



La sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique ?

Didier Tabuteau

La notion de sécurité sanitaire a été forgée au début des années 90. Elle s'est rapidement imposée et symbolise aujourd'hui une étape nouvelle dans le traitement des questions de santé publique. La sécurité sanitaire a d'abord accompagné l'émergence d'une nouvelle approche des risques sanitaires. Elle a également provoqué une réforme institutionnelle remarquable avec la création des agences en France mais aussi en Europe. Enfin avec l'essor des préoccupations de sécurité sanitaire, c'est à une véritable transformation des politiques de santé que l'on a assisté. Le texte qui suit est celui d'une intervention au colloque "Le Nouveau Monde de la santé publique et de la prévention" organisé à Berlin par le Collège de France et la Berlin Brandenburgische Akademie de Wissenschaften les 11 et 12 mai 2007.

En 1992, le couple de mots « sécurité sanitaire » a fait son apparition en France. Il a été forgé au ministère du ministre de la santé lors de l'élaboration de la réforme du système de transfusion sanguine que le drame du sang contaminé avait imposée¹. Il a tout de suite été adopté. À l'issue de la discussion au Parlement, un journal du soir a titré : « Une loi de sécurité sanitaire »². La réforme était baptisée, le concept de sécurité sanitaire retenu par le débat public. Il devait connaître un succès remarqué puisque, inconnu avant cette date, il était l'une des trois priorités de la politique de santé proposée par la conférence nationale de santé trois ans plus tard.

La sécurité sanitaire a été définie, en 1994, comme la protection contre les risques liés au fonctionnement du système de santé. Dès la fin des années

1. Tabuteau D., *Les contes de Ségur, les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Ophrys, 2006.

2. *Le Monde* du 18 décembre 1992.



3. Tabuteau D., *La Sécurité sanitaire*, Berger-Levrault, 1^{ère} édition 1994, nouvelle édition 2002.

4. Rosanvallon P., *L'État en France de 1789 à nos jours*, Seuil, 1990 ; Murard L., Zylberman P., *L'hygiène dans la République*, Fayard, 1996.

5. Loi relative à l'assainissement des logements insalubres, X, Bull. CCLII, n.2068, collection complète des lois, décrets, ordonnances, règlements, du conseil d'État, J.B. Duvergier, année 1850.

6. Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, JO du 19 février 1902 ; Bourdelais P., *Les épidémies terrassées, une histoire de pays riches*, Éd. de la Martinière, 2003.

7. Documents parlementaires - Chambre, annexe n° 5131, séance du 31 octobre 1918, p. 1793.

8. Décret du 27 janvier 1920, JO du 28 janvier 1920, p. 1496 ; Murard L., Zylberman P., « Mi-ignoré, mi-méprisé : le ministère de la santé publique, 1920-1945 », *Sève, les tribunes de la santé*, hiver 2003.

9. Morelle A., *La défaite de la santé publique*, Flammarion, 1996, p. 24.

1990, la notion de sécurité sanitaire incluait également la protection contre les risques sanitaires dans les domaines de l'alimentation et de l'environnement³. Le « *primum non nocere* » des médecins a ainsi été érigé en principe général applicable aux professionnels de santé mais aussi aux gestionnaires, aux industriels et aux autorités sanitaires. Au-delà de la terminologie, la notion de sécurité sanitaire a marqué, et symbolise encore aujourd'hui, une rupture profonde dans l'évolution du système et des politiques de santé. Elle révèle une triple métamorphose, dans l'approche des risques sanitaires (I), dans l'organisation institutionnelle (II) et dans la conception des politiques de santé (III).

I. L'ÉMERGENCE D'UNE NOUVELLE APPROCHE DES RISQUES SANITAIRES

L'INFLUENCE DES CRISES DE SANTÉ PUBLIQUE

Le système de santé français a connu depuis le XVIII^e siècle et la Révolution française trois grandes étapes. À chacune d'elles a correspondu une crise sanitaire majeure.

La première étape a été celle de l'émergence de l'hygiénisme⁴. Au cours de cette « ère des défenseurs », l'action publique en matière de santé s'est articulée autour de dispositifs de prévention. Les épidémies de choléra de 1832 et 1849 ont provoqué une prise de conscience politique qui a favorisé le vote de la loi de 1850 sur les logements insalubres⁵ et enclenché le processus qui a été consacré par l'adoption de la grande loi de 1902 sur la santé publique⁶.

La deuxième étape s'est traduite par la construction d'un système de soins diversifié et relativement performant. Là encore, une crise, provoquée par la terrible épidémie de grippe espagnole de 1918, a conduit à un débat politique et parlementaire⁷ à l'issue duquel a été créé en 1920 le premier ministère de la santé⁸. Cette administration nouvelle s'est attachée à développer un système hospitalier sur l'ensemble du territoire et à accompagner la croissance de la médecine de ville, lorsque les lois de 1928-1930 et le plan de 1945 ont permis à la sécurité sociale de la solvabiliser. C'était l'« ère des constructeurs ».

Enfin, l'épidémie de sida et l'affaire du sang contaminé ont mis en évidence, à la fin des années 1980, les conséquences de l'absence, en France, d'une culture de santé publique, qui aurait seule, au début de l'épidémie, permis d'éviter la multiplication des contaminations par le virus du sida, et notamment un taux de contamination post-transfusionnelle supérieur à celui des autres pays⁹. Les carences d'un système de santé, qui avait pendant des décennies privilégié le soin et oublié les vertus de la prévention, ont

contribué à la survenue du drame. Avec l'émergence de la sécurité sanitaire s'est ouverte l'« ère des enquêteurs », qui a conduit à la mise en place d'un dispositif institutionnel et normatif d'une ampleur sans précédent. Le rythme des réformes a été d'autant plus rapide que d'autres crises, ayant des ressorts analogues, sont survenues pendant la même période : contaminations par l'hormone de croissance extractive, affaire dite de la « vache folle », drame de l'amiante...

