

Agence nationale de santé publique



À l'attention de Madame Marisol Touraine
Ministre des Affaires sociales, de la Santé,
et des Droits des femmes

Par François Bourdillon
Directeur général de l'InVS et de l'Inpes

Remis le 2 juin 2015



RAPPORT DE PRÉFIGURATION

Agence nationale de santé publique

À l'attention de Madame Marisol Touraine
Ministre des Affaires sociales, de la Santé,
et des Droits des femmes

Par François Bourdillon
Directeur général de l'InVS et de l'Inpes

Remis le 2 juin 2015



CRÉATION ●●● 2016
SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Sommaire

- 7** - PRÉAMBULE
- 9** - INTRODUCTION
- 17** - LA DÉMARCHE DE PRÉFIGURATION :
COCONSTRUCTION ET DIALOGUE SOCIAL
- 25** - LES VALEURS, PRINCIPES FONDATEURS, OBJECTIFS ET MISSIONS
DE LA NOUVELLE AGENCE
- 39** - UNE GOUVERNANCE GARANTE DE L'OUVERTURE
ET DE LA TRANSPARENCE
- 49** - UNE PRÉSENCE INDISPENSABLE DANS TOUS LES TERRITOIRES
DE MÉTROPOLE ET D'OUTRE-MER
- 63** - L'ALERTE, LA PRÉPARATION ET LA RÉPONSE AUX CRISES
ET URGENCES SANITAIRES
- 75** - LA VEILLE ET LA SURVEILLANCE À L'AUNE DES GRANDES BASES
DE DONNÉES ET DU NUMÉRIQUE
- 87** - DONNER UNE NOUVELLE IMPULSION À LA PRÉVENTION
PROMOTION DE LA SANTÉ
- 107** - CARACTÉRISER, MESURER ET AGIR SUR LES DÉTERMINANTS
SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ
- 129** - S'APPUYER SUR LA RECHERCHE POUR FAIRE FACE AUX NOUVEAUX
BESOINS
- 141** - LA FORMATION POUR LE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES
DU RÉSEAU NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE
- 151** - L'EUROPE ET L'INTERNATIONAL À L'HEURE DE LA MONDIALISATION
- 159** - LES RESSOURCES DU NOUVEL ÉTABLISSEMENT :
VISIBILITÉ ET STABILITÉ
- 165** - CONCLUSION
- 167** - REMERCIEMENTS
- 171** - ANNEXES
- 179** - LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS
- 183** - LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

PRÉAMBULE

Par lettre de M^{me} la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, en date du 25 septembre 2014, une mission de préfiguration a été confiée au docteur François Bourdillon, directeur général de l'InVS, également directeur général par intérim de l'Inpes, en vue de la création d'une agence de prévention, de veille et d'intervention en santé publique, reprenant les missions, personnels et obligations de trois agences sanitaires : l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus).

Les travaux et réflexions qui ont permis la construction et la rédaction de ce rapport ont débuté en septembre 2014. Ce rapport en est la première formalisation.

Après réflexion, plusieurs échanges et une analyse sémantique détaillée, l'appellation proposée pour ce nouvel établissement public de l'État répond également à la volonté d'avoir une identité commune partagée. Elle permet également de créer une adhésion collective à une organisation nouvelle, aux missions complémentaires dans l'ensemble du champ.

Agence nationale de santé publique

Avec pour marque : **Santé Publique France**

Pour la suite du texte, afin de faciliter la lecture, l'appellation retenue est « l'Agence » ou « la nouvelle (ou future) agence » ou enfin « le nouvel établissement ».

INTRODUCTION

POUR UNE AGENCE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

La création de l'Agence nationale de santé publique est une opportunité unique, que la ministre a bien voulu me confier en septembre 2014. Elle s'inscrit dans le cadre du projet de loi portant modernisation de notre système de santé, présenté en Conseil des ministres le 15 octobre 2014 puis en discussion au Parlement (un premier vote solennel à l'Assemblée nationale a eu lieu le 14 avril 2015).

Créer un centre de référence et d'excellence – fondé sur une expertise et une parole scientifiques incontestables, en lien avec la recherche – à l'image des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) américains, du Public Health England (PHE) ou encore de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), est un choix stratégique fondateur pour une meilleure prise en compte de l'activité collective que représente la santé publique. La prévention, la promotion de la santé, la veille, la surveillance et l'intervention en santé sont tout aussi essentielles pour la santé que l'accès aux soins.

Cette création permet d'intégrer les missions de trois établissements au service de la population et des autorités sanitaires et d'affirmer une ambition : celle de mieux connaître, expliquer, préserver, protéger et promouvoir l'état de santé des populations.

La ligne de force de la future agence est construite autour de l'axe populationnel. C'est la marque de fabrique de la future Agence nationale de santé publique. Ce qui permet clairement de la différencier des agences chargées de la sécurité des produits (ANSM), de l'évaluation des risques (Anses) ou de la qualité des pratiques (HAS). L'ambition portée est bien d'être au service des populations sur l'ensemble du champ sanitaire, de la production de connaissances à l'action de prévention ou en réponse à une situation de crise.

La création d'un nouvel établissement est suffisamment rare pour que, collectivement, l'ensemble des agents des trois établissements soit fier

d'y contribuer. Les chapitres qui suivent sont issus d'un travail collectif qui les a mobilisés. Le dialogue social et la coconstruction ont été et restent au fondement même de la démarche de préfiguration, car c'est bien avec l'appui de l'ensemble du personnel que la nouvelle agence est construite. C'est aussi une chance, pour le préfigurateur, de pouvoir collaborer et travailler – au quotidien et dans cette phase intense – avec des agents dont le professionnalisme, l'éthique et l'engagement au service des missions de service public sont sincères et profonds.

Le défi est stimulant, car il offre une occasion de prolonger et d'accroître la mise en œuvre des principes mêmes de la santé publique dans tous les territoires et auprès de tous. Bien au-delà des nécessaires mesures de simplification et d'efficacité dans l'action de l'État, bien au-delà d'une démarche de rapprochement, ce projet permet de moderniser les approches, d'améliorer la gouvernance, de renforcer l'expertise en santé publique et de donner une nouvelle impulsion à la prévention, à la surveillance et aux interventions en santé.

Il s'agit ainsi de consolider le système national de veille et de surveillance, mais aussi d'inscrire le nouvel établissement dans une dimension régionale et de renforcer ses capacités outre-mer ; tout en gardant à l'esprit que, dans un contexte mondialisé, les scènes européennes et internationales sont des lieux incontournables.

L'expertise collective collégiale et contradictoire, de même que la transparence des avis scientifiques et techniques et le respect de règles d'éthique et de déontologie seront des marqueurs clairs et des gages du sérieux des travaux et recommandations produits par l'Agence.

Fondée sur des valeurs de santé et de service public, l'Agence aura à cœur de protéger la santé de la population, mais aussi de mobiliser ses ressources pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, celles qui touchent les personnes les plus exposées ou fragiles. Les faits sont connus : les personnes les plus vulnérables socialement et économiquement sont aussi celles qui présentent les principaux risques en matière de santé, celles pour qui la perte de l'emploi signifie bien plus que la sortie du salariat. Dans un moment où les crises sanitaires, sociales, économiques et politiques sont nombreuses, investir dans la santé publique, c'est répondre aux défis de notre société et participer à porter haut les valeurs de la République.

CONTEXTE INSTITUTIONNEL

La création d'un nouvel établissement de santé publique s'appuie sur plusieurs rapports, récemment publiés :

- parlementaires, d'inspection, d'évaluation et d'expertise sur les agences sanitaires ou encore de manière plus large, sur les opérateurs de l'État¹ ;
- de personnalités qualifiées sur des thématiques, notamment sur les réformes des vigilances².

La réflexion et les propositions faites ici se fondent aussi sur le vote par le Parlement, le 25 novembre 2014, de la loi portant réforme territoriale, avec le passage aux métropoles et de 22 à 13 régions.

Quelques propositions figurant dans les rapports parlementaires ou d'inspection

Le rapport de l'Inspection générale des finances sur les agences³ avait posé plusieurs principes motivant une évolution des agences, dont le regroupement géographique des locaux et des sites, et faisait la promotion d'agences ayant une taille critique. Ce rapport préconisait également une réorganisation du système de gouvernance des agences. Les établissements seraient organisés autour du modèle suivant :

- un Conseil d'administration (CA) chargé de la gestion administrative et financière ;
- un Conseil scientifique (CS) appuyant une expertise de qualité ;
- un Conseil d'orientation (COD) ouvert à la société civile fixant les enjeux et le programme de travail ;
- une Commission de déontologie (CED) qui assurerait la gestion permanente des questions déontologiques et qui vérifierait que les obligations légales sont remplies par le personnel, les collaborateurs occasionnels ou les cocontractants.

1. Bricq N. *Rapport d'information n° 355 sur les agences sanitaires, fait au nom de la Commission des finances*. Paris, 27 juin 2007 ; Bur Y. *Rapport d'information n° 697 déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*. Paris, 06/02/2008 ; Girard J.-F. *Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France*. Paris, août 2006 ; Inspection générale des finances. *Rapport n° 2011-M-044-01 sur les agences sanitaires*. Paris, mars 2012 ; Cour des comptes. *Rapport n° 62818 sur la gestion de l'Institut de veille sanitaire*. Paris, 04/11/2011.

2. Jean-Yves Grall (DGS) et Françoise Weber (DGS), pour leurs rapports de mission successifs (juillet 2013 et septembre 2014) sur la réorganisation des vigilances sanitaires.

3. Inspection générale des finances. *L'État et ses agences*. Rapport n° 2011-M-044-01 sur les agences sanitaires. Paris, mars 2012.

La même année, le Conseil d'État⁴ proposait l'élaboration d'une doctrine pour le recours aux agences :

- recherche de l'efficacité accrue dans la mise en œuvre d'une politique publique déterminée (critère de l'efficacité) ;
- nécessité d'une expertise distincte de celle habituellement rencontrée dans les services de l'État (critère de l'expertise) ;
- opportunité de nouer des partenariats avec des acteurs de la société civile et les collectivités territoriales (critère du partenariat) ;
- nécessité d'éviter l'intervention du pouvoir politique dans les processus récurrents de décision (critère de la neutralité).

En outre, en termes de gestion des agences, le même rapport préconisait la gestion des moyens des agences dans un cadre pluriannuel. À cette fin, il recommandait de :

- déterminer dans la loi de programmation des finances publiques l'évolution des dépenses des agences rattachées à chaque mission ;
- établir une contractualisation pluriannuelle sur les moyens entre l'État et les agences, en cohérence avec le cadrage défini par la loi de programmation.

Le rapport Bur⁵ s'est largement intéressé aux agences sanitaires. Présenté en 2011, il proposait déjà le rapprochement de l'InVS et de l'Inpes.

Présentation succincte des trois agences

Les crises sanitaires successives ont montré, depuis les années quatre-vingt, l'intérêt de fonder la décision publique sur une expertise ou une évaluation scientifique indépendante et de haut niveau, qui permet d'affirmer que les contraintes de gestion n'ont pas altéré le résultat de cette évaluation.

La création du nouvel établissement repose sur le regroupement de trois agences sanitaires existantes. Leurs missions sont définies dans le Code de la santé publique, elles relèvent toutes les trois de la tutelle principale

4. Conseil d'État. *Les agences : une nouvelle gestion publique ?* Rapport public 2012 (vol. 2). Paris : La Documentation française, coll. Études et documents, Conseil d'État, septembre 2012 : 296 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000501-rapport-public-2012-du-conseil-d-etat-volume-2-les-agences-une-nouvelle-gestion>

5. Rapport d'information, déposé au bureau de l'Assemblée nationale le 6 juillet 2011.

du ministère chargé de la santé, notamment la direction générale de la Santé (DGS), et sont financées par le programme 204.

En ce qui concerne l'InVS, son budget est essentiellement composé de la subvention pour charge de service public. Concernant l'Inpes, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) est le principal financeur de l'Agence. Il en est de même pour l'Éprus.

Les trois opérateurs ont été impactés par les mesures de réduction budgétaire et du plafond d'emploi depuis plusieurs années [tableau 1].

Tableau 1 - Évolution des plafonds d'emploi et des budgets de l'InVS, l'Inpes et de l'Éprus, 2010-2015

	2010		2015		% 2010 / 2015	
	Budget M€	ETP	Budget M€	ETP	Budget	ETP
Inpes	113,82	146	76,5	127	-33 %	-13 %
InVS	63,721	432,5	57,599	392	-10 %	-9 %
Éprus	73,63 (en 2011)	35	41,69	30	- 43 %	- 14 %

NB : Budget hors provisions et investissements.

L'Institut de veille sanitaire (InVS)

Établissement public administratif qui a essentiellement pour missions :

- la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population ;
- la veille et la vigilance sanitaires ;
- l'alerte sanitaire ;
- la contribution à la gestion des situations de crise sanitaire.

Le métier de l'InVS consiste en la production de données scientifiquement fiables et rigoureuses, la diffusion de ces connaissances scientifiquement validées et l'analyse et l'évaluation des signaux d'alerte.

La production de données et la formalisation de connaissances s'effectuent de façon indépendante de la gestion politique, même si les alertes sont bien lancées auprès des pouvoirs publics.

L'InVS est de taille relativement importante et est organisée en :

- quatre départements scientifiques spécialisés, de taille conséquente

quoiqu'inégale, et d'une structure de coordination et support scientifique ayant rang de direction ;

- un département territorial au niveau du siège et au niveau régional avec 17 cellules d'intervention en région (Cire) ;

- des fonctions support.

Créé en 1998, l'InVS, qui a vu ses missions renforcées en 2004, a repris les missions du Réseau national de santé publique (RNSP), lancé en France en 1992. Son siège est à Saint-Maurice (94).

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Établissement public administratif qui a essentiellement pour missions :

- la mise en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, des programmes de santé publique destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités ;

- d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;

- de participer, à la demande du ministère chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives ;

- d'établir les programmes de formation à l'éducation pour la santé, selon des modalités définies par décret ;

- d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire.

Il a été créé en 2002, et se substituait à l'époque au Comité français d'éducation pour la santé (CFES), association loi de 1901.

Composé de professionnels aux profils et expériences multiples, fortement motivés par leur mission, l'Inpes est structuré en directions métier spécialisées et complémentaires : un métier scientifique, un métier de communication vers les publics et un métier d'animation des acteurs et territoires, une Direction des programmes et des métiers de support.

L'Inpes est par ailleurs financeur unique du GIP Adalis qui assure des missions de prévention et d'aide à distance en santé (téléphonie santé) sur les thèmes de l'alcool, des addictions et des jeux. Le budget

de ce dernier est de 3,2 millions d'euros et 37 ETPT y travaillent au 1^{er} janvier 2015. Ses missions consistent à :

- répondre aux appels du public 7 jours sur 7, sur l'ensemble du territoire national y compris les DOM-TOM, et gérer quatre lignes d'appel distinctes, ouvertes de 8 heures à 2 heures, et trois sites internet ;
- gérer (recenser, mettre à jour et diffuser au public) le répertoire national des structures de prévention et de soins en addictologie.

Son siège est situé à Saint-Denis (93).

L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus)

Établissement le plus jeune, il a été créé en 2007 et ses principales missions sont :

- la gestion de la Réserve sanitaire ;
- la gestion des stocks pharmaceutiques stratégiques.

Les fonctions sont essentiellement tournées vers l'urgence sanitaire. Structure plus petite que les deux autres établissements, l'Éprus possède une organisation tournée vers l'opérationnalité et la réactivité. Elle est composée de deux pôles de taille sensiblement égale – la Réserve sanitaire et l'Établissement pharmaceutique – complétés de fonctions support qui viennent en appui à ces deux pôles. L'Établissement pharmaceutique est tenu à des restrictions de confidentialité en matière de stocks de produits pharmaceutiques stratégiques.

Son siège se situe à La Plaine-Saint-Denis (93).

Il est à noter que les budgets de fonctionnement de cet opérateur sont, de par ses missions, nécessairement fluctuants. La gestion financière de l'Établissement pharmaceutique représente des engagements budgétaires très importants.

LA DÉMARCHE DE PRÉFIGURATION : COCONSTRUCTION ET DIALOGUE SOCIAL

Le processus de préfiguration s'est construit sur plusieurs postulats :

- s'appuyer sur les exemples étrangers ;
- impliquer les personnels des trois établissements devant se regrouper dans les travaux et les réflexions et, le plus possible, dans une démarche participative ;
- inscrire la préfiguration dans une démarche de concertation avec la direction générale de la Santé et avec les représentants du personnel (dialogue social).

Pour mener à bien cette préfiguration, a été mise en place une comitologie resserrée et fonctionnelle, composée de :

- **une équipe projet**, menée par le directeur général adjoint, chef de projet, le directeur de cabinet auprès du préfigurateur, un coordinateur par établissement, et une chargée de communication. À cette équipe projet viennent s'adjoindre les personnes ressources en fonction des enjeux ;
- **un Comité exécutif du projet**, présidé par le préfigurateur, réunissant les directions générales des trois établissements concernés.

Ont été mis en place dès le début de la préfiguration, pour contribuer à la réflexion :

- **des groupes de travail** ayant mobilisé des agents des trois établissements, au cœur de la démarche participative (voir annexe 1) ;
- **des missions ad hominem** auprès du préfigurateur, sur des sujets très précis ou transversaux (voir annexe 1).

En plus de l'équipe projet dédiée, la préfiguration a pu bénéficier d'un soutien de la part :

- du cabinet EY Conseil, pour la partie « accompagnement du projet », notamment le pilotage des groupes de travail liés aux fonctions support et métier ;
- du cabinet Wiseorga, pour la sécurité des systèmes informatiques ;
- de la société Adige conseil, pour la réalisation d'une enquête qualitative de diagnostic sociologique.

LA STRATÉGIE DE CONDUITE DE LA PRÉFIGURATION

La démarche générale suivie dans le cadre de la préfiguration est la suivante :



Cette démarche s'inscrit dans un calendrier ayant pour objectif la création effective de la future agence au 1^{er} janvier 2016, et qui s'organise autour de trois grandes phases.

Phase 1 : diagnostic de l'existant (octobre à décembre 2014)

Cette phase avait pour objectifs de :

- mettre à plat l'organisation, les pratiques, les outils, l'expertise, la culture, les missions et les contraintes de chacun des trois établissements en tenant compte de leurs implications et spécificités (à titre

d'exemple : les domaines d'expertise respectifs ou le statut d'organisme d'importance vitale [OIV] de l'Éprus et de l'InVS) ;

- analyser l'environnement du futur établissement afin d'aider à déterminer sa place et son rôle parmi les autres acteurs en santé publique, que ce soit au niveau local, national ou international.

Phase 2 : définition des principes clés de la préfiguration (janvier à fin mars 2015)

À partir du diagnostic réalisé, il s'agit de commencer à définir les principes clés de fonctionnement du nouvel établissement. Un soin tout particulier a été mis dans la recherche de mutualisations possibles, de synergies et d'intégrations à envisager afin que la future agence ne soit pas seulement la juxtaposition des trois établissements préexistants, mais un établissement efficient, ayant une réelle cohérence d'ensemble et des valeurs communes.

Phase 3 : programmation et la mise en œuvre de la convergence (avril à décembre 2015)

Il s'agira alors de faire converger les trois établissements vers une structure unique. Cette convergence, dont la mise à œuvre sera assurée tout au long de l'année 2015, passe par la programmation de l'activité 2016.

DÉMARCHE PARTICIPATIVE, INCLUSIVE ET DIALOGUE SOCIAL

Le passage de trois établissements – aux cultures et aux missions différentes – à un seul implique un nombre important de changements pour les agents, que ce soit en termes de fonctions support, de relations avec leurs collègues, voire de lieu de travail (pour les agents de l'Inpes et de l'Éprus qui ont vocation à rejoindre le site de Saint-Maurice). Afin que la création de l'Agence soit une réussite, il est indispensable de créer un climat favorable et une adhésion des agents au projet.

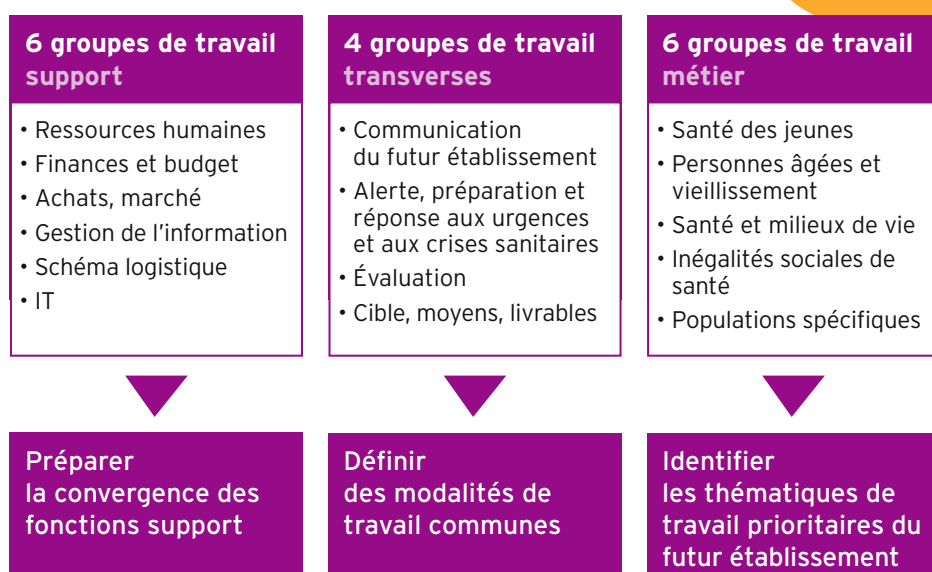
La philosophie de la préfiguration de la nouvelle agence est celle d'une coconstruction en lien avec la tutelle, les agents des trois établissements et leurs représentants syndicaux. À ce titre, ces acteurs sont régulière-

ment consultés dans le cadre de chaque étape structurante du projet. Ainsi, des espaces de dialogue et de construction commune ont été mis en place.

Les groupes de travail (voir annexe 1)

Les groupes de travail avaient pour mandat de réaliser un diagnostic sur les pratiques actuelles liées à leurs thématiques et de proposer des préconisations pour la création de l'Agence. À ce titre, ils ont contribué au diagnostic de l'existant et à la définition des principes organisationnels cibles. Au total, 15 groupes de travail ont été organisés pour un total de 55 réunions animées entre novembre 2014 et fin février 2015 [figure 1]. Pour le suivi et l'animation de ces groupes de travail, un appui par des cabinets externes a été sollicité.

Figure 1 - Typologie des groupes de travail et objectifs



L'approche adoptée est celle de la participation puisque pas moins de 200 agents se sont impliqués dans les groupes de travail, soit 33 % de l'ensemble du personnel concerné, permettant ainsi les regards croisés et les échanges entre agents des trois établissements.

Trois thématiques de travail étaient ainsi proposées :

- **les groupes de travail « Supports »**, dont l'objectif consistait à préparer l'intégration des fonctions support des trois établissements ;

- **les groupes de travail « Transverses »**, qui avaient pour mandat de définir les modalités de travail partagé de la nouvelle agence sur des questions transversales comme la politique d'évaluation ou bien encore l'organisation de la gestion des alertes et de préparation et de réponse aux urgences et crises sanitaires ;

- **les groupes de travail « Métiers »**, enfin, qui devaient analyser le travail mené par chacun des trois établissements sur ou à destination d'une population donnée, et, ainsi, proposer des thématiques de travail prioritaires pour la nouvelle agence.

Enfin, et dans la logique d'associer le plus grand nombre dans la démarche, les synthèses des travaux de chaque groupe de travail ont été mises à la disposition de tous sur un espace partagé dédié.

Les missions auprès du préfigurateur (voir annexe 1)

Pour certaines thématiques spécifiques, le préfigurateur a souhaité recueillir l'éclairage de personnalités internes voire parfois externes à l'InVS, l'Inpes ou l'Éprus. C'est dans cette logique qu'une quinzaine de lettres de mission ont été rédigées. Peuvent être cités, à titre d'exemple, les travaux menés sur l'ancrage territorial de la future agence, sa place à l'international, ses relations avec la recherche, ses partenariats, ou bien encore sur la stratégie immobilière temporaire et définitive à mener pour le regroupement des agents à Saint-Maurice.

