y a pas de prévention* ». Le classement excellent de la France par l'OMS en 2000, quand elle eut comparé les systèmes

1. Auteur de la *Théorie de la justice* en 1971.

de soins, me fut d'un grand réconfort, et j'espère que ce classement, même discutable, persistera.

Je me rappelle aussi avoir bien préparé ce que je voulais dire pour introduire cette conférence, face à ces 80 personnes enfermées ensemble pour deux jours et demi, sans contacts préalables. Il me semblait majeur d'amener en même temps une vision scientifique, une approche solidaire de la santé, et un effort de tous pour les générations futures.

Du lobbying à une collaboration fructueuse

Les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral, ceux des institutions et établissements de santé publics et privés, et quelques personnalités qualifiées se mirent très vite aux premiers rangs. Les 26 représentants des régions se retrouvèrent donc dans le fond de la salle. Comme moi de l'estrade, ils ont pu alors assister à une très longue joute oratoire entre les représentants d'intérêts professionnels divers, motivés, informés, entraînés à débattre « entre soi », et venus manifester pour en découdre. La conférence allait-elle être un nouveau terrain d'affrontements des syndicats et des professionnels sur l'organisation des soins ? Tout ce qui se disait reproduisait les déclarations parues depuis six mois dans la presse. L'auto-allumage se produisant, les inimitiés émergeaient entre syndicats, entre professions, entre personnes. On se retrouvait entre soi, et l'on proposait même de mettre en discussion... les difficultés des médecins libéraux ou hospitaliers en matière de retraite ! Je sentais monter un énervement croissant de certains membres de la conférence, qui s'agitaient sur leur siège, s'apprêtaient à lever la main pour parler, mais se voyaient privés de parole avant même d'avoir pu se manifester, tant prédominait, dans ce début de réunion, l'art de la prise de parole en public.

Profitant de ma position de modérateur, je fis alors préférentiellement appel à ceux qui n'avaient pas encore parlé, mais que je sentais bien être au bord de l'explosion. En peu de temps, nous nous sommes recentrés. L'assurance et les dons d'orateur de Mathieu Méreau (représentant de la conférence régionale du Nord), puis les interventions de Jean-François Collin (CRS de la Lorraine), de tous les autres représentants des conférences régionales de santé, et celles de quelques personnalités qualifiées, dont le professeur Bonnet de Paillerets, exprimèrent un ras-le-bol des revendications catégorielles. Les uns

après les autres, ils rappelèrent que les soins ne sont qu'une partie de la santé, que la mise en œuvre des actions de protection ou de restauration de la santé doit être diversifiée en fonction de besoins analysés régionalement, bref, tout ce que je crois l'on est en droit d'attendre d'un tel exercice. La pugnacité et la foi des uns et la fatigue des autres aidant, plus personne ne remit en question le plan de travail proposé, qui avait été structuré autour de quatre objectifs inspirés par le Haut Comité de la santé publique : 1) *Réduire la mortalité prématurée évitable* 2) *Réduire les incapacités évitables* 3) *Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades* 4) *Réduire les inégalités de santé*.

Toutes ces personnes venues d'horizons différents et de cultures si diverses, lorsqu'elles se sont retrouvées le lendemain dans une salle, avec un de ces quatre objectifs précis, ont réellement réussi à s'écouter et à se parler. Elles ont accepté un cadre de travail. Avec la présence discrète de quelques personnes venues de la Direction générale de la santé, il a été possible de travailler en profondeur, de confronter des points de vue théoriques et pratiques. Les quatre groupes de travail ont écrit, en un jour et demi, des comptes rendus de leurs discussions, riches, cohérents, qu'il a été ensuite relativement aisé de transformer, tous ensemble, en *dix priorités d'égale importance*. Je suis persuadé que la distinction entre santé et soins et la prise en compte de la santé tout au long de la vie ont été mieux comprises par ceux qui portaient pourtant de vues différentes sur ces questions, ou ne les connaissaient pas. De même, la mise en œuvre locale (régionale, départementale, communale) des actions de promotion de la santé a été mieux acceptée, encore qu'il faille toujours se méfier de recommandations qui entraînent des transferts de responsabilités sans avoir la certitude qu'elles s'accompagneront de transferts de financements.

