



HAL
open science

Les rapports du HCSP comme révélateurs de la pensée en Santé publique en France.

Alain Jourdain

► **To cite this version:**

Alain Jourdain. Les rapports du HCSP comme révélateurs de la pensée en Santé publique en France. : Analyse textométrique, étapes clés. 2024. hal-04646298

HAL Id: hal-04646298

<https://ehesp.hal.science/hal-04646298>

Preprint submitted on 12 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NoDerivatives 4.0 International License

Table des matières

Les rapports du HCSP comme révélateurs de la pensée en Santé publique en France. Analyse textométrique, étapes clés.....	2
Alain Jourdain, Ehesp	2
Résumé.....	2
1. Introduction	2
2. Méthode : pour une objectivation de l'analyse des rapports	3
3. Résultats	4
3.1 La fréquence des mots dans les rapports.....	4
3.2 Analyse de la spécificité des mots dans les rapports	6
3.3 Structure de la spécificité des mots	7
3.3.1. Facteur 1 : observer, décider agir.	7
3.3.2 Facteur 2 le volet juridique : lois de santé /constats quanti enquête.....	10
3.3.3. Le politique : programmation ou réseaux sociaux ?.....	12
3.4. L'approche par les phrases	13
3.4.1. Classe 1 décès, mortalité, taux, âge	13
3.4.2. Classe 4 soin, établissement, hospitalier, urgence, privé.....	16
3.4.3. Classe 3 facteur, risque, social, déterminant	17
3.4.4. Classe 2 santé, public, politique, système	19
3.5. L'AFC sur les classifications : Comment ces groupes se différencient ils et comment évoluent-ils ?	22
3.5.1. Le premier axe factoriel ordonne le lexique autour de l'axe politique-soin et taux-décès..	22
3.5.2. Le second axe, mesure des risques et stratégies d'organisation des soins.....	23
3.5.3. Politique et environnement.....	24
3.6. Interprétation des axes factoriels, retour aux textes des rapports	25
3.6. L'évolution des politiques de santé publique au fil des années.....	25
3.6.1. 1992 et 1994 : mesure de la mortalité, 1998 et 2011, son évaluation.....	26
3.6.2. 1996 : la problématique du soin.	27
3.6.3. 2002 la politique	27
4. Synthèse l'évolution des idées de santé publique.....	29
5. Discussion	30
Annexes.....	31

Les rapports du HCSP comme révélateurs de la pensée en Santé publique en France. Analyse textométrique, étapes clés.

Alain Jourdain, Ehesp

Résumé

Cet article a pour objet d'analyser les politiques de santé publique depuis trente ans.

La méthode a consisté à rassembler dans un seul texte les dix rapports du HCSP sur la santé en France pour procéder à l'analyse des données du lexique (CAH, AFC) eu égard au contexte de leur production.

Ces textes s'organisent sur une logique historique reliant l'étude de la mortalité par causes à celle des risques (58% de l'inertie du nuage). La seconde logique est celle du soin médical (25%), la troisième associe les lois sur la santé et la mesure des risques (15%).

En conclusion se pose la question de l'écart entre les représentations de la population, popularisées par les sondages d'opinion (notamment la « pénurie de médecins »), et le contenu réel des politiques de santé publique.

1. Introduction

Des années 1950 à 1970 la politique de santé publique signifie sécurité sociale, hôpital public et régulation de la médecine libérale, dans un contexte de forte mortalité infantile et faible espérance de vie ; le suivi systématique de l'état de santé de la population est réalisé par le rapport démographique annuel de l'INED édité dès la création de cet institut (Bourgeois, 1946). Dans les années 70 et 80 les politique du handicap et les politiques territoriales de l'Etat de régionalisation (loi Evin) de décentralisation et d'action sociale (1982) ont transformé le système de santé publique ; le suivi est réalisé par le Commissariat général au plan. Dans les années quatre-vingt-dix la réforme de l'hôpital et la régionalisation du système de santé constituent l'architecture de la politique de santé publique (Evin de 1991) alors que le HCSP produit ses premiers rapports sur la santé en France.

Dans le contexte de l'épidémie de vih et de la crise de la canicule paraissent la loi Kouchner sur le droit des malade et la loi de santé publique en 2002 et 2004, années où sont publiés deux rapports sur la santé en France.

Dans un contexte de réforme managériale libérale, la loi hôpital patient santé territoires, la loi de modernisation du système de santé posent les jalons d'une stratégie nationale de santé qui verra le jour en 2018 et sera reconduite en 2023.

Durant les 30 ans qui se sont écoulés, l'espérance de vie et l'evsi ont progressé, la maîtrise des dépenses de l'hôpital s'est établie, le doublement du secteur médicosocial a eu lieu alors que progressaient les inégalités, la prévention régressait, dans un contexte de définition de plus en plus complexe des politique de santé publique (Demeulemeester et al., 2021).

Les analyses critiques des transformations de la pensée en santé publique sur cette période sont rares (Bergeron, 2010; Couty & Pierru, 2020) et aucune ne porte sur la transformation du discours implicite contenu dans des textes de santé publique pendant ces trois décennies. Ce n'est pas chose facile étant donné le caractère hétérogène de cette discipline dans le champ scientifique qui recouvre, pour les universitaires, l'épidémiologie, les sciences sociales, le management, les sciences de l'environnement. (Azari & Borisch, 2023; Century, 2002; Grimaud et al., 2023). Les référentiels de formation qui s'élaborent permettent toutefois une clarification des compétences propres aux professionnels de ce secteur (Grimaud, 2024).

Les rapports sur la santé en France produits par le HCSP sont un autre bon support pour réaliser une analyse longitudinale de l'évolution des manières de penser les politiques de santé publique dans leur diversité. Le rapport de 1992 « Stratégie pour une politique de santé, propositions préalables à la définition de priorités » inaugure la série. Deux ans plus tard paraît en 1994 « La santé en France Rapport général » (France, 1994) « rédigé sur la base des travaux des groupes thématiques ainsi que d'une enquête de type Delphi auprès d'une centaine d'experts en Santé publique pour le choix d'objectifs accompagnés d'indicateurs de suivi ». « La santé en France » en Septembre 1996 (France, 1996), « actualise les données épidémiologiques et offre une vue synthétique de l'offre de soins et de l'utilisation des ressources ». « La santé en France 1994-1998 », en 1998 « poursuit l'évolution des indicateurs de santé et celle des déterminants de la santé ». Dans le rapport de 2002 le Droit prend le relais des méthodes statistiques comme fil conducteur « la démocratie sanitaire, l'usager, la personne, le malade, pour mieux répondre au besoin d'information et à leur place dans le processus de décision des prises en charge ». En 2004 le texte du 9 août 2004 relatif à la politique de santé publique comporte une annexe qui comporte les « objectifs quantifiés et les plans stratégiques qui constitueront désormais la politique de santé publique, complété par le suivi annuel des objectifs » réalisé par la DREES, dont nous retiendrons le rapport de 2011. En 2015 « Santé en France Problèmes et politiques » précise « les stratégies de prise en charge en termes de politiques publiques, aux différents échelons ». La stratégie nationale de santé (Organe collégial composé du Premier ministre, des ministres et des secrétaires d'État, chargé de l'exécution des lois et de la direction de la politique nationale) est lancée par le gouvernement dans la loi de modernisation du système de santé. Le HCSP publie en 2018 une contribution qui réaffirme le principe porté par l'Organisation Mondiale de la Santé, *One health* selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques. Elle fut suivie par *Stratégie nationale de santé 2023-2033 Contribution du Haut Conseil de la santé publique*.

Pendant les trente années qui se sont écoulées, les rapports du HCSP sur la santé en France présentent une certaine homogénéité, un texte d'une centaine de pages dont le contenu intègre un bilan quantitatif des années précédentes, sélectionne les grandes évolutions sociales et de santé ainsi que les thèmes dominants de l'époque traités par les ministres.

2. Méthode : pour une objectivation de l'analyse des rapports

La relative homogénéité des rapports du HCSP autorise une analyse textographique des mots utilisés pour écrire la santé publique. Elle repère les associations entre mots (formes), définit des ensembles homogènes de phrases (unités de contenus), donne aux locuteurs le statut de d'unité statistique dans les textes pour produire leur interprétation indépendamment des présupposés axiologiques des sciences sociales (France, 1994) ou de l'État. La lexicographie historique (Miao & Salem, 2021) permet d'analyser dans le temps un contenu dont le volume nécessite l'aide des méthodes d'analyse

des données (afc, cah, réseaux). Dans une analyse de discours Critical linguistic analysis¹ on cherche à déterminer comment la production de discours est influencée par le contexte proche (Yazdannik et al., 2017).

Nous avons analysé les 10 rapports du HCSP comme s'il s'agissait d'un seul texte afin de découvrir les blocs d'homogénéité de vocabulaire en épidémiologie, politiques de santé, systèmes de soins, par exemple, et les relier aux années de leur production pour appréhender le contexte historique de la production et de la structure de représentation sociale de la santé publique. Notre hypothèse est que le champ politique de la santé publique des 30 années qui viennent de s'écouler peut se comprendre comme l'assemblage de quelques discours idéaux typiques stables dont les configurations se modifient et peuvent être expliqués en fonction de facteurs externes sociétaux et biologiques et des conditions de production du savoir sur la santé des populations.

Trois méthodes, rendues accessibles grâce à des logiciels ouverts produits dans la communauté scientifique (logiciel R ; *iramuteq.com*, s. d.), ont été retenues. Une approche par les mots spécifiques (Marghobi, 2019) de chaque élément du corpus utilisé, leur distribution statistique dans le temps et les profils de distribution de mots dans les différents rapports représentés par les plans factoriels d'une (AFC). Une seconde approche s'intéresse aux phrases et tente de reconstruire des discours constitués de phrases similaires (CDH) car comportant des groupes de mots proches, que l'on peut analyser par segments phrases et mots significatifs (REINERT, XXXX). Une troisième approche, issue de l'analyse des réseaux, consiste à sélectionner les mots les plus souvent associés entre eux pour faire la cartographie des locutions caractéristiques de chaque classe.

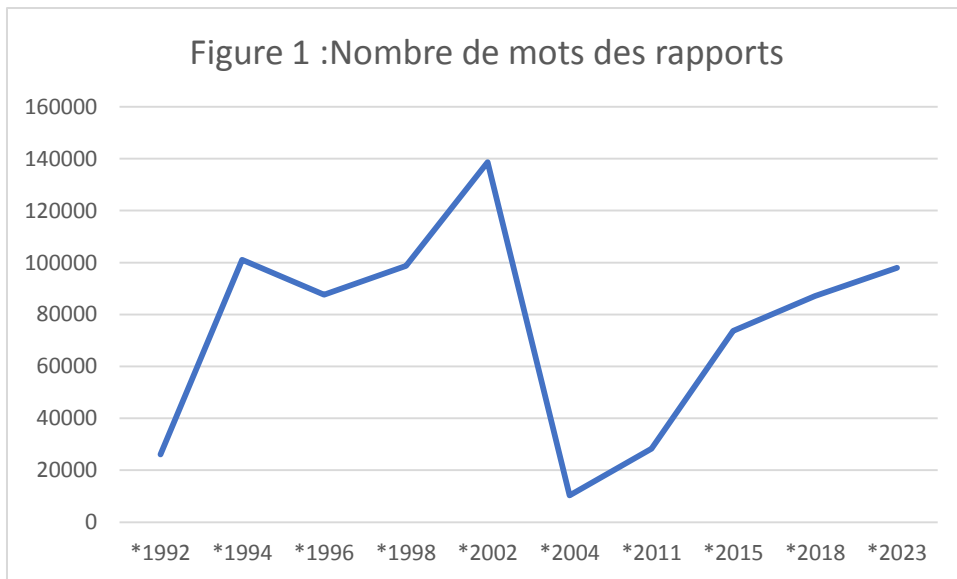
3. Résultats

L'analyse des mots des textes des rapports par l'afc est réalisée avec une matrice croisant mots x année du rapport, dont la structure est très fortement dépendante de la chronologie. La seconde partie s'intéresse aux catégories de représentations sociales de la santé publique définies par les blocs homogènes de phrases.