Les notes issues de ces missions spécifiques ont été remises au préfigurateur fin février afin de nourrir la réflexion sur la définition des principes organisationnels cibles et les actions à mener dans le cadre de la convergence de la nouvelle agence. L'ensemble des agents a pu également prendre connaissance de l'ensemble des résultats à travers la mise à disposition des notes de synthèse sur l'espace partagé dédié.

Les espaces de dialogue et l'implication des représentants du personnel

L'adhésion de l'ensemble des agents est une condition *sine qua non* pour assurer la réussite de la phase de préfiguration mais également inscrire le nouvel établissement dans la durée, non pas comme la simple somme des trois agences actuelles, mais bien comme une seule et même entité [figure 2].

Figure 2 - Organisation et objectifs des espaces de dialogue

Informier sur l'avancement du projet

La lettre d'information « trajectoire »

Une lettre d'informations publiée tous les 2 mois pour tout connaître de l'avancement de la préfiguration

► 6 à 8 numéros prévus en 2015

Échanger et mieux se connaître

Les assemblées générales / Événements conviviaux

Des temps de convivialité pour échanger et apprendre à se connaître

► 1 réunion réalisée en 2014
2 à 3 réunions prévues en 2015

Connaître la perception et les attentes des agents vis-à-vis de la préfiguration

Le baromètre

Questionnaire en ligne auprès d'un groupe représentatif d'agents

► 4 vagues prévues en 2015

Les petits déjeuners

Petit déjeuner informel entre le préfigurateur et une dizaine d'agents des 3 établissements

► 1 petit déjeuner par mois depuis décembre 2014

Le diagnostic sociologique

Diagnostic à partir d'entretiens sur les facteurs favorables et défavorables à la création de l'Agence

► 60 agents rencontrés en février 2015

Il faut également ajouter qu'une rencontre mensuelle est organisée entre les représentants syndicaux des trois établissements et le préfigurateur afin d'échanger sur tous les sujets.

L'implication des représentants du personnel est un point fondamental dans la conduite du projet. Le préfigurateur veille à être constamment à leur écoute et à répondre à leurs interrogations.

Plusieurs axes de travail ont ainsi été définis en vue de :

- **informer** l'ensemble des agents sur l'avancement de la préfiguration, objectif qui se traduit notamment par la création de la lettre d'information électronique « Trajectoire », publiée à chaque grande phase d'avancement du projet (environ tous les deux mois) ;

- **échanger et apprendre** à mieux se connaître entre agents des trois établissements, objectif fondamental pour permettre la convergence des trois établissements. Cet objectif passe par l'opportunité donnée à

l'ensemble des agents de la nouvelle agence de pouvoir bénéficier de moments d'échanges dans le cadre d'assemblées générales ou d'événements conviviaux ;

- **connaître et mesurer** dans le temps l'évolution de la perception et les attentes des agents vis-à-vis de la préfiguration, et ainsi pouvoir orienter le rythme du projet. Cette orientation est mise en œuvre à travers :

- **le diagnostic sociologique**, qui a été réalisé par un prestataire externe, et qui a permis d'analyser les différences culturelles entre les trois établissements, ainsi que les craintes et les attentes de leurs agents vis-à-vis du projet de création de la nouvelle agence. De cette analyse découlent des préconisations pour permettre l'adhésion des agents au projet,
- **les petits déjeuners de la préfiguration** qui consistent en des temps d'échanges informels entre le préfigurateur et un petit groupe d'agents, leur permettant ainsi de poser directement les questions qui leur importent au préfigurateur, et dans le même temps, à ce dernier de mieux percevoir les craintes et les attentes des agents ;
- **le baromètre** qui consiste en un questionnaire en ligne renseigné par un panel représentatif d'agents et qui permet d'assurer un suivi longitudinal de leur perception du projet.

- Le processus de préfiguration s'est construit sur trois postulats : 1/s'appuyer sur les exemples étrangers, 2/l'implication des personnels des trois établissements, 3/inscrire la préfiguration dans une démarche de concertation avec la tutelle et les représentants du personnel (dialogue social).
- Trois grandes phases de préfiguration ont été définies : le diagnostic de l'existant, la définition des principes organisationnels et la mise en œuvre de la convergence.
- 200 agents ont été mobilisés dans 15 groupes de travail.
- 14 personnes ont été missionnées sur des thématiques spécifiques.
- De nombreux espaces de dialogue avec le personnel ont été mis en place.

Propositions

- Poursuivre le travail de préfiguration : programmation et mise en œuvre de la convergence sur un mode participatif et prise en compte des éléments issus du dialogue social.

LES VALEURS, PRINCIPES FONDATEURS, OBJECTIFS ET MISSIONS DE LA NOUVELLE AGENCE

Une agence au service de toutes les populations, qui contribue à prévenir les conséquences des risques et améliorer l'état de santé, au plus près des évolutions contemporaines et des enjeux de demain, fondée sur l'excellence, l'éthique et l'ouverture, telle est l'ambition de la nouvelle agence de santé publique.

Ainsi, la ligne de force du nouvel établissement sera construite autour de l'axe « populations ».

VALEURS

Trois valeurs fortes constituent, d'ores et déjà, un socle de la nouvelle agence de santé publique.

Le sens de l'intérêt général

La participation de l'ensemble des agents à une mission de service public est au fondement des valeurs du futur établissement. Pour ce faire, et de façon prégnante dans le domaine de la santé, la crédibilité de l'institution doit être défendue par des règles d'éthique et de déontologie strictes, partagées et transparentes. Cela passe également, compte tenu des sujets traités (alerte, surveillance, intervention en situation de crise, promotion de la santé), des données et informations collectées et traitées, par une relation de confiance avec les acteurs, les partenaires et les citoyens. Cela implique d'établir des règles fortes de respect de la vie privée, du secret médical et de déontologie de l'information.

L'équité ou la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé

L'Agence aura à cœur de promouvoir la santé dans toutes les politiques, dans un esprit d'équité sociale et territoriale. Il s'agira de prendre en compte dans ses priorités et ses recommandations, comme valeur structurante, la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé, en développant des interventions en direction des populations minoritaires ou vulnérables et en s'efforçant, en parallèle, de promouvoir la santé dans tous les milieux de vie, avec notamment une interaction forte avec le législateur pour promouvoir la santé dans les grandes politiques publiques.

La réactivité et l'inscription dans la durée

La réactivité, que cela soit pour alerter ou pour intervenir. L'inscription dans la durée, car la santé se construit tout au long de la vie, les expositions d'aujourd'hui sont les maladies ou les risques de demain. Les normes et les valeurs qui construisent le rapport à la santé d'une société sont fabriquées par elle et non prescrites par l'action publique. Ainsi la nouvelle agence aura-t-elle à cœur de garantir la pérennité de l'information en santé et la cohérence dans le temps des interventions de santé publique tout autant que la réactivité face à des menaces ou des situations de crise.

PRINCIPES FONDATEURS

Sept principes fondateurs susceptibles de structurer fortement la future agence de santé publique ont été identifiés.

L'excellence scientifique et l'expertise collective

Les équipes de l'Agence se distinguent par un haut niveau de connaissances scientifiques, par leur capacité à produire de rapports, avis, expertises, études ou encore articles s'appuyant sur des données scientifiquement fiables, vérifiées, probantes, très en lien avec la recherche (voir le chapitre « S'appuyer sur la recherche pour faire face aux nouveaux besoins »). L'expertise ainsi produite se doit d'être collective, pluraliste, et le plus souvent possible, inscrite dans le cadre de la Charte de l'expertise⁶.

6. Décret n° 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la Charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du Code de la santé publique. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/5/21/AFSP1306657D/jo/texte>.

L'indépendance et la transparence des avis et recommandations

Cette indépendance se fondera aussi sur la transparence et la publicité des avis et recommandations produits. Placée sous la tutelle technique, budgétaire et comptable du ministère chargé de la santé, la nouvelle agence et ses équipes travailleront dans le cadre d'un contrat négocié dans le respect de l'indépendance de l'expertise et des avis et recommandations produits.

Cela impliquera des processus d'évaluation structurés et reconnus, ainsi qu'une démarche déontologique et éthique qui sera portée par la direction générale et le Comité d'éthique et de déontologie (CED).

L'ouverture

La composition du Conseil d'administration ainsi que la création d'un Comité d'orientation et de dialogue refléteront cette volonté. Ce principe d'ouverture doit être entendu au sens le plus large. Autrement dit, il s'agit pour la nouvelle agence de faire en sorte que l'ensemble des parties prenantes participe au projet de demain, car c'est bien toute la société civile qui devra être concernée par les missions, productions et services de l'Agence nationale de santé publique.

La territorialité : présence sur les territoires, en région et dans les outre-mer

L'organisation régionale du futur établissement constitue un enjeu prioritaire et stratégique compte tenu de ses responsabilités de veille, de surveillance, d'alerte et d'investigation. Déjà identifiée dans les contrats d'objectifs et de performance (COP) des établissements, la question territoriale a été au cœur des réflexions de la préfiguration, ce qui a amené à proposer son inscription dans le domaine législatif afin que les cellules d'intervention en région (Cire) soient pleinement placées sous son autorité hiérarchique. Le contexte de création de la nouvelle agence de santé publique nécessite de définir et de préciser l'organisation territoriale nécessaire à l'accomplissement des missions qui lui sont dévolues. Le nouvel établissement devra définir comment il accompagnera le déploiement de ses missions au niveau régional en lien étroit avec les agences régionales de santé (ARS).

Une attention particulière sera portée aux départements d'outre-mer dans une logique de meilleure prise en compte des nombreuses inégalités de santé et de leurs singularités (de statut, de position géographique, de démographie), soulignées par le récent rapport de la Cour des comptes sur la santé en outre-mer⁷.

Le fonctionnement en réseau

En juin 1992, le Réseau national de santé publique est créé avec pour mission de coordonner, d'animer et de renforcer les activités de surveillance et d'intervention épidémiologiques des organismes en charge de la politique de santé publique.

En août 1972, le Comité français d'éducation pour la santé remplace le Centre national d'éducation sanitaire démographique et sociale, créé en 1945. Il sera lui-même remplacé par la création de l'Inpes en mars 2002, avec des missions élargies.

Ces deux réseaux historiques constituent les fondations mêmes de l'agence de santé publique de demain, notamment au travers des partenariats noués et des structures créées depuis. Les membres de ces réseaux ont été et continueront à être de précieux relais d'expertise, de mise en œuvre, venant en appui et permettant à l'Agence nationale de santé publique – Santé Publique France demain de consolider et de réaliser pleinement ses missions.

Pour cela, l'Agence s'appuiera sur un Réseau national de santé publique qu'elle constituera et animera, regroupant d'une part, les réseaux de veille et de surveillance, et d'autre part, les réseaux de prévention/promotion de la santé. En seront membres tous les acteurs participant à la réalisation de ses missions de surveillance, de veille, d'alerte, de prévention et de promotion de la santé : les registres, les centres nationaux de référence (CNR), les réseaux des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), des groupements d'alerte en santé travail (Gast), des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) et/ou antennes régionales de la lutte contre les infections nosocomiales (Arlin), des Villes-Santé OMS, etc.

7. En ligne : <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-sante-dans-les-outre-mer-une-responsabilite-de-la-Republique>

Des partenariats renouvelés et faisant l'objet d'un pilotage stratégique

Les relations partenariales – au-delà de la relation contractuelle qui peut exister – seront fondées sur le respect des missions et prérogatives de chacun des acteurs. L'Agence doit développer des relations soutenues, fortes, pérennes et équilibrées avec ses partenaires. Dans le cadre de la préfiguration, une attention particulière a été portée aux relations avec :

- d'une part les agences régionales de santé, acteurs qui ont la responsabilité du pilotage de la santé en région ;
- et d'autre part avec les caisses d'assurance maladie, au premier rang desquelles, la CnamTS, financeur majeur de la nouvelle agence ;
- ainsi qu'avec la direction générale de la Santé et les autres administrations centrales ou opérateurs concernés, dans le cadre notamment de la réforme du système des agences sanitaires.

Les coopérations européennes, internationales et dans les outre-mer seront une priorité du futur établissement en termes d'alerte, de partage d'expérience et de développement.

La relation contractuelle, éventuellement assise sur un financement, sera totalement intégrée dans le cadre de la stratégie partenariale et d'ouverture.

La stratégie partenariale sera développée autour de **trois axes principaux** :

- un dialogue construit et ouvert avec le ministère chargé de la santé et les administrations centrales. Le ministère définit, en lien avec l'exécutif, les stratégies nationales et assure la coordination interministérielle des politiques publiques. Le futur établissement fournira son expertise, ses avis, recommandations et appui, afin d'éclairer la décision publique. Le contrat d'objectifs et de performance est le document structurant les relations entre les partenaires et définissant le cadre des priorités de l'établissement dans une logique pluriannuelle. L'Agence construira son programme de travail dans cette optique ;
- des collaborations à renforcer avec les autres agences sanitaires et opérateurs du secteur public, dans le respect des missions, responsabilités et propriété des productions de chacun. Que cela soit avec l'Assurance maladie, la Drees, la recherche, le milieu associatif (Fnors, Fnes,

lireps, etc.), les partenariats devront s'attacher à coconstruire des livrables bénéfiques aux différentes parties ;

- un accès privilégié aux données⁸ dont l'Agence devra continuer à bénéficier pour répondre à ses missions. Elle continuera le travail de développement de systèmes de surveillance, de veille, d'alerte ou d'investigation. Avec la dématérialisation croissante de l'information et les développements technologiques actuels, les données se multiplient et leur collecte et/ou leur réutilisation représentent pour l'établissement un double enjeu : scientifique et d'efficacité, que des collaborations partenariales fortes doivent renforcer et structurer.

Respect d'une éthique de l'action : être en capacité d'assurer sa mission de service public

La nouvelle agence sera structurée afin de répondre à un haut niveau d'opérabilité et d'efficacité.

Plusieurs domaines sont concernés :

- **la fiabilité.** Le développement des systèmes d'information représente une condition *sine qua non* pour le bon exercice de ses missions ;

- **la sensibilité.** Des travaux engagés dans le cadre du COP de l'InVS sur le seuil de déclenchement de l'alerte montrent que dans ce domaine, il existe encore des adaptations à prévoir ;

- **l'accès aux données.** La nouvelle agence de santé publique au service des populations et des décideurs publics doit être extrêmement attentive à la préservation de la confiance et du secret médical, professionnel, industriel et commercial ;

- **la réactivité.** L'Établissement, son organisation et ses équipes doivent pouvoir garantir la réactivité nécessaire à la meilleure sécurité sanitaire possible et pour intervenir lors de crises sanitaires ;

- **l'anticipation** par la veille prospective, qui vise à prendre du recul et à replacer les signaux d'alerte dans l'évolution de la société, sera promue pour mieux s'y préparer ;

8. Ce point a particulièrement été développé dans le cadre du dernier COP de l'InVS (indicateur n° 2).

- **la capacité d'innovation.** Face aux transformations sociales et environnementales, à l'émergence de nouveaux risques, aux progrès scientifiques, aux évolutions des attentes des populations, cette capacité d'innovation est essentielle ;
- **la constitution de masses critiques** sur un certain nombre de thèmes en vue de disposer d'une expertise interne de qualité et de capacités d'action efficaces, tant en analyse qu'en interventions ;
- **les ressources.** L'Établissement doit pouvoir disposer de moyens humains et financiers en adéquation avec ses missions, prérogatives et responsabilités.

La nouvelle agence de santé publique reprendra les missions actuellement assurées par l'InVS pour la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population, par l'Inpes pour la prévention et la promotion de la santé, et par l'Éprus pour la préparation et la réponse aux situations de crise sanitaire. La création du nouvel établissement permettra d'améliorer la cohérence et la continuité de l'exercice de ces fonctions, de mieux coordonner l'exercice des différentes fonctions de santé publique au service de la stratégie nationale de santé, et de contribuer à l'efficacité des politiques publiques.

Dès les premiers mois de la préfiguration, un travail a été initié concernant les textes juridiques et en particulier le projet de loi santé. Ce travail a amené à la production de plusieurs notes concernant des propositions d'amendements au projet de loi, et notamment à l'article 42-I concernant directement la création de la nouvelle agence de santé publique. Dans le prolongement, un travail important a été réalisé – en lien avec les comités de direction des établissements – afin de déterminer les missions qui devaient éventuellement être mieux identifiées, clarifiées ou ajoutées.

OBJECTIFS

Très vite, il est apparu que la création de la nouvelle agence de santé publique était une formidable opportunité pour permettre de :

- construire un *continuum* entre les missions des trois établissements autour de l'axe populationnel ;
- donner un nouvel élan à la prévention et promotion de la santé ;

- consolider le système national de veille et de surveillance ;
- renforcer l'expertise en santé publique (épidémiologie, prévention, évaluation) ;
- réformer la gouvernance, notamment pour associer les parties prenantes d'une santé publique en prise avec l'évolution de la société ;
- moderniser les approches à l'ère du numérique ;
- inscrire le nouvel établissement dans une dimension régionale et renforcer ses capacités en outre-mer ;
- travailler résolument à l'international, dans un contexte mondialisé.

MISSIONS

Les missions du futur établissement seront définies par l'ordonnance qui sera publiée au plus tard six mois après la promulgation de la loi portant modernisation de notre système de santé (projet de loi 2302, 2673).

L'équipe de préfiguration a produit une version 0 de l'ordonnance. Cela a été l'occasion :

- d'affirmer ou de consolider un certain nombre de points concernant :
 - **la responsabilité** du traitement des signaux pouvant représenter les premiers éléments d'une menace pour la santé des populations,
 - **les prérogatives** du futur établissement en matière d'accès aux données,
 - **l'indépendance** de l'expertise et la publicité des avis et recommandations,
 - **la possibilité** pour l'établissement de s'autosaisir sur tous les sujets relevant de sa compétence ;
- de présenter les missions, compétences et pouvoirs des trois établissements, en proposant un toilettage de certaines formulations pour les missions du nouvel établissement en s'appuyant sur les fonctions essentielles de santé publique **[encadré A]**.

Les missions proposées à ce stade par l'équipe de préfiguration, et mises à débat avant inscription dans l'ordonnance, sont les suivantes :

Encadré A - Les dix fonctions essentielles de santé publique telles que définies par l'Ianphi (International Association of National Public Health Institutes)

1. Suivi, évaluation et analyse de l'état de santé de la population dans une finalité d'amélioration de celle-ci.
2. Veille sanitaire, surveillance, alerte, investigations et contrôle des risques et menaces pour la santé publique.
3. Promotion de la santé et participation sociale en faveur de la santé.
4. Recherche en santé publique.
5. Développement des politiques de santé publique et des capacités institutionnelles pour la planification et la gestion en santé publique.
6. Réglementation et mise en application.
7. Évaluation et promotion d'une égalité d'accès aux services et biens de santé.
8. Développement des ressources humaines et formation en santé publique.
9. Assurance qualité, maîtrise des risques et évaluation des services, des technologies et biens de santé en faveur des personnes et des populations.
10. Réduction de l'impact sur la santé des populations des urgences sanitaires et des catastrophes.

L'Établissement a pour missions :

- la veille, la surveillance et l'observation de l'état de santé des populations et l'alerte sanitaire ;
- la prévention, l'éducation et la promotion de la santé ;
- la préparation et la réponse aux menaces et crises sanitaires.

À ce titre, l'Établissement :

- identifie, rassemble, analyse, actualise et diffuse les informations, données et connaissances sur l'état de santé des populations et sur les risques sanitaires les menaçant, ainsi que sur leurs causes et leurs évolutions. Il contribue la production des indicateurs de santé ;
- détecte de manière prospective les facteurs de risques ou menaces susceptibles de modifier ou altérer la santé de la population ou certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ;
- étudie et répertorie, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées et le gradient social et territorial ;

- alerte sur les menaces sanitaires sans préjudice des dispositions relatives aux vigilances sanitaires. Il est responsable du traitement des signaux pouvant représenter les premiers éléments d'une menace pour la santé humaine, en lien avec les agences régionales de santé pour ce qui concerne les compétences régionales ;
- assure sans délai l'alerte des autorités sanitaires en cas de menace pour les populations et propose aux autorités compétentes toute mesure de nature à préserver la santé publique ;
- contribue à la mise en œuvre des projets régionaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-1 ;
- contribue par son expertise à la préparation et à la gestion des situations de crise et à la mise en œuvre des plans de réponse ;
- exerce une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé ;
- conçoit, expérimente et évalue des stratégies et des interventions en santé et contribue à l'évaluation de l'impact sanitaire des politiques publiques ;
- contribue au développement des compétences et pratiques en santé publique des professionnels de la santé et de la prévention, ainsi qu'au transfert de connaissances pour le développement de la promotion et de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;
- contribue dans son champ au développement de la recherche en santé publique ;
- participe, dans le cadre de ses missions, à l'action internationale et européenne de la France, et notamment à des réseaux internationaux de santé publique.

L'Établissement peut se saisir de toute question relevant de ses missions définies aux A et B du présent article. Il peut être saisi par le ministre chargé de la santé et, le cas échéant, à la demande des autres ministres, des autres établissements publics de l'État, et par tout organisme représenté à son Conseil d'administration.

Dans son champ et pour réaliser ses missions, l'Établissement met en œuvre une expertise indépendante et pluraliste. Les avis et recommandations de l'Établissement sont rendus dans le respect de l'article L. 1452.2.

Sous réserve du respect des secrets protégés par la loi, notamment le respect du secret-défense et de la vie privée, les avis et recommandations de l'Établissement sont rendus publics.

Pour l'exercice de ses missions et activités, l'Agence s'appuie sur un Réseau national de santé publique qu'elle constitue et anime. Le réseau est constitué de toute personne publique ou privée, française ou étrangère, qui apporte son concours aux missions de l'Établissement et qui coopère avec lui, en particulier par voie de conventions ou de participations à des groupements d'intérêt public ou scientifiques.

Pour la mise en œuvre, sur l'ensemble du territoire, de sa mission de veille, de surveillance, d'alerte et disposer de connaissances sur l'état de santé des populations, l'Établissement assure la responsabilité d'un système national de veille et de surveillance dans le respect des missions dévolues aux agences régionales de santé, notamment au a) du 1° de l'article L. 1431-2.

Pour assurer la cohérence du système de surveillance et de veille et améliorer la pertinence des actions dans son champ de compétences, l'Établissement dispose, sous son autorité, de cellules d'intervention en région placées auprès des directeurs des agences régionales de santé.