Le caractère événementiel de cette Conférence nationale de santé lui a donné une grande visibilité pour symboliquement aider à faire prendre des décisions utiles pour tous, quoique contraires aux intérêts de certains groupes de pression. Ainsi a été écrite la demande pressante de sur-taxation des « prémix », boissons alcoolisées dangereuses utilisées par les jeunes comme inducteur d'une alcoolisation aiguë. En 1997, l'interdiction de toute publicité en faveur de la bière dans les stades de la Coupe du monde de football de 1998 fut demandée par la deuxième conférence. Elle fut obtenue grâce aux efforts de

Bernard Kouchner, en dépit du trou « *inacceptable* » dans le budget de la Coupe du monde mis en avant par beaucoup.

Tout en laissant le plus possible s'exprimer les uns et les autres lors de la discussion publique du contenu du futur rapport, j'ai défendu pied à pied la consigne formelle de non-pérennité de la CNS que m'avaient donnée le cabinet du ministre et l'administration. Comme aujourd'hui, je déplore l'empilement des structures aux contours flous, qui créent les rivalités institutionnelles. Les membres de la conférence en ont décidé autrement par une motion votée à l'unanimité. Un bureau permanent fut donc élu, les syndicalistes professionnels avaient besoin de clore le travail par une élection, sorte de dessert. J'avais l'impression d'avoir fait correctement le travail technique et c'est peut-être pour cette raison que je fus retenu comme président de ce bureau, malgré mes réticences sur le choix fait. Je savais qu'écrire un rapport ne sert à rien, s'il n'est pas mis en application. Il fallait donc s'accrocher et se retrouver dans ce « bureau » élu, dont je n'ai gardé que de bons souvenirs sur la diversité et le dévouement de ses membres et sur le travail fait avec l'appui de Véronique Mallet, qui assurait le secrétariat général de la CNS au sein de la Direction générale de la santé pour préparer la deuxième conférence, à Lille, en 1997 et l'arrivée du professeur Bonnet de Paillerets à la tête des conférences suivantes.

La question des relations entre l'environnement et la santé me fut posée pour la première fois par Emmanuelle Mengual, directrice de l'École nationale de santé publique, six mois plus tard, lors d'une réunion des Drass sur les résultats des conférences nationales et régionales de santé. L'oubli de l'environnement fut total, tout comme fut oublié, avant la vague de chaleur de 2003, l'influence des changements climatiques sur la santé, en particulier celle des personnes âgées. La pollution de l'air, l'amiante, la propreté des eaux, les risques infectieux émergents (autres que les risques iatrogéniques qui avaient été retenus en priorité par la Conférence), le climat : rien. Cette priorité oubliée par la première Conférence nationale de santé illustre les conditionnements que nous subissons en fonction de nos activités socio-professionnelles et l'étroitesse de nos visions, orientées par le champ de nos activités personnelles. Qu'il s'agisse de peurs sociales ou de faits, les risques environnementaux n'avaient pas

été discutés par 80 professionnels de santé réunis pendant trois jours ! Bien peu avaient été discutés les risques liés au travail. La réflexion environnementale fut donc absente de la Conférence nationale de santé française de 1996, alors que la pollution de la mer du Nord attirait l'attention sur la détérioration de l'environnement et son influence potentielle sur la santé depuis déjà un quart de siècle. C'est l'un de mes regrets.

Il me semble aujourd'hui que ces conférences nationales de santé de 1996 et 1997, précédées des conférences régionales de santé, ont été les premières tentatives pour faire s'exprimer ensemble les professionnels sur la politique de santé, mais les citoyens n'étaient pas présents au titre de malades actuels ou potentiels, et la presse ne fut informée qu'à distance de l'évènement. Les États généraux de la santé, organisés par Bernard Kouchner en 1998, ont ultérieurement préparé la loi sur les droits des malades de 2002. Le débat est

aujourd'hui élargi, et le thème d'éthique qui avait été la réflexion de Jean-Pierre Changeux, la maîtrise de l'information, est encore plus au centre de la connaissance, du progrès, et, dans une certaine mesure, de la désinformation par excès d'informations.

