

# 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., Jouglu 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](http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm).
9. Benatru I., Rouaud O., Durier J., Contegal G., Béjot Y., Ossey 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](https://doi.org/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](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.