En vue de l'accomplissement de ses missions, l'Établissement :

- met en place les systèmes d'information lui permettant d'utiliser ou d'accéder à, dans les meilleurs délais, des données scientifiques, sanitaires, démographiques, comportementales, sociales, climatiques, environnementales, statistiques, industrielles et commerciales, notamment en matière de déterminants, de morbidité et de mortalité ;
- élabore des systèmes de surveillance et d'alerte qui permettent aux pouvoirs publics d'engager des actions de maîtrise précoce en cas de menace sanitaire et de gestion des crises sanitaires ;
- conçoit, produit et évalue les méthodes, stratégies et dispositifs de prévention, d'éducation et de promotion de la santé, les supports d'expertise, d'information et d'intervention, notamment les campagnes de communication et les dispositifs de prévention et d'aide à distance en santé ;
- contribue à l'évaluation de l'impact en santé des politiques publiques, notamment par le développement de méthodes et d'outils ;

- identifie, soutient, réalise ou participe, dans son domaine de compétences, à toute étude, programme, action de formation, d'information, de communication et d'évaluation ;
- caractérise les inégalités sociales et territoriales de santé et contribue à construire des programmes ou actions pour lutter contre ces dernières, notamment en faveur des populations vulnérables ;
- assure la gestion administrative, financière et logistique de la Réserve sanitaire et des stocks de produits et traitements confiés par l'État. Il assure le recrutement, la formation, la mobilisation des réservistes sanitaires et l'animation de leur réseau ;
- acquiert, fabrique, importe, stocke, transporte, distribue et exporte, à la demande du ministre chargé de la santé, les produits et services nécessaires à la protection des populations, face aux situations sanitaires exceptionnelles ou en cas de difficultés d'approvisionnement de produits nécessaires à la prévention ou la gestion d'urgences sanitaires ; il assure également leur renouvellement et leur éventuelle destruction ;
- fournit à l'État l'expertise logistique et mobilise les moyens nécessaires à la préparation à la réponse aux menaces et crises sanitaires ;
- mène, à la demande du ministre chargé de la santé, les mêmes actions pour des médicaments, des dispositifs médicaux ou des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* répondant à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques, non couverts par ailleurs, qui font l'objet notamment d'une rupture ou d'une cessation de commercialisation, d'une production en quantité insuffisante ou lorsque toutes les formes nécessaires ne sont pas disponibles. Il peut être titulaire d'une licence d'office mentionnée à l'article L. 613-16 du Code de la propriété intellectuelle ;
- lorsque ces actions concernent des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du présent code, elles sont réalisées par un Établissement pharmaceutique qui en assure le cas échéant l'exploitation. Cet établissement, ouvert par l'établissement public, est soumis aux dispositions des articles L. 5124-2 (à l'exception du premier alinéa), L. 5124-3, L. 5124-4 (à l'exception du dernier alinéa), L. 5124-5, L. 5124-6, L. 5124-11 et L. 5124-12.

- Trois valeurs fortes constituent un socle de la nouvelle agence de santé : 1/ le sens de l'intérêt général, 2/ l'équité et 3/ la réactivité et l'inscription dans la durée.
- Sept principes fondateurs ont été identifiés : 1/ l'excellence scientifique et l'expertise collective, 2/ l'indépendance et la transparence, 3/ l'ouverture, 4/ la territorialité, 5/ le fonctionnement en réseau, 6/ des partenariats renouvelés, 7/ l'opérationnalité.
- Les missions de la future Agence nationale de santé publique ont été définies, ainsi que les compétences pour les mettre en œuvre.

Propositions

- S'appuyer sur ce travail pour la rédaction de l'ordonnance de loi de constitution de l'Agence nationale de santé publique.

UNE GOUVERNANCE GARANTE DE L'OUVERTURE ET DE LA TRANSPARENCE

La gouvernance de la nouvelle agence de santé publique est à construire pour tenir compte de ses spécificités : agence sanitaire d'État, d'expertise scientifique, construite en dehors de tout lien d'intérêt, et ouverte vers la société civile puisqu'en charge de la santé des populations.

Le dispositif proposé repose sur un principe fondateur d'ouverture et de dialogue garant de la transparence.

UN PRINCIPE FONDATEUR D'OUVERTURE ET DE DIALOGUE

Compte tenu de l'ensemble des missions couvertes par le nouvel établissement et de la nécessité de préserver l'indépendance scientifique de ses avis et recommandations, mettre en œuvre les bonnes pratiques de consultation et de concertation avec les différentes parties prenantes selon les champs et populations concernés, la nouvelle agence devra impulser une politique d'ouverture et de dialogue avec différents acteurs.

La création de la nouvelle agence est l'opportunité de développer et améliorer l'interface avec les différents acteurs et parties concernées, voire impactées par ses activités, et afficher une politique explicite en matière d'ouverture et de dialogue avec la société civile.

La présence des parties prenantes, comme membres des Conseils d'administration des organisations est désormais une pratique courante. Certaines organisations se sont dotées d'un Comité de dialogue et d'orientation positionné très en amont du processus de programmation. Disposer ainsi d'un groupe de réflexion, reflet de la société civile, permet-

tra au nouvel établissement d'entendre ses préoccupations et d'affiner ses orientations prenant mieux en compte les attentes de la société.

Ainsi, il est proposé que l'Établissement soit organisé autour de quatre conseils : un Conseil d'administration, un Conseil scientifique, un Comité d'éthique et de déontologie et un Comité de dialogue et d'orientation.

Conseil d'administration (CA)

La composition du CA devrait être conçue de façon à ce qu'il reste d'une taille raisonnable (une trentaine de membres) lui permettant néanmoins de délibérer sur l'ensemble des missions du nouvel établissement.

La mise en œuvre de la démocratie en santé se traduit par la présence au sein du CA de différentes parties prenantes de la santé publique et de la sécurité sanitaire, avec une répartition des voix équilibrée entre les représentants de l'État et de l'Assurance maladie et les représentants de la société civile.

Les exigences de transparence se traduisent notamment par la publication des délibérations du CA et de ses procès-verbaux en dehors des sujets confidentiels qui concernent notamment ceux gérés actuellement par l'Éprus et plus généralement, ceux qui ont trait aux missions et activités d'organisme d'importance vitale (OIV).

Composition

Le CA devrait comprendre, outre le président nommé par décret et deux représentants du personnel, six collèges.

Collège des administrations de l'État (9)

- a. Un représentant du ministère en charge de la santé
- b. Un représentant du ministère en charge du travail
- c. Un représentant du ministère en charge des affaires étrangères
- d. Un représentant du ministère en charge de l'écologie
- e. Un représentant du ministère en charge de l'Éducation nationale
- f. Un représentant du ministère en charge de la jeunesse et des sports
- g. Un représentant du ministère en charge du budget

- h. Un représentant du ministère de l'Intérieur
- i. Un représentant du ministère des Outre-mer

Collège de l'Assurance maladie (3)

Trois représentants désignés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

Collège des partenaires institutionnels (4)

- a. Un représentant des agences régionales de santé (ARS)
- b. Un représentant de la Conférence nationale de santé (CNS)
- c. Un représentant de la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA)
- d. Un représentant de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)

Collège des professionnels de santé (3)

- a. Un représentant du Collège de médecine générale (CMG)
- b. Un représentant de la Fédération des spécialités médicales (FSM)
- c. Un représentant du Conseil national des universités (CNU) de santé publique ou de la Société française de santé publique (SFSP)

Collège des associations (5)

- a. Un représentant des associations de patients
- b. Un représentant des associations de défense des consommateurs
- c. Un représentant des associations familiales ou des parents d'élèves
- d. Un représentant d'association de protection de l'environnement
- e. Un représentant d'association de victime d'accidents du travail ou de maladies professionnelles

Collège des élus et personnalités qualifiées (4)

- a. Un élu désigné par l'Association des maires de France
- b. Un élu désigné par l'Association des départements de France
- c. Deux personnalités qualifiées

Nombre de membres : 31 membres votants avec le président et les représentants du personnel.

Vote

Il est proposé que soit les membres du collège *a* disposent de la majorité, soit les membres des collèges *a* et *b* disposent de la majorité. Il s'agit de permettre le débat, mais aussi d'assurer *in fine* la prise de décision.

Le président possède la voix prépondérante en cas d'égalité.

Voix consultative

Disposent d'une voix consultative :

- le directeur général, le contrôleur budgétaire, l'agent comptable ;
- les présidents du Conseil scientifique, du Comité d'éthique et de déontologie et du Comité d'orientation qui assistent aux séances du CA.

Afin de garantir l'ouverture, il est proposé que :

- le président du CA puisse inviter à assister aux séances toute personne dont il estime la présence utile, avec voix consultative ;
- le directeur général puisse en outre se faire assister de toute personne de son choix.

Pour les collèges *c* à *f*, chaque membre a la possibilité de nommer un suppléant, sauf pour les personnalités qualifiées nommées en leur nom propre.

Prérogatives

Le CA devrait disposer d'une capacité d'auto-saisine : les membres représentés aux collèges *a* et *b* ne peuvent saisir l'Agence qu'au travers du ministère chargé de la santé ; tous les autres membres peuvent le saisir directement.

Le Conseil d'administration devra définir les critères d'éligibilité des saisines par les membres du CA autres que celles émanant du collège « État » et du collège « Assurance maladie ».

Confidentialité

Étant donné les missions actuelles de l'Éprus qui vont être intégrées à celle de la nouvelle agence, il est indispensable de prévoir que le CA puisse se réunir en formation restreinte, composée des membres des collèges *a* et *b*. Les règles de *quorum* et les droits de vote devront alors être adaptés.

Conseil scientifique (CS)

Le CS comprend, outre son président, 26 membres, dont au moins 4 exerçant ou ayant exercé à l'étranger ou dans des organisations européennes ou internationales.

Le CS peut s'adjoindre le concours de toute personne compétente.

Afin de simplifier les mesures de nomination et de garantir le bon fonctionnement de cette instance, il est proposé que :

- les membres soient nommés par décision du président du CA, sur proposition du CA ;
- les membres soient recrutés suite à un appel à candidatures, après examen par l'Agence de leur parcours professionnel et de leurs liens d'intérêts ;
- les membres soient nommés *intuitu personæ* ;
- la durée du mandat soit établie à trois ans renouvelables.

La dominante doit être des scientifiques, chercheurs, enseignants-chercheurs, responsables d'études. Les notions de pluridisciplinarité, de diversité de contextes d'exercice et de générations apparaissent nécessaires pour améliorer la pertinence des avis et évaluations et assurer un meilleur ancrage dans la communauté scientifique.

Missions et prérogatives

Le CS assiste le président du CA et le directeur général. Il évalue la façon dont les bases scientifiques, tant en termes de connaissances que de méthodes, sont prises en compte dans les travaux. Il veille à la cohérence de la politique scientifique de l'Agence. À ce titre, il émet des avis sur la politique scientifique de l'Établissement, à la demande du président du CA ou du directeur général ou de sa propre initiative. Le CS peut, en outre,

de sa propre initiative, formuler toute observation ou recommandation dans ses domaines de compétences.

Il élabore un rapport annuel relatif aux aspects scientifiques et techniques de l'activité de la nouvelle agence. Ce rapport est transmis au CA.

Les avis du Conseil scientifique sont transmis au directeur général et au président du CA et sont transmis au CA.

Comité d'éthique et de déontologie (CED)

Le CED est l'instance consultative qui veille à ce que les missions de la nouvelle agence de santé publique soient exercées dans le respect des principes déontologiques et éthiques applicables au domaine de la santé publique et à l'exercice de ses missions.

Ce comité est créé sur la base de l'expérience de trois ans de fonctionnement du CED à l'InVS. Il est aujourd'hui important de transcrire dans le droit la présence de ce comité, crucial pour la crédibilité de la future Agence nationale de santé publique. Il est donc proposé de formaliser ce comité dans les textes constitutifs de la nouvelle agence de santé publique.

Composition

Le CED pourrait être composé de neuf membres nommés pour trois ans, et après appel à candidatures, par le CA :

- un président ;
- six membres issus de différentes disciplines comme le droit, l'épidémiologie, la médecine, la santé publique, la philosophie, les sciences humaines et sociales, et reconnus pour leurs connaissances et compétences en matière de déontologie et d'éthique ;
- un membre désigné par le CS ;
- un membre désigné par le président de la Conférence nationale de santé ;
- un représentant du personnel.

Prérogatives et publicité des avis

Le CED peut être saisi de toute question relevant de ses missions par un membre du CA, le directeur général, un membre du Conseil scientifique.

Il doit être en capacité de se saisir de tout sujet qui lui paraît pertinent.

Le personnel ou ses représentants peuvent saisir le Comité d'éthique et de déontologie selon des règles que celui-ci établira.

Les avis seront rendus à la majorité des deux tiers des présents et les avis divergents seront mentionnés.

Les avis seront rendus à l'instance qui l'a saisie et au directeur général, quel que soit le mode de saisine.

Un rapport annuel est présenté au CA et rendu public, les avis rendus y sont annexés à l'exception de ceux qui comportent des données directement ou indirectement nominatives. Il est également communiqué au Conseil scientifique.

Comité d'orientation et de dialogue (COD)

Il est pertinent de s'inspirer d'expériences diverses dans le champ de la santé publique, en particulier les dix ans de fonctionnement du Groupe de réflexion avec les associations de malades (Gram) de l'Inserm et de celles des agences sanitaires comme l'Anses, avec les comités d'orientations thématiques (COT), ou de pratiques, de l'INCa ou de la HAS. Il s'agit de construire un dispositif spécifique, adapté aux missions du nouvel établissement. Une traduction concrète de la démocratie en santé passe par l'instauration de ce COD, affirmant la politique d'ouverture et de partage avec les parties prenantes et les acteurs de la société civile.

Pour la future agence, il est primordial que ce COD soit le plus possible en contact avec le terrain, les professionnels et les associations.

Le COD entre en phase d'expérimentation dès cette année ; il conviendra de l'inscrire dans les textes du futur établissement.

Missions

Les missions du COD pourraient être de plusieurs ordres :

- apporter à l'Agence sa vision en termes de questions de sécurité sanitaire et de santé publique ;
- exprimer ce qui lui paraît prioritaire dans les domaines de la veille, ses préoccupations majeures en matière de sécurité sanitaire, de préven-

tion et de promotion de la santé, que les thématiques soient traitées ou non par l'agence de santé publique (qui devrait peut-être alors considérer de les prendre en compte) ;

- éclairer la nouvelle agence sur la façon dont elle pourrait améliorer ses modalités de communication, notamment en situation de crise sanitaire, et de diffusion des connaissances auprès des différents publics pour en faciliter l'appropriation pour l'action ;

- débattre du cadre et des modes d'implication des parties prenantes pour les différentes activités de l'Agence nationale de santé publique ;

- offrir à l'Agence la possibilité de présenter les connaissances disponibles lors de controverses scientifiques ou, dans le contexte d'incertitudes scientifiques, de préciser son rôle par rapport aux autres acteurs du champ.

Composition (hors personnel de l'Agence)

Le principe est celui de la participation à titre personnel, même si les individus sont désignés par des institutions. L'important est de réunir des personnalités intéressées, qui ne sont pas uniquement des « représentants de la structure », bien que proposées par celle-ci ou par des tiers.

Ce comité pourrait être composé de membres issus d'horizons différents, par exemple :

- un membre proposé par le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) ;

- un membre proposé par la section « Affaires sociales et santé » du Conseil économique, social et environnemental (CESE) ;

- trois membres d'associations dans les domaines suivants : santé publique, environnement, travail ou la politique de la ville ;

- un membre d'une fédération de parents d'élèves ou d'associations familiales ;

- un représentant du milieu de l'éducation à la santé, désigné par la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnés) ;

- un représentant des mutuelles (Fédération nationale de la Mutualité française) ;

- deux membres du Réseau français Villes-Santé de l'OMS, Élus santé publique et territoires, ou Villes actives PNNS ;

- une ou deux personnes qualifiées, proposées par l'Agence.

Renouvellement

Il conviendrait de prévoir une certaine rotation des membres tout en visant la continuité du travail de réflexion à un rythme et sur des durées de mandat qu'il reste à définir.

- La création de la nouvelle agence est une opportunité pour développer et améliorer l'interface avec les différents acteurs et parties concernées, voire impactées par ses activités, et afficher une politique explicite en matière d'ouverture et de dialogue avec la société civile.
- Le Conseil scientifique évalue la façon dont les bases scientifiques, tant en termes de connaissances que de méthodes, sont prises en compte. Il veille à la cohérence de la politique scientifique.
- Le Comité d'éthique et de déontologie est l'instance consultative qui veille à ce que les missions de la nouvelle agence de santé publique soient exercées dans le respect des principes déontologiques et éthiques applicables au domaine de la santé publique.
- L'instauration d'un Comité d'orientation et dialogue ouvert vers la société civile doit éclairer la nouvelle agence sur les attentes de la société civile.

Propositions

- Organiser l'Agence nationale de santé publique autour de quatre conseils : un Conseil d'administration, un Conseil scientifique, un Comité d'éthique et de déontologie et un Comité d'orientation et de dialogue.

UNE PRÉSENCE INDISPENSABLE DANS TOUS LES TERRITOIRES DE MÉTROPOLE ET D'OUTRE-MER

Le contexte de création de la nouvelle agence de santé publique nécessite de définir et de préciser l'organisation territoriale nécessaire à l'accomplissement des missions qui lui sont dévolues. Le nouvel établissement devra définir comment il accompagnera le déploiement de ses missions au niveau régional en lien étroit avec les agences régionales de santé.

Pour ce faire, sont distinguées d'une part les missions de veille, de surveillance et d'alerte assurées, jusqu'à ce jour, par les Cire en lien avec les cellules de veille, d'alerte, et de gestion sanitaires (CVAGS) des ARS, et, d'autre part les activités de prévention et de promotion de la santé aujourd'hui très largement dévolues sur les territoires à des acteurs associatifs⁹.

Afin de tenir compte des très fortes inégalités sociales et territoriales de santé en outre-mer et de leurs singularités (de statut, de position géographique, de démographie), il est proposé une approche spécifique pour les outre-mer.

9. Les chapitres 5 à 7 permettront de développer ces trois grandes missions et de faire des propositions d'organisation.

L'ORGANISATION DES MISSIONS DE VEILLE, DE SURVEILLANCE ET D'ALERTE SANITAIRE

Asseoir une présence sur l'ensemble du territoire nécessaire à l'accomplissement des missions de veille, de surveillance et d'alerte sanitaire

Le nouvel établissement reprenant l'ensemble des missions de l'InVS, il importe de conforter sa responsabilité sur l'ensemble du territoire, afin d'assurer la cohérence des missions, tant nationales que régionales, de veille, de surveillance et d'alerte sanitaire. Le système national de surveillance repose sur des dispositifs de surveillance mis en place pour l'ensemble du pays. Le pilotage régional, par les ARS, du traitement du signal pour une gestion efficiente des alertes de portée locale ne doit pas se faire au détriment du système national et de la capacité de la nouvelle agence à analyser les éventuels retentissements nationaux d'un certain nombre d'alertes de portée nationale voire internationale, au service des autorités nationales (DGS, ministre).

Pour cela il est déterminant que le nouvel établissement puisse continuer à s'appuyer sur des unités de terrain, de taille suffisante en effectifs, lui permettant de répondre à ses missions sur l'ensemble du territoire. Cela doit se faire en cohérence avec la future organisation administrative des ARS pour apporter l'aide à la décision dans le champ de ses compétences de gestion et de réponse au niveau régional.

Par ailleurs, dans le cadre de la préparation de la réponse à l'alerte et à la crise, des synergies importantes existent déjà entre l'InVS, l'Éprus et l'Inpes. La déclinaison de l'action de la nouvelle agence au niveau régional est aussi à interroger dans ce cadre (voir le chapitre « L'alerte, la préparation et la réponse aux crises et urgences sanitaires »).

Assurer une cohérence dans le champ de la veille sanitaire tant au niveau régional que national¹⁰

Depuis 1998, l'InVS s'est vu confier la mission de veille, de surveillance, et d'alerte. L'Agence doit être en mesure de détecter de manière pros-

10. En ligne : <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-sante-dans-les-outre-mer-une-responsabilite-de-la-Republique>

pective des facteurs de risques susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse. Pour l'exercice de ses missions, l'InVS s'appuie sur les Cire, créées à l'origine par une circulaire ministérielle de 1995 pour renforcer les capacités du Réseau national de santé publique qui deviendra l'InVS en 1998.

Au fil des années, sans autre fondement juridique que la circulaire de 1995, le champ d'intervention des Cire s'est élargi et leurs effectifs ont été renforcés. Ces structures ont démontré sur le terrain leur capacité à professionnaliser la veille sanitaire par une collaboration entre les services déconcentrés (Drass-Ddass) et l'InVS. Avec la création des ARS, le dispositif de veille et sécurité sanitaire au niveau régional a été significativement modifié sans en tirer toutes les conséquences en termes de responsabilités et de moyens entre les ARS et l'InVS. Dans le contexte actuel de contrainte des ressources et de reconfiguration régionale, on peut craindre une fragilisation de la chaîne de la sécurité sanitaire nationale.

L'article L. 1431-2 dispose que les ARS ont une mission d'organisation de la veille sanitaire, du recueil et du traitement des signalements des événements sanitaires, et la circulaire SGMAS/DGS du 20 avril 2010 adressée aux ARS organise dans chaque agence une Cellule de veille, d'alerte, et de gestion sanitaires. La Cire vient en appui pour l'évaluation de la menace, les investigations et parfois pour la gestion de l'alerte au sein de la plateforme de veille et d'urgence sanitaire mise en place au niveau régional. Ainsi, en quelques années, la situation est devenue plus complexe en termes de responsabilités et de partage des tâches, laissée à l'appréciation du directeur général de chacune des ARS, générant ainsi des inégalités territoriales.

L'articulation entre les systèmes de surveillance régionaux et le système national est cruciale et mérite d'être clarifiée. Il importe, au moment où se crée le nouvel établissement de santé publique, de préciser dans le droit ce dispositif, au risque de voir s'étioler les compétences régionales et de mettre en défaut la mission nationale de veille et d'alerte sanitaire. **Sans présence, prérogatives et responsabilités clairement identifiées en région – et retranscrites dans les textes –, c'est la pérennité même des missions de veille, de surveillance et d'alerte du futur établissement qui se trouverait remise en question.**

Ainsi il est proposé dans le champ de la veille sanitaire de confirmer la présence des Cire au sein des ARS :

- **Veille et alerte** (participation, avec les CVAGS, à l'organisation du recueil, du traitement des données et de leur investigation). Ces missions sont de la responsabilité de l'ARS et la Cire intervient donc en appui, notamment sur le plan méthodologique. La Cire, et donc la nouvelle Agence nationale de santé publique, exercent d'une part, la responsabilité des investigations épidémiologiques complexes et des phénomènes inhabituels ou émergents, et d'autre part, la remontée nationale des alertes de portée nationale ou internationale ;
- **Surveillance** (cf. « Fournir des données régionales de surveillance ») ;
- **Expertise** (production d'expertises dans le cadre de sa mission d'aide à la décision pour les ARS).

Le programme de la Cire est préparé annuellement entre l'agence de santé publique et l'ARS et arrêté au sein d'un comité de pilotage.

Fournir des données régionales de surveillance¹¹

La régionalisation de la surveillance épidémiologique constitue l'une des priorités stratégiques de l'InVS, inscrite dans son COP 2014, pour renforcer la sécurité sanitaire et être en capacité de produire les indicateurs utiles à la prise de décision locale. La validité des indicateurs est définie et maintenue au niveau national afin de garantir leur comparabilité à tous les échelons infranationaux et également au niveau international. Ainsi, les Cire sont impliquées dans une variété de projets dont la pertinence, la cohérence et la qualité scientifique sont assurées dans le cadre national de l'InVS. Il existe trois approches très complémentaires.

Des systèmes de surveillance développés au niveau national et déclinés au niveau régional

Ces systèmes de surveillance concernent des surveillances répondant à des problématiques de santé présentes sur l'ensemble du territoire et déclinées de manière homogène dans toutes les régions :

11. La note du 12 février 2015 (2015-74) précise la participation des Cire à la mission de surveillance et d'observation permanentes de l'état de santé de la population (activités programmées des Cire).

- **surveillance syndromique** (SurSaUD) permettant 1) la détection des phénomènes inattendus, 2) l'identification du démarrage et le suivi des phénomènes attendus comme les épidémies saisonnières (grippe, gastro-entérite, bronchiolite, etc.) et 3) l'évaluation d'impact sanitaire d'événements naturels (tempêtes, vagues de chaleur, pics de pollution, cyclone, etc.), de catastrophes industrielles, de risque nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC) ou de grands rassemblements ;
- **surveillance spécifique** pour les maladies à déclaration obligatoire, maladies saisonnières : grippe, gastro-entérite aiguë (GEA), infections respiratoires aiguës (IRA) et GEA dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éhpad), surveillance de la couverture vaccinale, intoxications au monoxyde de carbone, etc.