Dans l'empilement des structures qui a proliféré de 1998 à 2012, je ne sais plus très bien si la Conférence nationale de santé est ou non un participant de poids dans l'imbroglio administratif qu'est devenue l'organisation de la santé publique en France, comme l'analyse le rapport du député Bur. Ce dont je suis sûr, c'est que la rencontre annuelle placée dans le cadre d'une loi de financement ne correspond pas au rythme souhaitable des politiques de santé publique, qui se construisent, se réalisent et s'évaluent sur une échelle décennale, comme permet de le comprendre l'analyse *a posteriori* des dix choix faits par la Conférence nationale de santé de 1996, et les méthodes d'action

sélectionnées. Je suis aussi persuadé que la définition régionale des priorités de santé est un élément à la fois indispensable et insuffisant de la politique de santé. C'est au niveau de cette Conférence nationale que, sur la base des réflexions régionales, pourrait émerger chaque année des thèmes portés pendant plusieurs années par plusieurs régions de France. Il en naîtrait aussi une ou deux propositions de plan national pluriannuel, de préférence traitant des déterminants de la santé, et choisies par le Parlement dans un débat de santé publique, clairement séparé du débat sur les comptes sociaux. Il serait mis en œuvre, suivi et évalué, par une gestion de projet similaire à celle du plan Alzheimer de 2008-2012, de préférence menée en interministériel, pour bien couvrir toutes les composantes biologiques, environnementales, comportementales et organisationnelles des grands thèmes de santé publique. ?

Le rôle de la démocratie sanitaire et de la Conférence nationale de santé dans l'évolution des politiques de santé

Instance consultative permanente placée auprès du ministre de la Santé, la CNS, organe de la démocratie sanitaire, publie également chaque année un rapport sur les droits des usagers.

La France fait partie des pays les mieux dotés tant en termes d'état de santé des populations (espérance de vie) que de qualité du système de santé. C'est un acquis de taille qu'il s'agit de préserver malgré les divers facteurs de fragilisation à l'œuvre. Des changements importants en matière d'approche sont à opérer, la démocratie sanitaire a un rôle à jouer dans la définition et l'accompagnement de ces changements au profit de l'ensemble des usagers de la santé.

Au cours des vingt dernières années, des avancées majeures en matière de politique de santé ont été réalisées.

On assiste à une prise de conscience croissante de l'importance toute relative du système de soins au regard de la santé des populations et donc une prise en compte augmentée des déterminants de santé. Beaucoup de chemin reste à parcourir, mais la tendance est là.

On voit se développer une culture de la qualité au sein du système de santé.

On voit émerger, dès 1996, la prise en compte de l'utilisateur comme acteur du système de santé avec la reconnaissance de ses droits et, notamment, celui d'intervenir dans les choix qui le concernent.

Une démarche volontariste de planification en santé s'est également fortement développée avec l'émergence d'une politique de santé basée sur des priorités de santé : la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique identifie 100 objectifs de santé publique et des plans nationaux de santé publique.

Il faut noter aussi une inflexion vers la régionalisation des politiques de santé avec le développement des plans régionaux de

santé publique après la loi de 2004 et, bien sûr, une étape considérable avec la mise en place des agences régionales de santé et leur rôle d'animation de la politique régionale de santé autour des plans régionaux de santé.

Pour autant, ces avancées en matière de politique de santé ne profitent pas à tous de la même façon : les inégalités sociales et territoriales de santé s'aggravent, le taux de décès prématurés évitables avant 60 ans reste, en France, un des plus élevés des pays développés.

En matière de gouvernance, la multiplicité des objectifs poursuivis (les 100 priorités de santé publique, les 35 plans nationaux...), la diversité des décideurs (la gouvernance bicéphale État – Assurance maladie, les directions au sein du ministère, les nombreuses agences...) nuisent à la lisibilité et à l'efficacité de la politique de santé.

Par ailleurs, l'observation en santé ainsi que le principe d'un pilotage fondé sur le suivi d'indicateurs et l'évaluation de l'impact de la politique menée sont encore largement à développer pour éviter que le système ne semble évoluer que par à-coups, en réponse aux situations de crise (H1N1, Mediator, pour ne citer que les plus récentes...).