3.1 La fréquence des mots dans les rapports

Le nombre de mots dans les rapports varie avec le temps, après une phase de croissance, la tendance est une diminution après 2002, et une augmentation avec les Stratégies nationales de santé (figure 1).

¹ Critical linguistic analysis shares with social linguistic analysis its focus on individual texts, but its main concern is with the dynamics of power that surround the text. The examination of individual texts is for understanding how the structures of domination of the proximal context are implicated in the text



Interprétation : sur l'ensemble du corpus, le mot *santé* est de loin le plus fréquent, *public* apparaît en 3^e position, après *soin*.

Tableau 1 : nombre de mots dans les dix rapports selon leur effectif, par ordre décroissant.

Mot	santé	soin	public	social	maladie	pouvoir	france	personne	population	système	vie	mortalité	femme	taux	comme	risque	cancer	politique	rapport
Effectif	9595	2643	2443	2173	2123	2016	1973	1911	1716	1703	1661	1563	1350	1324	1303	1300	1300	1257	1237

Le mot *santé* est le plus fréquent, il arrive largement en tête, les second ne vaut que un quart du premier.

Tableau 2 : associations des trois mots les plus fréquemment utilisés, selon l'année du rapport.

1992	1994	1996	1998	2002	2004	2011	2015	2018	2023
santé	santé	santé	santé	santé	santé	travail	santé	santé	santé
social	personne	soin	cancer	soin	objectif	santé	public	public	public
action	social	taux	mortalité	pouvoir	vie	personne	social	soin	système

Le mot *santé* est associé au social dans les deux premiers rapports fondateurs qui invoquent les déterminants sociaux et prévention (tableau 2). Le *soin* s'affirme dès 1996 comme un enjeu de santé publique, se prolonge en 2002 en association avec le mot usager et revient en 2018.

En première analyse le Lexique de la santé publique apparaît associé aux événements politiques et sociaux, tels que le plan Juppé de 1995 (association *santé soin*), la loi sur le droit des malades de 2002 (*santé pouvoir*) ou le suivi des objectifs de la loi de santé publique en 2011 avec l'association *santé travail*.

3.2 Analyse de la spécificité des mots dans les rapports

La spécificité mesure la différence entre le nombre attendu de mots dans une partie du texte et le nombre réellement observé. Cette approche affine les résultats précédents, en les complétant par ceux qui sont les plus attractifs et les moins attractifs. (Cf annexe 2 pour une définition plus précise)

Tableau 3 : Classement par valeur croissante des 20 principales valeurs de spécificités des formes (loi hypergéométrique) selon l'année du rapport.

1992	1994	1996	1998	2002	2004	2011	2015	2018	2023
but	commentaire	offrir	amiante	part	quantification	salarié	chapitre	contribution	https
mme	synthèse	privé	cancer	usager	objectif	travail	ars	stratégie	sns
action	incapacité	région	urgence	motif	préalable	exposition	and	santé	santé
développer	enquête	accréditation	évolution	affection	retentissement	exposer	the	national	covid
conduite	courbe	hospitalier	tableau	malade	fonctionnel	emploi	stroke	http	crise
conception	douleur	médecin	taux	décision	connaissance	enquête	of	conseil	hcsp
programme	an	établissement	comparatif	ressource	restriction	industrie	loi	haut	système
politique	indicateur	répartition	nombre	débat	limitation	sumer	inpes	pesticide	health
handicaper	source	médical	décret	affectation	quantifiables	métropolitain	territorial	virus	public
soutien	consommation	médecine	deuxième	trouble	réduire	dares	plan	parcours	conseil
formation	moyenne	séjour	mortalité	tumeur	production	pénible	évaluation	public	cgi
démarche	italie	libéral	dépistage	tion	fréquence	exigeant	http	and	sante
objectif	dépenser	paca	incidence	citoyen	scientifique	répétitif	territoire	hcsp	littératie
solidarité	insertion	languedoc	frottis	ondam	épidémiologiques	champ	epidemiol	pdf	Avis rapports
problème	espagne	lorrain	état	classe	qualité	nuit	télé médecine	infection	explorer
ministere	espérance	corse	figure	information	stratégique	sip	health	plan	approcher
liberté	proposition	picardie	mésolithéisme	mentir	pilote	moins	référence	innovation	prévention
éducation	fumer	densité	quatre_vingt	spatial	quantifiés	physiquement	diabète	risque	climatique
administratif	vie	lucratif	diminution	processus	névrotique	cancérogènes	agence	mgs	gouv
partenariat	mortalité	spécialiste	décès	séance	identification	bruit	public	air	territorial

Tableau mots spécifiques attractifs des rapports selon l'année

En 1992 les questions de *programmation* et de description de la santé (*Buts, action programme*) sont spécifiques (Tableau 3). En 1996 les mots caractéristiques sont ceux de *l'offre de soins, des régions, des établissements, du privé, de la répartition équitable des ressources*. En 1998 les statistiques sur les grandes *causes de décès, cancer, urgences, pollution* s'affirment comme caractéristiques des rapports du début des années 90. Dans un second temps, les idées de participation des *usagers* et des *citoyens* caractérisent le rapport 2002, alors qu'en 2004 ce sont les mot *objectifs* et *retentissement*, qui trouvent leur prolongement en 2011 dans *l'exposition des salariés* aux risques du monde du travail. A partir de 2015 les mots spécifiques abordent l'ouverture sur l'*international* et les *déterminants psychosociaux* ainsi que les mots stratégie parcours, associés à *climat et covid* qui caractérisent les stratégies nationales de santé des années 2018 et 2023.

3.3 Structure de la spécificité des mots

Les composantes de ces évolutions et leurs valeur relatives, sont précisées par une analyse factorielle des correspondances réalisée sur un tableau lexical agrégé croisant, dans un tableau de contingence, les 10 rapports du HCSP avec la liste des mots qu'ils emploient. L'AFC classe les mots sur des axes (facteurs indépendants) dont l'interprétation consiste repérer la proximité des mots sur cet axe ou a contrario leur éloignement, pour passer d'une logique statistique à un logique sémantique qui se réfère aux politiques ou théories de santé publique traitées dans les textes. La validation de l'interprétation se fait par attention à l'année de production du rapport. Par exemple le mot loi apparait proche du point du rapport de l'année 2002, année de la loi des droits des malades et de celui de l'année 2004 pendant laquelle la loi de santé publique fut votée. Par extension on considère que cette partie de l'axe correspond aux conditions politiques des années 2000 est à dominante législative et normative.

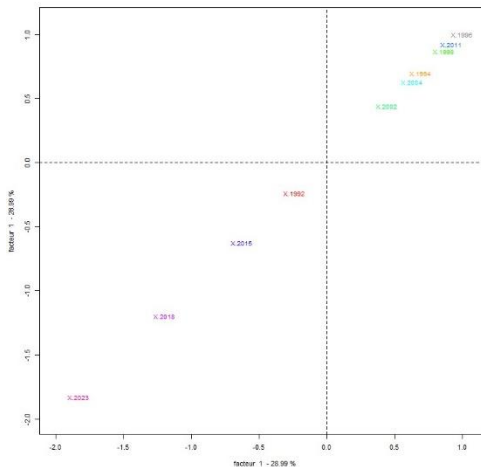
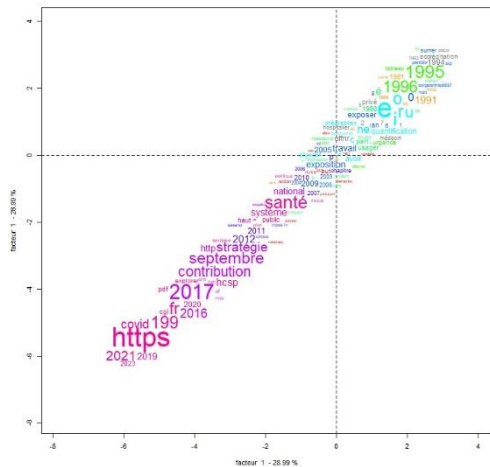
Tableau 4 : AFC contribution de chaque axe à l'inertie du nuage de points des mots des rapports.

	Valeurs propres	Pourcentages	Pourcentage cumules
facteur 1	0,10695626	28,9909656	28,9909656
facteur 2	0,05621065	15,2361431	44,2271088
facteur 3	0,04613042	12,5038532	56,7309619
facteur 4	0,03394488	9,20090994	65,9318719
facteur 5	0,03182178	8,62543356	74,5573054
facteur 6	0,03062528	8,30111799	82,8584234
facteur 7	0,02676008	7,25343757	90,111861
facteur 8	0,01915824	5,192925	95,304786
facteur 9	0,01732204	4,69521402	100

3.3.1. Facteur 1 : observer, décider agir.

Le premier axe (tableau 4) est un triptyque composé des mots de la mesure de la mortalité, des lois de santé publique et des stratégies d'action. Cet axe (figure 2) suit la chronologie des rapports du HCSP, il évoque une approche planificatrice en santé publique. Observer, décider, agir sont les points forts des années 90, 2000 et 2010 respectivement.

Figure 2 : AFC représentation du nuage de points des mots et des années des rapport sur l'axe 1.



Coordonnées des rapports sur l'axe 1	
2023	-1,8328063
2018	-1,1996491
2015	-0,6283124
1992	-0,2372104
2002	0,43995247
2004	0,62601938
1994	0,69311895
1998	0,86491049
2011	0,92024784
1996	0,99806189

Les mots significatifs du premier facteur sont fondés sur l'évaluation de l'offre (sur le tableau 5 : *offrir privé région accréditation hospitalier médecin établissement*) (1996), et sur les facteur de risque (2011) (*salarié travail exposition exposer emploi enquête industrie*) ainsi que les causes de morbidité et les taux (1998) (*amiante cancer urgence évolution tableau taux comparatif nombre décret deuxième mortalité*). Il se termine sur le premier rapport (1994) proposant une synthèse de ces constats (*commentaire synthèse incapacité enquête courbe douleur an indicateur source*).

Un second groupe de mots sur cet axe évoque la légitimation de l'action publique par les deux rapports contemporains aux textes de loi 2002 pour le droit des patients et 2004 pour la programmation en santé publique (*quantification objectif préalable retentissement fonctionnel connaissance restriction limitation quantifiables réduire* (2004)) et (*part usager motif affection malade décision ressource débat affectation* (2002)). Ils définissent les mots que le premier rapport du hcsp avait définis en 1992, revendiquant une planification de l'action en (*but mme action développer conduite conception programme politique*)

La dernière séquence de ce premier axe reprend les mots de la globalisation et de l'internationalisation (2015)) (*chapitre ars and the stroke of loi inpes territorial plan evaluation*). puis de la stratégie nationale de santé (2018) (*contribution stratégie santé national http conseil haut pesticide virus parcours*) et 2023 (*https sns santé covid crise hcsp système health public*)

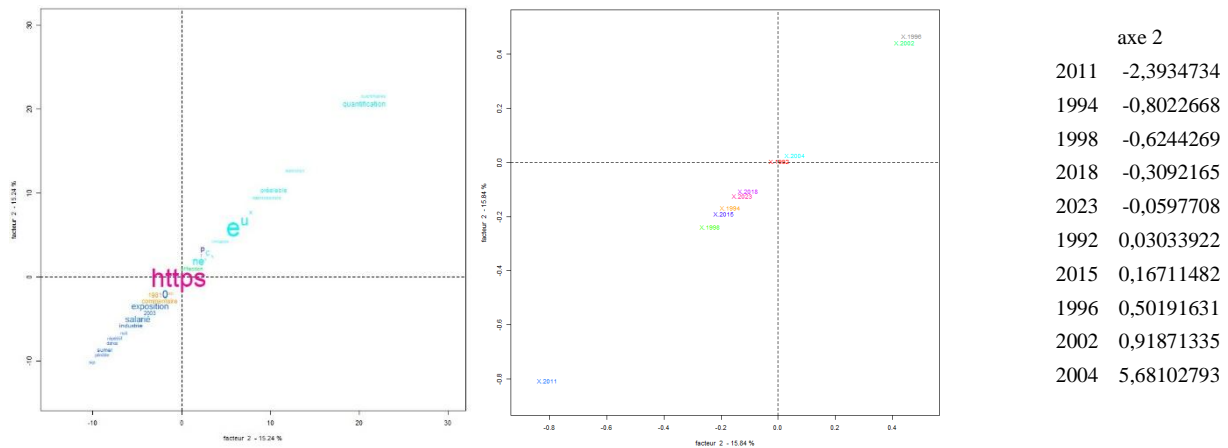
Tableau 5 : liste des mots spécifiques classés par spécificité décroissante (verticalement) et selon la coordonnée de l'année sur l'axe 1 (horizontalement).