Des systèmes de surveillance développés au niveau régional

Dans ce cas, le pilotage est assuré en région par la Cire dans un cadre scientifique validé au niveau national. Ces systèmes de surveillance concernent des spécificités régionales (maladies congénitales en Antilles-Guyane, maladies de Lyme ou maladies à tiques, surveillance des intoxications liées à la consommation de coquillages, etc.) ou des priorités régionales (surveillance des maladies prioritaires, par exemple les maladies à transmission vectorielle dans les départements français d'Amérique, expositions professionnelles aux pesticides, conséquences de l'exposition au chlordécone aux Antilles).

La production au niveau national d'indicateurs avec un maillage régional ou infrarégional

Les ARS ont besoin de données régionales. Le regroupement des régions crée un contexte nouveau, notamment pour assurer la comparaison des données dans le temps. De plus, l'action sur les milieux et la notion de territoires de santé impliqueront de réfléchir à des données territorialisées qui peuvent être observées, mais aussi modélisées (à partir des données démographiques et épidémiologiques), ce qui permet d'envisager la possibilité de disposer de données infrarégionales.

Les départements Maladies chroniques et traumatismes, Santé environnement et Santé travail de l'InVS coordonnent des systèmes de surveillance permettant la production au niveau national d'informations perti-

nentes à différentes échelles territoriales (production d'estimations de l'incidence de certains cancers au niveau régional et départemental par exemple, etc.).

La déclinaison régionale des Baromètres santé pourrait être également envisagée, mais nécessite des moyens financiers non négligeables.

D'une manière générale, au-delà de la surveillance, il faudra examiner l'organisation de l'observation en santé en région, et identifier les besoins et attentes dans ce domaine, avec la direction générale de la Santé, les ARS, la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors).

LE POSITIONNEMENT CONCERNANT LA PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN RÉGION¹²

L'Inpes, s'il a une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, est aujourd'hui principalement en charge de « *mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique* ». Il doit également selon ses missions « *apporter son concours à la mise en œuvre des projets régionaux de santé* ». Il est également chargé de « *développer l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire* ». Par rapport aux missions actuelles et futures des ARS dans ce champ, il est donc dans une position à la fois de prescripteur, de coacteur et de soutien. De surcroît, son activité d'expertise, sauf dans le champ de l'épidémiologie des comportements (Baromètres santé), est insuffisamment valorisée par rapport à sa fonction la plus évidente de communication en santé, qu'il convient aujourd'hui de qualifier de « marketing social » ou « marketing de santé publique ». Cette position est à comparer avec le positionnement plus homogène de l'Agence de santé publique du Québec : centre d'expertise et de référence en santé publique pour le ministère chargé de la santé, les autorités régionales, les autres acteurs publics et privés et le grand public.

Le constat partagé par de nombreux acteurs de santé publique est que :

- la prévention reste le maillon faible des politiques de santé nationales et régionales, sujette à des critiques récurrentes : animation et gouver-

12. La note du 27 février 2015 (2015-98) précise le rôle et l'organisation de l'agence pour accompagner le développement de la prévention/promotion de la santé en région.

nance très, voire trop administratives, moyens financiers insuffisants pour couvrir les besoins, faible expertise publique et universitaire, tissu associatif fragile et insuffisamment professionnalisé, capacité évaluative limitée, valorisation des données probantes insuffisante, etc. ;

- le paysage de la prévention/promotion de la santé est foisonnant, mobilisant des structures publiques de niveaux différents ;

- la qualité des projets et des actions s'est améliorée, mais reste très inégale.

Il apparaît donc nécessaire de proposer un dispositif simple et lisible pour une meilleure efficacité.

L'ARS est le relais territorial de l'État le mieux placé pour conduire la politique de prévention et promotion de la santé. En conséquence, la nouvelle agence de santé publique devra répondre aux attentes des ARS en se positionnant en complémentarité de leurs actions de façon lisible pour l'ensemble des acteurs du territoire. Elle doit avoir un rôle de référent pour la mise à disposition de l'information scientifique en prévention, la mise à disposition d'outils et le soutien dans la mise en œuvre des programmes sectoriels (analyse stratégique, référentiels et guides méthodologiques, méthodes d'évaluation). En effet, les ARS n'ont pas, ou de façon très inégale pour la majorité des thèmes, la capacité de réunir une masse critique d'expertises internes et externes à leur niveau.

Trois axes de développement devront guider le futur établissement dans le champ de la prévention/promotion de la santé

Le développement du travail scientifique et de la fonction d'expertise

Le travail scientifique et d'expertise du nouvel établissement doit se développer pour promouvoir des recommandations de bonnes pratiques, des stratégies d'intervention fondées scientifiquement, innovantes, et fournir un apport de méthodologie, voire une aide à la mise en œuvre opérationnelle.

Cette expertise doit être mise à disposition des ARS sous une forme accessible et opérationnelle en s'accompagnant de formations en ligne, de tutoriels et autres moyens de transfert de connaissances.

Il est donc essentiel que la nouvelle agence soit informée des besoins prioritaires des ARS en termes d'expertises, notamment sur les données probantes.

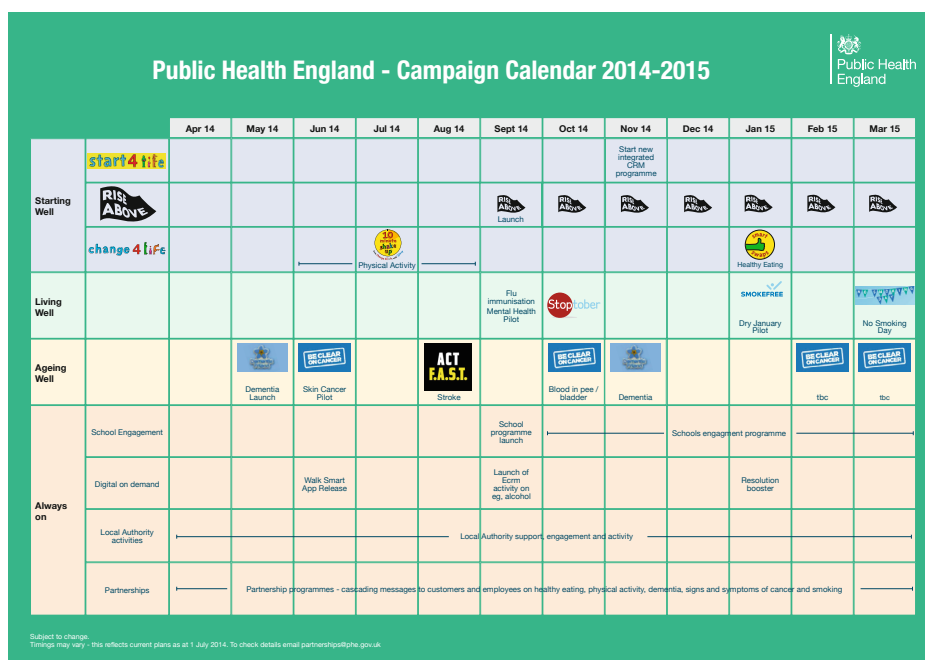
Les ARS pourront être sollicitées pour l'impulsion de projets de recherche interventionnelle innovants ou conduire des projets d'évaluation d'impact sur la santé.

L'amélioration de la coordination nationale/régionale

La complémentarité entre les interventions du nouvel établissement et les ARS est un gage d'une meilleure efficacité des politiques de prévention. Le nouvel établissement doit développer une articulation forte avec les ARS pour identifier les programmes prioritaires qui devraient faire l'objet d'une stratégie coordonnée entre le national et le régional. Ceci nécessitera que les ARS soient associées en amont à la conception des programmes.

Le nouvel établissement doit développer une communication permettant aux ARS de mieux connaître et anticiper les stratégies nationales, pour être en capacité de les relayer en fonction de leurs priorités. C'est ce que fait le Public Health England qui présente son programme avec 18 mois d'avance de manière très informative et simple [figure 3].

Figure 3 - Calendrier du programme de communication en santé sur 18 mois du Public Health England



L'accompagnement des acteurs en prévention et promotion de la santé

Pour des raisons d'efficacité, le nouvel établissement doit contribuer à une meilleure professionnalisation des acteurs de la santé en s'appuyant sur différents acteurs de promotion et de prévention. Il n'a pas vocation à intervenir directement auprès de ces acteurs qui répondent de la mise en œuvre des actions régionales décidées par l'ARS.

Dans ce contexte, l'intervention de la nouvelle agence de santé publique doit plutôt se concevoir en appui scientifique et technique dans l'élaboration des stratégies d'intervention. Elle a vocation à développer l'expérimentation et l'évaluation des actions mises en œuvre de manière à capitaliser les savoirs expérientiels. Ces activités devront se développer en relation avec les ARS promotrices de ces actions, d'une part, et l'espace universitaire et de recherche, d'autre part. Pour concrétiser cet axe de développement, l'Agence devra lancer des appels à projets (AAP) expérimentaux et conclure des conventions de recherche et développement. Elle développera une politique de partenariats avec ces acteurs représentés au niveau national afin d'identifier les bonnes pratiques, en s'appuyant sur les données de la littérature scientifique, dont elle pourra évaluer l'efficacité et contribuer à la diffusion.

Encadré B - La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) et les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)

Les Ireps, associations à but non lucratif, se positionnent comme des organismes ressources généralistes en promotion de la santé et prévention exerçant leurs activités en lien étroit avec les autorités de santé. Elles sont au service des communautés de vie (collectivités locales, entreprises, écoles, établissements médico-sociaux ou de santé) ainsi que de tous acteurs de terrain concernés.

Dans la majorité des cas, les Ireps sont des opérateurs significatifs des ARS. La collaboration prend différentes formes : association à l'élaboration du projet régional de santé, participation aux dispositifs de démocratie sanitaire, conventions d'objectifs et de moyens, financement des activités courantes, commandes de formations ou d'interventions, etc.

L'Inpes a financé les Ireps dans le cadre des pôles régionaux de compétences (PRC) en éducation et promotion de la santé ; il finance également sa fédération, la Fnes, hébergée dans les locaux de l'Inpes. La stratégie des pôles régionaux de compétences devra être remise à plat en lien avec les ARS, leur gestion étant trop complexe et leur schéma d'organisation, trop peu compréhensible.

Pour l'avenir, la nouvelle agence de santé publique collaborera avec les Ireps. Le travail collaboratif se fera dans une logique de réseau en lien avec les ARS sur une logique de partenariat contractualisé dans le cadre des missions de la nouvelle agence de santé publique. Il en sera de même avec la Fnes.

UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES BESOINS OUTRE-MER

Le récent rapport de la Cour des comptes sur la santé dans les outre-mer a permis de donner une vision d'ensemble sur la santé dans ces territoires. Il était souligné des difficultés sanitaires persistantes dans un contexte socioéconomique dégradé, une prévention insuffisante et une offre de soins qui associe une pénurie de médecins dans certains territoires et pour les hôpitaux, de vraies difficultés de gestion. Le rapport conclut à la nécessité d'une stratégie publique basée sur trois recommandations : « *mieux connaître, mieux coordonner et agir plus efficacement avec une stratégie d'ensemble et pluriannuelle permettant de réduire les écarts les plus graves en termes d'égalité des chances* ».

Le ministère chargé de la santé a fait part de son souhait que les agences sanitaires prennent mieux en compte les spécificités outre-mer, qu'elles désignent un référent outre-mer¹³, et qu'elles rendent compte de leur action dans leur rapport annuel d'activité.

Les domaines d'intervention de l'InVS, de l'Inpes et l'Éprus ont été principalement sur ces territoires ultramarins : le suivi des épidémies, notamment d'origine vectorielle, le VIH/sida, le plan chlordécone aux Antilles, la nutrition, la promotion de l'activité physique [encadré C].

L'importance des inégalités sociosanitaires dans les outre-mer et le fait que ces territoires soient des ouvertures vers leurs voisins régionaux, l'Europe et la métropole, imposeront à la nouvelle agence de se doter d'une politique/stratégie pluriannuelle, claire et lisible, pour les outre-mer en lien avec la DGS et les autres acteurs concernés, en particulier les ORS et la Fnors, mais aussi, pour ceux qui le souhaitent, les gouverne-

13. En ligne : <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-sante-dans-les-outre-mer-une-responsabilite-de-la-Republique>.

Encadré C - Outre-mer

L'InVS dispose de deux Cire outre-mer : la Cire Antilles-Guyane et la Cire Océan Indien. Elles jouent un rôle crucial dans la veille et la surveillance dans ces deux interrégions ainsi que dans le domaine de la veille internationale du fait de leur participation à des réseaux régionaux dans les Caraïbes et l'océan Indien. Une convention avec la Polynésie française est pour l'InVS, en attente de signature.

À l'Inpes, il faut distinguer les travaux conduits par la Direction des affaires scientifiques dans les DOM et les interventions. En 2014, l'Inpes a piloté pour la première fois, en lien avec les acteurs locaux (notamment les ARS), une enquête de type « Baromètre santé ». Ces enquêtes réalisées dans les quatre DOM (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane) ont pour objectif de produire les grands indicateurs de santé publique actuellement indisponibles pour ces départements. Elle fait suite à de nombreuses recommandations des corps de contrôle (Igas, Cour des comptes) d'inclure les territoires ultramarins dans les dispositifs d'enquête. En termes d'interventions, il convient de citer des déclinaisons spécifiques des campagnes pour le VIH et le sida, des formations sur la prévention de la dengue (méthode OMS Combi), l'organisation des journées de la prévention dans les Caraïbes.

L'Éprus est notamment intervenu en renforcement lors des épidémies de chikungunya et de dengue. L'envoi de matériel soumis à des droits de douane (Martinique, Guadeloupe, Réunion) est un élément de complexité.

ments concernés (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie). Son élaboration comme sa mise en œuvre nécessiteront un travail collectif/transversal avec les responsables des programmes (ou actions) concernés en métropole et outre-mer au sein de la nouvelle agence.

Il est proposé de :

- **mettre en place une politique/stratégie pluriannuelle**, claire et lisible, pour les outre-mer. Il conviendrait de disposer d'une feuille de route outre-mer pour la nouvelle agence en lien avec les objectifs du ministère chargé de la santé et du ministère en charge des outre-mer ;

- **renforcer la présence de la future agence de santé publique** en outre-mer. Plusieurs points doivent être examinés :

- **la création d'une Cire Guyane** compte tenu de la spécificité de cette région et de son éloignement des Antilles,
- **la création d'une antenne Mayotte** tant ce département souffre de très fortes inégalités sociales et territoriales de santé,

- **le renforcement des liens avec les collectivités d’outre-mer**. Dans ce cadre, il convient d’une part de conserver la capacité de la nouvelle agence de santé publique à conventionner directement avec eux et de façon autonome, et d’autre part, de rechercher et d’obtenir des financements couvrant l’intégralité de la participation de la nouvelle agence aux activités se déroulant en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et à Saint-Pierre-et-Miquelon ;

- **nommer un référent outre-mer au sein de la nouvelle agence**, qui aura la charge de :

- **animer** (suivre, évaluer, consolider, valoriser) la politique outre-mer et les programmes qui en découleront,
- **proposer** un programme de travail outre-mer en lien avec les ministères chargés de la santé et des outre-mer,
- **produire** avec l’ensemble des entités de la nouvelle agence un bilan synthétique annuel des activités conduites à destination de l’ensemble des territoires ultramarins à l’attention du CA ;

- **renforcer les missions de veille et de surveillance**. Il s’agira de :

- **juger systématiquement de l’opportunité** d’inclure un volet « DOM » dans les enquêtes nationales, et d’exploiter si possible les banques de données médico-administratives (BDMA) pour produire les indicateurs de santé qui font défaut actuellement,
- **poursuivre la collaboration** avec le réseau Sega (Surveillance des épidémies et gestion des alertes) de la Commission de l’océan Indien et l’impliquer dans les activités de l’Agence de santé publique des Caraïbes (Carpha),
- **organiser les interfaces** nécessaires à l’échange d’expériences entre hémisphère sud et hémisphère nord, et améliorer les capacités d’anticipation de la métropole ou des outre-mer, comme ce fut le cas pendant la pandémie grippale H1N1 ou les épidémies d’infections transmises par des vecteurs (chikungunya, dengue, etc.) ;

- **déterminer les attentes des ARS vis-à-vis de l’Éprus**, notamment pour la constitution d’une réserve sanitaire locale, la mise en place de formations locales de réservistes, etc.

- La présence de la nouvelle agence de santé publique sur l'ensemble du territoire est nécessaire à l'accomplissement des missions de veille, de surveillance et d'alerte sanitaire.
- Une cohérence est à trouver dans le champ de la veille sanitaire et de l'alerte, tant dans un cadre régional que national.
- Le pilotage des politiques publiques requiert des données épidémiologiques de dimension régionale.
- La définition des politiques et des actions fondées sur des données probantes doit être renforcée en prévention/promotion de la santé.
- L'outre-mer, du fait de ses spécificités et des très fortes inégalités de santé observées, doit faire l'objet d'une approche renforcée.

Propositions

- Maintenir les Cire au sein des ARS ; les Cire devront être rattachées fonctionnellement au DG d'ARS, mais en plaçant tous les agents dans le cadre d'une cellule d'intervention en région sous l'autorité hiérarchique unique de la nouvelle agence de santé publique.
- Clarifier des interfaces ARS-Cire de la nouvelle agence de la manière suivante : les ARS ont la responsabilité du recueil, de la réception, de l'évaluation, de l'investigation des signaux courants, de la décision de gestion et de sa mise en œuvre. Les Cire interviennent en appui sur l'ensemble du dispositif ; elles ont la responsabilité de l'investigation épidémiologique complexe et en particulier des phénomènes inhabituels. L'Agence dispose des Cire dans le respect des missions et des actions dévolues aux ARS pour assurer sa responsabilité du système national de veille et de surveillance.
- Se positionner en prévention/promotion de la santé dans le champ de l'expertise et en appui scientifique et technique auprès des ARS, notamment en mettant à dispositions des stratégies et des outils d'intervention fondés sur les données probantes. L'Agence développera l'expérimentation et l'évaluation des actions, en relation avec les ARS, de manière à développer la validation de l'expérience et en assurer la dissémination.
- Mettre en place une stratégie pour l'outre-mer et renforcer la présence de la nouvelle agence dans les DOM.
- Travailler en collaboration avec les Ireps et la Fnes dans une logique de réseau en lien avec les ARS, sur une logique de partenariat contractualisé et dans le respect des missions de chacun.

L'ALERTE LA PRÉPARATION ET LES RÉPONSES AUX CRISES ET URGENCES SANITAIRES

Plusieurs événements récents ont rappelé l'existence de risques de grande ampleur pour la santé des populations tenant à la possible survenue d'événements : naturels ou climatiques (la canicule de l'été 2003, par exemple), épidémiologiques (chikungunya, Ebola, grippe pandémique, etc.) ou sociopolitiques (attentats terroristes, par exemple).

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, les lois successives en matière de santé sont venues accroître les missions et responsabilités de l'InVS en matière de veille, de surveillance et d'alerte.

Créé en 2007, l'Éprus constitue un opérateur plus récent dans le domaine sanitaire. Sa création visait à la fois à surmonter les limites rencontrées par une gestion administrative directe par le ministère chargé de la santé (acquisition et gestion des stocks stratégiques de produits de santé) et à mettre en place la Réserve sanitaire, mobilisable pour suppléer à une défaillance du système de soins. L'Éprus est chargé d'importantes missions opérationnelles, avant tout dans une logique d'ingénierie du renfort (recrutement et formation, gestion et animation d'un vivier, acquisition, gestion, projection et élimination de produits de santé, préparation, projection et suivi en mission de professionnels de santé).

Le regroupement des missions de l'Éprus avec celles de l'InVS introduit une nouvelle dimension dans la mesure où seront rassemblées dans le même organisme l'analyse des menaces et la préparation à la réponse à celles-ci incluant le soutien aux situations de crise. Des interactions et liens fonctionnels seront à initier entre ces deux fonctions pour lesquelles un *continuum* existe par nature et en pratique. La détection et

la caractérisation d'une menace pour la santé ou d'une épidémie importante sur le territoire ou à l'étranger, voire d'une pandémie, doit pouvoir interagir avec la fonction qui est portée par l'Éprus en amont (préparation), au moment de la réponse à la menace ou à l'épidémie (déploiement, mobilisation de la Réserve sanitaire et de produits de santé stratégique) et *a posteriori* (retour d'expérience), le tout en coordination avec le ministère chargé de la santé. Ces liens fonctionnels au sein d'un même organisme doivent pouvoir améliorer l'anticipation, et de fait la gestion par la DGS, en particulier le Département des urgences sanitaires (DUS). L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et des réseaux sociaux est à ce jour limitée dans le champ de la veille. La fusion avec l'Inpes, qui a une plus grande expérience de ce champ, devra permettre d'envisager et d'évaluer l'intérêt de celles-ci pour la fonction de veille sanitaire et de détection de nouveaux signaux.

S'il existe un véritable *continuum* entre l'alerte et la réponse et une interaction de celle-ci en termes de préparation et de réactivité, voire d'anticipation, il n'en demeure pas moins que le processus d'alerte et d'expertise qui y est associé ne doit pas être confondu avec les décisions en termes de préparation et de réponse aux urgences sanitaires portées par l'Éprus, et qui relèvent directement d'une volonté ministérielle. En effet, l'établissement est chargé d'importantes missions stratégiques de mise en œuvre, avant tout dans une logique d'opérateur logistique.

Ainsi, si le lien est évident entre les compétences et prérogatives de l'InVS et de l'Éprus en cas de risque infectieux ou lors de la survenue de certaines catastrophes environnementales, industrielles, voire terroristes, la plupart des alertes déclenchées par l'InVS ne débouchent pas sur des crises sanitaires nécessitant, dans le cadre actuel de ses missions, une mobilisation de la réserve ou des stocks stratégiques. Pour être tout à fait juste, c'est moins la veille au quotidien que la surveillance et la veille prospective qui soutiennent les missions et le déploiement de l'Éprus aujourd'hui. Les données d'épidémiologie descriptive permettent d'estimer et de programmer dans la grande majorité des cas les besoins des stocks stratégiques. Les retours d'expérience des menaces sanitaires majeures servent, eux, à structurer la préparation d'amont.

LA DÉFINITION DES SIGNAUX ET ÉVÉNEMENTS SANITAIRES

Les alertes sanitaires correspondent à des événements sanitaires ou environnementaux – « signaux » – dont la qualification et l'évaluation de la menace pour la santé des populations traduisent une importance particulière en termes d'amplitude, de gravité, de dynamique temporelle et d'expansion géographique ou de caractère inattendu.

Par définition, ces signaux sont multiformes et proviennent de sources variées.

Le signal peut être quantitatif (augmentation inhabituelle d'un indicateur, apparition de cas groupés dans le temps et dans l'espace, par exemple) ou qualitatif (signalement d'un événement de santé perçu comme inhabituel par un professionnel de santé, voire par un citoyen, information repérée sur le Web ou les réseaux sociaux, ou encore information envoyée par un partenaire international dans le cadre notamment du Règlement sanitaire international [RSI]).

Par la suite, la situation sanitaire peut évoluer vers une situation d'urgence sanitaire où la menace grave à la santé de la population exige l'application immédiate de mesures visant à la protéger.

Cette situation nécessite alors une réponse urgente de l'État, et donc de la future Agence nationale de santé publique.

Schématiquement on peut caractériser la menace sanitaire comme émanant de différentes situations

Les événements sanitaires à cinétique rapide

Ils peuvent être prévisibles ou non et de typologies différentes :

- phénomènes naturels : tremblements de terre, cyclones, tempêtes, inondations, etc. ;
- accidents technologiques et NRBC : accidents ferroviaires, aériens, accidents du travail nucléaire et radiologique, chimique, etc. ;
- événements sociopolitiques : actes de malveillance, terrorisme, etc.