L'IDENTIFICATION OU L'APPARITION DE NOUVEAUX RISQUES

La funeste concomitance de graves crises de santé publique à la fin des années 1980 ne doit pas pour autant dissimuler les conséquences des progrès de la connaissance médicale et scientifique dans l'émergence de la notion de sécurité sanitaire. Les révolutions de la biologie et de la génétique ont en effet commencé à produire leurs effets à la fin du XX^e siècle, révélant progressivement l'origine de pathologies et parfois même de décès.

L'amélioration de la connaissance des risques a entraîné une multiplication des attentes du public à l'égard du système médical mais aussi du système de santé publique et des autorités sanitaires. Avant l'identification de la *legionella pneumophila*, la demande sociale se limitait à la prise en charge de personnes souffrant de symptômes pulmonaires. Depuis 1976 et l'épidémie de Philadelphie, la lutte contre la légionellose est devenue une obligation de santé publique, engageant bien évidemment les services hospitaliers chargés des soins mais aussi les services techniques de prévention. Des normes nombreuses et rigoureuses ont été édictées, des contrôles sont exercés, des responsabilités sont recherchées.

La causalité s'est introduite avec force dans les politiques de santé. La réponse de la collectivité ne peut plus se cantonner aux soins et à la prise en charge des victimes, elle doit, parce que la science identifie de plus en plus les causes, viser à agir sur l'origine des pathologies ou des accidents. La prévention, longtemps négligée en France, est redevenue une priorité. Elle s'est magnifiée dans le débat public, sous le vocable de précaution, et a imposé une organisation collective de réduction des risques sanitaires, connus comme inconnus¹⁰.

La menace de ce qu'il est convenu d'appeler les risques émergents a renforcé, depuis quelques années, l'attention portée à la protection de la santé publique. Virus Ebola, résistances bactériennes, syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), grippe aviaire, la panoplie des crises potentielles s'étoffe régulièrement. Les missions de sécurité sanitaire se renforcent à chaque annonce inquiétante.

10. Kourilsky P., Viney G., *Le principe de précaution*, rapport au Premier ministre, 1999 ; « Le principe de précaution : ses avantages et ses risques », *Bull. Acad. nat. méd.*, 184, 969-993, 2000 ; Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., *Agir dans un monde incertain*, Seuil, 2001.

LES RESPONSABILITÉS DES POUVOIRS PUBLICS

La protection de la santé a, pendant longtemps, été affaire privée, objet du célèbre colloque singulier entre le médecin et le malade. Avec la résurgence des épidémies et l'irruption de la causalité dans les politiques de santé, les pouvoirs publics ont vu leurs responsabilités se renforcer, pour ne pas dire s'alourdir. Ce d'autant qu'en France, les crises de santé publique ont, à plusieurs reprises, ébranlé les autorités politiques.

Dans l'affaire du sang contaminé, un ministre a été, pour la première fois, condamné par la Cour de justice de la République¹¹. La santé publique a fait entrer l'activité ministérielle dans le champ de la responsabilité pénale. D'autres plaintes ont d'ailleurs été déposées devant la même juridiction pour des affaires de santé publique (amiante, vache folle, hépatite C)¹², sans donner lieu à condamnation. De plus, l'État a été condamné par le Conseil d'État pour « carence fautive » dans les affaires du sang contaminé et de l'amiante¹³. La responsabilité incessible de l'État en matière de sécurité a ainsi été consacrée, dans le domaine de la santé publique.

Sur un plan politique, la préoccupation sécuritaire a envahi la politique de santé. Menaces épidémiques, bioterroristes, environnementales, les attentes de la population mettent désormais en première ligne l'État comme l'a particulièrement illustré la crise de la canicule de l'été 2003. Le secteur de la santé n'échappe pas à la règle selon laquelle la sécurité est la première des missions régaliennes. La responsabilité de l'État en matière de santé publique, en filigrane de la loi de 1902 et consacrée par une jurisprudence constante des juridictions administratives, a été inscrite dans le code de la santé publique par la loi du 4 mars 2002¹⁴ et confirmée par celle du 9 août 2004.

L'OBLIGATION D'ÉVALUATION ET DE GESTION DES RISQUES

Avec la notion de sécurité sanitaire s'est développée une méthodologie d'action pour les pouvoirs publics qui repose sur deux dispositifs. Tout d'abord l'évaluation des risques sanitaires. La responsabilité de l'État en matière de protection de la santé publique inclut en droit français l'obligation d'évaluation, c'est-à-dire de recherche de connaissances et d'informations. Dans son arrêt sur l'affaire de l'amiante, le Conseil d'État a non seulement sanctionné les « carences dans la prévention des risques » mais également l'insuffisante recherche de connaissances des services de l'État. Il « incombe aux autorités publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle, et d'arrêter, en l'état des connaissances scientifiques, au besoin à l'aide d'études ou d'enquêtes complémentaires,

11. Cour de justice de la République, 9 mars 1999, n° 99-001.

12. Viriot-Barrial D., « La Cour de Justice de la République et la santé », *Sève, les tribunes de la santé*, printemps 2007.

13. Conseil d'État, 9 avril 1993, assemblée, 138 653, aux conclusions de M. Legal ; Conseil d'État, assemblée, 3 mars 2004, 241153, aux conclusions de Mme Prada-Bordenave.

14. Article L. 1411-1 du code de la santé publique, Laude A., Mathieu B., Tabuteau D., *Droit de la santé*, PUF, coll. Thémis, 2007.

les mesures les plus appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers ».

D'où la nécessité pour les autorités sanitaires d'organiser la surveillance des risques et de disposer des capacités d'évaluation requises. Pour la veille épidémiologique, l'Institut de veille sanitaire, créé en 1998, s'appuie sur des réseaux spécialisés comme ceux des « médecins sentinelles » dédiés au suivi de certaines pathologies, sur les centres nationaux de référence ou les registres des maladies. La lutte contre les infections nosocomiales a été organisée sur de nouvelles bases et constitue désormais une mission prioritaire des établissements de santé. Dans le domaine des produits de santé, des dispositifs de vigilance ont été organisés : hémovigilance pour les produits sanguins labiles, matériovigilance pour les dispositifs médicaux, réactovigilance pour les réactifs de laboratoire, biovigilance pour les éléments et produits du corps humain et même cosmétovigilance pour les produits cosmétiques.