	1996	2011	1998	1994	2004	2002	1992	2015	2018	2023
offrir	salarié	amiante	commentaire	quantification	part	but	chapitre	contribution	https	
privé	travail	cancer	synthèse	objectif	usager	mme	ars	stratégie	sns	
région	exposition	urgence	incapacité	préalable	motif	action	and	santé	santé	
accréditation	exposer	évolution	enquête	retentissement	affection	développer	the	national	covid	
hospitalier	emploi	tableau	courbe	fonctionnel	malade	conduite	stroke	http	crise	
médecin	enquête	taux	douleur	connaissance	décision	conception	of	conseil	hcsp	
établissement	industrie	comparatif	an	restriction	ressource	programme	loi	haut	système	
répartition	sumer	nombre	indicateur	limitation	débat	politique	inpes	pesticide	health	
médical	métropolitain	décret	source	quantifiables	affectation	handicaper	territorial	virus	public	
médecine	dares	deuxième	consommation	réduire	trouble	soutien	plan	parcours	conseil	
séjour	pénible	mortalité	moyenne	production	tumeur	formation	évaluation	public	cgi	
libéral	exigeant	dépistage	italie	fréquence	tion	démarche	http	and	sante	
paca	répétitif	incidence	dépenser	scientifique	citoyen	objectif	territoire	hcsp	littérature	
languedoc	champ	frottis	insertion	épidémiologiques	ondam	solidarité	epidemiol	pdf	avisrapports	
lorrain	nuit	état	espagne	qualité	classe	problème	télémedecine	infection	explorer	
corse	sip	figure	espérance	stratégique	information	ministere	health	plan	approcher	
picardie	moins	mésolithéisme	proposition	pilote	mentir	liberté	référence	innovation	prévention	
densité	physiquement	quatre_vingt	fumer	quantifiés	spatial	éducation	diabète	risque	climatique	
lucratif	cancérogènes	diminution	vie	névrotique	processus	administratif	agence	mds	gouv	
spécialiste	bruit	décès	mortalité	identification	séance	partenariat	public	air	territorial	

Ce premier axe met plus globalement en regard la question du diagnostic (*épidémiologique, environnemental, offre de soins*) et la dimension opérationnelle de la politique (*but, actions, territoires stratégie*). Chacune de ces séquences lexicales rencontre un contexte historique particulier, pour la première, la fin des maladies infectieuses et la baisse de la mortalité infantile, l'avènement des maladies chroniques (*cancer*) et les droits des femmes (*contraception, avortement*). Pour la seconde la résurgence de crises sanitaires (sida, canicule (2004)). Pour la troisième le lexique est centré sur l'internationalisation de la santé publique (2015) et une maladie associée à la mondialisation (*coronavirus*) (2023). Cet axe représente la chronologie « observer, décider, agir » dominants de la pensée en santé publique (Green et al., 2022), mesurer l'état de santé de la population dans les années 90 quand seules les données d'état civil étaient fiables et disponibles, décider dans les années 2000 quand les lois relatives à la santé des populations étaient inexistantes, agir dans les années 2010 quand la santé devait être dans toutes les populations.

3.3.2 Facteur 2 le volet juridique : lois de santé /constats quanti enquête

Figure 3 : AFC représentation du nuage de points des mots et des années des rapport sur l'axe 2.



Sur une partie du second axe (figure 3) se regroupent les lexiques des rapports d'évaluation des politiques antérieures : 2011 évalue 2004 la loi de santé publique, 1994 est la mise en forme des propositions du rapport de 1992, 1998 est une évaluation des priorités fixées en 1992. Leur lexique est propre aux objectifs quantifiables : *salarié, travail, synthèse, incapacité, enquête, amiante, cancer urgence*.

Au centre de cet axe se situent les mots des trois rapports à dimension stratégique (2018, 2023, 1992), qui associent *stratégie, santé, sns, crise, but, action*.

Dans la troisième partie, on trouve les trois rapports consécutifs à la production de lois structurantes sur le soin, la participation, le pilotage centralisé, soit les mots des années 1996 Juppé, 2002 Kouchner, 2004 Mattei LSP : respectivement *offre privé, région, usager motif, malade, quantification, objectif, retentissement*.

Ce deuxième axe est celui d'un triptyque de mots organisés autour de l'évaluation de projet, stratégie politique et pilotage centralisé. Le modèle sous-jacent peut être celui de l'expertise et la revue de pairs dans l'évaluation (Sumer) l'expertise (conseil, littérature amiante) et l'habilitation (accréditation).

Tableau 6 : liste des mots spécifiques classés par spécificité décroissante (verticalement) et selon la coordonnée de l'année sur l'axe 2 (horizontalement).

2011	1994	1998	2018	2023	1992	2015	1996	2002	2004
salarié	commentaire	amiante	contribution	https	but	chapitre	offrir	part	quantification
travail	synthèse	cancer	stratégie	sns	mme	ars	privé	usager	objectif
exposition	incapacité	urgence	santé	santé	action	and	région	motif	préalable
exposer	enquête	évolution	national	covid	développer	the	accréditation	affection	retentissement
emploi	courbe	tableau	http	crise	conduite	stroke	hospitalier	malade	fonctionnel
enquête	douleur	taux	conseil	hcsp	conception	of	médecin	décision	connaissance
industrie	an	comparatif	haut	système	programme	loi	établissement	ressource	restriction
sumer	indicateur	nombre	pesticide	health	politique	inpes	répartition	débat	limitation
métropolitain	source	décret	virus	public	handicaper	territorial	médical	affectation	quantifiables
dares	consommation	deuxième	parcours	conseil	soutien	plan	médecine	trouble	réduire
pénible	moyenne	mortalité	public	cgi	formation	évaluation	séjour	tumeur	production
exigeant	italie	dépistage	and	sante	démarche	http	libéral	tion	fréquence
répétitif	dépenser	incidence	hcsp	littératie	objectif	territoire	paca	citoyen	scientifique
champ	insertion	frottis	pdf	avisrapports	solidarité	epidemiol	languedoc	ondam	épidémiologiques
nuit	espagne	état	infection	explorer	problème	télémédecine	lorrain	classe	qualité
sip	espérance	figure	plan	approcher	ministere	health	corse	information	stratégique
moins	proposition	mésothéliome	innovation	prévention	liberté	référence	picardie	mentir	pilote
physiquement	fumer	quatre_vingt	risque	climatique	éducation	diabète	densité	spatial	quantifiés
cancérogènes	vie	diminution	mds	gouv	administratif	agence	lucratif	processus	névrotique
bruit	mortalité	décès	air	territorial	partenariat	public	spécialiste	séance	identification

3.3.3. Le politique : programmation ou réseaux sociaux ?

Figure 4 : AFC représentation du nuage de points des mots et des années des rapport sur l'axe 3.



Le troisième axe factoriel constitue une problématique associant les mots de la gestion politique et de la construction sociale du compromis (tableau 7) que l'on trouve dans les rapports de 1992 (action, développer conduite conception), 2023 (crise, but, covid ,https, commentaire synthèse) , avec une stratégie issue de la loi de santé publique de 2004 faite d'objectifs quantifiés (quantification, objectifs, stratégie, contribution) et de territorialisation de l'action publique (ars plan territoire). Ce troisième axe adopte les mots de compromis collectifs aptes à produire du contrat sur objectifs quantifiés à différents échelons géographiques.

Tableau 7 : liste des mots spécifiques classés par spécificité décroissante (verticalement) et selon la coordonnée de l'année sur l'axe 3 (horizontalement).

1992	2023	1994	1996	2002	1998	2018	2015	2011	2004
but	https	commentaire	offrir	part	amiante	contribution	chapitre	salarié	quantification
mme	sns	synthèse	privé	usager	cancer	stratégie	ars	travail	objectif
action	santé	incapacité	région	motif	urgence	santé	and	exposition	préalable
développer	covid	enquête	accréditation	affection	évolution	national	the	exposer	retentissement
conduite	crise	courbe	hospitalier	malade	tableau	http	stroke	emploi	fonctionnel
conception	hcsp	douleur	médecin	décision	taux	conseil	of	enquête	connaissance
programme	système	an	établissement	ressource	comparatif	haut	loi	industrie	restriction
politique	health	indicateur	répartition	débat	nombre	pesticide	inpes	sumer	limitation
handicaper	public	source	médical	affectation	décret	virus	territorial	métropolitain	quantifiables
soutien	conseil	consommation	médecine	trouble	deuxième	parcours	plan	dares	réduire
formation	cgi	moyenne	séjour	tumeur	mortalité	public	évaluation	pénible	production
démarche	sante	italie	libéral	tion	dépistage	and	http	exigeant	fréquence
objectif	littératie	dépenser	paca	citoyen	incidence	hcsp	territoire	répétitif	scientifique
solidarité	avisrapports	insertion	languedoc	ondam	frottis	pdf	epidemiol	champ	épidémiologiques
problème	explorer	espagne	lorrain	classe	état	infection	télémedecine	nuit	qualité
ministere	approcher	espérance	corse	information	figure	plan	health	sip	stratégique
liberté	prévention	proposition	picardie	mentir	mésotéliome	innovation	référence	moins	pilote
éducation	climatique	fumer	densité	spatial	quatre_vingt	risque	diabète	physiquement	quantifiés
administratif	gouv	vie	lucratif	processus	diminution	mds	agence	cancérogènes	névrotique
partenariat	territorial	mortalité	spécialiste	séance	décès	air	public	bruit	identification

Ces trois axes indépendants suggèrent trois représentations idéal typiques des relations entre les mesures de l'état de santé, les politiques et les théories de santé publique. La première s'inspire des instruments de santé publique de la planification en santé (observer, décider, agir) la seconde est inspirée par une conception politico légale, la loi nationale, (évaluation