Les événements sanitaires à cinétique plus lente

Ceux-ci peuvent être prévisibles ou non, saisonniers ou exceptionnels. Ils sont regroupés en quatre grandes catégories :

- des événements habituels, de survenue soudaine mais de portée limitée en termes de personnes impliquées, d'extension géographique, et de durée d'évolution de court à moyen terme. Cela peut correspondre à des épisodes de toxi-infections alimentaires collectives (Tiac), des épidémies communautaires d'origine alimentaire ou zoonotique, des cas groupés de maladies à déclaration obligatoire (légionelloses, méningites, etc.), des syndromes collectifs inexpliqués dans différents milieux de vie (scolaire, entreprises, etc.), des découvertes de terrains contaminés par des produits dangereux pour la santé et fréquentés par les populations, etc. ;

Ces événements, par leur itération dans le temps, peuvent être considérés comme un niveau routinier d'activité pour lesquels les « conduites à tenir » font le plus souvent l'objet de guides ou procédures, mais peuvent nécessiter un appui en expertise de l'agence, notamment au niveau régional (Cire) ou national (Saint-Maurice) pour les équipes en charge de leur traitement en ARS. Au-delà d'un appui en expertise, certains événements font l'objet d'un appui délégué à d'autres structures régionales (cas des infections nosocomiales et du réseau Cclin/Arlin) ;

- des épidémies de type « saisonnières », de survenue le plus souvent attendue sans en être prévisible précisément, de portée régionale ou nationale quelles qu'en soient l'amplitude, la durée voire la gravité. Ceci correspond aux épidémies de grippe saisonnière, mais peut également concerner les épidémies de forte amplitude comme celles de la dengue dans les départements français d'Amérique en 2013 et 2014 ;

- des événements plus rares et inhabituels, de portée également limitée, mais ne faisant l'objet d'aucune procédure ou conduite à tenir, et nécessitant à ce titre un appui ponctuel en termes d'expertise de l'Agence au niveau national (Saint-Maurice) ou régional ; par exemple, des cas groupés d'infections à *Kingella kingae* en crèche, des cas groupés de bilharziose, etc. ;

- une nouvelle émergence, comme le MERS-CoV ou la maladie à virus Ebola, ou un événement sanitaire exceptionnel dont la date de survenue ne peut être anticipée et dont l'amplitude et la gravité peuvent dépasser les capacités de réponse habituelle. Les épidémies de chikungunya qui sont de grande amplitude font aussi partie de ce groupe. Ces situations

correspondent également à l'accident industriel d'AZF en 2001, la canicule de 2003, la pandémie grippale A (H1N1), ou la survenue d'un événement d'origine malveillante (acte de terrorisme).

Ces types d'événements peuvent survenir en métropole, mais aussi bien entendu dans les départements et territoires d'outre-mer.

L'alerte doit être coordonnée [encadré D].

Encadré D - Les éléments clés de la coordination de l'alerte

- Définir les processus, critères et délais pour la détection d'un signalement et le déclenchement d'une alerte, en anticipant si besoin les besoins des autorités sanitaires, sur la base notamment de projection et d'analyse de scénari.
- Informer sans délai les décideurs publics (dont les ARS, la DGS et le ministre, notamment au travers de livrables - au premier rang desquels le Bulletin quotidien des alertes (BQA) - cohérents, harmonisés et assurant visibilité et transparence.
- Maintenir une capacité d'investigation épidémiologique de terrain réactive pouvant disposer des capacités microbiologiques et analytiques appropriées.
- Délivrer des éléments de communication ou recommandations utiles aux décideurs et partenaires régionaux et nationaux pour la décision, la gestion ou la prévention au niveau national ou régional.
- Impliquer plus fortement l'ensemble des agents du futur établissement dans les situations et le traitement des alertes, notamment par des formations.
- Assurer l'évaluation et les retours d'expérience sur la dimension d'alerte relative aux situations sanitaires exceptionnelles rencontrées.
- S'inscrire dans une démarche d'assurance qualité sur l'ensemble du processus, allant du signal à la proposition des options de gestion.

LES BESOINS EN TERMES D'ALERTE, DE PRÉPARATION ET DE RÉPONSE

Pour assurer la responsabilité d'un système national de veille et de surveillance, la nouvelle agence de santé publique devra répondre à une quadruple exigence.

Anticiper les risques autant que possible

La nouvelle agence devra, pour alerter dans des délais aussi brefs que possible et uniquement à bon escient (pour limiter le risque de fausse

alerte), poursuivre le développement d'une expertise scientifique pour le traitement et l'investigation des signaux pouvant représenter les premiers éléments d'une menace pour l'état de santé des populations. Elle devra aussi se donner les moyens d'être en capacité d'analyser les alertes provenant des « lanceurs d'alerte ».

Garantir la réactivité et l'efficacité du traitement des signaux et de l'alerte

En ce qui concerne les événements considérés comme habituels et souvent de portée locale, et qui relèvent de protocoles ou de procédures prédéfinies, en région, ces événements sont le plus souvent pris en charge par les professionnels des CVAGS des ARS et devraient continuer à l'être.

L'Agence devra maintenir une capacité d'investigation de terrain réactive face aux alertes plus complexes. Elle continuera de s'appuyer sur les réseaux d'expertise qu'elle anime, notamment celui des CNR dont la qualité est un élément clé de réponse aux épidémies. Les cellules d'intervention en région du futur établissement viendront en appui lorsque les situations sont plus complexes ou liées à des phénomènes inhabituels ou émergents, en ayant recours si besoin à l'expertise du niveau national.

En ce qui concerne les phénomènes de types « épidémiques », les équipes régionales et nationales de l'Agence seront mobilisées pendant toute la durée des épidémies. Pour les émergences infectieuses, une interaction avec des équipes de recherche en modélisation contribuera à l'évaluation des options de gestion (voir le chapitre « S'appuyer sur la recherche pour faire face aux nouveaux besoins »).

Enfin, dans la continuité de l'InVS, l'Agence continuera à être impliquée dans la détection et le suivi des grands événements comme les événements climatiques, les pandémies ou encore les accidents industriels.

L'Agence devra poursuivre sa contribution au Réseau européen de surveillance et d'alerte animé par le Centre européen de prévention et contrôle des maladies (ECDC). Elle continuera à apporter son expertise à la direction générale de la Santé dans le cadre du règlement sanitaire international de l'OMS ;

Développer des éléments de communication en situation de crise

Depuis la loi du 9 août 2004 élargissant les missions initiales de l'Inpes au champ des situations urgentes et exceptionnelles, l'établissement s'est impliqué dans ce champ à la demande du ministère chargé de la santé dès la survenue du Sras par la production d'affiches pour les aéroports, puis sur la prévention de la grippe aviaire, la prévention des conséquences sanitaires de la canicule, du grand froid, la pandémie grip-pale, les infections à méningocoques B en Normandie, la prévention du chikungunya et de la dengue en France métropolitaine, la rougeole, les inondations et, plus récemment, la maladie à virus Ebola.

En s'appuyant sur l'expertise développée à l'Inpes, la nouvelle agence développera demain des supports de communication qui peuvent prendre différentes formes (affiche, tract, spot TV/radio, site internet, réseaux sociaux, etc.) afin d'informer le grand public sur leurs effets sanitaires et les conduites à tenir pour s'en prémunir.

L'intégration des fonctions « veille », « surveillance », « alerte » et « prévention » prendra ici tout son sens.

Disposer des stocks stratégiques et d'une Réserve sanitaire mobilisable dans les plus brefs délais

L'Éprus, dont la mission est de mettre à disposition les moyens humains (Réserve sanitaire) et matériels (stocks stratégiques nationaux de produits de santé) n'intervient qu'en renfort des structures et systèmes de soins locaux, à leur demande et ceci dans le cadre du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires, volet sanitaire des plans zonaux de défense et de sécurité, qui ont pour objectif de faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins à l'échelle de la zone de défense et de sécurité **[encadré E]**.

La mobilisation de l'Éprus sur le territoire national peut être graduelle ou massive en fonction des besoins exprimés par l'Agence régionale de zone de défense sanitaire en charge de l'adéquation de l'offre de soins devant une situation d'urgence sanitaire ou sur saisine du ministère chargé de la santé après analyse de la situation, depuis le vote en première lecture par l'Assemblée nationale de la loi portant modernisation de notre système de santé. Les parlementaires ont ainsi ouvert la voie à une extension de la mobilisation de la Réserve sanitaire

Encadré E - L'Éprus gère des moyens d'intervention tant matériels qu'humains

1. **L'Établissement pharmaceutique**, dénommé « Établissement pour la protection de la population face aux menaces sanitaires graves » regroupe les moyens matériels. Il est chargé de l'importation, l'acquisition, le transport, le stockage (8 plateformes logistiques réparties sur le territoire national) et la distribution des produits de santé du stock « stratégique » de l'État : antiviraux, antibiotiques, antidotes, vaccins, comprimés d'iode permettant de faire face à une crise de type « naturelle », « industrielle », « humaine », etc.
2. **La Réserve sanitaire** constituée de 2 000 professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, ambulanciers, directeurs d'hôpitaux, ingénieurs sanitaires, etc.) regroupe les moyens humains. L'Éprus recrute, forme, anime le réseau, mobilise en cas de crise et assure l'ensemble de l'intendance en formation et en mission (transport, hébergement, assurance, etc.).

L'Éprus appuie les préfets, les **ARS de zone de défense (ARSZ)**, les **ARS** et les **établissements de santé** dans la préparation aux crises sanitaires majeures en termes d'harmonisation, d'organisation et d'exécution de la logistique des plans d'urgence sanitaire nationaux (établissement des plans locaux de distribution des produits de santé, des plans zonaux de mobilisation, aide à la gestion des stocks de produits de santé de première intervention dits « tactiques » détenus par les établissements de santé, etc.)

La nécessité de réponse concerne :

la France :

- en situation de crise sanitaire ou de besoin aigu de renforcement en ressources humaines,

- pour les dispositifs prudentiels développés à l'occasion d'événements exceptionnels (G8, G20, cérémonies du D-Day, etc.). Dans ce cadre, la réponse s'appuie simultanément sur la mise en œuvre sur le terrain des éléments de renfort nécessaires à cet événement (Réserve sanitaire, stocks stratégiques) et sur le recueil et l'analyse des signaux requis pour la couverture de cet événement dans la continuité de ce qui a été mis en place par l'InVS (protocole « grand rassemblement »). Le recours à des messages de prévention à l'égard des populations pourra venir en complément ;

l'international :

- dans ce cadre, la réponse se fera soit dans le cadre de l'aide humanitaire d'État, soit dans le cadre de la coopération avec des organismes internationaux (OMS) ou en appui de la politique étrangère de la France pour la protection des ressortissants français et l'aide sanitaire à des situations de crises sanitaires.

par les directeurs généraux d'ARS, offrant de nouvelles perspectives. Demain, l'intervention de l'Agence nationale de santé publique pourrait par exemple se développer :

- par la mobilisation de la Réserve sanitaire en appui du système hospitalier ou des systèmes de soins (exemple : la maternité de Mayotte, pour la France, mais aussi à l'international pour l'OMS et le besoin de renforcement du dispositif sanitaire « Ebola »), mais également comme :

- **une aide à l'activité de réponse téléphonique de crise**, déjà réalisée par la Réserve sanitaire pour les pouvoirs publics (crashes aériens, relations familles-attentats), mais aussi pour faire face à des situations sanitaires exceptionnelles (numéro vert, pilule de troisième génération par exemple),

- **un appui à l'expertise, dans des circonstances exceptionnelles**, pour la réalisation des missions de l'établissement (notamment en matière épidémiologique) et auprès des ARS (pour le renforcement des moyens humains en ARS ou pour l'offre de soins, par exemple) ;

- par le recours aux stocks stratégiques de médicaments en cas de besoins exceptionnels en dehors de situation de crises (en cas de ruptures problématiques de stock par exemple).

L'Agence devra donc demain être en capacité de :

- **assurer une coordination de l'alerte, sur l'ensemble de ses processus [encadré D]** intégrant les capacités d'investigation, les modalités d'alerte, les moyens de communication, les retours d'expérience et l'inscription dans un processus qualité ;

- **assurer la mobilisation des stocks stratégiques et des réservistes**, c'est-à-dire :

- **garder une structure légère** et prête à être mobilisée en cas de crise. Il est donc proposé que le cœur de métier actuel de l'Éprus (gestion des stocks et de la Réserve) puisse demain garder une certaine autonomie, avec une délégation et des prérogatives fortes pour agir au nom de l'État et pour le compte du ministre chargé de la santé. L'articulation avec les moyens et les compétences du ministère de la Défense doit être ici réexaminée,

- **poursuivre le travail** de constitution, d'animation, de formation et de déploiement des réservistes dans le cadre de crises sanitaires.

Les missions d'appui à l'offre de soins, mais également en appui aux missions d'expertise réalisées par l'établissement, notamment en termes d'investigation épidémiologique, doivent rester exceptionnelles et relever d'une décision ministérielle,

- **anticiper la préparation et la réponse** aux alertes soutenues ou d'intensité élevée, et exploiter les informations disponibles une fois les crises passées pour capitaliser l'expérience en vue de la préparation pour faire face aux crises à venir,
- **repérer les besoins de renfort** pour assurer des recrutements et formations adaptés aux (nouvelles) menaces et y préparer les réserves sanitaires,
- **gérer le stock stratégique** et aider les établissements à gérer leurs stocks tactiques,
- **structurer une veille** sur les marchés de produits de santé et d'équipements qui pourraient revêtir un caractère stratégique en cas de crise,
- **conseiller le ministère chargé de la santé** sur l'adaptation des stocks.

La confidentialité et la sécurité des données gérées, notamment en ce qui concerne les stocks stratégiques de l'État, doivent être assurées et préservées. En effet, la gestion des stocks stratégiques nationaux nécessite un niveau élevé de sûreté et l'application stricte de mesures de protection des données, des matériels et installations en rapport avec le niveau de classification de l'établissement.

- Des risques de grande ampleur pour la santé des populations existent. Ils sont de plusieurs ordres : événements naturels ou climatiques ou sociopolitiques.
- L'alerte est une fonction régaliennne de l'Agence. Elle est garante de l'identification des risques, voire de leur anticipation, et de la réactivité dans l'alerte et la réponse.
- Il est indispensable de disposer d'un opérateur dans le domaine sanitaire mobilisable pour suppléer à une défaillance ou insuffisance du système de soins lors d'événements sanitaires majeurs.
- Il convient de disposer des stocks stratégiques et d'une Réserve sanitaire mobilisables dans les plus brefs délais.

Propositions

- Renforcer les capacités de coordination de l'alerte : investigation, communication, retour d'expérience, démarche qualité, maîtrise des risques.
- Compte tenu des compétences rassemblées en surveillance, alerte et intervention au sein de la nouvelle agence, celle-ci devra être l'instigatrice majeure de retours d'expérience et d'exercices de nature à forger une expertise dans la crise.
- Garder une structure de type « Éprus », légère et prête à être mobilisée en cas de crise avec des pouvoirs et des prérogatives forts pour agir au nom de l'État dans les délais les plus brefs.

LA VEILLE ET LA SURVEILLANCE À L'AUNE DES GRANDES BASES DE DONNÉES ET DU NUMÉRIQUE

Les fonctions de veille sanitaire et de surveillance en santé publique sont complémentaires et intriquées. La première est une condition indispensable pour une sécurité sanitaire efficace, la surveillance va bien au-delà pour interagir avec la politique de prévention sur la durée.

LA VEILLE ET LA SURVEILLANCE, UN DES CŒURS DE MÉTIER DE LA NOUVELLE AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

La **veille sanitaire** est l'adaptation et l'extension du concept de surveillance de santé publique à celui de la sécurité sanitaire : « *collecter, analyser, interpréter de manière systématique, continue et réactive tous les signaux pouvant représenter un risque pour la santé publique dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce*¹⁴ ». Elle se nourrit de la surveillance, et elle est complétée par : 1) le signalement et l'analyse en temps réel des situations ou événements susceptibles de constituer une menace, 2) la mise en œuvre de systèmes de surveillance non spécifiques réactifs, tels que le suivi informatisé et en temps réel des passages aux services d'urgence et des décès en France (SurSaUD), et 3) la veille internationale qui vise les menaces internationales en amont de leur impact sur le territoire national. Par l'analyse systématique et réactive de multiples signaux de veille sanitaire, elle dépiste les menaces pour la santé pour alerter et proposer des options de gestion adaptée aux décideurs (ministère chargé de la santé et ARS).

14. Desenclos J.-C., Viso A.-C. La sécurité et la veille sanitaire. In : Fassin D., Hauray B. éd., *Santé Publique : états des savoirs*. Paris : La Découverte, 2010 : p. 341-350.

L'expérience de ces dix dernières années a montré, en France, en Europe et en Amérique du Nord, et ce quel que soit le champ considéré, la pertinence d'une veille nationale combinant signalement et surveillance syndromique, associée à une veille internationale. Le signalement et la surveillance syndromique permettent de réduire les « angles aveugles » laissés par les systèmes de surveillance spécifiques dont la couverture est par nature incomplète. Elle ne peut cependant pas fonctionner de manière satisfaisante et efficace sans une **capacité permanente et professionnalisée d'analyse** (au niveau régional et national) avec une **capacité réactive d'investigation de terrain**. Elle s'appuie sur les compétences d'équipes d'épidémiologistes présentes dans chacune des Cire au niveau des ARS (voir le chapitre « Une présence indispensable dans tous les territoires de métropole d'outre-mer »).

La surveillance de santé publique est un « *processus de collecte systématique, organisé et continu de données de santé ainsi que leur analyse, interprétation et dissémination dans une perspective d'aide à la décision et d'évaluation* ». Ses objectifs vont de l'alerte à l'évaluation des mesures de prévention : détection des menaces pour la santé, estimation de l'importance d'un phénomène de santé, suivi de ce phénomène dans le temps et l'espace, caractérisation des personnes touchées, évaluation des actions et interaction avec la recherche. Organisée en système, elle peut être spécifique à un champ ou un sujet de santé donné (cancer, tuberculose, tabagisme, etc.) ou non spécifique (surveillance syndromique), cibler la population générale ou des populations spécifiques identifiées comme vulnérables ou prioritaires. Elle se traduit par la production d'indicateurs qui en déclinent les objectifs. Elle s'adresse à tous les champs et phénomènes de santé (mortalité, morbidité, entités nosologiques spécifiques ou syndromiques, expositions, déterminants de santé, comportements, couverture de la population par une action de santé comme la vaccination, les connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé, la perception, etc.). Si la notion de continuité impose une récurrence des activités de surveillance, la périodicité de mesure n'est pas nécessairement annuelle et doit être adaptée au sujet ciblé et aux ressources disponibles.

LES ENJEUX EN MATIÈRE DE VEILLE ET DE SURVEILLANCE LIÉS À LA CRÉATION DE LA NOUVELLE AGENCE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

Les enjeux sont de plusieurs ordres, liés à la capacité de 1) moderniser les outils et les méthodes d'analyse prenant en compte la révolution numérique, 2) coordonner les grandes enquêtes, 3) contribuer à la production d'indicateurs clés de l'état de santé de la population, 4) prioriser la veille et la surveillance, champ extrêmement large qui oblige à disposer d'une approche par pathologie, par population et par déterminant.

La nécessaire modernisation des outils et méthodes à l'heure du « tout numérique »

Plusieurs aspects méritent une attention toute particulière : la dématérialisation, la capacité de gérer de grandes bases de données et de faire face aux phénomènes des « *big data* », l'intégration de données de géolocalisation.

La dématérialisation

L'InVS a initié la dématérialisation de plusieurs systèmes basés antérieurement sur un support papier, créé de nouveaux systèmes dématérialisés d'emblée (SurSaUD) et déploie actuellement la dématérialisation de la déclaration obligatoire. Pour l'Agence, il s'agira d'un chantier complexe qui implique de prendre en compte les niveaux locaux, régionaux et nationaux de transmission et d'utilisation de l'information.

La future agence devra continuer son effort pour dématérialiser ses systèmes de surveillance, accompagner activement sa mise en œuvre en veillant à l'articulation avec le portail des signalements en cours de définition au niveau de la DGS.

La capacité à gérer de grandes bases de données, à faire face phénomène des « *big data* »

Les grandes bases de données. Le COP 2014-2017 de l'InVS prévoyait pour sa stratégie de surveillance l'intensification de l'utilisation des banques de données médico-administratives (BDMA) et le développement des systèmes multisources. L'InVS dispose de l'accès au Système

national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniir-AM) incluant les variables sensibles, au Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) et au Fichier national des causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc). Il dispose par ailleurs de nombreuses bases de données liées à ses propres travaux, notamment le Programme de surveillance syndromique SurSaUD. La nature de ce dernier, s'il est focalisé historiquement sur l'alerte, le qualifie de principe comme une grande base de données à usages multiples, utilisable par l'ensemble de la future agence, au-delà de l'alerte.

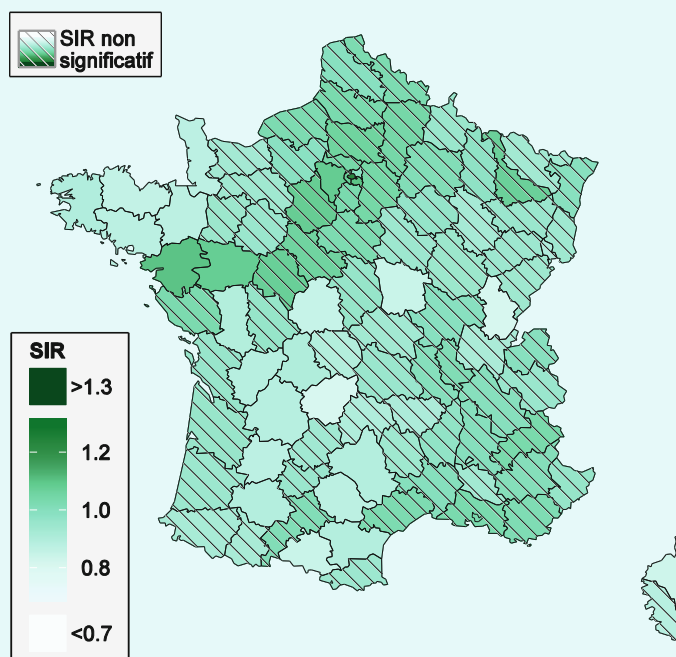
Recueillies à des fins de gestion, les données médico-administratives apportent, moyennant une démarche d'analyse et de validation rigoureuse, des données et indicateurs irremplaçables qu'il ne serait probablement pas possible de produire autrement. La couverture populationnelle des BDMA est quasi-exhaustive. Le chaînage des données permet de plus l'adoption d'une perspective longitudinale, que seules les coûteuses analyses de cohortes peuvent permettre. L'appariement des BDMA avec d'autres bases de données, notamment celles des enquêtes, des fichiers de données sociales et professionnelles, étend d'autant plus la portée et la granularité des observations. Dans le champ « santé-travail », cette approche longitudinale permet d'évaluer les inégalités de santé liées au travail (suicide et catégorie professionnelle) et par des démarches de cohorte prospective, de surveiller la santé selon les catégories professionnelles et les secteurs d'activité (programme Coset, Cosmop du Département santé-travail).

L'utilisation des BDMA pour la surveillance du cancer en France impose une approche rigoureuse faite d'étapes successives d'analyse, d'appariement et de validation, dont la qualité dépend notamment du site du cancer considéré du fait des caractéristiques épidémiologiques et de sa prise en charge clinique. Dans ce champ, les registres du cancer constituent la référence indispensable. Ils permettent l'étalonnage des données issues des BDMA, et des travaux de validation des systèmes multisources en référence à ce dernier sont indispensables. Ainsi, l'utilisation de modèle mathématique a permis, pour huit localisations de cancer chez la femme et l'homme (sur 21), de produire des indicateurs d'incidence départementaux valides alors que les registres des cancers couvrent, chez l'adulte, moins de 20 % du territoire **[encadré F]**.

Encadré F - Surveillance en région du cancer du sein chez la femme

Incidence et mortalité au niveau départemental - Comparaison avec le niveau national.

Ratio standardisé d'incidence (SIR) par cancer du sein, 2008-2010 : écart par rapport au taux national



Les données produites permettent de décrire les disparités départementales d'incidence et de mortalité des cancers, selon le sexe et par tranche d'âge spécifique, et de situer chaque département par rapport au niveau national. Les tendances 1985-2009 de la mortalité départementale sont également disponibles sur le site.