Ensuite la gestion des risques. Les pouvoirs publics doivent être en mesure de prendre les décisions de police sanitaire qu'imposent les circonstances et les menaces. Il en est résulté un renforcement des compétences de police sanitaire avec l'instauration de régimes d'autorisation pour de nombreux produits de santé qui n'étaient pas réglementés jusqu'alors et le développement de législations encadrant les activités sensibles en matière de santé publique (activités hospitalières, utilisation des produits de santé, surveillance de la chaîne alimentaire, interventions en matière environnementale, etc.). Ainsi, au moment où l'État voyait la légitimité de ses interventions économiques et réglementaires remise en question dans bien des domaines, les législations de santé publique se sont développées et ont décuplé ses possibilités d'action.

LA NÉCESSITÉ D'UN DISPOSITIF D'ALERTE ET DE GESTION DES CRISES

En France, la métamorphose des services de santé publique a été spectaculaire. La succession des crises sanitaires a imposé l'organisation d'un dispositif dédié à leur prévention et leur gestion. Les agences de sécurité sanitaire sont ainsi investies d'une mission de vigilance et d'alerte. L'Institut de veille sanitaire doit en particulier informer « sans délai le ministre chargé de la santé en cas de menace pour la santé de la population de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine »¹⁵. L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments peut proposer aux pouvoirs publics des mesures de police sanitaire en cas de menace grave pesant sur la santé publique¹⁶. Le législateur est même intervenu, en 2007, pour poser le principe de la création d'un corps de

15. Article L. 1413-2 du code de la santé publique.

16. Article L. 1323-2 du code de la santé publique.

17. Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, JO du 6 mars 2007.

18. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO du 11 août 2004.

19. Article L3110-1 du code de la santé publique.

20. Article L. 1413-2 du code de la santé publique.

21. Article L 5312-3 du code de la santé publique.

réserve sanitaire et de la mise en place d'un fonds de gestion des moyens de lutte contre les menaces sanitaires graves¹⁷.

La gestion de crise a également été prise en compte dans les réformes législatives et institutionnelles. Des compétences exceptionnelles de police sanitaire ont été établies et confiées aux gestionnaires des risques, à commencer par le ministre de la santé qui dispose, depuis la loi du 9 août 2004¹⁸, de pouvoirs sans précédent en cas de menace sanitaire grave. Il peut en particulier habiliter les préfets à prendre des mesures d'urgence, éventuellement contraignantes pour les individus, sous réserve d'en avoir informé le procureur de la République¹⁹.

Les agences doivent également jouer leur rôle en cas de crise. L'Institut de veille sanitaire est chargé de contribuer « à la gestion des situations de crise sanitaire »²⁰. Pour sa part, le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) peut enjoindre, en cas de danger pour la santé humaine, les entreprises responsables de produits de santé de les retirer, de les détruire et d'informer sur les risques pour la population²¹. Enfin, les travaux sur la sécurité sanitaire se sont accompagnés du développement d'études et de dispositifs de formation dans le domaine de la gestion des crises sanitaires.

II. LA CONSTRUCTION DES AGENCES EN FRANCE ET EN EUROPE

LA VOLONTÉ POLITIQUE D'UNE RÉPONSE INSTITUTIONNELLE

Le drame du sang contaminé a provoqué, en France, une crise sanitaire sans précédent. Les pouvoirs publics ont, dans un premier temps, mis en place un fonds d'indemnisation des victimes contaminées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de produits dérivés du sang²². L'indemnisation prévue était de droit, sans qu'il y ait lieu de rechercher si une faute était à l'origine de la contamination. Mais rapidement, l'analyse des ressorts de cette « faillite » sanitaire a mis en lumière les défaillances des pouvoirs publics, l'absence d'expertise propre à l'État et la confusion des intérêts privés et publics dans l'exercice des pouvoirs de police sanitaire.

En 1992, une réforme de la transfusion sanguine a été réalisée. Les structures et les réglementations ont été profondément réorganisées, les missions des différents acteurs redéfinies. La production a été confiée, pour les produits sanguins labiles, aux centres de transfusion sanguine placés sous le contrôle d'une agence d'État, créée par la réforme, l'Agence française du sang, et pour les produits sanguins stables au Laboratoire français du fractionnement, éta-

22. Article 47 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social, JO du 4 janvier 1992.

23. Articles du code de la santé publique résultant d'une loi du 21 juillet 1952.

24. Directive n° 89/381/CEE élargissant le champ d'application des directives 65-65 et 75/319, JOCE du 28 juin 1989.

25. Loi n° 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament, JO du 5 janvier 1993.

26. Lois des 4 janvier 1993, 18 janvier 1994, 29 juillet 1994, 28 mai 1996, 1^{er} juillet 1998, 9 mai 2001, 4 mars 2002, 6 août 2004, 9 août 2004 et 5 mars 2007.

27. Tabuteau D., « Place des agences dans le développement de la politique sanitaire », *Bull. Acad. nat. méd.*, 181, n° 5, 819-834, 1997 ; Tabuteau D., « Sécurité sanitaire et droit de la santé », *RDSS*, n° 5, 2007.

28. Tabuteau D., *Sécurité sanitaire et agences, le renouvellement de la santé publique*, Rapport public du Conseil d'État, la Documentation française, février 1998.

blissement pharmaceutique de l'État soumis à la législation du médicament. Des schémas territoriaux d'organisation de la transfusion ont été institués pour organiser la collecte de sang. Un comité de sécurité transfusionnelle, placé auprès du ministre de la santé, a été investi d'une fonction de vigilance et d'alerte en cas de risques transfusionnels.

La réforme institutionnelle s'est accompagnée d'une révision en profondeur des législations applicables aux produits sanguins labiles²³. Quant aux produits issus du fractionnement du sang, ils ont été soumis à la législation pharmaceutique, par transposition de la directive européenne du 14 juin 1989²⁴. En outre lors de l'examen du projet de loi par le Parlement, une Agence du médicament a été créée par amendement pour garantir la sécurité des médicaments²⁵. La première réforme de l'organisation de la santé publique réalisée en France depuis 1902 a ainsi eu pour objet la police des produits de santé.