Dans son avis du 22 mars 2007 sur « les voies d'amélioration du système de santé français »¹, et dans ceux qui l'ont suivi, notamment celui du 16 décembre 2011 sur « les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé »², la Conférence nationale

1. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_22mars.pdf

2. <http://www.sante.gouv.fr/avis-du-16-12-11-portant-sur-les-elements-de-reflexion-pour-une-politique-nationale-de-sante-2011-2025.html>

Bernadette Devictor
Présidente de la Conférence nationale de santé

de santé a identifié comme enjeux essentiels auxquels doit faire face la politique de santé :

- développer l'approche globale de la santé, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la prévention ;
- conforter la solidarité du système de santé ;
- centrer l'organisation des soins sur les soins de premier recours ;
- rénover l'organisation de l'offre en santé pour réduire durablement, et sans risque de stigmatisation des plus fragiles, les inégalités d'accès sociales ou géographiques pour éviter les pertes de chance ;
- adapter l'offre de prises en charge et d'accompagnement à la situation des personnes, en particulier celles en perte d'autonomie ;
- soutenir la formation, l'évaluation et la recherche, comme éléments moteurs du changement.

Après avoir mis en évidence ces différents enjeux, la CNS concluait en recommandant de se donner les moyens de la réussite en soulignant la nécessité de :

- définir une méthode de mise en œuvre des politiques tirant parti des comparaisons internationales, valorisant les investissements et s'appuyant sur la mobilisation des acteurs ;
- réformer la gouvernance nationale des politiques de santé notamment en développant une réflexion transversale, inter-directions au sein du ministère.

La CNS a déjà 15 ans d'existence

M. Ménard décrit avec talent comment, en 1996, les ordonnances Juppé ont institué la Conférence nationale de santé et son rôle de proposition d'orientations pour le projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

En 2004, la loi de santé publique change la donne et fait de la Conférence nationale de santé une instance consultative permanente placée auprès du ministre de la Santé. Sa composition est renouvelée ; elle est composée de six collèges : les malades et les usagers, les professionnels et établissements de santé, l'Assurance maladie régime obligatoire et complémentaire, les collectivités territoriales, les conférences régionales de santé, les organismes de recherche, des personnalités qualifiées, des représentants des employeurs et des salariés sur proposition du Conseil économique et social.

Cette nouvelle CNS est installée seulement en octobre 2006, par Xavier Bertrand, du fait du délai de parution du décret d'application. Le bureau de la conférence élit à la présidence Christian Saout, représentant

d'Aides, président du Ciss. Au-delà de ses qualités personnelles, c'est une reconnaissance de la place des usagers et de leur rôle dans l'évolution du système de santé.

Le premier avis de cette mandature, en mars 2007³, porte sur les voies d'amélioration du système de santé ; avis fondateur qui formule les principes d'une politique de santé et insiste plus particulièrement sur la place à accorder à la prévention et la nécessité de rénover la gouvernance. D'autres avis suivront, jalonnant la mandature, notamment celui sur la mobilisation des acteurs de la prévention résultant d'une auto-saisine.

Au-delà de son rôle consultatif, la CNS a pour mission de publier annuellement un rapport sur les droits des usagers, sur la base notamment des rapports publiés par les conférences régionales de santé. Le dispositif se met en place progressivement ; la CNS publie trois rapports⁴, dont le troisième est consacré aux refus de soins.

Autres temps forts, les débats publics que la CNS a mission d'organiser⁵ ; ils porteront successivement sur les droits des usagers, l'égal accès aux soins de premier recours et l'utilisation des données de santé.

La loi HPST de juillet 2009 mobilise la CNS⁶, qui sera amenée à donner des avis notamment sur les projets de décrets concernant la démocratie sanitaire⁷ (CRSA). Le décret du 9 mai 2011⁸ tire les conséquences de la loi HPST et, considérant que la CNS dispose d'une mission couvrant l'ensemble du champ de la santé, comme celui des ARS, modifie sa composition et son fonctionnement. Désormais, elle est composée de huit collèges tenant compte de son nouveau champ d'intervention : les collectivités territoriales ; les usagers ; les conférences régionales de la santé et de l'autonomie ; les partenaires sociaux ; les acteurs de la cohésion et de la protection sociales ; les acteurs de la prévention ; les offreurs des services de santé ;

les organismes de recherche et personnalités qualifiées.