Sources : Registres des cancers, ATIH (PMSI). Exploitation InVS-Francim-HCL - INCa

Cette évolution n'en correspond pas moins à un changement de paradigme dont il faut avoir conscience : « *Plutôt que collecter des données de novo en fonction des objectifs, la surveillance s'adapte aux données disponibles* ».

Les données que recèlent les BDMA sont certes exhaustives et riches, mais d'une grande complexité, et ne se prêtent pas à l'usage épidémiologique sans de nombreux traitements et recodages. Leur exploitation est donc devenue une compétence et un métier spécifiques. L'organi-

sation actuelle de l'InVS est celle d'une décentralisation des ressources humaines au niveau de ses départements, avec une animation et un soutien transversal au niveau de la Direction scientifique et de la qualité (DiSQ). Si cette approche permet un apprentissage et une acculturation à son utilisation, son efficacité est mise en question par la pratique (manque de masse critique rassemblée, activité épisodique, etc.).

Enfin, si les BDMA (Sniir-AM, PMSI ou le Fichier national des causes médicales de décès, etc.) apportent des éléments exhaustifs dans leur champ (les consommations médicales pour le Sniir-AM, des états ou des diagnostics pour le PMSI, les causes directes et associées pour les causes de décès), il manque les variables individuelles caractérisant la population (en dehors de l'âge, du sexe et de la commune de résidence) et les caractéristiques biocliniques des événements de santé. Pour caractériser les phénomènes de santé, il faudra demain appareiller les informations. Les progrès, liés à la possibilité d'utiliser le numéro d'inscription au répertoire (NIR) – identifiant unique –, envisagés dans la loi de santé, offriront de nouvelles possibilités à la surveillance.

La future agence devra :

- **réfléchir à son mode d'organisation** pour disposer des compétences, de l'expérience et de l'expertise approfondie pour la gestion et le traitement des grandes bases de données ;

- **considérer un rapprochement** avec le futur Service national des données de santé (SNDS), et en particulier, l'Institut national des données de santé (INDS) prévu dans la future loi de santé, compte tenu de ses capacités à potentiellement intégrer des données épidémiologiques (déterminants de santé, données sociales, motifs de recours au soins, diagnostics en médecine de ville, etc.) issues de multiples systèmes d'information. La future agence de santé publique et l'ANSM ayant un intérêt commun vis-à-vis du SNDS pour leurs missions respectives, une coordination et une collaboration avec l'ANSM dans le développement et l'utilisation du SNDS devraient être envisagées. La future agence devra être attentive à ce que l'utilisation des données individuelles pour des finalités collectives ne remette pas en cause le droit des personnes en matière de protection de la vie privée ;

- **maintenir une vision d'ensemble** de ses systèmes de surveillance. Si le recours aux BDMA et leurs améliorations permettent d'envisager l'optimisation des systèmes de surveillance, l'expérience et une ré-

flexion prospective interne au sein du CS de l'InVS, n'en indiquent pas moins qu'elles ne permettront pas de répondre à tout. Ceci implique le maintien ou le développement de systèmes spécifiquement construits. Ainsi, les choix de la future agence en la matière ne pourront pas être basés sur l'hypothèse simple et réductrice que l'avènement du SNDS et des « *big data* » permettra de remplacer tous les systèmes spécifiques. D'où l'importance de bien considérer l'ensemble de ces dimensions dans la priorisation des futurs choix et non la seule maîtrise des coûts.

Les « *big data* ». L'InVS a déjà accès à l'ensemble des bases de données de grande taille et de grande « dimensionnalité », que l'Institut les ait développées lui-même ou pas. Les approches usuelles en épidémiologie et biostatistique ne permettent plus d'appréhender de manière réactive et satisfaisante les bases de données de cette nature, en particulier d'identifier en leur sein des événements de santé, des tendances (« *patterns* ») ou relations entre elles pouvant suggérer d'éventuelles menaces pour la santé publique. Dans ce contexte, les méthodes de fouille de données, qui ont été initialement développées dans le champ économique, financier, du marketing, du Web, des réseaux sociaux et de la communication, etc., ouvrent de nouvelles perspectives de développement et de validation pour la veille et la surveillance.

La fouille de données recouvre les méthodes permettant la « découverte de connaissances dans les grandes bases de données », « l'extraction de connaissances à partir de données » (« *knowledge discovery in databases* »). Elle se développe très rapidement avec l'avènement des « *big data* ».

La future agence devra :

- **prendre en compte** l'émergence du concept de « science des données » à l'heure des « *big data* » ;
- **identifier les champs** sur lesquels les méthodes de fouille de données, au vu des données et sans hypothèse *a priori* (*data driven*), seront prioritaires ;
- **construire des partenariats** avec des équipes de recherche et des équipes universitaires. Ce besoin n'est pas spécifique à la future agence et concerne aussi l'ANSM pour ses missions de vigilance et l'Anses, qui assurera bientôt la mission de toxicovigilance en relais de l'InVS.

La géolocalisation des informations épidémiologiques

La question de l'analyse de la relation entre état de santé et environnement impose aussi de pouvoir géolocaliser précisément les données au sein des systèmes de surveillance. La finesse d'analyse requise imposera la géolocalisation de plus en plus fréquente des informations épidémiologiques, ce qui nécessitera un investissement important et une sécurisation appropriée des systèmes d'information qui, dès lors, deviennent identifiants vis-à-vis des personnes. Cette dimension est aussi imposée par le règlement européen *Inspire*. L'intégration d'indicateurs pertinents renseignant les inégalités sociales doit s'y ajouter, vu l'enjeu que représente la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et les besoins des ARS dans ce domaine. Enfin, si la géolocalisation permet de caractériser les contextes en termes sociaux et environnementaux, il importe de veiller à un « respect des territoires » qui évite ou limite la discrimination de certaines villes, quartiers ou territoires.

La future agence devra veiller, en matière de géolocalisation, à la cohérence nationale des systèmes de surveillance et des systèmes d'information mobilisant cette dimension.

La coordination des grandes enquêtes

L'InVS réalise de nombreuses enquêtes en population (générale ou spécifique) dont certaines ont vocation à être répétées (surveillance périodique) ; le même constat vaut pour l'Inpes qui réalise les Baromètres santé à intervalles réguliers avec des modules spécifiques à certaines thématiques. Ces enquêtes, basées sur des échantillonnages complexes, collectent selon les objectifs des informations par questionnaires en face à face, téléphoniques ou *via* Internet, avec, pour certaines, un examen de santé, des prélèvements biologiques, voire un appariement avec les bases de données de l'Assurance maladie.

La réalisation des enquêtes est, en soi, une activité et un métier spécifique, distinct de l'expertise de la ou des thématique(s) qui sont à l'origine de l'enquête. Se pose donc la question de la gestion des enquêtes au sein de la future agence. Outre la nécessité d'une programmation rigoureuse des enquêtes, une coordination opérationnelle transversale à l'Agence sera nécessaire.

D'autres organismes publics, agences ou équipes de recherche, réalisent pour leur besoin des enquêtes en population (Drees, équipes Inserm, Irdes, Ined, l'Anses, etc.). La collaboration avec les grandes cohortes en population (Constances, Elfe, etc.) et l'accès à leurs données pour la surveillance sont aussi à mentionner. Pour certaines de ces enquêtes, l'InVS et l'Inpes apportent une collaboration, voire un soutien financier.

La future agence devra :

- **coordonner la programmation de ses enquêtes** avec celles mises en œuvre par d'autres. Le dispositif public d'enquêtes en santé devra aussi être coordonné avec la politique européenne en la matière (*Health Interview Survey [HIS], Health Examination Survey [HES]*) en lien avec la Drees, qui est le représentant de la France pour l'Europe ;
- **considérer, pour des raisons d'efficience, des mutualisations**, chaque fois que cela est possible ;
- **clarifier son positionnement** par rapport à d'autres institutions contribuant à la production des données de santé. Il existe des chevauchements de compétences qui tiennent à l'histoire ou aux thématiques d'étude.

La contribution à la production d'indicateurs clés de l'état de santé de la population

Un indicateur est un outil d'information et d'aide à la décision. En France, le constat est celui d'un relatif éclatement des fonctions de production/mise à disposition d'indicateurs au sein d'organismes multiples. L'InVS et l'Inpes en produisent cependant un grand nombre (plus de 60 % des indicateurs du rapport de l'état de santé en France). La Drees est l'autre gros contributeur.

Au-delà de la production et mise à disposition d'indicateurs, déjà assurées par l'InVS et l'Inpes, la création de la nouvelle agence, de par ses missions et sa masse critique, pose la question de son implication dans le pilotage de leur production en lien avec la Drees. Elle aura à jouer un rôle plus grand de coordination dans la production d'indicateurs de l'état de santé au niveau national en interface avec la Drees, et au niveau régional en interface avec les acteurs régionaux. Le périmètre de production des indicateurs pourra évoluer en fonction des missions et priorités, mais il n'est pas attendu de changement de fond, même s'il faudra envisager

des indicateurs dans des champs aujourd'hui non couverts et discuter la pertinence de certains indicateurs déjà produits.

Quant à la mise à disposition, il faudra juger de l'opportunité de développer un outil dédié : plateforme d'indicateurs ouverte à une cible (décideurs, professionnels, grand public) à définir en fonction des objectifs et missions de l'agence et des besoins de ses « clients ». Cette mise à disposition serait cohérente avec les objectifs de transparence et de visibilité de ses travaux, notamment dans le contexte « *open data* ». Le Québec a développé l'Infocentre de santé publique et Santéscope, et le Royaume-Uni, l'*Outcomes Framework* (Public Health England).

La future agence devra donc :

- **se coordonner avec la Drees pour la production d'indicateurs de santé et établir conjointement le rapport sur l'état de santé** ; ce rapport devra être centré sur les priorités, l'aide à la décision et le suivi de la politique de santé publique, avec interprétation et mise en perspective des indicateurs. La nouvelle agence aura ici à assumer un rôle de coordination méthodologique pour favoriser leur harmonisation, introduire une démarche qualité et impulser les activités recherche et développement nécessaires ;
- **s'organiser pour mettre à disposition en *open data* des indicateurs de santé à des niveaux au minimum régionaux.**

La priorisation de la veille et de la surveillance

Les systèmes de surveillance varient en fonction de l'objectif, du sujet surveillé, de la population cible et de la finalité (perspective de sécurité sanitaire ou de santé publique). Le fait que la surveillance soit intégrée dans la construction et le suivi des politiques de santé a pour corollaire qu'elle doit cibler les questions de santé jugées prioritaires. Les critères de choix sont multiples : le poids en santé publique de l'événement de santé (incidence, prévalence, sévérité ou létalité, mortalité, impact social, etc.), le potentiel évolutif (risque épidémique notamment) et l'évitabilité (existence de traitements, de mesures de prévention ou d'autres actions de santé publique efficaces et faisables). Le système de surveillance devrait donc dorénavant s'envisager aussi sous l'angle du *burden of disease*, encore absent de la conception française de la surveillance. La question de l'investissement passé dans un système doit aussi être

considérée. L'InVS a développé une grille pour analyser et prioriser les projets et programmes de surveillance nouveaux et récurrents qu'il faudra revoir et ajuster dans le contexte des missions élargies de la nouvelle agence. La veille prospective – qui vise à anticiper les risques de demain par une prise de recul par rapport au quotidien, et replace les fonctions de veille et de surveillance dans l'évolution du contexte social, économique, environnemental, scientifique, technologique, etc. – doit aussi contribuer à la priorisation, fixant ainsi sa place dans les activités de la nouvelle agence. Enfin, dans le contexte du rassemblement des missions de surveillance et d'expertise en prévention, promotion et d'éducation pour la santé dans la même agence, la hiérarchisation des priorités de surveillance et tout particulièrement leur programmation devront tenir compte à la fois des choix stratégiques d'investissement de prévention et de promotion de la santé, et des nouveaux besoins d'évaluation pragmatique des programmes de prévention à laquelle la surveillance pourra contribuer.

L'InVS a développé une évaluation externe des programmes de surveillance. Cette démarche est essentielle, et les recommandations qui en sont issues sont précieuses pour l'amélioration des systèmes de surveillance et contribuent aussi à la programmation.

La future agence devra donc :

- **veiller à une meilleure articulation, priorisation et programmation des activités de surveillance** en fonction des besoins des grandes priorités de prévention et de leur évaluation ;
- **maintenir et élargir la démarche d'évaluation externe de ces programmes de surveillance** en liaison étroite avec son Conseil scientifique.

Les points essentiels

- En matière de veille et de surveillance, la modernisation des outils est indispensable : dématérialisation, capacité à gérer de grandes bases de données, à prendre en compte les *big data*, les données issues des réseaux sociaux, à intégrer la géolocalisation.
- L'InVS et L'Inpes sont parmi les plus gros contributeurs d'enquêtes en France.
- L'ampleur du champ de la veille et de la surveillance impose un travail de priorisation.
- La constitution et l'animation de l'actuel Réseau national de santé publique sont gages du système national de veille et de surveillance.

Propositions

- Moderniser les systèmes d'information.
- Se rapprocher de la recherche pour s'approprier les méthodes d'analyse de grandes bases de données et des *big data*.
- Rendre plus accessibles les résultats de surveillance au service de la conduite des politiques régionales et nationales. Anticiper plus encore les besoins de données nécessaires à l'élaboration des politiques publiques.
- Se rapprocher de la Drees pour proposer une coordination et une mutualisation des grandes enquêtes et coordonner la production d'indicateurs clés de l'état de santé de la population.
- S'inscrire pleinement dans des démarches de veille prospective et d'évaluation externe.

DONNER UNE NOUVELLE IMPULSION À LA PRÉVENTION/PROMOTION DE LA SANTÉ

Les trois établissements ont une mission de prévention : sous le volet « protection » pour l'InVS et l'Éprus, et sur le volet « prévention/promotion de la santé » pour l'Inpes. L'Inpes est une agence sanitaire qui s'est vu confier par la loi les missions :

- d'assurer le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire national dans une perspective de promotion de la santé ;
- d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et d'éducation pour la santé ;
- de contribuer à définir les stratégies et les modes opératoires des volets « prévention » des politiques et programmes nationaux de santé publique.

Pour mettre en œuvre ces missions, l'Inpes s'appuie sur une expertise scientifique, des actions d'information et de communication, et une stratégie de déploiement sur les territoires en exploitant des réseaux établis grâce à une politique partenariale.

Il est possible de distinguer deux fonctions dans la stratégie de l'Inpes :

- une fonction d'**opérateur national** pour ce qui est :
 - **des activités scientifiques** : analyse de la littérature, travail d'enquêtes (Baromètres santé, par exemple), expérimentation de pratiques innovantes, adaptation culturelle d'interventions ayant démontré leur efficacité dans d'autres contextes, évaluation des programmes, élaboration d'outils pédagogiques et capitalisation de l'expérience,

- **de la communication nationale** (qu'il convient dorénavant d'appeler « activités de marketing social » ou « marketing en santé publique ») intégrant l'ensemble des dispositifs médias et hors médias : TV, radio, aide à distance, réseaux sociaux, affiches, éditions, etc. ;

- une fonction de **maîtrise d'ouvrage** par l'accompagnement à la mise en œuvre de programmes de prévention et de promotion de la santé avec des activités de coordination, un soutien et une animation des acteurs du champ sanitaire ou non (organismes d'état, collectivités territoriales, structures de soins et de prévention, clubs sportifs jeunesse et sport, associations type « Ireps », etc.). L'Inpes n'est plus ici un opérateur : dans sa fonction de maîtrise d'ouvrage, il s'appuie alors sur les professionnels de soins, les réseaux de prévention et des opérateurs potentiels.

Ces fonctions déclinent le rôle de l'Inpes de référent en prévention et promotion de la santé au plan national qu'il convient de préserver dans la nouvelle agence de santé publique. Ce rôle avait été souligné par le Conseil scientifique de l'Inpes **[encadré G]**.

Encadré G - Renforcer le rôle de l'Inpes de référent en prévention et promotion de la santé au plan national (analyse du Conseil scientifique de l'Inpes)

« Le paysage de la santé publique a été renouvelé dans les vingt dernières années par la création des agences sanitaires qui portent les missions techniques et scientifiques des politiques de santé, la définition d'objectifs de santé pluriannuels (loi de 2004) et la restructuration de l'organisation de la santé publique autour des agences régionales de santé (loi de 2009). Le rôle de référent de l'Inpes en promotion de la santé dans ces différentes facettes (éducation, prévention et promotion) a eu à s'adapter à ce contexte évolutif. La reconnaissance du champ spécifique de l'Inpes par les acteurs du champ de la santé publique est pénalisée par les carences de la formation académique, une vision administrative ou médicalisée de la prévention, et une culture de santé publique insuffisante en France. Aux yeux du Conseil scientifique, l'existence d'un référent national est cruciale pour définir et porter une intervention cohérente en prévention aussi bien dans les actions nationales que dans les actions promues en région. »

Les travaux de préfiguration ont permis de dégager **six axes stratégiques** pour la fonction prévention/promotion de la santé :

- 1 - le développement d'une prévention fondée sur les données probantes ou prometteuses ;
- 2 - la priorisation des activités et champs pour ne pas diluer les efforts entrepris en prévention/promotion de la santé ;
- 3 - l'affirmation d'une stratégie de marketing social (ou de marketing en santé publique) ;
- 4 - une offre d'aide à distance en santé pilotée par le service public ;
- 5 - le renforcement de la politique de partenariat en promotion de la santé ;
- 6 - le soutien des acteurs de premiers recours aux soins pour leur investissement dans la prévention.

L'action territoriale de la nouvelle agence de santé publique dans le champ de la prévention/promotion de la santé est traitée dans le chapitre « Une gouvernance garante de l'ouverture et de la transparence ».

LE DÉVELOPPEMENT D'UNE PRÉVENTION FONDÉE SUR LES DONNÉES PROBANTES OU PROMETTEUSES

Le terme « données probantes » est une traduction des termes anglais *evidence-based*. Il n'y a plus guère de rapports officiels internationaux qui ne fassent référence à la nécessité d'une approche fondée sur les données probantes. L'Inpes s'est attaché, dès 2003, avec le soutien de son Conseil scientifique, à développer l'évaluation scientifique d'interventions en prévention. Cette stratégie soutenue financièrement s'est heurtée initialement à une quasi-absence d'équipes de recherche en capacité d'accompagner cette stratégie. L'Inpes s'est également attaché à réaliser des analyses de littérature et des synthèses tant le nombre de publications mesurant l'efficacité et l'efficience d'interventions est important¹⁵. Ces travaux de synthèse doivent être transformés en recommandations ou en modes opératoires par les décideurs et par les opérateurs de programmes de prévention. En effet, une des difficultés fréquemment ren-

15. Arwidson P. En prévention, les bonnes intentions ne suffisent pas. *Santé Publique*, 2013, vol. 25, suppl. 1 : p. 7-8.

contrées est leur adaptation au contexte, aux pratiques professionnelles et aux besoins des populations. Pour en assurer le succès, un groupement d'initiative française porté par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) dans lequel l'Inpes est impliqué, a pour but d'organiser et accompagner les travaux sur la transférabilité des interventions d'un contexte à l'autre.

Dans ce domaine, les modèles étrangers sont basés sur : la labellisation de programmes (*branded programs*). Ainsi, aux États-Unis, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Samhsa) a développé un registre des programmes et pratiques fondé sur les données probantes, nommé *National Registry of Evidence-based Programs and Practices* (NREPP). Le National Cancer Institute a mis en place un modèle similaire *Research-tested Intervention Programs (RTIPs—Moving Science into Programs for People)*. Les Britanniques développent un réseau nommé *What Works*¹⁶.

De plus, les Anglo-Saxons s'intéressent depuis longtemps à la question de l'efficacité ou de l'économie de la prévention sur laquelle la France a un retard majeur.

La nouvelle agence de santé publique devra relever quatre défis : 1) **identifier** les programmes validés ou prometteurs, 2) les **adapter** ou les concevoir puis les évaluer, 3) **déployer** ces modalités d'intervention une fois que leur intérêt aura pu être démontré, et enfin 4) **développer** une expertise en économie de la prévention/promotion de la santé.

Il est donc proposé d'inscrire la nouvelle agence de santé publique dans les orientations suivantes :

- **poursuivre** la réalisation d'analyses de littérature sur les données probantes, qui permet d'identifier des interventions efficaces en matière de prévention/promotion de la santé ;

- **développer** des stratégies pour accompagner leur adaptation au contexte, aux pratiques professionnelles et aux besoins des populations en participant au Groupement d'initiative française de l'EHESP et en finançant des équipes de recherche inscrites dans un processus d'évaluation de l'efficacité d'interventions en prévention/promotion de la santé ;

16. En ligne: <https://www.gov.uk/what-works-network>

- **examiner** la faisabilité de la labellisation de programmes ;
- **soutenir** l'innovation pour attirer des professionnels de santé et des chercheurs dans ce champ et, si les moyens financiers le permettent, l'émergence d'une activité d'économie de la prévention.

L’AFFIRMATION D’UNE STRATÉGIE DE MARKETING SOCIAL (OU DE MARKETING EN SANTÉ PUBLIQUE)

Si les marques usent de la publicité, c'est que cela produit des gains de notoriété et des comportements d'achat, des parts de marché, et donc génère des revenus. En santé publique, il ne s'agit pas de générer de la valeur, il s'agit d'utiliser les outils du marketing pour faire prendre conscience, amener une forme de remise en question, modifier les représentations, faire évoluer les normes, promouvoir des valeurs positives et des services permettant de renforcer les capacités à agir pour adopter des comportements favorables à la santé. Beaucoup de pays industrialisés appuient leurs programmes de prévention avec du marketing social. Ainsi l'Angleterre dispose-t-elle d'un National Social Marketing Center depuis 2006.

La communication en santé ne se résume pas à des messages, mais crée un contexte favorable à l'adoption ou au maintien de comportements favorables à la santé en s'adressant à des publics divers au sein de la population, en apportant des informations, en assurant un lien avec des services personnalisés, en favorisant l'évolution des normes sociales et, plus globalement, en **apportant une lisibilité des stratégies de prévention**.

Le marketing social s'appuie sur des théories et des connaissances scientifiques, des métiers et des compétences permettant de mettre en œuvre des campagnes médias, Web, de l'édition, de la création d'événements, de l'animation de réseaux sociaux, etc. C'est surtout une démarche globale visant à l'intégration de l'ensemble des outils disponibles pour donner le maximum de cohérence et de poids aux messages délivrés. Une campagne de marketing social ne peut se concevoir que comme un dispositif d'offre de service global : doivent alors être prévus d'une part, la diffusion ciblée d'outils de contenus (brochures, affiches, communiqués de presse, sites web, aide à dis-

tance en santé, animation des réseaux sociaux, etc.), et d'autre part, un relais avec des réseaux locaux et acteurs de terrain. Maibach¹⁷ a proposé le modèle « Personnes et lieux » (*People and Places*) pour tenter de réconcilier communication, marketing social et actions de terrain [figure 4].

Figure 4 - Modèle « Personnes et lieux » de Maibach appliqué à la promotion de l'activité physique

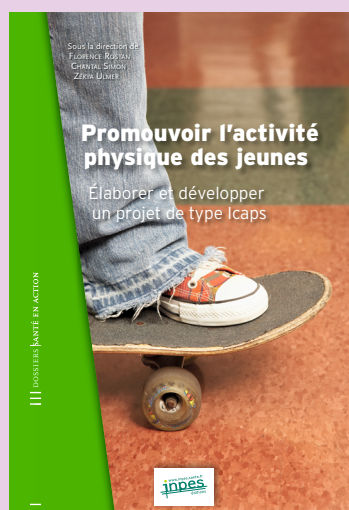


17. Maibach E. W., Abroms L. C., Marosits M. Communication and Marketing as Tools to Cultivate the Public's Health: A Proposed "People and Places" Framework. *BMC Public Health*, 2007, vol. 7, n° 88. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1888704/>

Lieux

Écoles, associations

Développement
des pratiques professionnels
evidence-based



Villes

Plaidoyer auprès
des décideurs locaux



Le marketing social nécessite en amont de connaître :

- la cible, ses représentations et les leviers d'action. Il s'appuie sur des données issues de l'épidémiologie et des théories du comportement, de la sociologie, de la psychologie, etc. ;
- le contexte et les autres types de message auxquels le public ciblé est exposé.