LA CRÉATION DES AGENCES SANITAIRES EN FRANCE

La transformation institutionnelle a été exceptionnelle. D'abord par sa rapidité : le législateur est intervenu à dix reprises depuis 1993²⁶ pour mettre en place le dispositif. Ensuite par son ampleur : une douzaine d'agences nationales ont été créées, plusieurs milliers de scientifiques et administratifs ont été recrutés, de multiples réseaux d'expertise ont été constitués. Enfin par sa portée : des compétences de police sanitaire ont été déléguées par l'État à des organismes autonomes, les agences nationales se sont articulées avec les dispositifs européens, la distribution des pouvoirs en a été substantiellement modifiée.

Comment expliquer l'apparition de la notion d'agence sanitaire, ou plus exactement sa réapparition, puisqu'une loi du 3 mars 1822 avait déjà introduit en droit français l'expression d'« agence sanitaire » ? Le recours à cette notion s'explique sans doute en premier lieu par l'ambiguïté juridique, et, partant, la commodité de son cadre institutionnel. Bien que fréquent dans l'organisation administrative française, le terme d'agence ne renvoie à aucune catégorie juridique. Les agences sanitaires ont d'ailleurs emprunté des statuts extrêmement variables²⁷ : association, groupement d'intérêt public, établissement public à caractère administratif, établissement public à caractère industriel et commercial, autorité administrative indépendante.

Mais surtout l'autonomie juridique de l'agence lui permet d'incarner et de symboliser une politique ou une intervention de l'État²⁸. Or, la création des agences a, comme cela a été rappelé, cherché à apporter une réponse politique à des crises de santé publique. Il s'agissait de tirer les conséquences

29. Assemblée nationale, rapport d'information n° 3291, *De la « vache folle » à la « vache émissaire »*, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 15 janvier 1997 ; Assemblée nationale, rapport n° 3138, *ESB : une crise de société ?*, commission d'enquête, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 13 juin 2001.

d'une faillite de l'organisation traditionnelle, d'identifier pour l'avenir les autorités responsables des secteurs en cause et d'organiser et mettre en œuvre une politique de réduction des risques. Le concept d'agence, expérimenté dès 1988-1989 lors de la création de l'Agence française de lutte contre le sida, de l'Agence nationale de recherche sur le sida et de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, s'est réellement imposé avec l'invention des agences de sécurité sanitaire en 1993 (Agence française du sang et Agence du médicament), à la suite de l'affaire du sang contaminé. La mise en place de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments en 1998, à la suite de l'affaire de la vache folle²⁹, a procédé de la même démarche.

L'idée même d'agence a provoqué une dynamique institutionnelle. Même en dehors de contextes de crise, de nouvelles institutions ont été mises en place pour incarner des politiques : agences régionales de l'hospitalisation et Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé prévues par les ordonnances d'avril 1996 dans le cadre du plan « Juppé » de réforme de l'assurance maladie, Institut de veille sanitaire et Établissement français du sang en 1998, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail et Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire en 2001, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en 2002, Agence de la biomédecine, Institut national du cancer et Haute Autorité de santé en 2004, Autorité de sûreté nucléaire en 2006.

L'institution des agences a également répondu à la volonté de constituer rapidement des administrations dotées de moyens significatifs. Une telle construction paraissait difficile, voire improbable, dans le cadre traditionnel des services de l'État compte tenu des régulations budgétaires à répétition et des mesures de limitation des effectifs de l'État. Les agences – personnes juridiques autonomes – ont permis d'inscrire dans la durée une politique volontariste de constitution de structures d'expertise. « Ballons d'oxygène » pour l'administration de la santé, elles ont assuré le recrutement de milliers d'experts dits « internes » – scientifiques, médecins, pharmaciens, biologistes, chimistes, ingénieurs, etc. – et organisé des réseaux d'expertise « externe », réunissant des chercheurs et des professionnels de haut niveau. La réorganisation des administrations qui en est résultée a été considérable³⁰. Pour ne prendre qu'un exemple, la création de l'Agence du médicament en 1993 s'est traduite par la suppression d'une direction d'administration centrale du ministère de la santé, la direction de la pharmacie et du médicament, et d'un service national, le Laboratoire national de la santé.

D'une certaine manière, l'organisation de la santé publique en France s'est, depuis quelques années, inspirée des prestigieux exemples nord-américains,

30. Tabuteau D., « Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'État hygiéniste ? », *Sève, les tribunes de la santé*, hiver 2003.

31. Centers for disease control.

32. Food and Drug Administration.

33. Règlement (CEE) n° 1210/90 du Conseil du 7 mai 1990.

34. Règlement (CEE) n° 302/93 du Conseil du 8 février 1993.

35. Règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil du 22 juillet 1993.

36. Règlement (CEE) n° 2062/94 du Conseil du 18 juillet 1994.

37. Sauer E., « L'Europe de la santé », in : F. Bourdillon, G. Brücker, D. Tabuteau, *Traité de santé publique*, Flammarion, 2004.

38. La direction générale est structurée en six directions : A affaires générales, B consommation, C santé publique et évaluation des risques, D santé animale, E sécurité de la chaîne alimentaire, F alimentation et affaires vétérinaires.

39. Règlement (CE) n° 178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002.

40. Règlement (CE) n° 851/2004 du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004.

41. Demortrain D., *Mettre les risques sous surveillance, l'outillage de la sécurité sanitaire des médicaments et des aliments en Europe*, thèse de doctorat en science politique, 2006.

notamment des CDC d'Atlanta³¹ et de la FDA³². La FDA – archétype des agences de police sanitaire –, dont l'origine remonte au Food and Drugs Act de 1906 et qui a été organisée sous forme d'agence par les réformes de 1927 et 1931, a, en particulier, incontestablement servi de référence pour l'élaboration du dispositif de 1992.

LA MISE EN PLACE CONCOMITANTE D'AGENCES EUROPÉENNES

L'apparition des agences sanitaires s'est inscrite dans un environnement européen favorable. Pour exercer ses compétences en matière de santé publique, l'Union européenne s'est en effet progressivement dotée d'organismes d'expertise, observatoires et agences. Dans les années 1990, il y a eu une première vague de création d'institutions communautaires. Une Agence européenne pour l'environnement a été instituée par le règlement du 7 mai 1990³³, puis un Observatoire européen des drogues et des toxicomanies par un règlement du 8 février 1993³⁴, une Agence européenne pour l'évaluation des médicaments par un règlement du 22 juillet 1993³⁵ et enfin une Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail par un règlement du 18 juillet 1994³⁶.