La nouvelle conférence est installée le 21 juin 2011 ; réunie en plénière, elle procède à l'élection pour la présidence. J'ai l'honneur d'être la première femme à présider cette instance, au titre de la présidence d'une conférence régionale (Rhône-Alpes) et, par ailleurs, représentante des usagers (Ciss Rhône-Alpes).

De mon point de vue, les objectifs de cette mandature sont clairs ; promouvoir une approche globale de la santé ; renforcer l'influence de la démocratie sanitaire d'abord par une meilleure articulation entre les niveaux régional et national et entre les instances consultatives nationales⁹, ensuite en l'inscrivant davantage dans les missions de suivi et évaluation de la politique de santé ; poursuivre la promotion des droits des usagers et l'évaluation de leur mise en œuvre.

Dès son installation, la nouvelle CNS a été saisie par la DGS d'un avis sur le document qu'elle a réalisé présentant *Les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025*¹⁰. Les 120 membres de la conférence, venant tant du monde sanitaire que médico-social, ont dû faire émerger un consensus autour de recommandations pour la politique de santé des quinze prochaines années¹¹. Temps fort, qui a permis de mettre en lumière combien l'approche globale de la santé nécessite une évolution culturelle ; nous manquons de mots adéquats tant notre vocabulaire de la santé est fortement connoté « soins ».

La CNS s'est autosaisie de la problématique de la *précocité du dépistage, du diagnostic et de l'accompagnement des handicaps chez l'enfant*¹². Dans son avis de juin 2012, la Conférence nationale de santé demande aux pouvoirs publics, dans l'intérêt des enfants et de leur qualité de vie future, de garantir la mise en place d'un dispositif cohérent d'écoute des familles et d'accompagnement des enfants, dans un délai maximum de trois mois après la première demande ou orientation. Cet objectif, autour duquel s'articulent 6 axes de

3. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_22mars.pdf

4. <http://www.sante.gouv.fr/rapports-sur-le-respect-des-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante-2006-2010.html>

5. <http://www.sante.gouv.fr/les-debats-publics-2006-2010,2157.html>

6. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pj_numero_16.pdf

7. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avis_du_12-01-10_portant_sur_les_decrets_relatifs_a_la_conference_regionale_de_la_sante_et_de_l_autonomie_au_conseil_de_surveillance_de_l_agence_regionale_de_sante_a_la_conference_de_territoire.pdf

8. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?jssessionid=966019003D6DD179996496E6275C8F0F:tpdjo17v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006196295&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110512

9. Il est à noter que si en région, avec l'instauration des ARS et des CRSA, une réflexion sur la coordination des instances consultatives a été retenue, il n'en a pas été de même au niveau national.

10. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSP_V85-250411.pdf

11. <http://www.sante.gouv.fr/avis-du-16-12-11-portant-sur-les-elements-de-reflexion-pour-une-politique-nationale-de-sante-2011-2025.html>

12. <http://www.sante.gouv.fr/avis-du-21-juin-2012-sur-le-depistage-le-diagnostic-et-l-accompagnement-precoces-des-handicaps-chez-l-enfant.html>

recommandations, doit aussi s'appuyer sur des améliorations de gouvernance.

En avril 2012, la CNS a été amenée à se prononcer sur *la méthode de la nouvelle génération de plans de santé publique* illustrée par le projet de plan psychiatrie et santé mentale¹³. Compte tenu de l'enjeu que représentent la psychiatrie et la santé mentale, le CNS a décidé de s'autosaisir également sur le plan lui-même et non seulement sur sa méthode. Concernant cette dernière, la CNS a regretté que les recommandations formulées par la DGS dans son guide sur la nouvelle génération de plans de santé publique n'aient pas été mieux appliquées. En effet, elle souligne l'intérêt de fonder la démarche sur des valeurs, des principes, des orientations partagés, de laisser de grandes marges de manœuvre pour les acteurs en région, mais il lui paraît nécessaire que le cadre national d'intervention soit défini, que les feuilles de route de l'Assurance maladie et des directions ministérielles soient connues avant de demander aux régions de s'approprier ce plan.