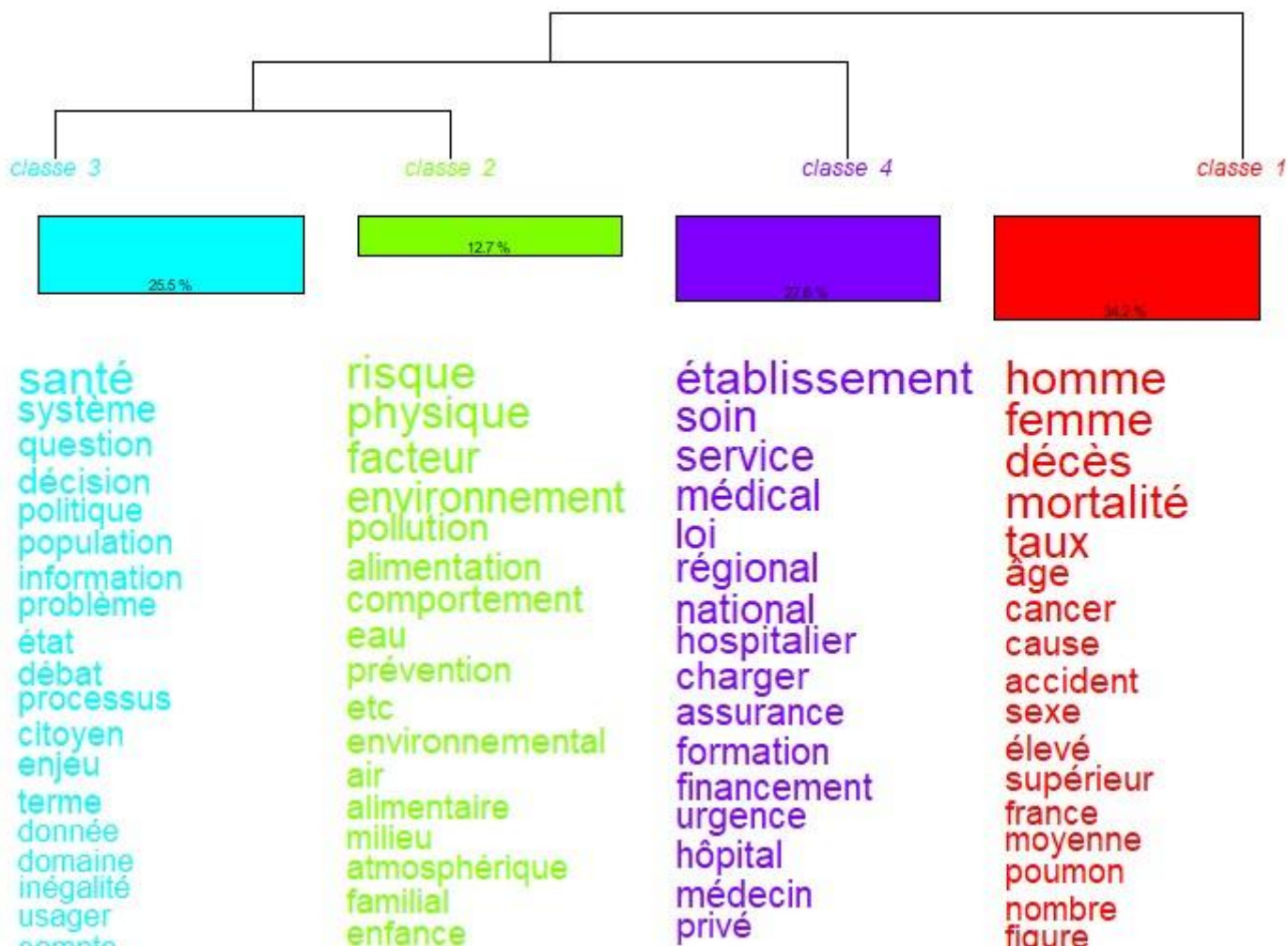
stratégie pilotage centralisé), la troisième se définit par rapport aux déterminants de la santé dans une visée collective et quantitative (politique, organisation locale, environnement).

3.4. L'approche par les phrases

Une autre manière de découvrir les discours et valeurs qui traversent les rapports du hcsp depuis 1992, est de réaliser une classification des PHRASES issues des différents rapports. Celles qui utilisent des mots identiques sont considérées comme proches, celles qui n'en n'utilisent pas sont considérées comme éloignées, dans ces conditions quatre groupes ressortent de l'analyse. Chacun de ces groupes décrivent ces mondes sociaux, que l'on qualifiera par les mots significativement associés.

Schématiquement les mondes sociaux relèvent de la mortalité par cause, du soin médical en établissement, des facteurs de risque physique et social, des systèmes et politiques de santé publique.

Figure 5 : classification automatique descendante des phrases des dix rapports sur la santé en France. Représentation des mots significativement associés aux phrases.



3.4.1. Classe 1 décès, mortalité, taux, âge

Le premier groupe isole les phrases (UC) comportant les mots (classe 1 : *décès, mortalité, taux, âge*) selon la variable sexe (*homme, femme*), la cause (*cancer, accident, poumon*), dans une approche

comparative (*élevé, supérieur, moyenne*). Dans cette classe (concordancier classe 1) on trouve les phrases les plus significativement associées :

**** *1996 : la mortalité par cancer chez les hommes entre 0 et 64 ans a très régulièrement augmenté depuis le début des années soixante-dix jusqu' en 1985 date à laquelle la tendance a commencé à s'inverser

**** *2002 selon l'enquête herpimax réalisée en 1996 dans la population adulte la prévalence de l'infection par le virus herpès simplex 2 hsv2 le plus souvent en cause dans l'herpès génital est de 18 chez les femmes et de 14 chez les hommes

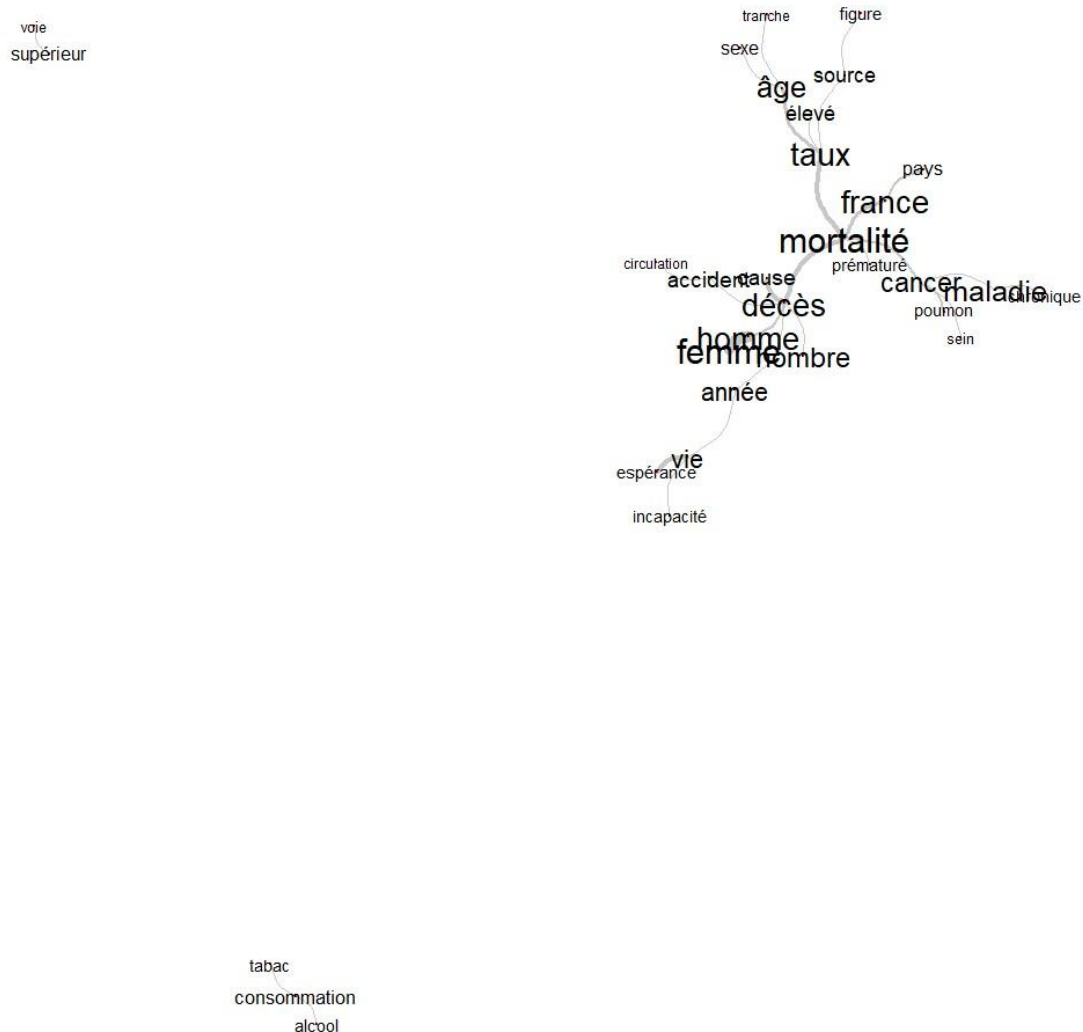
**** *2002 par ailleurs on retrouve également parmi les principales causes d'hospitalisation chez l'homme les calculs des voies urinaires

**** *2002 lors de leur premier rapport sexuel les jeunes femmes et hommes en apprentissage utilisent davantage la pilule et moins souvent les préservatifs que les lycéens de l'enseignement général

**** *1998 ils représentent la première cause de décès pour la classe d'âge des 15-24 ans en 1996 ils comptaient pour 39,6 des décès des jeunes hommes et 32,0 des décès des jeunes filles de cette tranche d'âge

Cette première catégorie de phrases (UC) caractérise une approche épidémiologique assez classique faisant appel aux indicateurs de santé issus de l'Etat civil, mortalité, mortalité prématurée (avant 65 ans), mortalité dont la cause est évitable, associées à des problèmes rencontrés par certaines populations.

Figure 6 : Analyse de similitude par la cooccurrence des mots dans les phrases de la classe 1.



La structure en réseau de cette classe (nombre de liens entre les mots) se construit autour du mot mortalité auquel sont rattachés différentes grappes de contenu : les sources (enquête...), l'espace (*France, Angleterre*), les maladies (*cancers, maladies dégénératives*), les grandes caractéristiques démographiques (*âge, sexe associé à la mortalité par accidents et suicides*). Cette classe développe une logique des causes « graves », conduisant à la mortalité. Elle désigne des axes prioritaires et appellent à des actions mobilisables sur la société contre les grands fléaux (accidents de la route par exemple, maladies cardiovasculaires).

Autrement dit, le discours se déploie assez logiquement aux origines de la santé publique par la prééminence de la table de mortalité par description du phénomène et recherche de causes. Son but est de légitimer la santé publique comme une discipline à part entière pour se constituer face à la médecine. Il a évolué vers d'autres formes que l'on analysera après (inégalité de mortalité et de santé).

Ce discours est typique du rapport d'évaluation des objectifs de la loi de santé publique de 2011 mais aussi de celui de 1998 et 1994 (chi deux significatif à 0,0001).

3.4.2. Classe 4 soin, établissement, hospitalier, urgence, privé

Cette classe a pour vocabulaire les mots de l'offre de soins (*soin, établissement, hospitalier, urgence, secteur, privé*), de ses professionnels (*médical, service, médecin*) et de sa couverture (*assurance*). Le concordancier des 20 mots les plus significativement associés à cette classe sont :

**** *1996 si la liberté d'installation reste entière on peut penser que la détermination d'enveloppes budgétaires le contrôle plus strict des pratiques la mise en place de filières de soins sont de nature à modifier les conditions d'installation

**** *1996 les agences régionales de l'hospitalisation mettent en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers autorisations retraits d'autorisation modifications de l'autorisation limites des secteurs sanitaires schéma régional d'organisation sanitaire

**** *LSP2011 moyennes annuelles de 2002 à 2009 et données trimestrielles pour 2010 les bénéficiaires de la cmuc 4 3 millions fin 2010 la couverture maladie universelle complémentaire cmuc constitue l'un des dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées

cohérent visant notamment à mieux adapter l'offre de soins amélioration de la répartition de l'offre de soins et des ressources

**** *1998 les personnels les moins payés et les moins qualifiés travaillent auprès des personnes âgées les plus dépendantes qui ont besoin d'un volume d'aide important les personnes âgées les plus dépendantes deviennent souvent employeurs pour la première fois de leur vie des aidants professionnels

**** *1996 les pathologies coronariennes peuvent nécessiter au cours d'un même épisode aigu un service d'accueil des urgences une unité de soins intensifs cardiologiques médecine un plateau technique d'imagerie disposant d'une angiographie numérisée et de la chirurgie cardiaque sous cec