Dans les années 2000, de nouvelles institutions ont été mises en place. À la suite des évolutions du texte du traité de Rome et de la crise de l'encéphalopathie spongiforme bovine, les services de la Commission européenne ont été réorganisés. Une direction générale santé et protection des consommateurs (DG Sanco) a été mise en place en 1999³⁷. Elle exerce notamment les compétences précédemment dévolues en matière de santé publique à la DG V « emploi et affaires sociales », les compétences de sécurité animale et des végétaux précédemment confiées à la DG VI « agriculture » et les fonctions de l'ancienne DG XXIV « politique des consommateurs et protection de leur santé ». Un commissaire européen est ainsi désormais chargé de la santé et de la protection des consommateurs³⁸.

Les préoccupations de sécurité alimentaire ont conduit à la mise en place d'une Autorité européenne de sécurité alimentaire par un règlement du 28 janvier 2002³⁹. La construction d'une Europe de la santé, attisée par les risques du bioterrorisme, du SRAS et de la grippe aviaire, s'est traduite par la création d'un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies par un règlement du 21 avril 2004⁴⁰. Ainsi, dans un ordre différent de celui suivi par la France, mais aisément explicable par la menace ou la survenue de crises sanitaires, les structures européennes ont connu des évolutions similaires⁴¹. Émergence des préoccupations de santé publique, rééquilibrage des

politiques afin de mieux garantir la protection de la santé, organisation d'un dispositif institutionnel de sécurité sanitaire.

Les agences européennes ont d'ailleurs été conçues comme devant constituer les centres des réseaux des autorités sanitaires nationales. Leur mise en place a ainsi accru la nécessité pour les États de disposer d'institutions susceptibles de s'insérer efficacement dans ces réseaux. Et la plupart des pays européens se sont depuis engagés sur la voie d'une transformation de leurs administrations chargées de fonctions d'évaluation en agences.

L'EXEMPLE DES AGENCES DU MÉDICAMENT EN EUROPE

L'histoire des administrations européennes du médicament a, bien avant l'émergence de la notion de sécurité sanitaire, été placée sous le signe de la crise⁴². Après les drames du stalinon en France en 1954 et de la thalidomide dans la plupart des pays européens au début des années 1960, les réglementations sur le médicament ont été renforcées. À partir de la fin des années 1960 ont été mises en place les premières véritables administrations dédiées à l'évaluation et au contrôle des médicaments. La Medicines Division a été créée au Royaume-Uni en 1968, l'Institut du médicament mis en place au sein de l'Office fédéral de la santé (BGA) en Allemagne en 1975 et la direction de la pharmacie et du médicament instituée en France en 1978.

Sous l'effet conjugué de l'essor des activités d'évaluation des médicaments, de l'harmonisation progressive du droit communautaire sur le médicament et du choc provoqué par l'émergence du sida, et dans plusieurs pays par l'affaire du sang contaminé, une nouvelle étape a été franchie. Des agences sont venues remplacer les administrations précédemment constituées. En 1989 a été créée au Royaume-Uni la Medicines Control Agency (MCA), qui a obtenu le statut d'*executive agency* et l'indépendance qui s'y attache en 1991. La Suède a mis en place en 1990 l'Agence des produits médicaux (Läkemedelsverket) dont les compétences ont été étendues en 1993. En France, l'Agence du médicament s'est substituée, pour leurs missions de santé publique, au Laboratoire national de la santé et à la direction de la pharmacie du médicament en 1993. En Allemagne l'Institut du médicament a été remplacé en 1994 par le Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizin Produkt (BfArM).

Le mouvement s'est poursuivi dans d'autres pays de l'Union européenne. Au Portugal, l'Institut national de la pharmacie et du médicament (Instituto Nacional da Farmacia e do Medicamento) a été créé sous la forme d'un service ministériel « personnalisé »⁴³ en 1993 puis transformé en agence autonome en 1999⁴⁴. Des agences ont également été mises en place aux Pays-Bas en 1996, au Danemark et en Espagne en 1997⁴⁵. Enfin l'Autriche s'est dotée en

42. Hauray B., *L'Europe du médicament*, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 2006.

43. Décret-loi n° 10/93 du 15 janvier 1993 et décret-loi n° 353/93 du 7 octobre 1993.

44. Décret-loi n° 495/99 du 18 novembre 1999.

45. Lois n° 6/97 du 14 avril 1997 et n° 66/1997 du 30 décembre 1997.

46. Décret-loi du 30 septembre 2003, devenu la loi du 24 novembre 2003.

47. Loi du 20 juillet 2006.

2002 d'une Agence pour la santé et la sécurité alimentaire (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH) et l'Italie d'une Agence des produits de santé (Agenzia Italiana del Farmaco)⁴⁶ en 2003. Une réforme de même nature, amorcée en 1991 en Belgique, a abouti, en 2006, à la création d'une Agence fédérale des médicaments et produits de santé (AFMPS)⁴⁷.

Ainsi, sur les quinze États membres de l'Union européenne avant l'élargissement de 2004, quatorze ont organisé leurs services chargés de l'évaluation et du contrôle du médicament, parfois des autres produits de santé, sous la forme d'une agence. Quant aux pays ayant rejoint l'Union en 2004, cinq d'entre eux disposent d'une agence du médicament. L'Agence européenne du médicament apparaît ainsi comme placée au centre de gravité d'un réseau européen de surveillance du médicament. D'abord en raison de son fonctionnement interne puisque l'essentiel de l'évaluation produite par le Comité des spécialités pharmaceutiques (CSP) repose sur les travaux des experts délégués par les agences ou administrations nationales auprès de l'instance européenne. En outre, les fonctions de pharmacovigilance et de contrôle, par le biais d'inspections ou d'analyses en laboratoire, sont concrètement assurées par les instances nationales et coordonnées par les services de l'Agence européenne.