En ce qui concerne *les droits des usagers*¹⁴, la CNS a choisi de mettre en lumière la nécessité d'avoir une approche convergente de ces droits, que l'utilisateur soit en environnement médico-social, sanitaire, ambulatoire ou à domicile. Le cadre législatif est complexe, fondé sur un ensemble de textes de référence (les lois de janvier et mars 2002, la loi de 2005 sur le handicap, la loi de juillet 2011...) ; il ne faut pas s'étonner du fait que ni les usagers ni les professionnels ne connaissent correctement ces droits et encore moins du fait que les usagers ont du mal à les exercer.

En avril 2012, la CNS publiait une contribution au débat électoral intitulée : *Conduire le changement vers un système de santé rénové et encore plus solidaire*¹⁵ dans laquelle elle a souhaité insister sur « l'élément central qui fait défaut depuis plusieurs décennies, celui d'une vraie stratégie de conduite du changement. Pour cette raison, la démocratie sanitaire ne doit plus seulement être considérée comme une démarche d'appoint essentiellement consultative, dont les avis sont ou non pris en compte en fonction de la bonne volonté de quelques responsables nationaux ou régionaux.

« La démocratie sanitaire doit maintenant être promue dans sa dimension collective, constructive, élément central de toute conduite du changement que l'évolution du système de santé, son suivi et son évaluation rendent indispensable. Il s'agit aujourd'hui de refonder la légitimité démocratique des choix qui sont opérés dans l'organisation du système de santé. La démocratie sanitaire repose sur la reconnaissance, le respect des différents acteurs et de leur légitimité et la transparence de son processus. Elle nécessite des études d'impact et des moyens adaptés pour permettre la confrontation des points de vue entre population, offreurs et financeurs. Du débat entre ces différents acteurs doivent sortir non seulement des propositions mais une démarche collective pour porter et accompagner les changements nécessaires ».

La contribution de *la démocratie sanitaire* à la conduite du changement est sans aucun doute un enjeu majeur tant pour elle-même que pour les responsables de la politique de santé. ?

13. <http://www.sante.gouv.fr/avis-du-05-04-12-portant-sur-la-methode-de-la-nouvelle-generation-de-plans-de-sante-publique-et-et-sur-le-projet-de-plan-psychiatrie-et-sante-mentale-version-du-10-01-12.html>

14. <http://www.sante.gouv.fr/rapports-sur-les-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante-2011-2013.html>

15. <http://www.sante.gouv.fr/contribution-dans-le-cadre-des-elections-presidentielle-et-legislatives-2012.html>

Le Haut Conseil de la santé publique : une expertise de qualité au service d'une politique pertinente

Roger Salamon, président du HCSP, rappelle ici le rôle que tient le Haut Conseil de la santé publique dans le paysage institutionnel de la santé publique. Il souligne les spécificités du HCSP, ses forces et ses atouts qui en font une instance d'expertise scientifique pluridisciplinaire au service des décideurs.

Roger Salamon
Président du Haut Conseil de la santé publique

Dans le champ de la santé publique, peu de décisions sont anodines. La gravité et l'importance des problèmes qui se posent, les lourdes responsabilités qui pèsent sur les décideurs, le rôle des associations de représentation des malades et des usagers, les contraintes d'ordre économiques, la pression croissante induite par les médias, en font un secteur sensible où les décisions ne peuvent être prises sans l'assurance de bénéficier d'un éclairage et d'une expertise scientifique (globale),

À partir des années 1990, le ministère de la Santé s'est recentré sur des missions stratégiques : définir une politique nationale de santé publique et s'assurer de sa mise en œuvre en élaborant les textes législatifs et réglementaires. L'État a conservé le pilotage de l'action publique et en a délégué la gestion à des agences nationales ou régionales ou des autorités administratives indépendantes. Parallèlement, une délégation des expertises de santé publique s'est faite (vers les agences sanitaires ou la Haute Autorité de santé) accompagnée d'un transfert des compétences techniques qui y sont associées.

Au fil des années, les agences se sont multipliées et se sont spécialisées : la surveillance épidémiologique pour l'Institut de veille sanitaire, l'évaluation du risque environnemental pour l'Anses, la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé pour l'ANSM.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement l'expertise en santé publique, la France est un des très rares pays développés où l'on constate que les liens entre les autorités de santé publique et les experts, chercheurs ou enseignants, sont insuffisamment développés.