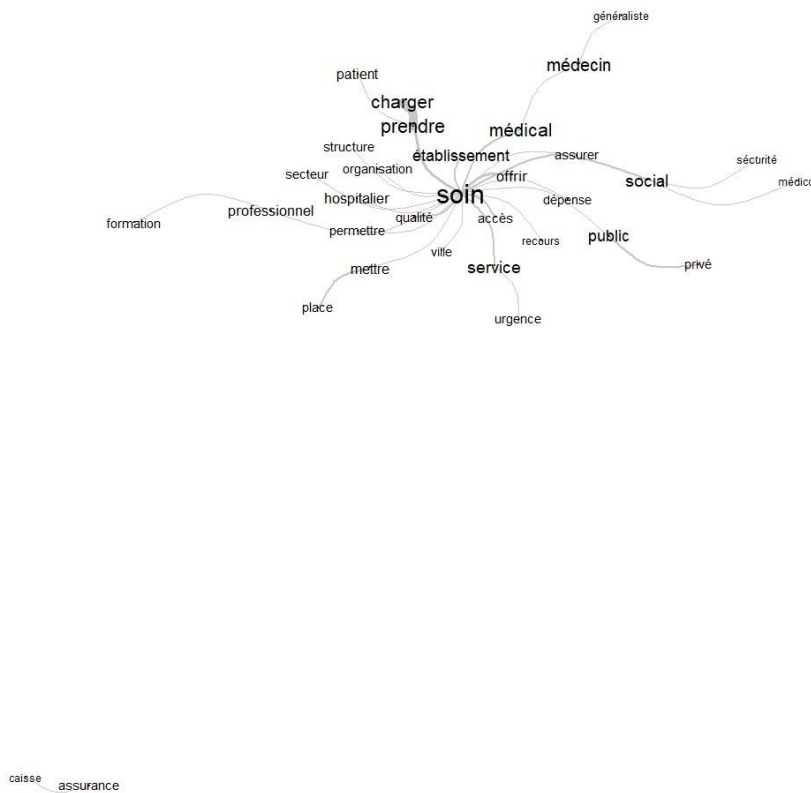
**** *sns2023 à horizon 2025 création de 13 500 places de plus dans les instituts de formation soins infirmiers aide_soignant

**** *2015 garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé sous la responsabilité du médecin traitant

**** *sns2023 il est aussi essentiel d'outiller les acteurs de santé au sein d'un territoire pour restructurer l'offre de soins et d'accompagnement en fonction des besoins

L'analyse du réseau

Figure 7 : Analyse de similitude par la cooccurrence des mots dans les phrases de la classe 4.



Les phrases de ce groupe ont toutes pour sujet des individus, (*acteurs de santé, professionnels, formateurs...*). L'analyse de réseaux descriptive des phrases de ces groupes se construit autour du mot *soin* pris en fonction de sa nature (*médical, social, hospitalier*), comme objectif (*prendre en charge, organisation*), comme instrument (*service de*), comme forme de gestion (*qualité des soins, formation, professionnelle*), et comme réalité économique (*offre, dépense, public, privé*).

Ce groupe intervient en réponse au groupe précédent, plutôt centré sur l'état de santé, en développant une logique du soin.

Il est représentatif du rapport de 1996 faisant suite à la réforme Juppé.

3.4.3. Classe 3 facteur, risque, social, déterminant

La troisième se fonde sur des notions épidémiologiques « analytiques » et sociales (*facteur, risque, social, déterminant*), sa visée est préventive (*comportement, prévention, inégalité*), son champ thématique est large (*alimentation, eau, environnement, biologique*).

**** *2002 en proposant de mieux intégrer les déterminants psycho sociaux dans les modèles d analyse des comportements de santé

**** *2015 la france se situe en europe occidentale dans le bas du classement pour plusieurs indicateurs d inégalités sociales de santé 9 la commission des déterminants sociaux de l oms 10 a rappelé en 2009 que l équité d accès aux soins est une des conditions nécessaires pour réduire les inégalités de santé

**** *1996 retour sur quelques éléments traitant de la nécessaire adaptation de l offre aux besoins de la population la réforme actuelle de la protection sociale vise notamment à mieux adapter l offre de soins aux besoins de santé de la population tant en termes quantitatifs que qualitatifs ou organisationnels

**** *2002 quels liens entre le volume des soins et les besoins de soins entre l accroissement des dépenses de santé et l amélioration de l état sanitaire entre les dépenses de santé et l économie du pays et la cohésion sociale

**** *1994 comme l écrit jonathan mann qui analyse les liens profonds qui existent entre les discriminations sociales les violations des droits de l homme prostitution et la vulnérabilité au sida

**** *1994 paradoxalement nuisible à l amélioration de l état sanitaire du pays celle-ci passant on l a vu par l action sur des déterminants qui sont d abord des déterminants sociaux

**** *sns2023 tels que le revenu le niveau d éducation l environnement physique et social l accès à l emploi l alimentation le logement et la protection sociale 2

**** *2002 pour autant les données rapportées ici ne traduisent pas uniquement un problème d accès à la contraception mais renvoient également au fait que la question de la contraception qui présuppose une capacité sociale à maîtriser sa vie

**** *LSP2011 : ces évolutions très favorables sont probablement le résultat de nombreux facteurs dont l analyse fine reste à faire progrès de l hygiène bucco-dentaire effet préventif des fluorures habitudes alimentaires etc

Dans l analyse de réseaux on retrouve le point structurant de cette représentation des rapports entre santé et social dans leurs différentes associations, descriptive (*inégalités*) politique (*risque, facteur*) dans l arbitrage entre risque et inégalité. Les termes populaires sont déterminant et facteur, l Etat, et les relations avec l économie et la politique.

Ce groupe est structurant d une mutation de la santé publique des années 2000, (la nouvelle santé publique) complétant les approches des deux groupes précédents, issue des études de cohortes des épidémiologistes anglais répondant aux changements apparus dans les politiques européennes « la nouvelle santé publique » davantage centrées sur la notion de risque, d inégalité, (en réponse aux question de maîtrise des dépenses) et d antériorité (upstream).

**** *2015 elles seront légitimées en 1996 par les ordonnances issues du plan juppé c est dans ce contexte que la loi de santé publique du 9 août 2004 a été préparée par la direction générale de la santé dgs 3

**** *1994 donner des avis et d apporter au ministre des éléments d orientation et de décision en vue d améliorer la santé publique il doit notamment contribuer à la définition des objectifs de la politique de santé publique

**** *1994 faire des propositions pour le renforcement des actions de prévention en particulier quant à l information et à l éducation du public en matière de santé développer l observation de l état de santé de la population

**** *1994 installé en 1992 le haut comité a rédigé des avis et des rapports sur des thèmes particuliers périnatalité hépatite c sécurité anesthésique santé en milieu carcéral dépistage du vih ou généraux stratégie pour une politique de santé

**** *1994 le haut comité joue un rôle particulier dans l information sur les problèmes liés aux conduites d alcoolisation il publie une revue trimestrielle actualité et dossier en santé publique

**** *1994 le rapport la santé en france est le moyen privilégié choisi par le haut comité pour apporter sa contribution à l ouverture d un débat public sur les choix de santé et aider à la décision dans une vision à long terme de la santé publique

**** *1994 ce rapport présente sans viser à l exhaustivité une sorte de photographie de l état de santé en france tel qu on peut le connaître en 1994 à travers quelques grands indicateurs

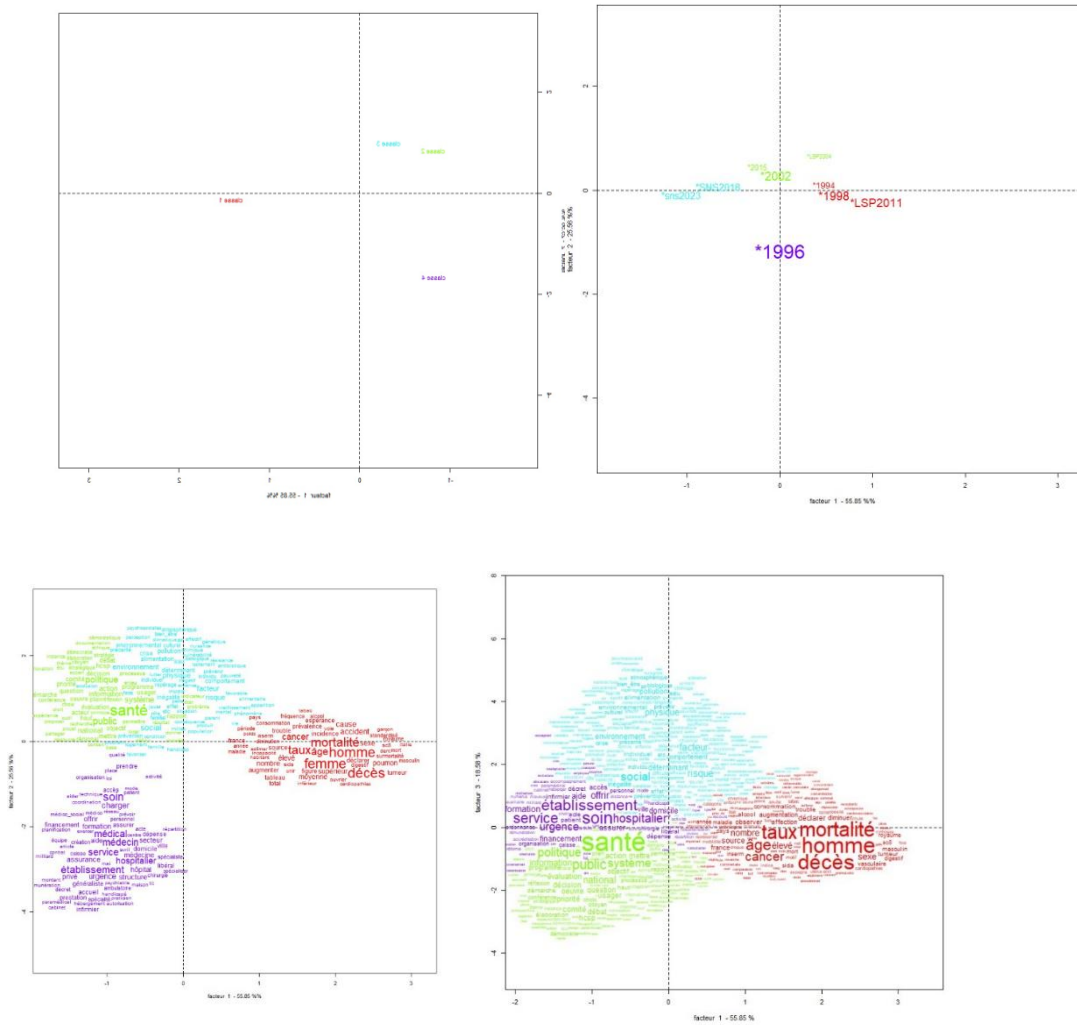
**** *1996 leur mise en oeuvre nécessite toutefois la collaboration des différents acteurs du domaine de la santé qu il s agisse des institutionnels des professionnels de santé et surtout des patients

**** *1994 la qualité de la santé président e caniard hcsp rapporteur g badeyan sesi groupe 5 les grandes pathologies présidents j f lacronique de la selle hcsp rapporteur a tallec ors groupe 6 la santé des populations spécifiques président j d rainhorn hcsp rapporteur f baudier cfes groupe les déterminants de la santé et de la maladie président j c henrard hcsp rapporteur a jourdain ensp groupe 8 aspects économiques de la santé publique président j c

**** *2015 le plan national santé environnement pnse 2014 2018 le plan national nutrition santé pnns 2011 2015

3.5. L’AFC sur les classifications : Comment ces groupes se différencient ils et comment évoluent-ils ?

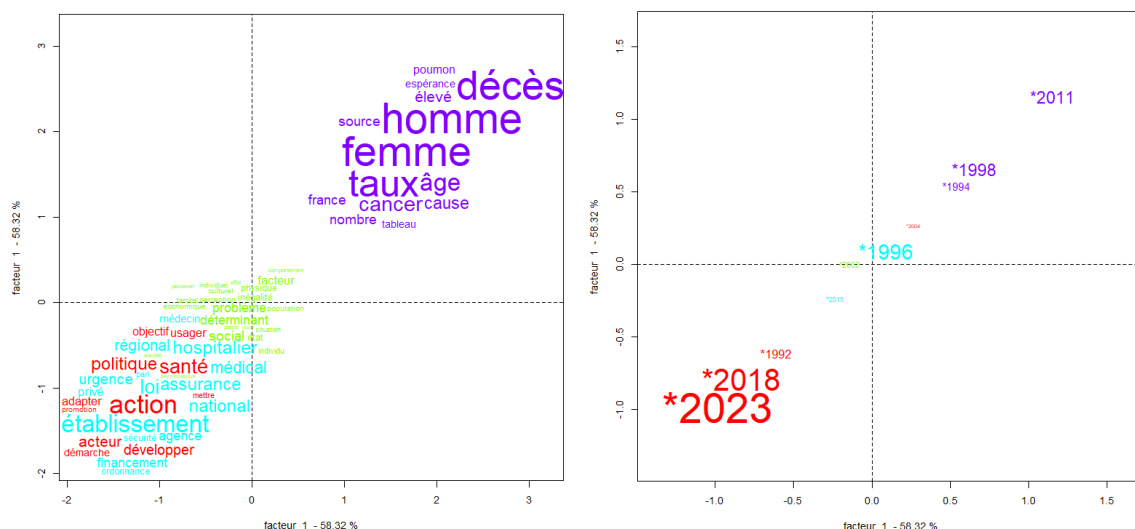
Figure 10 :AFC sur la classification, représentation des classes, des rapports, des mots.