L'efficacité de ce modèle d'organisation doit être appréciée en tenant compte du fait qu'à la différence de la plupart des autres dispositifs de sécurité sanitaire, l'Agence européenne du médicament a bénéficié des compétences et de l'expérience acquises depuis deux décennies par les administrations nationales du médicament qui lui préexistaient. Pour autant, la construction en Europe, depuis 1993, d'un système institutionnel reposant sur des agences nationales a montré l'efficacité d'une organisation souple permettant à l'instance européenne de devenir une véritable tête de réseau.

III. LA TRANSFORMATION DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE EN FRANCE

L'APPORT DE LA NOTION DE SÉCURITÉ SANITAIRE DANS LES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

Avec la sécurité sanitaire, la réduction des risques sanitaires est redevenue une priorité des politiques de santé. Alors que la société française avait privilégié depuis le début du XX^e siècle la « médecine curative », et fait une confiance excessive dans les progrès thérapeutiques, elle a redécouvert la nécessité de la prévention et les vertus de la précaution face aux risques inconnus.

Pourtant cette précaution était inscrite, bien avant la consécration du principe du même nom en droit de l'environnement, dans les textes fondateurs de la police sanitaire depuis la Révolution. Dès la loi des 16 et 24 août 1790, les autorités municipales avaient en effet été chargées « de prévenir par les précautions convenables [...] les accidents et des fléaux calamiteux, tels que [...] les épidémies, les épizooties ». L'irruption du sida au début des années 80 a déséquilibré le système de santé français, fier de son système hospitalier dense, de sa médecine de ville largement spécialisée et de ses médications intensément prescrites. Dans l'indissociable couple efficacité/sécurité, l'efficacité tenait le premier rôle, la sécurité était reléguée au second plan.

La sécurité sanitaire a été le catalyseur d'une mutation historique des politiques de santé. Par un phénomène de capillarité, les différents secteurs affectés par les crises de santé publique ont dû s'adapter à leurs obligations nouvelles en matière de risques sanitaires. Avec en premier lieu le renouveau des compétences de police sanitaire. Les pouvoirs de réglementation des autorités sanitaires se sont étendus ou renforcés dans de nombreux domaines. Pour les produits de santé, les actes médicaux, puis l'alimentation, l'environnement, etc. De nouveaux régimes d'autorisation ont été institués, les capacités d'inspection et de contrôle se sont fortement accrues et diversifiées, avec les agences, des structures d'expertise et d'évaluation ont été mises en place.

Plus démonstratif encore, les politiques de prévention ont été remises à l'ordre du jour. Bien sûr en matière de sécurité routière ou de lutte contre le tabagisme, mais avec les vingt-deux plans de santé publique lancés en 2001-2002 et les cent objectifs du rapport annexé à la loi de santé publique du 9 août 2004, de multiples actions de prévention ont été promues, organisées et financées. Une démarche de santé publique a été engagée. Une nouvelle crise sanitaire, la canicule de 2003⁴⁸, a mis en évidence, une nouvelle fois de façon douloureuse, l'inanité d'une action reposant exclusivement sur le système de santé et l'urgence d'une approche globale des risques sanitaires. L'« épidémie » d'obésité, défi majeur pour la santé publique au XXI^e siècle, en souligne chaque jour la nécessité.

LES DÉFIS DE LA COORDINATION DES INSTITUTIONS ET POLITIQUES DE SÉCURITÉ SANITAIRE

L'édification des dispositifs de sécurité sanitaire a rapidement posé la question de la coordination de leurs actions⁴⁹. Leur technicité et leur spécialisation, comme la volonté de ne pas constituer des institutions dont la taille aurait nui à la réactivité, ont eu pour conséquence la multiplication des

48. Assemblée nationale, rapport d'information n° 1091, *Prévoir l'imprévisible, changer de regard sur le vieillissement : deux défis pour demain*, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 27 septembre 2003 ; Assemblée nationale, rapport n° 1455, *Le drame de la canicule : une gestion déficiente révélatrice d'une crise structurelle*, commission d'enquête, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 25 février 2004.

49. Renforcer la sécurité sanitaire en France, rapport n° 196, Sénat, 30 janvier 1997 ; Ménard J., « Le directeur général de la santé », *Sève, les tribunes de la santé*, printemps 2006.

50. Article L. 796-1 du code de la santé publique résultant de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

51. Article L. 1413-1 du code de la santé publique résultant de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

agences et des administrations chargées des missions de sécurité sanitaire. Compte tenu de la tendance des institutions à fonctionner de façon isolée et des enjeux de pouvoir qui s'attachent à l'exercice de toute compétence administrative, une instance de coordination est apparue indispensable pour permettre au ministre de la santé d'exercer ses responsabilités. Dès la loi du 1^{er} juillet 1998⁵⁰, un Comité national de sécurité sanitaire a été institué. Il réunissait, sous la présidence du ministre de la santé, les ministres de la consommation, de l'environnement et de l'agriculture ainsi que l'ensemble des services et agences intervenant en ces domaines. Il a été supprimé en 2004 et ses missions confiées à un Comité national de santé publique⁵¹.

Mais l'enjeu de la coordination n'est pas seulement institutionnel. Il est également scientifique. Comment s'assurer que la surveillance des risques sur un secteur bénéficie aux autres champs d'application ? Les connaissances scientifiques disponibles en matière d'environnement sur la toxicité des produits chimiques doivent par exemple être prises en compte sans délai en matière de médicaments ou de dispositifs médicaux. Les veilles scientifiques et épidémiologiques comme les vigilances sanitaires doivent irradier l'ensemble des secteurs.

La rationalisation des moyens affectés à la réduction des différents risques pose des questions plus délicates encore. Comment comparer, surtout lorsque le risque est incertain, la mobilisation des compétences et des ressources financières provoquée par la menace du nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jacob, lié à l'encéphalopathie spongiforme bovine, et celle justifiée par la lutte contre les toxicomanies ou la prévention du mélanome ? Les analyses d'experts ne peuvent y suffire. Particulièrement en France, où l'approche économique de la morbidité ou de la mortalité n'a pas la légitimité qu'elle peut connaître dans d'autres cultures. Les facteurs socioculturels sont en effet déterminants dans l'approche des risques. Risques subis et dissimulés, risques choisis et même parfois revendiqués. De la lutte contre l'alcoolisme à la limitation des pollutions, les choix sanitaires renvoient fréquemment à des décisions, par nature, politiques. Qui d'autre que le politique pourrait avoir, surtout en situation d'incertitude, la légitimité pour comparer les risques et proportionner les moyens affectés par la collectivité à leur réduction ?