Puis il s'agit de se poser la question des moyens à mettre en œuvre : stratégies, ton, outils, canaux, etc.

Les contraintes majeures du marketing social sont doubles :

- **financières** : si le coût des campagnes grand public et leur intégration à travers de nombreux médias sont considérés comme élevés, ils sont sans commune mesure avec les budgets publicitaires des entreprises marchandes. Ainsi, concernant l'agroalimentaire, le budget publicitaire de ce vecteur en 2013 s'élevait à 4,6 milliards d'euros en France, et celui de l'Inpes pour les campagnes relatives à la nutrition, à 3,3 millions d'euros (soit 1 000 fois moins) ; il en va de même pour le tabac ou l'alcool ;
- **éthiques** : d'une part tout ce qui touche au comportement peut être jugé comme normatif ou comme une atteinte aux libertés individuelles, et d'autre part, le ton ou les ressorts utilisés peuvent créer de la peur, de la culpabilité, ou de l'inquiétude.

Il faut considérer le marketing social en santé publique comme un contre-pouvoir ou une aide à la résistance face à l'influence massive des publicités, dont l'objectif est de promouvoir des comportements permettant de générer des revenus, quelles qu'en soient les conséquences sanitaires.

Le marketing social est un formidable moyen pour développer la pédagogie et l'accompagnement, renforcer la capacité à agir pour arrêter de fumer, réduire la consommation d'alcool, inciter à se faire dépister, aider à amener son partenaire à mettre un préservatif, etc.

Les enjeux pour la nouvelle agence de santé publique sont ici multiples :

- ancrer sa stratégie dans la science de la communication en santé¹⁸ qui a émergé depuis plusieurs décennies avec de nombreux articles et revues scientifiques ;
- distinguer le marketing social de celui de la communication institutionnelle ;
- disposer de moyens financiers adéquats ;
- reconnaître le marketing social comme un métier, et donc recruter des professionnels en intégrant une large palette de métiers (communicants, stratèges digitaux, aides à la téléphonie santé, webmasters, *community managers*, etc.) ;
- développer une stratégie d'intervention intégrée en prévention/promotion de la santé mobilisant les diverses modalités d'action individuelle

18. Arwidson P. Communication et marketing en santé publique. *Tribunes de la santé*, 04/2014, n° 45 : p. 25-30.

et collective : campagnes de marketing social, aide à distance, actions de proximité, de plaidoyer, etc.

C'est pourquoi il est proposé de :

- **reconnaître pleinement le marketing social** au sein de la nouvelle agence associant une expertise de communication et une expertise articulée autour de plusieurs métiers. Cette reconnaissance permettra de développer pleinement la stratégie d'intervention intégrée en prévention et promotion de la santé ;
- **plaider pour la fin des exonérations de taxe sur les publicités dans le secteur agroalimentaire** (du fait de l'apposition du logo mangerbouger.fr) afin de se donner les moyens financiers de développer une stratégie de marketing social ambitieuse ;

Encadré H - Le Web 3.0 et les nouvelles technologies de l'information et de la communication

Le Web 3.0 recoupe des technologies dites des « objets connectés » permettant à la fois de collecter dans l'instant des données sur les personnes (poids, température, pression artérielle, etc.) et leurs activités (nombre de pas, lieu où elles se trouvent, aliments consommés, réalisation d'actions programmées, etc.), permettant de les « situer » dans leur contexte et de leur faire parvenir des informations répondant à leur situation particulière, fruit de l'analyse des données recueillies et des recommandations en santé.

Pour la santé publique, et particulièrement pour la prévention, les possibilités offertes sont nombreuses et stratégiques. Il faut néanmoins garder à l'esprit et tenir compte des règles éthiques, déontologiques et de respect de la vie privée.

Le National Health Service (NHS) a lancé une application, *NHS Health & Symptom Checker*, pour aider la population anglaise à faire le point et obtenir des informations sur son état de santé, et prodiguer des conseils de santé. Il met également à sa disposition une bibliothèque d'applications santé qu'il certifie médicalement sûres. Les CDC développent également cette approche en direction du grand public et des professionnels américains en mettant à leur disposition des applications santé.

Ce type d'applications, le NHS et les CDC l'ont montré, peuvent se décliner pour aborder la plupart des problématiques de santé et constituent un levier incomparable pour peser sur les comportements. Ces applications devront également être promues auprès des médecins, comme une aide à la consultation et au suivi de leur patient. Il ne s'agit plus d'informer une cible segmentée finement, mais d'être en mesure de fournir à chacun une information sur mesure.

- **se donner les moyens de monter en compétences** sur les nouvelles formes de communication digitale actuelles et à venir (applications smartphone, *serious game*, Web 3.0) [encadré H] ;
- **recruter dès à présent les professionnels** dont les compétences manquent au sein de l'Inpes, par exemple des *community managers*, pour développer la communication digitale à travers les réseaux sociaux, ou des webmasters au regard des besoins éditoriaux, et de se doter d'un stratégie digital transversal en interne ;
- **prendre en compte les enjeux de l'accès universel à l'information en santé** [encadré I].

Encadré I - Prendre en compte les enjeux de l'accès universel à l'information en santé

S'appuyant sur la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a intégré la question du handicap dans ses missions. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a permis cette dynamique, grâce à un partenariat. L'Inpes a ainsi adapté des outils en direction de personnes avec un handicap sensoriel ou mental, et mis en œuvre des études exploratoires sur le rapport à la santé des personnes handicapées.

La nouvelle agence doit poursuivre cet investissement sur le champ plus large de l'accès universel à l'information afin que toutes les personnes sans distinction d'âge, de genre, de capacité et d'origine culturelle, puissent avoir les mêmes opportunités de comprendre, d'accéder et d'utiliser de manière la plus indépendante possible à des informations utiles pour sa santé. Il s'agit aussi d'outiller les professionnels relais en contact avec ces différents publics.

L'Agence devra donc demain investir totalement ce champ pour intervenir efficacement, développer ses propres outils et émettre des avis construits.

UNE OFFRE D'AIDE À DISTANCE EN SANTÉ PILOTÉE PAR LE SERVICE PUBLIC¹⁹

L'Inpes a réalisé et publié en 2014 une revue de la littérature internationale sur l'efficacité des dispositifs de prévention et d'aide à distance en santé (PADS)²⁰. L'analyse des documents collectés (environ 90) montre que nombre d'interventions sont efficaces, à condition que certains protocoles et conditions de mise en œuvre soient respectés. Trois grands types d'objectifs peuvent être visés par ces interventions en prévention primaire : accompagner un changement de comportement, réduire le mal-être et enfin accompagner les personnes atteintes de maladies chroniques.

L'Inpes, principal opérateur national en matière de prévention et aide à distance en santé, finance aujourd'hui 16 dispositifs d'aide à distance. En 2014, l'ensemble de ces dispositifs a traité au global près de 1,2 million d'appels et l'ensemble des sites internet a reçu près de 14 millions de visites. Ces dispositifs portent sur des champs très variés en matière de prévention : les addictions (tabac, alcool, cannabis, drogues, dépendance aux jeux), la santé des jeunes, la santé sexuelle, le VIH/sida, les hépatites, les IST, certaines maladies chroniques et la santé mentale, le mal-être, et le suicide.

L'Inpes a décidé de démarrer dès 2010 **un projet de réorganisation de la téléphonie santé** dont les principaux axes de réorganisation étaient les suivants :

- le renforcement de la qualité de service offerte aux usagers : amélioration de la qualité des réponses offertes d'une part, et de l'accessibilité des dispositifs d'autre part ;
- l'optimisation du pilotage : amélioration du suivi qualitatif et quantitatif de l'activité ;
- le renforcement de la cohérence entre les structures : création d'un socle de bonnes pratiques.

Un premier bilan de cette réorganisation montre des avancées significatives : homogénéisation des démarches d'évaluation des réponses des

19. La note du 18 février 2015 rédigée par Laetitia Chareyre, « Note d'orientation relative à la prévention et aide à distance en santé », expose de manière détaillée les grandes lignes de cet axe.

20. Nguyen-Thanh V., Haroutunian L., Lamboy B. *Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature*. Saint-Denis : Inpes, 2014 : 38 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1536.pdf>

écoutants, harmonisation des données de pilotage, modernisation des outils et mise en œuvre d'une infrastructure technologique commune (outil d'historisation, base d'orientation commune, outil statistique), modernisation des sites internet et enrichissement de l'offre de services internet, et enfin, renforcement de l'articulation entre les campagnes de communication et les dispositifs de PADS.

Le GIP Adalis est opérateur de l'État dans le cadre du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soin ». Il assure les services d'aide à distance pour les personnes souffrant d'addictions et leur entourage (hors tabac). À ce titre, il gère quatre lignes téléphoniques (Drogues info service, Alcool info service, Écoute cannabis et Joueurs info service) et trois sites internet (www.drogues-info-service.fr, www.joueurs-info-service.fr et www.alcool-info-service.fr). Il est financé à 100 % par l'Inpes. Les projets portés par le GIP Adalis s'articulent avec le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

En 2014, afin de mieux répondre aux exigences du public, l'Inpes a élaboré un référentiel articulé autour de trois thèmes : les missions du dispositif, la qualité de l'aide apportée et la qualité du service. Ces thèmes sont eux-mêmes déclinés en sept critères, formulés comme des engagements. Ce label est un gage de qualité de la prise en charge des demandes formulées par les usagers ; elle inscrit les dispositifs d'aide à distance en santé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de service ; enfin, elle fournit aux tutelles une garantie sur la qualité du service.

Il est proposé de :

- **conforter au sein de la nouvelle agence l'activité Adalis** (maintien du GIP ou internalisation), car il est important qu'elle dispose d'un espace d'expérimentation et d'évaluation de services d'accompagnement aux changements de comportements s'inspirant des expériences probantes repérées dans la littérature scientifique ;

- **poursuivre le travail sur la qualité des services rendus en PADS et sur l'analyse des besoins en matière de prévention**, en particulier celui de la labellisation de la téléphonie santé, mais aussi sur le regroupement de toute une série de sites internet dans un souci de donner une meilleure visibilité et d'avoir une meilleure efficacité (par exemple en santé sexuelle).

LE RENFORCEMENT DE LA POLITIQUE DE PARTENARIAT EN PROMOTION DE LA SANTÉ²¹

Les objectifs de cette politique partenariale sont multiples : relayer et valoriser des actions, mobiliser, outiller les professionnels de santé, du social, de l'éducation, des collectivités territoriales, développer l'intersectorialité et l'interministérialité.

L'analyse des partenariats de l'Inpes montre une très grande hétérogénéité des partenaires en fonction des programmes et de l'histoire de l'Agence, mais aussi en termes de contenu. Sont privilégiées les têtes de réseaux.

Ces conventions soulignent à leur manière les orientations de l'Inpes pour développer la promotion de la santé dans les écoles, les villes, les clubs sportifs, et auprès des professionnels de santé, essentiellement les médecins généralistes. Il s'agit de méthodes élaborées à partir de démarches incitatives et coconstruites. Cette approche partenariale est très éloignée de l'impulsion donnée par une politique de subventions.

Ce partenariat se conçoit dans une logique de complémentarité entre experts et opérateurs. Les experts déterminent les modalités d'intervention, construisent ou mettent à disposition les outils et les méthodes, etc. Les opérateurs facilitent leur appropriation et permettent un véritable déploiement, un passage à l'échelle comme disent les Anglo-Saxons. Les enjeux pour la nouvelle agence de santé publique sont multiples : relayer ses guides et ses méthodes, créer une dynamique pour que chacun des partenaires concernés développe des interventions de promotion de la santé et enfin, faire remonter des connaissances expérientielles de qualité. L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de l'éducation va permettre de promouvoir toutes les connaissances et les outils disponibles. L'exemple du partenariat avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et de l'investissement de l'Inpes sur le champ du « bien vieillir » en est un bon exemple [encadré J].

21. La note du 15 février 2015 rédigée par Paule Deutsch, « Politique partenariale en matière de prévention, de promotion de la santé et en éducation pour la santé : des propositions pour le nouvel institut », expose de manière détaillée les grandes lignes de cet axe.

Encadré J - Cnav et autres régimes de retraite : les enjeux du « bien vieillir »

La convention Cnav-Inpes, signée le 1^{er} juillet 2011 et renouvelée en 2014, a pour objectif d'informer et de sensibiliser les retraités et leur entourage ainsi que les professionnels concernés par les enjeux du vieillissement. Ce partenariat associe les différents régimes de retraite (Assurance retraite, MSA, RSI, Agirc, Arrco).

Dans ce cadre, l'Inpes a apporté son expertise sur différents volets :

- études sur la représentation sociale du vieillissement dans les médias, *Baromètre sur les comportements de santé des 55 à 85 ans* ;
- professionnalisation des acteurs des caisses avec un guide visant le développement qualitatif et quantitatif de programmes et d'actions de prévention, et la définition d'un programme de formation (dont une partie en *e-learning*) des agents des caisses ;
- actions de communication en direction des retraités pour faire entendre et intégrer le message selon lequel le « bien vieillir » (améliorer sa santé, préserver sa qualité de vie) est possible si l'on adopte des comportements favorables physiques et psychosociaux, et battre en brèche les représentations négatives sur la vieillesse et le vieillissement.

Ce travail partenarial s'est appuyé sur un premier socle de connaissances sur les concepts du « bien vieillir », sur des données de santé des personnes âgées de 55 à 85 ans, sur une synthèse de littérature scientifique des interventions efficaces pour prévenir la perte d'autonomie, sur un recueil d'outils d'intervention et sur une première approche de la communication et des seniors.

C'est pourquoi il est proposé de :

- **rentrer dans un processus de programmation** basé sur la priorisation/hierarchisation pour concentrer les moyens sur les programmes réellement stratégiques pour la nouvelle agence de santé publique, maximisant les impacts sur la santé. L'école et les collectivités territoriales seront les deux partenaires prioritaires (voir le chapitre « Les déterminants : une priorité majeure et fondatrice »). Le troisième concerne l'appui aux acteurs de soins primaires pour leur investissement dans la prévention – ce que les Québécois appellent « les pratiques préventives en soins de premiers recours » ;
- **mieux formaliser les liens de la nouvelle agence avec les ARS** afin de favoriser leur implication, une meilleure déclinaison des programmes

nationaux, et mettre ainsi à disposition de l'expertise, des outils et des méthodes, etc. (voir le chapitre « Une gouvernance garante de l'ouverture et de la transparence »).

LE SOUTIEN DES ACTEURS DE SOINS PRIMAIRES POUR LEUR INVESTISSEMENT DANS LA PRÉVENTION

La Société française de santé publique a émis en juin 2014²² cinq recommandations pour introduire une politique de prévention dans la stratégie nationale de santé. Elle a proposé notamment que la nouvelle agence de santé publique facilite l'intervention des professionnels de soins primaires en prévention selon deux approches :

- la prévention intégrée aux soins avec une approche centrée sur les besoins de l'individu ;
- une approche populationnelle reposant sur la connaissance de l'état de santé à l'échelle d'une patientèle (ou d'un territoire) à travers des interventions collectives d'éducation pour la santé, mais aussi un rôle de plaidoyer en promotion de la santé.

De fait, la prévention est assez peu développée chez les professionnels de soins primaires, et quand elle est inscrite, elle l'est dans une démarche individuelle et mal ou pas financée. L'accroissement des inégalités sociales de santé et la situation défavorable de la France vis-à-vis de nombreux facteurs de risques imposent à la nouvelle agence de développer des pratiques cliniques préventives en soin de premier recours.

L'Inpes déploie de longue date une information en direction des médecins, surtout les généralistes, pour améliorer les pratiques de prévention dans les soins courants : vaccination, dépistage du VIH et autres IST, repérage des consommations de tabac, alcool et autres substances psychoactives, accompagnement vers le sevrage tabagique, interventions brèves vis-à-vis des consommateurs, information en situation exceptionnelle : canicule, épidémie (dengue, chikungunya, etc.). Cette action doit être poursuivie et développée. L'Inpes a également produit un guide

22. Société Française de Santé Publique. *Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives intégrées à la stratégie nationale de santé*. Laxou : SFSP, 2014 : 36 p. En ligne : <http://www.sfsp.fr/activites/file/PROPOSITIONSSFSPPREVENTIONSNS.pdf>

d'éducation thérapeutique. Enfin, il s'est intéressé aux pratiques des généralistes (Baromètres santé médecins généralistes) et a mis en place des espaces d'échanges.

La nouvelle agence de santé publique devra être en mesure de :

- **soutenir les acteurs de soins primaires pour leur investissement dans la prévention** : elle doit pouvoir être un lieu de ressources et d'échanges avec mise à disposition d'expertise scientifique, méthodologique et pratique pour le développement des pratiques cliniques préventives. Elle doit être en capacité d'élaborer des outils, de proposer des formations en collaboration avec les organismes de formation (développement professionnel continu) et de contribuer au développement de la recherche appliquée dans ce champ ;

- **travailler en étroite collaboration avec les principaux acteurs du champ** :

- les organismes qui émettent des recommandations : HAS, HCSP,
- l'État et les caisses d'assurance maladie **[encadré I]**,
- les organismes regroupant des professionnels de santé : les ordres, les URPS, les sociétés savantes et collèges de médecine, les fédérations de sociétés médicales, les alliances et fédérations de professionnels,
- les professionnels de santé, en portant une attention toute particulière aux structures ayant une forte orientation préventive : les centres de santé, les services de PMI, les centres de vaccination, les consultations jeunes consommateurs, les centres de lutte contre la tuberculose (Clat), les centres de diagnostic et dépistage (CDAG/Ciddist), les Pass dans les hôpitaux, etc.

LE RESPECT D'UN CHAMP D'INTERVENTION POUR NE PAS DILUER LES EFFORTS ENTREPRIS EN PRÉVENTION/PROMOTION DE LA SANTÉ

Il reste à déterminer le champ d'intervention de la nouvelle agence, car le champ de la médecine et des pratiques cliniques préventives est large.

Le cœur de métier de l'Inpes porte actuellement sur :

- les déterminants comportementaux : alimentation, exercice physique, consommations de produits (tabac, alcool, drogues, etc.), conduites à risque (musique amplifiée, autour de la sexualité, etc.) ;
- les déterminants environnementaux au sens de la promotion de la santé, de l'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques, de la création de milieux favorables, de l'attention portée aux conditions de vie et de travail, etc.

En d'autres termes, l'Inpes travaille essentiellement sur la prévention primaire et a développé des stratégies qui, en fonction des périodes et des contextes, sont organisées par :

- **milieu** : l'école comme un des lieux des apprentissages, le domicile (y compris ceux collectifs du type « Éhpad ») pour réduire les risques d'accidents de la vie courante, d'intoxication au CO, au plomb, ou liés à l'air intérieur, les communes : Villes actives PNNS, Villes-Santé OMS, établissements de santé promoteurs de santé, milieu pénitentiaire, etc. ;
- **population** : femmes enceintes, nouveau-nés, petite enfance ; adolescents et jeunes ; personnes âgées ; personnes handicapées, etc. ;
- **thématique** : santé sexuelle, bien vieillir, etc. ;
- **pathologie** : il s'agit alors des maladies infectieuses, en particulier les IST, dont le VIH. Il faut noter que pour les IST, l'approche intègre le dépistage.

Plus rarement, il s'est agi de :

- valoriser des structures de recours : le 15 ou la régulation, les consultations jeunes consommateurs ;
- intervenir en situation de crise ou d'alerte : grippe H1N1, chikungunya, dengue ;
- exceptionnellement, intervenir sur le médicament. La promotion de la contraception est par exemple inscrite en santé sexuelle.

Quelles orientations pour demain ?

Aujourd'hui, il apparaît nécessaire pour la nouvelle agence de concentrer ses efforts sur la prévention primaire et le dépistage (les vaccinations, les addictions, la nutrition/activité physique, la santé sexuelle et

la santé de la mère et de l'enfant) et sur la prévention secondaire pour les maladies infectieuses et tropicales, en laissant à la HAS le développement de l'éducation thérapeutique, fortement articulée avec les enjeux cliniques et l'autonomie des personnes malades. En effet, l'Agence n'aura sans doute ni les moyens de s'investir (ou se réinvestir) en éducation thérapeutique, ni de développer de l'information sur les maladies ou encore de prendre en compte la prévention primaire de maladies sur la base du traitement médicamenteux des facteurs de risques (HTA, hypercholestérolémie, etc.). Il est donc impératif de coordonner l'intervention en direction des professionnels au minimum avec les caisses d'assurance maladie et avec la HAS [encadré K] et d'engager au moins l'Assurance maladie et les complémentaires santé dans la coconstruction et le cofinancement de la politique nationale de prévention/promotion de la santé.

Encadré K - Le positionnement des caisses d'assurance maladie et couvertures complémentaires santé dans le champ de la prévention/promotion de la santé

Les caisses jouent un rôle d'opérateur important en matière de prévention, inscrivant leur action dans ce domaine dans une démarche de gestion de risques. Elles se sont plus récemment investies dans la **prévention primaire** ; il faut ainsi souligner quelques programmes phares par exemple les campagnes annuelles de promotion de la vaccination contre la grippe, la campagne « Aime tes dents », le programme « Prado » de sages-femmes à domicile (le point commun est un contact avec une offre de soins).

Elles sont par ailleurs très investies dans la **promotion du dépistage**, notamment celle des dépistages des cancers organisés. Elles développent en **prévention tertiaire** des actions d'accompagnement (disease management ; ex-programme « Sophia ») voire d'éducation thérapeutique. Elles promeuvent, enfin, les **bonnes pratiques professionnelles** : par exemple la prescription d'antibiotiques, la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse ou des risques cardiovasculaires chez les diabétiques. Elles ne font pas de promotion de la santé.

Les assurances complémentaires sont dans une approche très similaire ; elles offrent de plus en plus de services pour accompagner, orienter, soutenir leurs adhérents.

Il est proposé de concentrer les efforts de la future agence de santé publique sur les champs suivants :

- la prévention primaire : vaccination, hygiène, réduction des comportements à risque (tabac, alcool, drogues, jeux, nutrition) ;
- la prévention secondaire à travers le repérage/dépistage en le limitant aux champs des conduites addictives et des maladies transmissibles : IST, VIH, hépatites, etc. ;
- l'éducation pour la santé : amélioration des compétences psychosociales, parcours éducatif en santé, campagnes d'information, sexualité, nutrition/activité physique ;
- la promotion de la santé : prendre en compte les déterminants sociaux de la santé et agir sur les milieux et les environnements favorables à la santé en privilégiant le milieu scolaire et celui des collectivités territoriales.

Seraient ainsi exclus du champ de travail de la nouvelle agence de santé publique, du moins pour les trois prochaines années :

- la prise en charge médicamenteuse des facteurs de risques (HTA ou hypercholestérolémie, par exemple) ;
- le dépistage des maladies en dehors des maladies transmissibles ;
- l'information générale sur les grands types de morbidité (par exemple, les maladies cardiovasculaires, les cancers) ;
- l'accompagnement et l'éducation thérapeutique du patient.

Cette restriction se justifie, non pas parce que ces champs ne relèvent pas de la prévention, mais parce que la nouvelle agence n'en aura pas les moyens humains et financiers et qu'elle respecte les principes de complémentarité et subsidiarité avec d'autres intervenants comme l'Assurance maladie ou d'autres agences.

- Trop peu d'interventions de prévention/promotion de la santé reposent sur des données probantes.
- Beaucoup de pays industrialisés appuient leurs programmes de prévention avec du marketing social, la distinguant clairement de la communication institutionnelle.
- L'Inpes est le principal opérateur national en aide à distance en santé.
- La prévention est peu développée chez les professionnels de soins primaires.
- Les ressources de l'Agence disponibles en prévention ne permettent pas de couvrir l'ensemble du champ de la prévention/promotion de la santé.