L’analyse factorielle hiérarchise les rapports entre les quatre classes du champ lexical du HCSP.

3.5.1. Le premier axe factoriel ordonne le lexique autour de l’axe politique-soin et taux-décès

Figure 11 : AFC représentation du nuage de points des mots sur l'axe 1.



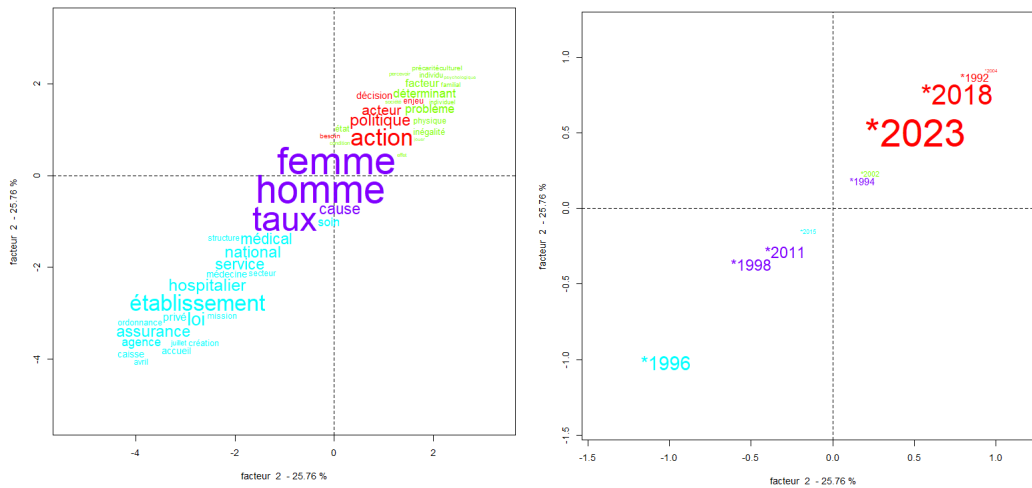
L'ordre des variables sur l'axe factoriel 1 chemine entre : *taux décès homme femme âge cancer ; facteur problème déterminant social; action santé politique établissement loi* . Cet axe peut être lu dans les deux sens : la politique et le système de soins sont en rapport avec les causes de mortalité et les taux par l'intermédiaire de facteur de risque physique et social. Et réciproquement, les taux renvoient à une politique par un passage par les risques. Les dates des rapports montrent la structure temporelle de l'axe 1, 1994 et 1998 d'un côté, 2023 et 2018 de l'autre, au centre 2002 et 2004. La chronologie est grossièrement respectée sur l'axe 1, dans les années 90 on mesure la mortalité, dans les années 2000 on mesure les risques et on légifère, dans les années 2010 on cherche une politique et un système de soins. Cette structure lexicale « historique » est tellement présente (55,8% de l'inertie totale du nuage) quelle explique une bonne part de l'organisation des rapports produits pendant ces trente années.

La problématique de cet axe consiste à dire que, historiquement parlant, l'on a piloté la politique de santé d'une population par l'évaluation des objectifs, les lois sur l'organisation des soins et finalement leur effets sur les risques. La lecture du cheminement sur l'axe factoriel se faisant à double sens, l'analyse des risques peut être associée à la loi et in fine aux taux de mortalité. Cette articulation entre les différents lexiques rappelle la méthode précédée (Green et al., 2022) de planification en santé publique.

Les deux autres axes, statistiquement indépendants par rapport au premier, suggèrent des schémas de pensée alternatifs.

3.5.2. Le second axe, mesure des risques et stratégies d'organisation des soins

Figure 12 : AFC représentation du nuage de points des mots des rapports sur l'axe 2.

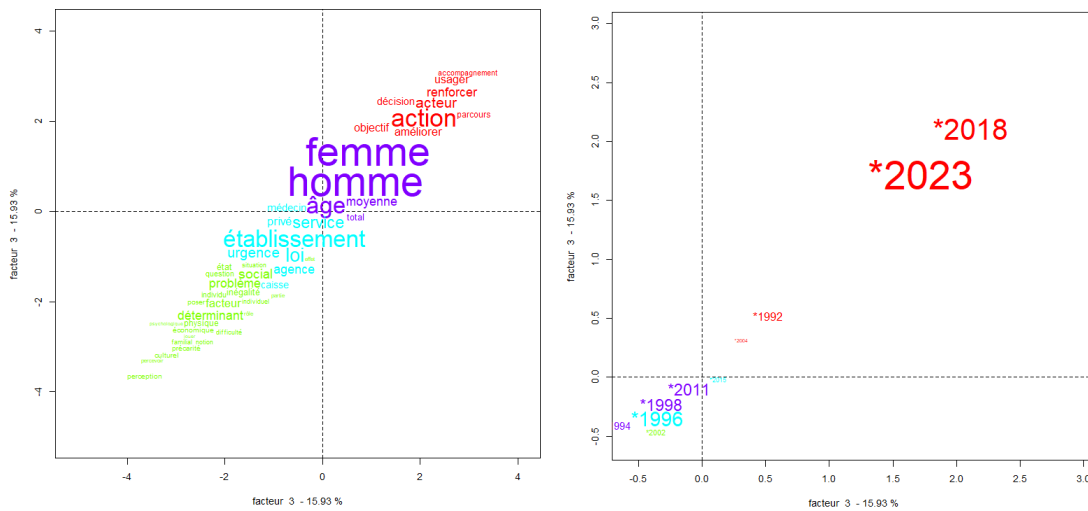


Le second axe chemine entre les services de soins de l'année 1996 (établissement hospitalier, service médecin soin) ; les causes de mortalité, les acteurs de la politique de santé ; l'approche par les déterminants revendiquée par les SNS. Ce facteur comptant pour 25% de l'inertie du nuage associe la mesure des risques dans la population avec les lois sur l'hôpital et les services de santé. Cette relation entre les lexiques évoque les travaux sur les inégalités de santé popularisés par l'OMS (Whitehead & Dahlgren, 2006)

Ce second axe met en regard le soin avec les déterminants de la politique.

3.5.3. Politique et environnement

Figure 13 : AFC représentation du nuage de points des mots des rapports sur l'axe 3.



Le troisième axe parcourt la *stratégie politique* des années 20 (action renforcer objectif décision) ; la mesure des différences de mortalité (femme homme âge) des premiers rapports ; le droit de la santé des réformes de 1996 (loi établissement urgences service) ; *l'environnement social de l'année 2002* (déterminants, social, problème inégalité). Dans les années 2020 la stratégie nationale affiche la présence de la santé dans toutes les politiques au prorata des risques connus dans les recherches (littérature) quand les années 2000 sont animées par des réformes sectorielles (usagers, loi de santé publique).

Autrement dit le soin et l'épidémiologie sont des variables dépendantes, les variables actives sont politiques et scientifiques.

Vue d'ensemble.

Il est possible de concevoir les rapports du HCSP sur la santé en France comme un assemblage chaque fois différent des quatre grandes composantes du lexique de santé publique. L'analyse factorielle autorise une hiérarchisation de ces composantes dans les rapports.

Mais il ne s'agit que d'ensemble statistiques de mots dont il faut maintenant juger de la pertinence sémiologique, à partir de l'analyse des textes eux-mêmes.

3.6. Interprétation des axes factoriels, retour aux textes des rapports

La lecture « chronologique » du premier axe factoriel a un fondement démographique initial (causes de mortalité) comme réponse aux déterminants qui se voit rapidement impacté par la gestion du compte de la santé de la sécurité sociale et les lois sur l'usager du système (déterminants) et sa planification (politique). La confrontation avec la nouvelle santé publique internationale et globale conduit vers la stratégie nationale de santé SNS.

3.6. L'évolution des politiques de santé publique au fil des années

L'axe 1 suit de très près la chronologie des années de publication des rapports sur la santé en France, à lui seul il représente la moitié de l'inertie du nuage de points, il est donc logique de revenir sur la

logique d'une évolution des lexiques au cours des 30 années pour y déceler un éventuel mouvement de fond des idées et théories de santé publique. Le contenu des rapports du hcsp tout au long de ces 30 années peut se résumer en trois phases qui recourent assez bien les composantes de l'AFC : mesurer la santé, construire des politiques, gérer les risques. Cette chronologie apparaît quand on mesure l'association statistique entre les quatre groupes de mots issus de la typologie et les rapports classés par année de parution.

Tableau 8. Valeur du chi deux d'association entre les phrases de la classe et les rapports selon l'année. Les cinq premiers mots ont été choisis pour illustrer les phrases de la classe.

	*1994	*1996	*1998	*2002	*LSP2004	*LSP2011	*2015	*SNS2018	*sns2023	
Démographie :Classe1 Femme homme mortalité décès taux age cancer	105		242			209				
Politique : Classe 2 Santé système politique public information action décision				308	20		21		90	
Déterminants : Classe3 Risque social physique facteur environnement pollution eau	32						53	304	181	
Soins : Classe4 Etablissement médical service soin médecin urgence hopitalier		545								

Interprétation : le lexique du rapport 1994 mesure la mortalité, 1996 la problématique du soin, 2002 et 2004 abordent la politique, 2018 et 2023 valorisent les déterminants.

Ce canevas historique fondé sur la statistique des mots doit être confronté au contenu réel des rapports. Examinons la progression des mots et leur association avec les théories dominantes à chaque époque.

3.6.1. 1992 et 1994 : mesure de la mortalité, 1998 et 2011, son évaluation

Le rapport de 1992 définit la problématique qui restera tout le long des travaux du HCSP : la valeur d'égalité, la part du soin et la dimension collective de la santé. « *Un des enjeux majeurs est de mieux équilibrer les moyens attribués entre d'une part le secteur curatif - celui sur lequel se concentre l'essentiel des ressources - et d'autre part les secteurs préventif (individuel et collectif) et médico-social (politiques destinées aux handicapés par exemple). Le troisième est celui de l'observation des principaux problèmes de santé et de l'analyse des principaux dysfonctionnements dans l'organisation des différentes parties du système de santé. Cette étape s'appuie sur les indicateurs disponibles en comparant leur évolution dans le temps et dans l'espace national et en les confrontant à ceux des pays de l'Europe communautaire. On voit ainsi que notre pays a la plus faible mortalité par maladies cardio-vasculaires, est celui où les accidents iatrogéniques sont les plus élevés.* »

Les références sont nationales avec la citation de nombreux rapports parlementaires, la seule référence internationale citée porte sur les inégalités de santé (Whitehead, 1991).