Cela ayant des conséquences dommageables pour les deux parties, ce qui aboutit à :

- une administration assez peu partageuse et parfois repliée sur elle-même ;
- une université et des organismes de recherche qui, en santé publique, sont trop éloignés de l'action et de la décision, se transformant volontiers en citadelles privilégiées.

Dans ce paysage d'une rare complexité, le Haut Conseil de la santé publique n'est pas facilement identifiable. Trop peu nombreux sont ceux qui savent qui il est, ce qu'il fait. Et pourtant le HCSP est le garant de décisions de santé publique ayant bénéficié d'un éclairage et d'une évaluation scientifiques d'une qualité et d'une indépendance indéniables. En effet, le HCSP est une petite structure sans statut particulier, rattaché au ministère chargé de la Santé, il est au service de tous les ministères concernés par la santé. Il est composé d'une centaine d'experts bénévoles et indépendants recrutés après appel à candidature ouvert, sélectionnés par des scientifiques pour leur compétence. Ils sont d'origine disciplinaire variée, le plus souvent issus du monde académique, et ils ont en commun leur compétence scientifique.

L'indépendance des avis du HCSP est garantie par une gestion rigoureuse des liens et des conflits d'intérêts, ainsi que par la collégialité et la pluridisciplinarité des débats amenant aux avis. Du mode d'élection du président par l'ensemble des experts du HCSP, celui-ci tire sa légitimité et son indépendance. Il les met au service de la santé dans toutes ses dimensions.

Le HCSP exerce deux types d'expertises pour l'aide à la décision des pouvoirs publics. D'une part, il assure une fonction de réponse aux saisines de sécurité sanitaire, qui lui vient

du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Ses avis aident à la gestion des situations sanitaires qui pourraient notamment aboutir à des crises. Les ministères chargés de la Santé et de l'Écologie sont les deux principaux destinataires de ces avis, qui sont le plus souvent rendus dans des délais contraints voire en urgence ; cela impose une réelle réactivité de la structure.

D'autre part, il développe une expertise en vue d'aider à la conception et à l'évaluation des politiques sanitaires. Cette approche est assez nouvelle en France ; elle est issue de la loi de santé publique de 2004, qui a enfin doté la France d'un tableau de bord d'indicateurs balayant tous les champs de la santé. Le HCSP peut ainsi, par l'évaluation régulière qu'il en fait, rapporter les évolutions aux politiques menées, dont il évalue également les plans et les programmes.

Le HCSP est une entité originale et spécifique.

– La mission d'aide à la décision des pouvoirs publics, que le HCSP assure notamment en développant une activité d'évaluation des politiques (plans et programmes de santé), lui est propre. Il devra l'étendre aux évaluations, encore peu réalisées en France, de l'impact sanitaire avant la mise en œuvre des politiques des autres ministères, afin que devienne opérationnel le concept de « *Santé dans toutes les politiques* ».

– Le Haut Conseil est bien placé pour remplir cette mission car il a déjà dans son champ et ses attributions les problématiques de sécurité sanitaire et les réflexions transversales, plus prospectives sur les plans et objectifs de santé publique. Cela lui permet d'avoir une vision indépendante et la plus objective possible de la politique de santé en France et de ses possibilités d'évolution.

– Les qualités intrinsèques du HCSP et de son fonctionnement doivent être mises en avant : le faible coût de cette expertise, puisque le HCSP s'appuie sur des experts bénévoles et ne recourt à l'aide de la DGS que pour son secrétariat général et son budget de fonctionnement (15 personnes et 0,5 M€), et surtout sa souplesse et sa réactivité qu'il tient de sa petite taille et qui serait impossible à maintenir si le HCSP était intégré dans une structure de grande taille.

Pour finir, il faut souligner l'importance du caractère scientifique des avis du HCSP. Au moment où la démocratie sanitaire prend un essor nouveau et sans doute irrésistible, il est nécessaire de s'assurer du maintien de l'activité d'expertise scientifique, de la valoriser et de continuer à moderniser ses méthodes, car elle produit le socle nécessaire au débat démocratique sur les questions sanitaires. 