LA PLACE DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS DANS LES POLITIQUES DE RÉDUCTION DES RISQUES SANITAIRES

En redonnant à la surveillance des risques la place qui aurait toujours dû être la sienne dans les politiques de santé, la sécurité sanitaire a remis en cause les fonctions traditionnelles des acteurs du système de santé. En ce

qui concerne les professionnels de santé, le rôle de dispensateurs de soins ne suffit plus. La traque des risques suppose leur association aux systèmes de vigilance. Tous les dispositifs mis en place depuis une décennie reposent, comme la pharmacovigilance, sur la déclaration des risques par les professionnels les ayant constatés.

Les réseaux de surveillance épidémiologique, qui se sont constitués ou structurés autour de l'Institut national de veille sanitaire, requièrent également la participation des professionnels de santé. Et il est possible d'espérer que cette association de la médecine de ville aux actions de santé publique s'amplifie à travers l'essor des programmes de dépistage ou de prévention des grandes pathologies⁵².

L'élaboration de la notion de sécurité sanitaire a, de surcroît, coïncidé avec l'émergence d'un mouvement associatif⁵³ représentant les personnes malades et les usagers du système de santé, actif et structuré. Et cette coïncidence mériterait une analyse approfondie dans la mesure où le mouvement associatif a accéléré la prise en compte des préoccupations de sécurité sanitaire et où le dispositif de sécurité sanitaire a conforté la place des associations. Là encore le sida a joué un rôle de révélateur. Les associations de malades ont directement influencé le suivi de la maladie et des progrès thérapeutiques, intervenant par leurs actions, parfois spectaculaires, dans le processus de mise à disposition des médicaments et de prise en charge médicale et sociale des personnes porteuses du virus. L'« exceptionnalisme » du sida, pour reprendre un terme consacré par la science politique, a incontestablement irrigué les législations de sécurité sanitaire et l'organisation de ses institutions⁵⁴.

La loi du 4 mars 2002 a consacré cette évolution en reconnaissant le rôle des associations en matière de santé et en leur donnant une place et un statut dans le code de la santé publique⁵⁵. De surcroît les réglementations ou les pratiques intègrent de plus en plus les associations dans les dispositifs de sécurité sanitaire. Par exemple en matière de vigilance sanitaire, pour la déclaration des effets indésirables des produits de santé. Mais également dans la lutte contre les infections nosocomiales ou en matière d'éducation thérapeutique. De même, en vertu de la loi, les associations tiennent auprès des agences de sécurité sanitaire une place particulière. Le code de la santé publique prévoit ainsi que certaines agences organisent des réunions régulières d'information avec les associations⁵⁶ ou peuvent être saisies directement par elles⁵⁷.

L'EXPANSIONNISME DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

Paradoxalement, la question aujourd'hui posée au système de santé français par le développement de la sécurité sanitaire est celle des limites de la

52. Tabureau D., « Médecin soignant » et sécurité sanitaire, *Nouvelles frontières de la santé, nouveaux rôles et responsabilités du médecin*, Dalloz, octobre 2006.

53. Rosanvallon P., *La contre-démocratie, la politique à l'âge de la défiance*, Seuil, 2006.

54. Heard M., *Un nouveau paradigme en santé publique : droits individuels et VIH/sida, 25 ans d'action publique en France*, thèse de doctorat en sciences politiques, 2007.

55. Laude A., « Droit à la représentation collective des patients », in : *Lamy droit de la santé*, fasc. n° 324.

56. Pour l'Afssaps, article L. 5311-1 du code de la santé publique.

57. Pour l'Agence de la biomédecine, article L. 1418-1 du code de la santé publique ; pour l'Afssa, article L. 1323-2 du code de la santé publique et pour l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, article L. 1336-2 du code de la santé publique.

politique de santé. Comme si la santé publique, après avoir été longtemps négligée, était susceptible, par un surprenant retour de balancier, d'un expansionnisme menaçant. Il est vrai qu'après s'être déployée sur le champ des produits de santé, elle s'est imposée dans l'ensemble des activités de santé. La multiplication depuis une quinzaine d'années des normes sanitaires, des bonnes pratiques, références et recommandations de toute nature, est éclatante. La création de la Haute Autorité de santé et son statut prestigieux, témoignent de l'importance accordée à une rationalisation de la prévention et des soins, fondée en grande partie sur une préoccupation sécuritaire.

Mais la sécurité sanitaire a également envahi le champ de l'alimentation⁵⁸, et plus largement encore celui de l'environnement⁵⁹. Il n'est pas anodin que le droit français ait retenu les expressions de « sécurité sanitaire des aliments » et de « sécurité sanitaire de l'environnement » et non celles de sécurité alimentaire et de sécurité environnementale. Pollutions, qualité des eaux et de l'air, salubrité des habitations, risques bioterroristes, bien des menaces relèvent aujourd'hui du droit de la sécurité sanitaire. On voit même poindre une tendance à soumettre les risques de la vie quotidienne, comme ceux de la route ou du bricolage, aux prescriptions et méthodologies de sécurité sanitaire. Avec comme corollaire, l'inépuisable débat sur l'absence de risque zéro !

L'expansionnisme des politiques de santé publique, qui se caractérise aujourd'hui par l'extension de leurs domaines d'application, pourrait, à l'avenir, se traduire par une intensification des préoccupations de sécurité sanitaire dans l'activité individuelle. Avec les progrès de la génétique et de la biologie, les médecines prédictives et préventives pourraient modifier la place respective de la collectivité et de l'individu dans la protection de la santé.