Le rapport 1994 (Guy Nicolas, B. Roussille) est un « rapport de synthèse que le Haut Comité a rédigé sur la base des travaux des groupes thématiques ainsi que de ses propres réflexions »... et « d'une

enquête de type Delphi réalisée par la Direction générale de la santé auprès d'une centaine d'experts en Santé publique. Sur cette base un certain nombre d'objectifs sont proposés, accompagnés par les indicateurs nécessaires à leur suivi. », il inaugure l'exercice dans un lexique Figure 5) démographique de Classe1 (Femme homme mortalité décès taux) combiné aux déterminants de la Classe3 (Risque social physique facteur environnement) . Les concepts retenus sont la définition de la santé (Canguilhem, 1991; Organisation mondiale de la santé / Fonds des Nations unies pour l'enfance, 1978), la compression de la morbidité, les indicateurs de santé (Goldberg, 1990).

Le Rapport de 1998 Pierre Ducimetière amorce un regard sur « *Les opinions et perceptions de la santé par la population constituent un autre élément dont on doit tenir compte et leur évolution entre 1992 et 1997 est discutée essentiellement à partir des résultats des deux enquêtes par sondage réalisées à ces deux dates par le Crédoc à la demande du HCSP. »* Le lexique relève de la Classe1 (Femme homme mortalité décès taux) « *L'évolution de l'état de santé constitue une seconde partie au cours de laquelle sont successivement abordées l'évolution des indicateurs de santé et celle des déterminants de la santé. »* Il ne contient pas de références bibliographiques.

Le Rapport LSP2011 (DREES) collectif est établi en évaluation de la Loi de Santé Publique de 2004. *La synthèse de cette cinquième édition donne une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France, en conjuguant les approches démographiques et sociales et l'approche par déterminants et pathologie à partir des données disponibles les plus récentes.*

3.6.2. 1996 : la problématique du soin.

Le Rapport de 1996 (Pierre Ducimetière Guy Nicolas) (France, 1996) tranche avec le précédent et tous ceux à venir, son vocabulaire est celui du soin, son ambition affichée est « *Le présent rapport se propose d'une part d'actualiser les données épidémiologiques et d'individualiser les tendances récentes des indicateurs de santé retenus en 1994, et d'autre part d'offrir une vue synthétique de l'offre de soins et de l'utilisation des ressources dans le domaine de la santé, ainsi que des éléments de prévisions tirés d'études récentes de simulation.*

La notion de mortalité prématurée et évitable est évoquée pour marquer le lien entre le soin et son effet sur la mortalité. Un questionnement sur la démographie médicale représente une longue partie du texte. C'est un rapport factuel, sans référence théoriques.

3.6.3. 2002 la politique

Le Rapport 2002 Roland Sambuc *amorce la question des inégalités et des usagers :*

« comment, avec un objectif essentiel de démocratie sanitaire, mettre au cœur de notre système de soins, l'usager, la personne, le malade. »

Les références dans ce rapport sont majoritairement associées au chapitre sur les inégalités sociales de santé (pages 44 à 136 sur 187, soit 93/187). Si l'introduction fait fond sur l'importance de la démocratie sanitaire, il est question dans ce texte des inégalités sociales de santé comme déterminants de la santé et des usagers dans le système de santé.

Les travaux cités sont, Berkman, Desplanques, Atkinson, Aiaich, Desplanques, (Evans & Stoddart, 1996). Et Cassou B., Schiff M. Qui décide de notre santé ? Le citoyen face aux experts . Paris : Syros, 1. Pour la première fois le Global Burden of Disease est cité, il sera repris au cours des rapports 2015, 2018 et surtout 2023 comme ultime développement de l'approche par la table de mortalité comme référence pour un choix partagé de priorités. *Ce lexique se rapporte à la Classe 2 (Santé système politique public information).*

Il n'y a pas à proprement parler de rapport en 2004, mais les Annexes de la Loi de Santé Publique 2004. L. Benhaim W. Dab énoncent « *définir le cadre de référence, les principes généraux et les méthodes qui constituent les fondements de la politique nationale de santé publique. Sur ces bases, le*

présent rapport décrit les objectifs quantifiés et les plans stratégiques qui constitueront la politique de santé publique de la période 2004-2008, ainsi qu'un ensemble d'indicateurs transversaux destinés à servir d'instrument de pilotage ». La référence théorique implicite est (Green et al., 2022). Le lexique de la Classe 2 est politique santé système public information. « L'amélioration de la santé de la population française passe par une approche visant à réduire la mortalité prématurée, à lutter contre les inégalités de santé et à prendre en compte dans leur globalité les déterminants de la santé. Dans le domaine de la décision clinique, le modèle « d'evidence-based medicine » développé au cours des dernières années repose sur l'utilisation critique des meilleures connaissances disponibles. Il ne s'agit pas pour autant d'abandonner la responsabilité du praticien » (« La loi relative à la politique de santé publique : objectifs de santé, plans et programmes d'action », 2004).

Le rapport 2015 Santé en France Problèmes et politiques Collection Avis et rapports Mars 2015 Salamon (Sous la direction de Stéphane Le Bouler, Éric Jouglu, Renée Pomarède et Anne Tallec) s'éloigne de la structure formelle des rapports de suivi de la loi de SP. « Le travail porte sur les problèmes de santé et les déterminants de santé, mais aussi sur la lecture qu'il convient d'en faire (d'où l'insistance sur les inégalités) et sur les stratégies de prise en charge en termes de politiques publiques, aux différents échelons. La référence aux inégalités et aux manière de s'y attaquer s'inspire de (Whitehead & Dahlgren, 2006), elle amorce la notion de stratégie nationale de santé.

2018 et 2023 : les déterminants

Dans le SNS2018, Stratégie nationale de santé 2018-2022 Ministère des solidarités et de la santé Zeina Mansour, Franck Chauvin « réaffirme le principe porté par l'Organisation Mondiale de la Santé, selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde... Le HCSP a utilisé une méthodologie inspirée du modèle de Green et Kreuter appelé *Precede-Procede*^{1,2}. (Green et al., 2022). Ce modèle propose de procéder en deux temps. Le premier temps est celui du diagnostic et de l'élaboration d'un plan d'action (*Precede*) qui se déroule en trois étapes principales qui sont les questions posées au HCSP dans cette saisine : - le diagnostic des problèmes de santé, - l'identification des déterminants comportementaux, sociaux et environnementaux sur lesquels agir, - l'identification des mesures de politique de santé susceptibles d'agir sur ces déterminants. Le modèle comprend un deuxième temps (*Proceed*), permettant la mise en œuvre des mesures, leur monitoring et l'évaluation de leurs impacts, qui devrait dans l'idéal être réalisé lors de la mise en œuvre de la SNS. Dans ce modèle les soins de santé représentent 10% des déterminants de la santé, à côté des comportements de santé, les prédispositions génétiques, les conditions sociales et l'environnement physique (Cf annexe 3).

La Stratégie nationale de santé 2023-2033 Contribution du Haut Conseil de la santé publique Collection Avis et Rapports Mars 2023 prend officiellement le statut d'aide à la décision. « La stratégie nationale de santé, prévue par la loi et définie par le Gouvernement, constitue le cadre de la politique nationale de santé en France.

Ce cadre d'orientation est mis en œuvre au travers des différents plans nationaux et feuilles de route ayant un lien avec la santé, ainsi qu'au travers des projets régionaux de santé que doivent adopter les agences régionales de santé (ARS) en cohérence avec la stratégie nationale.

Cette nouvelle stratégie nationale de santé tient ainsi compte des enseignements tirés de la crise sanitaire qu'a traversée le pays entre 2020 et 2022, et de l'impact qu'elle a eu sur l'état de santé de la population. L'un des enseignements majeurs de la crise est que la santé publique et la prévention doivent désormais occuper une place de premier plan dans les politiques de santé. Elle s'inscrit aussi dans un contexte international et européen post-crise covid.

La stratégie 2023 se situe dans un contexte international et scientifique, stratégie européenne en matière de santé, stratégies de santé de l'OCDE s'inscrivant dans le temps long pour la plupart des pays étudiés. L'association aux études scientifiques (littérature en santé) s'affirme. Enfin, reprise de l'idée que la santé n'est pas limitée aux maladies et le système de santé n'est pas limité au système de soins (Marmot & Bell, 2012).

Un autre apport qui se confirme, c'est l'usage du global burden of disease comme source pour fixer les priorités.

Extrait de la SNS 2023

1. Établir une SNS sur une période de 10 ans, proposant des recommandations stratégiques

A. Inscire les objectifs dans le temps long. L'élaboration d'une SNS sur une période de dix ans est impérative pour permettre l'atteinte d'objectifs à moyen et long termes. Par ailleurs, l'émergence de nouveaux risques, comme le changement climatique ou d'autres risques aigus, pourrait faire passer au second plan d'autres risques dont le poids sur la santé des Français est plus important lorsqu'il est apprécié sur le long terme. C'est l'un des enseignements de la crise sanitaire Covid-19 dont on commence à mesurer les effets de certaines mesures prises pour la contenir. Le diagnostic sous-tendant la SNS doit être partagé pour que les objectifs soient reconnus non seulement par tous les acteurs du système de santé mais plus largement par les responsables des autres politiques sectorielles et par les citoyens. Ces constats amènent donc à proposer que le travail de priorisation soit établi sur des critères objectifs comme le « Burden of disease » (fardeau des maladies) . [Global Burden of Disease \(GBD\) \(healthdata.org\)](https://healthdata.org)

4. Synthèse l'évolution des idées de santé publique

La politique de santé publique dans les rapports du hesp s'exprime autour de quatre grandes thématiques susceptibles de l'influencer. Originellement on trouvera l'idée de diagnostic global de santé qui s'exprime en termes de mortalité dès le premier rapport puis après la loi de santé publique affiné par causes détaillées. Immédiatement après apparaissent les notions de soins médicaux et hospitaliers, traités dans le plan Juppé (1995) et le rapport Soubie, en 1996 puis repris et relayé en 2002 et 2004 par une dimension politique nationale planifiée à la suite de l'épidémie de sida et débouchant finalement sur une conception complètement centrée sur les risques environnementaux et sociaux (inégalités) dans la période contemporaine dans les SNS de 2018 et 2023..

Ces quatre composantes se répartissent autour de trois formes de rationalité, la forme classique associée aux premiers schémas de planification associant diagnostic ou les réponses/objectifs qui représente plus de la moitié de l'inertie du nuage de points. Hôpital-soins ou politique déterminants représente le second choix et environnement-risque. Politique organisation du système de santé le troisième choix opéré dans la structure des rapports.

L'analyse par l'AFC est congruente avec l'analyse des typologies sur la matrice des mots sans cah préalable. Il y a une grande similitude entre ces deux méthodes qui sont deux regards posés sous un angle différent sur le même objet : le discours de santé publique du hesp. Dans le premier axe de l'AFC directe, les instruments de santé publique (observer décider agir) issu de la planification de l'offre de soins, se confondent avec la question de la mesure. Le second s'inspire de la loi nationale, (évaluation stratégie pilotage centralisé) et le soin. Le troisième

axe se définit par rapport aux déterminants de la santé dans une visée collective et quantitative proche de la gestion de crise (politique, organisation locale, environnement) dans la dualité entre politique et gestion du risque fortement influencée par la crise du covid..

La santé publique apparaît alors dans sa dimension composite, révélant sa nature à la fois sociologique, politique et environnementale dont les références citées en bibliographie rendent compte sur le plan théorique.

Le terme le plus fréquemment employé sur l'ensemble de la période est « santé », sauf en 2004 où le mot « objectif » est devenu le plus fréquenté (objectifs de santé) mais juste avant santé. Au fil des années, ce sont les mots social mortalité population prononcés d'emblée en 1994, prolongé en 1998 par santé mortalité taux, avec une étape sur soins médecin, hospitalier en 1996, puis, soin maladie système social, en 2002. Après l'intervalle de 2004 où sont énoncés les objectifs de la politique de santé publique et 2011 où ces objectifs sont mesurés « santé travail exposition », la dimension politique « santé publique soin » revient en 2015 en position favorable pour se centrer ensuite sur les professions de santé, leur organisation sur le territoire dans les sns de 2018 et 2023.