Bibliographie générale

1. Aouba A., Eb M., Rey G., Pavillon G., Jouglé E. « Données sur la mortalité en France ». *BEH* 2011 ; 22 : 249-54.
2. Bas-Théron F., Daniel C., Durand N. *Expertise sanitaire*. Rapport de synthèse Igas, avril 2011
3. Basset B. *Agences régionales de Santé. Les inégalités sociales de santé*. Paris : Inpes, coll Varia, 2008.
4. Baudier F., Dressen C., Alias F. *Baromètre santé 92*. Paris : Les éditions du CFES, 1994, 168 p.
5. Beck F., Blauel C., Fournier C., Le Lay E., Mammari E., Richard J.-B. « Échanges autour d'un verre : la communication en appui du constat scientifique ». *La Santé de l'homme*, Inpes, n° 412, 2011, 48-49.
6. Beck F., Gautier A., (dir.). *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis : Inpes, 2012, 272 p.
7. Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.) *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, 2007, 608 p.
8. Belot A., Grosclaude P., Bossard N., et al. « Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005 ». *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2008 ; 56 (3) : 159-75. Epub 2008 Jun 10. http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm.
9. Benatru I., Rouaud O., Durier J., Contegal G., Béjot Y., Osseby G.V., Ben Salem D., Ricolfi F., Moreau T., Giroud M. « Stable stroke incidence rates but improved case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004 ». *Stroke*. 2006 ; 37 : 1674-9.
10. Blanpain N. « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent ». *Insee Première* 2011 ; 1372, 4 p.
11. Blum-Boisgard C.C. et al. « Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ? » *Santé publique* 2005, volume 17, n° 4, p. 569-582.
12. Cambois E., Blachier A., Robine J.-M. « Aging and health in France : an unexpected expansion of disability in mid-adult hood over recent years. *Eur J Public Health* (2012) doi: 10.1093/eurpub/cks136.
13. Caniard E. « Droits des malades, information et responsabilité ». *Actualité et dossier en santé publique*, n° 36, septembre 2001.
14. Congrès de la Société française de santé publique. *Santé publique : des quartiers à l'Europe*. Grenoble 1998 ; volume des résumés, session Conférences régionales de santé.
15. Cour des comptes. *La Sécurité sociale*, 2009, 533 p.
16. Courreges C., Lopez A. « Les ARS, un an après. L'espoir, l'ambition et les vicissitudes de l'action ». *Droit Social*, n° 11, novembre 2011, p. 1112-1117.
17. Courreges C., Lopez A. « L'Agence nationale de santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation ». *Santé publique*, n° 3, mai-juin 2012.
18. Credes, groupe « Quel système de santé à l'horizon 2020 ? ». *Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*. La Documentation française, 2000, 358 p.
19. Crouette P., Legros M. « La perception de la santé en France ». *Actualité et dossier en santé publique*, n° 2, 14-16, 1993.
20. Danet S. (Ed.). *L'état de santé de la population en France : rapport 2011 (Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique)*. Paris : Drees, La Documentation française, 2011, p. 340.
21. Devaux M., de Looper M. « Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009 ». *OECD Health Working Papers*, n° 58, OECD Publishing, 2012.
22. Dieye M., Plenet J., Fior A., Deloumeaux J., Bahkkan B., Macni J., Roue T. « La surveillance des cancers dans les Antilles et en Guyane ». *Bulletin de veille sanitaire Antilles-Guyane* (BVS Antilles-Guyane) 8 – octobre 2011. 11 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=bulletin_display&id=2506
23. Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2010*. Paris : Irdes, 2012, p. 1-232.
24. Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé ». Soumis à la *Revue d'économie publique*, 2012
25. Grimaud O., Jourdain A. « Le rapport d'objectifs de santé publique ». *Santé publique* 4/2004 (vol. 16), p. 673-675.
26. Groupe « Prospective du système de santé » (Commissariat au Plan). *Santé 2010*. La Documentation française, 1993, 3 volumes.
27. HCAAM. *Rapport annuel 2010. L'Assurance maladie face à la crise – éléments d'analyse*. 96 p.
28. HCAAM. *Rapport annuel 2011. L'assurance maladie face à la crise – Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'Ondam et la mesure de l'accessibilité financière des soins*. 184 p.
29. HCAAM. *Rapport pour l'avenir de l'assurance maladie*. 23 janvier 2004, 155 p.
30. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France*. Paris : La Documentation française, 1994.