

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-

ifiques 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/affich/Texte.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 – jusque 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 à 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 Moreau 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 Moreau, juin 2012.