Relation entre la politique de santé et son environnement.

Un rapport initial, plutôt global architecturé sur les données de mortalité vise les grandes causes de mortalité en utilisant les seules données recueillies par l'Etat civil. Ce rapport est contemporain à l'émergence de l'hôpital et des plans nationaux sur les grandes causes de mortalité, la médecine privée hors de contrôle, uniquement gérée par l'Etat par le numerus clausus. La survenue de l'épidémie de sida puis la canicule viendront perturber cette architecture en posant la question des patients et usagers et des dispositifs construits pour les introduire dans le système de décision en 2002 tels que la conférence de santé en région et nationale. L'approche de l'épidémie et la crise de la canicule vont amener les décideurs à réévaluer la mesure des priorités et rationaliser la hiérarchie des programmes, autour de 100 objectifs de santé publique où le social est absent et n'apparaît que dans sa dimension travail alors que les priorités de l'hôpital restent d'actualité avec la T2A. La construction d'une politique sur ces bases sera l'objet de la première décennie des années 2000. La diversité des déterminants va conduire à s'intéresser aux déterminants sociaux inscrits dans l'épidémie de coronavirus, la guerre aux frontières de l'Europe et le climat.

5. Discussion

A quoi servent ces rapports ?

Les tensions dans le discours entre démographie et santé, entre soin et politique sont des notions intuitives souvent rencontrés dans la pratique. L'analyse de discours apporte un gain, par son caractère objectif (Yazdannik et al., 2017). Il ne s'agit pas de la projection d'une idée personnelle, mais la mise en graphes de la pratique d'une institution légitime dans le champ de la santé publique qui permet de délimiter les grands courants, de quantifier leurs rapports et de les situer dans l'histoire, d'une autre manière que le récit politique, juridique ou philosophique. Une telle approche se donne pour ambition de parler de l'Etat avec un autre registre que le discours de l'état de nature juridique et gestionnaire. L'approche lexicométrique est double, il s'agit d'une tentative de description objective du champ de la santé publique et un facteur structurant du discours et des représentations dans une perspective austinienne (Journet, 2001) du dire c'est faire. Le hpst a décrit la réalité et accompagne la transformation du champ de représentations de la santé publique dans un mouvement allant de l'épidémiologie traditionnelle et l'offre de soins vers l'examen des facteurs de risque et leur contribution à la formulation des politiques de santé.

Mais un assemblage de phrases similaires tirées d'un « sac de mots » peut-il être considéré comme la construction d'une idéologie ? (Cibois, 1994). Il s'agit d'une reconstruction recomposition de discours. L'interprétation n'est validée que si elle entre en cohérence avec la relecture des textes en question et plus généralement avec les recherches sur le champ de la santé publique et son évolution dans les trente dernières années.

Annexes

Annexe 1 : HCSP : du Haut Comité au Haut Conseil

Créé par le décret du 3 décembre 1991, le Haut Comité de la Santé Publique a pour mission de : « donner des avis et d'apporter au ministre des éléments d'orientation et de décision en vue d'améliorer la santé publique. Il doit notamment :

- contribuer à la définition des objectifs de la politique de santé publique.;
- faire des propositions pour le renforcement des actions de prévention, en particulier quant à l'information et à l'éducation du public en matière de santé.;
- développer l'observation de l'état de santé de la population : à cette fin, il établit un rapport annuel, rendu public, comportant des indicateurs comparatifs et régulièrement suivis, de même que des analyses globales et prospectives sur des problèmes de santé publique.

Il peut être consulté par le ministre chargé de la santé sur toute question concernant l'organisation des soins...» Il est présidé par le ministre chargé de la santé et composé de vingt-six membres dont six membres de droit.

Le rapport La santé en France est le moyen privilégié choisi par le Haut Comité pour apporter sa contribution à l'ouverture d'un débat public sur les choix de santé et aider à la décision dans une vision à long terme de la santé publique

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et mis en place en 2007 (article 2). Il succède au Haut comité. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié les missions du HCSP par la nouvelle rédaction de l'article L.1411-4 du Code de la santé publique. Le HCSP a pour missions de contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la Stratégie nationale de santé.

La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables.

Annexe 2 : Spécificité

. Analyse des spécificités (ADS), Réf iramuteq². Le principe de l'analyse des spécificités nous vient de Muller et Lafon (Muller, 1969 ; Lafon, 1980) qui estiment que le choix des mots relève d'une décision qui peut être caractérisée par la fréquence de son emploi. L'approche de Muller et Lafon se base sur une loi hypergéométrique, elle n'est en conséquence, pas une « loi normale » dans la mesure où l'on

² http://www.iramuteg.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf page 17. Spécificités: liste des formes et leurs scores par modalité.

calcule une probabilité. Cette probabilité est la probabilité de l'occurrence d'une forme particulière dans la partie de texte étudiée. Pour calculer cette probabilité elle prend en compte, d'une part, la taille de la partie par rapport à la taille du corpus de texte et, d'autre part, la fréquence du mot dans le corpus. L'analyse des spécificités nous permet donc d'obtenir « le profil lexical des parties par les formes qu'elles attirent ou qu'elles repoussent » (Gauzente & Peyrat-Guillard, 2007, p. 60). Grâce à l'analyse des spécificités, nous pouvons comparer les différentes parties du corpus de texte en confrontant les formes qui les composent. La spécificité « est un indicateur qui caractérise la décision volontaire ou non, de choisir un mot plutôt qu'un autre... [Elle] permet alors de rendre manifeste le fait de privilégier (spécificité positive) ou négliger (spécificité négative) l'usage d'une forme particulière » (Gavard-Perret & Moscarola, 1998, p. 40)

les fichiers `afcf_col.csv` et `afcf_row.csv` qui donnent entre autres les coordonnées, les contributions, les facteurs de corrélation des lignes et des colonnes avec les 6 premiers facteurs.

les fichiers de sortie `afcf_row.csv` (et `afcf_col`). Il contiennent les champs : `Coord.facteur X` c'est la coordonnée de la variable selon le facteur X, `Coord.facteur x` est le facteur de corrélation (Il correspond au « \cos^2 » avec un signe donnant le sens de la corrélation, si je ne me trompe pas) et `CTR-facteur X` qui est la contribution de la variable dans la construction du facteur X. Mais par contre, que signifie la colonne `COR-facteur x` dans le fichier ?

Annexe 3.

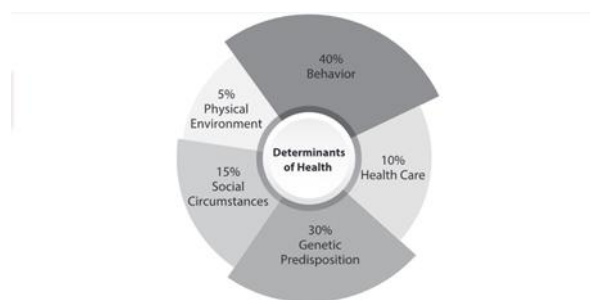


FIGURE 1.3. Compiled from multiple studies, the estimates of percentages of premature deaths attributable to the major determinants of health include 40% to behavioral patterns, 30% to genetic predisposition, and 30% to environmental factors. The last includes 5% to exposures in the physical environment, 10% to shortfalls in medical care, and 15% to social factors.

Sources: Data updated in Johnson, N.B., Hayes, L.D., Brown, K., Hoo, E.C., Ethier, K.A., & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). CDC National Health Report: leading causes of morbidity and mortality and associated behavioral risk and protective factors—United States, 2005–2013. *MMWR Supplements*, 63(4), 3–27. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6304a2.htm>. From McGinnis, J.M., & Foegle, W.H. (1993). Actual causes of death in the United States. *JAMA*, 270(18), 2207–12. <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03510180077038>; and Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F., & Gerberding, J.L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*, 291(10), 1238–45. <https://doi.org/10.1001/jama.291.10.1238>. Erratum in: (2005). *JAMA*, 293(3), 293–4. <https://doi.org/10.1001/jama.293.3.293>

Bibliographie

Azari, R., & Borisch, B. (2023). What is public health? A scoping review. *Archives of Public Health*, 81(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01091-6>

Bergeron, H. (2010). Chapitre 3 / Les politiques de santé publique: In *Politiques publiques 2* (p. 79- 111). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.borra.2010.01.0079>

Bourgeois, J. (1946). La situation démographique. *Population (French Edition)*, 1(1), 117. <https://doi.org/10.2307/1524397>

Canguilhem, G. (1991). *Le Normal et le pathologique*. PUF.

Century, I. of M. (US) C. on A. the H. of the P. in the 21st. (2002). Understanding Population Health and Its Determinants. In *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221225/>

Couty, É., & Pierru, F. (2020). Les transformations de l'administration hospitalière. *Revue française d'administration publique*, N°174(2), 351. <https://doi.org/10.3917/rfap.174.0055>

Demeulemeester, R., Henrard, J.-C., Roussille, B., & Siwek, P. (Éds.). (2021). *Trente ans d'évolution de la santé en France : À quoi ont servi les politiques de santé?* Berger-Levrault.

Evans, R., & Stoddart, G. (1996). Produire de la santé, consommer des soins. In *Etre ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Presses de l'université de Montréal.

France (Éd.). (1994). *La santé en France*. la Documentation française.

France (Éd.). (1996). *La santé en France 96*. La Documentation française.

Goldberg, M. (1990). *L'Epidémiologie sans peine*. Frison Roche.

Green, L. W., Gielen, A. C., Ottoson, J. M., Peterson, D. V., & Kreuter, M. W. (Éds.). (2022). *Health program planning, implementation, and evaluation : Creating behavioral, environmental, and policy change*. Johns Hopkins University Press.

Grimaud, O. (2024). La santé publique : Des fonctions, des compétences, des valeurs ? *Santé Publique*, 36(1), 5- 6. <https://doi.org/10.3917/spub.241.0005>

Grimaud, O., Barnes, S., Bauernfeind, A., Clemens, T., Codd, M., Donneau, A., Foucrier, M., Sowada, C., & Czabanowska, K. (2023). Mapping competencies taught in public health – Experience of the Europubhealth Consortium. *European Journal of Public Health*, 33. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.1477>

Iramuteq.com. (s. d.). [Logiciel].

Journet, N. (2001). Le langage est une action : À propos du livre de J. Austin Quand dire, c'est faire. *Le langage: nature, histoire et usage les théories linguistiques, les débats, les origines, les enjeux*.

La loi relative à la politique de santé publique : Objectifs de santé, plans et programmes d'action. (2004). *Santé Publique*, 16(4), 587- 595. <https://doi.org/10.3917/spub.044.0587>

Marghobi, E. (2019). Analyses statistiques lexicales : Une véritable aide à la disposition des recherches qualitatives en tourisme, notamment en matière d'éthique. *Management & Avenir*, 107(1), 165- 184. <https://doi.org/10.3917/mav.107.0165>

Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126 Suppl 1, S4- S10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>

Miao, J., & Salem, A. (2021). Des textes en mouvement... : Analyse textométrique des rapports d'ouverture présentés aux congrès du Parti communiste chinois (1982-2017). *Histoire & mesure*, XXXVI(2), 91- 124. <https://doi.org/10.4000/histoiremesure.14879>

Organisation mondiale de la santé / Fonds des Nations unies pour l'enfance. (1978). *Les Soins de santé primaires : Conférences internationales sur les soins de santé primaires* (OMS).

REINERT, M. (XXXX). <https://www.printemps.uvsq.fr/max-reinert>

Whitehead, M. (1991). *Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé*. OMS.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up, parts 1 and 2*. OMS.

Yazdannik, A., Yousefy, A., & Mohammadi, S. (2017). Discourse analysis : A useful methodology for health-care system researches. *Journal of Education and Health Promotion*, 6, 111. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_124_15