Avec l'amélioration des connaissances sur les origines des maladies et accidents de santé, pourrait peser sur chaque individu une responsabilité sans précédent, celle d'adapter son comportement, non seulement en matière de toxicomanies, de conduite routière ou de sports extrêmes, mais également dans ses modes de vie, son alimentation, son exposition au soleil et aux autres facteurs environnementaux de risque, etc. À terme, l'autosurveillance de l'état de santé pourrait devenir une obligation sociale, avec la tentation de faire dépendre, du moins en partie, la protection sociale du comportement individuel ! La protection de la santé doit pourtant demeurer une responsabilité collective⁶⁰.

58. De la « vache folle » à la « vache émissaire », rapport cité ; ESB : une crise de société ?, rapport cité.

59. Grzegorzulka O., Aschiéri A., *Propositions pour un renforcement de la sécurité sanitaire environnementale*, rapport au Premier ministre, novembre 1998.

60. Aday L.A. (dir), *Reinventing Public Health*, Jossey-Bass, 2005 ; Bourdillon F., Brückner G., Tabuteau D., *Traité de santé publique*, Flammarion, 2004.

**LES RISQUES ÉCONOMIQUES ET ÉTHIQUES DE DÉRIVE
SÉCURITAIRE**

Les préoccupations de sécurité sanitaire ont, sans conteste, permis de réaliser de réels progrès dans la surveillance des risques et leur évitement. La meilleure connaissance des menaces chimiques, biologiques ou accidentelles est une attente légitime dans une société qui a su progressivement réduire les dangers auxquels la population est exposée. La mission de sécurité est la première fonction régalienne. Il ne faut pas pour autant sous-estimer les risques de dérive sécuritaire qui existent.

La réduction des risques s'accompagne d'une aversion accrue pour ceux-ci. Parce que le danger se produit plus rarement, il acquiert paradoxalement une image plus inquiétante. Dès lors la tentation peut être grande d'entrer dans une spirale sécuritaire et de mobiliser toujours plus de moyens pour faire reculer des risques de plus en plus infinitésimaux. En outre, l'obsession sécuritaire conduit imperceptiblement à privilégier la lutte contre certains risques et à en négliger d'autres, pourtant devenus plus significatifs du fait de la réduction des premiers.

Parallèlement, les coûts de la sécurité sanitaire peuvent s'accroître très rapidement. Avec pour conséquence l'augmentation des inégalités, les populations les plus défavorisées ne bénéficiant pas des mêmes protections. La question se pose bien évidemment entre pays riches et pays pauvres, mais elle ne doit pas être sous-estimée au sein même des sociétés économiquement favorisées.

Le dernier risque de dérive sécuritaire tient au délicat arbitrage qui doit être assuré, en matière de santé comme dans les autres domaines, entre la sécurité et les libertés. Pour être traditionnel, ce débat n'en a pas moins été relancé à plusieurs reprises au cours des deux dernières décennies. D'abord avec l'épidémie de sida pour laquelle le choix a été fait de ne pas mettre en œuvre les techniques habituelles de la santé publique, contraignantes et restrictives en matière de libertés, mais au contraire de favoriser la participation des malades à la lutte contre la pathologie. D'où par exemple le refus du dépistage obligatoire ou la réticence à la déclaration obligatoire de la maladie.

En revanche, lorsque la menace du SRAS a été perçue, les pouvoirs publics ont, en France, modifié la législation pour permettre, le cas échéant, la mise en œuvre de mesures individuelles de confinement ou de soins sous contraintes. Des dispositions exceptionnelles ont été introduites dans le code de la santé publique pour organiser la lutte contre ce que le législateur a appelé « la menace sanitaire grave »⁶¹. Or, les perspectives offertes par la médecine comme le renforcement des menaces épidémiques ou bioterroristes vont renouveler les choix à faire. En matière de comportements individuels comme

61. Article L3110-1 du code de la santé publique.

cela a été évoqué précédemment ou dans des contextes de crises, potentiellement dramatiques comme celui que fait planer la grippe aviaire. L'équilibre retenu entre la protection de la santé et la protection des libertés devrait, en démocratie, résulter d'une délibération collective.

CONCLUSION

Le débat politique sur la sécurité sanitaire s'est beaucoup focalisé en France sur l'émergence des agences. Il est vrai que la réforme institutionnelle était d'ampleur et que ses conséquences ont été considérables. On peut cependant se demander si la transformation, dont la sécurité sanitaire a été le catalyseur, n'aura pas été celle de l'éveil de notre société à une véritable culture de santé publique. Le mouvement est toutefois loin d'être irréversible. Des relents d'« utilitarisme » sont perceptibles au sein même du système de santé. Les réglementations de sécurité sanitaire auraient entravé la recherche, fait fuir les professionnels, instillé le doute dans l'efficacité de la médecine...

Il est patent que des excès ont été commis, que le système de santé, ébranlé par les crises successives, n'a pas trouvé d'équilibre stable. Mais une prise de conscience a eu lieu. La médecine ne peut tout. La réduction des risques est aussi vitale que notre capacité à les prendre en charge lorsqu'ils surviennent. La réaction était d'autant plus nécessaire, malgré sa part contestée, que des menaces nouvelles se profilent. Espérons seulement que les débats qu'elles appellent ne resteront pas confinés dans les cercles de l'expertise et trouveront place dans l'agora où doivent avoir lieu les débats politiques fondamentaux. Car comme l'a écrit Ulrich Beck dans *La Société du risque* : « Les risques ne paralysent [...] pas l'action politique. [...] Ils ouvrent au contraire de nouvelles options politiques. »⁶²

62. Beck U., *La société du risque*, Albin Michel, 2001, p. 479.

Contact

editions.de.sante@wanadoo.fr

Didier Tabuteau, conseiller d'État, est responsable de la chaire santé à Sciences Po, professeur associé et codirecteur de l'Institut droit et santé à l'université Paris-Descartes. Il est également directeur général de la Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité. Il a publié en 2006 *Les contes de Ségur, les coulisses de la politique de santé (1988-2006)* (Ophrys, septembre 2006), *Les nouvelles frontières de la santé* (entretien avec Paul Benkimoun, éditions Jacob-Duvernet, novembre 2006) et en 2007 *Droit de la santé* (avec Anne Laude et Bertrand Mathieu, PUF, Collection Thémis, février 2007) et la deuxième édition du *Traité de santé publique* (coordonné avec Gilles Brücker et François Bourdillon, Flammarion).