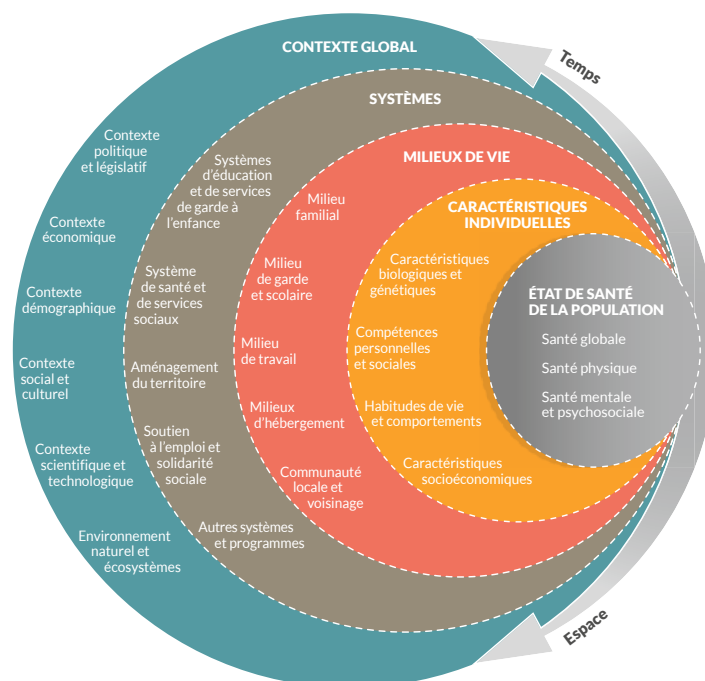
Propositions

- Positionner l'Agence comme une structure d'expertise.
- Développer une expertise sur les données probantes de prévention/promotion de la santé : synthèse de littérature, évaluation d'interventions, transférabilité, labellisation.
- Développer une stratégie de marketing social, d'interventions intégrées en prévention et promotion de la santé mobilisant les diverses modalités d'actions : campagnes, aide à distance, actions de proximité, actions de plaidoyer.
- Améliorer l'accès à l'information sur les thèmes de santé pour les personnes handicapées.
- Maintenir dans la sphère publique le GIP Adalis compte tenu des enjeux relatifs aux addictions.
- Développer une politique de partenariat forte pour mobiliser et soutenir les acteurs de la prévention/promotion de la santé sur les territoires.
- Soutenir les acteurs de soins primaires dans leurs activités de prévention.
- Prioriser l'expertise de la nouvelle agence pour tenir compte des moyens disponibles : prévention primaire, repérage dépistage des conduites addictives, éducation pour la santé, promotion de la santé en privilégiant 1) l'école à travers le parcours éducatif en santé, et 2) les collectivités territoriales.
- Engager l'Assurance maladie et les mutuelles de santé dans la coconstruction et le cofinancement de la politique nationale de prévention/promotion de la santé.

CARACTÉRISER, MESURER ET AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ

En santé publique, déterminer les facteurs qui ont un impact sur la santé, leur importance, et apprécier s'ils peuvent faire l'objet d'interventions est un des fondements de la discipline. Il existe plusieurs types de classification des déterminants de santé. La plus simple (Lalonde) identifie quatre types de déterminants : la biologie humaine, les habitudes de vie, l'environnement et l'organisation des soins de santé. D'autres sont plus fines et différencient de multiples autres facteurs parmi les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales [figure 5].

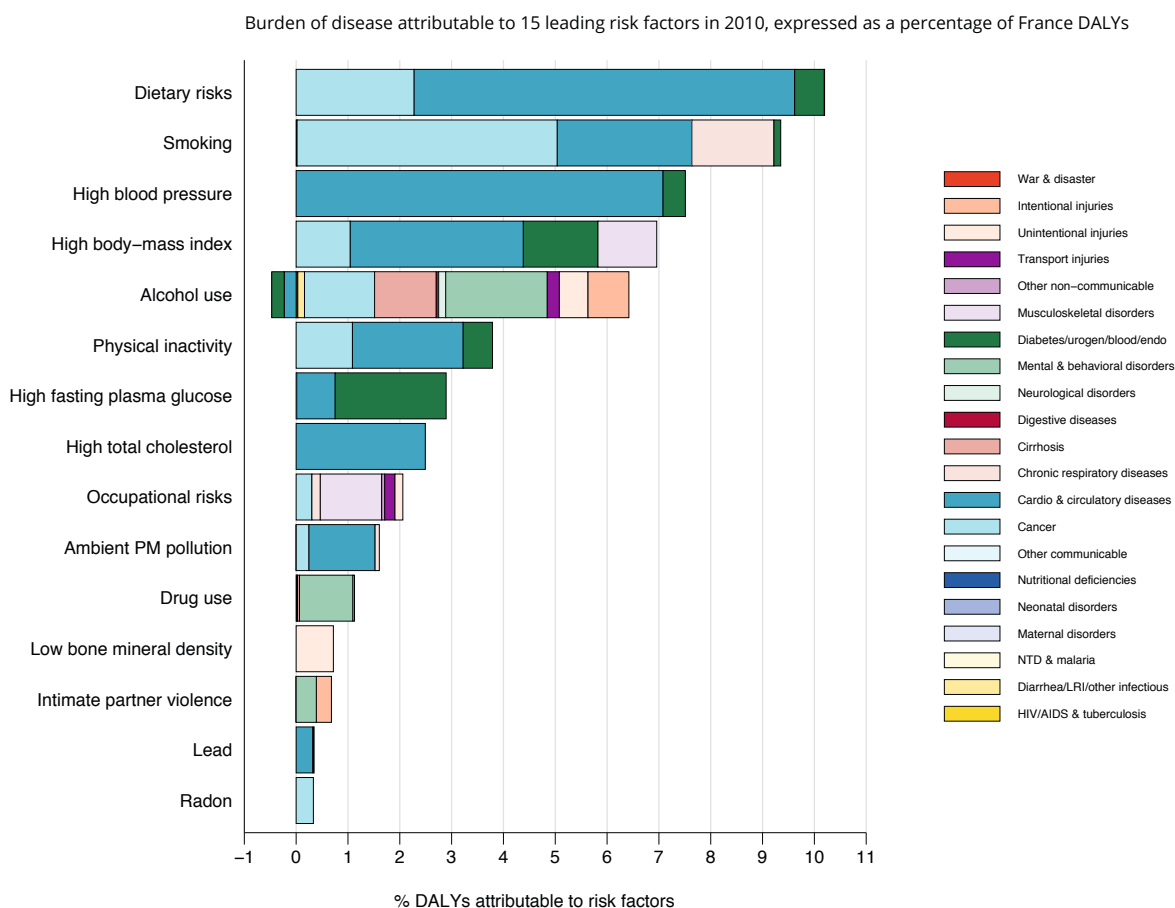
Figure 5 - Schéma des déterminants de santé et services sociaux du Québec



Il existe quelques relations causales unifactorielles entre certains déterminants et l'état de santé, toutefois les relations causales sont le plus souvent multifactorielles.

Une autre approche consiste à ne considérer que certains « facteurs de risques » parmi les déterminants et à les classer en fonction de leur impact sur la santé exprimé en DALYs ou années de vie en bonne santé perdues. Le graphique ci-dessous [figure 6] représente les 15 principaux facteurs de risques pour la France en 2010^{23, 24}.

Figure 6 - Le fardeau en santé publique exprimé en DALYs pour les 15 facteurs de risques dominants, France 2010



23. University of Washington. *Institute for Health Metrics and Evaluation* [site internet]. En ligne: www.healthmetricsandevaluation.org.

24. Lim S. S., Vos T., Flaxman A. D., Danaei G., Shibuya K., Adair-Rohani H. *et al.* A Comparative Risk Assessment of Burden of Disease and Injury Attributable to 67 Risk Factors and Risk Factor Clusters in 21 Regions, 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 15/12/2012, vol. 380, n° 9859 : p. 2224-2260.

Cependant, il n'est pas possible d'avoir une approche uniquement facteur de risques par facteur de risques. Il y a tout d'abord des causes à la fois environnementales et sociales, les fameuses « causes des causes » suggérées par Michael Marmot. Il faut, en particulier, avoir conscience que les populations les moins favorisées cumulent les facteurs de risques et leurs conséquences. Ceci oblige à avoir des stratégies différenciées soucieuses de réduire les inégalités sociales de santé (universalisme proportionné²⁵). De même, à un niveau individuel, on peut observer des *clusters* de facteurs de risques qu'il est probablement plus utile d'aborder de façon globale que séparément²⁶. Il est aussi important d'avoir conscience que c'est généralement l'accumulation de facteurs de risques et le manque de facteurs de protection qui sont à l'origine des principaux problèmes de santé. Il convient donc de prendre la santé comme la résultante de la combinaison et de l'interaction de nombreux déterminants de nature différente. Le poids des facteurs de risques et de leur combinaison dans la survenue des pathologies et les altérations de la santé doit être actualisé de façon régulière de façon à rendre plus pertinente et plus efficace l'action préventive.

La connaissance du rôle d'un certain nombre de facteurs de risques majeurs qui sont à la fois individuels et collectifs, l'évaluation des actions menées au niveau international, l'analyse systémique (ex. : Commission des déterminants sociaux de l'OMS) donnent de nombreuses pistes pour les programmes de santé publique. Ils devront intégrer la notion d'inégalités sociales et territoriales de santé **[encadré L]**.

La nouvelle agence, qui regroupera les métiers de l'épidémiologie et de la prévention/promotion de la santé, doit se situer clairement dans cette approche et prendre en compte les logiques « individu » et « milieu » (social inclus) pour réconcilier sur le plan scientifique les approches quantitatives et qualitatives et, sur le plan des interventions, les messages d'information et d'éducation pour la santé (communication, marketing social, etc.) et les actions globales en promotion de la santé sur les milieux (école, travail, environnement, etc.).

25. Marmot M. *Fair Society, Healthy Lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London : The Marmot Review, 2010 : 242 p. En ligne : <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report>

26. Barnett K., Mercer S. W., Norbury M., Watt G., Wyke S., Guthrie B. Epidemiology of Multimorbidity and Implications for Health Care, Research, and Medical Education: A Cross-Sectional Study. *Lancet* : 10/05/2012, vol. 380 : p. 37–43. En ligne : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)60240-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60240-2.pdf)

Encadré L - Les inégalités sociales et territoriales de santé

Depuis les années deux mille, l'existence en France de fortes inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) fait l'objet de nombreuses publications et recommandations visant, notamment par un apport des sciences humaines et sociales, à mieux comprendre la façon dont elles se construisent, à les documenter et à les suivre. Ce mouvement s'inscrit dans un contexte international de prise de conscience de l'enjeu de justice sociale qui fonde cette thématique.

Les ISTS sont socialement construites et ont des causes structurelles (politiques macrosociales, fiscales et économiques, valeurs sociales et culturelles générales) et géospatiales (urbain vs rural, notamment). Elles se distribuent selon un gradient social et ne concernent pas seulement les populations les plus défavorisées.

La mise en exergue de ces inégalités est essentielle pour définir, mettre en œuvre et suivre les politiques et actions de santé publique visant une approche d'équité en santé. Il est aussi important de s'interroger pour chaque action de prévention et de promotion de la santé si celles-ci sont susceptibles de réduire ou d'aggraver ces inégalités.

Il est nécessaire de trouver des leviers d'action pour leur réduction en comprenant que la « chaîne » causale part des déterminants socioéconomiques (dont le territoire), qui s'incarnent dans les déterminants intermédiaires (notamment les comportements) puis les facteurs de risques « directs » (expositions) pour arriver aux situations pathologiques.

L'Agence nationale de santé publique a inscrit le principe d'équité dans ses valeurs fondatrices. Il s'agira pour elle d'inscrire la notion inégalités de santé dans l'ensemble de ses activités qu'elles soient épidémiologiques ou d'intervention, qu'elles visent à créer des environnements favorables à la santé ou à développer des connaissances et des compétences individuelles favorables à la santé.

LES AXES STRATÉGIQUES DE L'INPES ET DE L'INVS SUR LE PLAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Ces axes stratégiques demeurent totalement d'actualité.

L'épidémiologie des comportements et des habitudes de vie

Elle est fondamentale, car elle donne des repères, permet de mesurer des évolutions et d'une certaine façon, elle fournit des indicateurs de résultats des politiques publiques. Il est très important de connaître la prévalence de la consommation de tabac, d'alcool, de connaître les modalités d'alimentation des personnes résidant en France, leur niveau d'activité physique, ainsi que d'autres caractéristiques de leurs comportements susceptibles d'influencer leur exposition à des facteurs de risques, leur qualité de vie et leur état de bien-être, etc. Il est tout aussi important de connaître les comportements des populations dans leurs principales habitudes de vie : tabagisme, alcoolisation, consommations de drogues, pratiques vaccinales, dépistage, sexualité, qualité de vie, etc.

L'Inpes a développé les Baromètres santé qui sont devenus des études de référence. Ils se distinguent des sondages d'opinion par quotas, repris quotidiennement par les médias (échantillon de 1 000 personnes en général) par leur robustesse et les modalités d'échantillonnage aléatoire sur de larges échantillons de personnes.

Ce sont des points de référence pour tous les acteurs du champ de la prévention/promotion de la santé, car ils identifient le niveau d'exposition des différentes populations ainsi que les connaissances, attitudes et comportements sur lesquels il convient d'intervenir.

Certaines évolutions des Baromètres santé méritent cependant d'être discutées :

- le niveau de granularité des données, en particulier le fait de pouvoir disposer, au-delà des données nationales, de données régionales. L'Inpes y répond parfois en réalisant un Baromètre régional (*Baromètre santé DOM 2014*, par exemple) ; les ORS y contribuent lorsqu'ils trouvent un financement régional ;
- le niveau de finesse des données : faut-il privilégier des indicateurs macros directement utiles à la décision d'intervention, ou des travaux

plus larges, donnant des capacités d'interprétation des résultats au risque de s'inscrire parfois dans une logique de recherche ? ;

- le niveau de temporalité : une sortie tous les cinq ans est jugée par beaucoup trop longue tant pour mesurer l'efficacité d'une politique publique que pour la relancer. Le cas du tabagisme est à ce titre exemplaire : alors que le volume global des ventes de cigarettes a diminué ces quatre dernières années et que cela paraissait encourageant, la prévalence déclarée et le nombre moyen de cigarettes déclarées fumées, eux, sont restés globalement stables sur la même période²⁷.

C'est pourquoi il est proposé de :

- **poursuivre la réalisation de Baromètres santé** dans le cadre de la future agence. La Commission d'évaluation des enquêtes et des études et le Conseil scientifique de la nouvelle agence auront à donner leur avis sur la temporalité et la finesse des données ;

- **déterminer avec les ARS et les collectivités territoriales les attentes des régions** en matière de données et d'indicateurs de santé et leur capacité à contribuer à leur financement.

La surveillance de l'état de santé des populations et des risques sanitaires dans le champ de la santé environnementale

Il est classiquement distingué l'environnement « général » de l'environnement « professionnel », bien que les facteurs mis en jeu puissent être identiques, et que les deux champs thématiques puissent ainsi se nourrir réciproquement des connaissances produites.

L'environnement général

Les agents nocifs sur la santé présents dans l'environnement sont très nombreux et les connaissances dans ce domaine progressent en permanence. L'environnement évolue considérablement sous l'impact de l'in-

27. Ce phénomène avait déjà été observé en 1995, et des travaux de réconciliation sont en cours. Il faut en effet tenir compte de la sous-déclaration du tabagisme (nombre de cigarettes fumées en particulier), de la croissance de la proportion des cigarettes roulées dont le poids est en général inférieur aux cigarettes manufacturées, de l'évolution de la taille absolue de la population, des achats hors circuit, etc.).

dustrialisation, de l'urbanisation, de l'usage de pesticides, des nouveautés technologiques, etc. Il suffit d'être allé dans certaines mégapoles des pays émergents pour comprendre que les questions de pollution de l'air, de l'eau, des sols, de contamination des aliments et des produits de consommation courante, sont des enjeux majeurs de santé publique. Les pollutions « rurales » sont différentes (ozone dans l'air, pesticides, etc.), mais pas inexistantes ni moins dangereuses.

Parmi les effets sur la santé, il faut citer :

- les cancers dont une part importante des causes reste non identifiée et peut être liée à des expositions environnementales et professionnelles ;
- les effets sur la reproduction attribués en partie aux perturbateurs endocriniens ;
- les maladies respiratoires et allergiques liées notamment à la qualité de l'air intérieur et extérieur ;
- les maladies neurologiques qui peuvent être liées aux nombreuses substances chimiques ayant un potentiel neurotoxique présentes dans l'environnement.

La surveillance en santé-environnement mobilise des méthodes particulières, adaptées notamment à la faiblesse quantitative des risques à l'échelle individuelle, ainsi qu'aux nombreuses incertitudes existant dans ce champ. Un corpus de méthodes et de bonnes pratiques a été développé par l'actuel InVS et partagé avec les Cire. Ainsi, l'InVS assure aujourd'hui la surveillance :

- des expositions aux agents présents dans l'environnement susceptibles d'avoir un impact sur la santé (biosurveillance, surveillance des comportements exposants, etc.) ;
- des liens entre exposition et survenue d'événements sanitaires (production de risques relatifs pour les effets à court et long terme de la pollution atmosphérique, par exemple) ;
- des événements sanitaires en lien avéré ou suspecté avec des facteurs de risques environnementaux (intoxications au monoxyde de carbone, au plomb, surveillance d'indicateurs de la santé reproductive humaine, évaluation du nombre de cas attribuables à certains facteurs de risques environnementaux, etc.).

La surveillance de la contamination des milieux est absolument indispensable pour la mise en œuvre de ces surveillances. Elle relève par contre de nombreuses institutions, nationales (Ineris, BRGM, Anses, ministères chargés de la santé et de l'environnement, etc.) ou locales (Aasqa, agences de l'eau, ARS, Dreal, etc.), publiques ou à statut spécifique (associations agréées, par exemple). La mise à disposition des données qu'elles produisent est un prérequis essentiel aux activités de la future agence dans le champ santé-environnement.

Par ailleurs, l'InVS dispose de capacités :

- d'alerte relative aux situations de crise en lien avec des facteurs de risques environnementaux (canicules, accidents industriels, catastrophes naturelles, sites et sols pollués, etc.) ;
- d'investigation et d'analyse quantitative du risque sanitaire.

C'est pourquoi, il est proposé de :

- **préserver les capacités de surveillance en santé-environnement**, notamment la biosurveillance, ainsi que les capacités d'alerte en santé environnementale. La priorisation des domaines devant faire l'objet d'une surveillance pourrait être effectuée sur la base des critères suivants : l'importance de la santé publique (« le fardeau ») ou des préoccupations sociétales, notamment dans un contexte d'incertitude, la capacité de la surveillance à produire des informations utiles pour l'action, et enfin, la faisabilité ;
- **préserver les capacités d'investigation épidémiologique et d'appréciation des risques en santé-environnement à l'échelon régional (Cire)**, qui représentent en 2015 près d'un tiers des saisines régionales ;
- **travailler de manière concertée avec les organismes en charge de l'expertise sur la surveillance de l'état des milieux et de l'évaluation des risques environnementaux** (Anses en particulier) pour adapter ces données aux besoins de l'épidémiologie (plus précisément de l'expologie). Il faut également être en mesure d'orienter la recherche en santé-environnement, notamment la production de données concernant les relations causales entre les facteurs de risques environnementaux et la santé, que celles-ci soient produites par l'épidémiologie ou la toxicologie ;
- **participer à l'action internationale, et particulièrement européenne, en santé-environnement**, tant ces problématiques sont devenues glo-

bales et préoccupent aujourd'hui tous les citoyens, très attachés à vivre dans un environnement favorable à leur santé ;

- **contribuer au développement des compétences et pratiques en santé environnementale** des professionnels de santé, tant ce champ est encore très peu professionnalisé.

L'environnement professionnel

L'importance des impacts du travail sur la santé est bien connue, et ceci n'est pas indépendant du fait que chacun passe une grande part de sa vie d'adulte à travailler. Les maladies d'origine professionnelle sont nombreuses et très diverses, allant des troubles de l'audition, des affections respiratoires ou articulaires jusqu'aux troubles psychologiques. En quelques chiffres : en 2011, plus de 47 000 troubles musculo-squelettiques étaient reconnus en maladie professionnelle (MP) représentant 80 % de l'ensemble des MP reconnues²⁸ ; le nombre de cancers attribuables à l'amiante a été estimé entre 1 300 et 7 900 cas par an ; un excès de suicide par rapport à la population générale a été observé dans certaines populations au travail comme les éleveurs bovins (excès de 50 % à 100 % selon les années d'étude), et également chez les surveillants de l'administration pénitentiaire (excès de 20 % environ). Certains risques sont émergents, comme ceux liés à l'utilisation universelle des nanomatériaux ou avec des risques de nature différente, comme la souffrance liée au travail.

La profession est l'un des facteurs d'influence des inégalités sociales de santé (ISS) : l'espérance de vie d'un cadre à 35 ans est de 6,3 ans supérieure à celle d'un ouvrier.

La connaissance, et donc la surveillance de ces déterminants professionnels de la santé est un enjeu important de santé publique permettant de guider les politiques publiques et orienter les mesures de prévention. Le Plan Santé au travail 3, qui va promouvoir la politique de prévention des risques professionnels et la notion de « qualité de vie au travail », est en cours de rédaction.

Les risques professionnels ont de multiples dimensions : environnementales (avec des expositions potentiellement de nature physique,

28. Les MP ne sont elles-mêmes qu'une partie des maladies d'origine professionnelles, liées au phénomène de sous-déclaration.

chimique ou biologique), organisationnelles et psychosociales, et les travaux demandent des compétences variées (épidémiologie, statistique, métrologie, toxicologie, hygiène industrielle, ergonomie, etc.). La caractérisation des situations de travail, en particulier l'estimation des expositions professionnelles, est complexe et demande une expertise pointue (connaissance des risques professionnels, reconstitution de carrière des individus, expertise des « hygiénistes du travail »).

La surveillance des liens entre l'environnement professionnel et la santé est organisée pour permettre de :

- quantifier le poids du travail sur la santé ;
- repérer les secteurs d'activité, professions ou conditions de travail associés à des risques élevés ;
- suivre les évolutions des phénomènes de santé liés au travail, dans l'ensemble de la population (tous secteurs, tous statuts, toutes formes de contrat, population au travail et post-travail, etc.) ;
- repérer des phénomènes émergents et des événements inhabituels, et mener éventuellement leur investigation, le cas échéant.

L'InVS produit actuellement des indicateurs de surveillance de pathologies en lien avec le travail, et des indicateurs des expositions professionnelles subies par le travailleur (afin de préciser les conditions de travail présentes et passées). Toutes ces actions de surveillance sont menées dans l'objectif de contribuer à orienter les politiques de prévention et également de réparation. Ces politiques reposent sur un système législatif, réglementaire et technique, dans lequel de nombreux acteurs sont impliqués. Il est essentiel que la nouvelle agence construise et diffuse des indicateurs de surveillance de la santé au travail de façon indépendante et transparente, afin d'éclairer les décideurs, informer l'ensemble des acteurs concernés et d'orienter les politiques de prévention et de réparation.

C'est pourquoi, il est proposé de :

- **préserver les capacités de surveillance en santé-travail** (surveillance des expositions, des principales pathologies liées au travail, de la santé des populations professionnelles) ainsi que ses capacités d'investigation en entreprise, grâce au réseau des Cire en lien avec les Direccte et les CHU ;
- **considérer l'impact sur la santé de l'allongement des carrières, des nouvelles technologies, des nouvelles organisations du travail ou des**

nouveaux métiers. Cette évolution ne pourra se faire qu'en collaboration avec les équipes de recherche du domaine.

La prise en compte du chômage et de la précarité

Les Baromètres santé font apparaître l'absence de travail (c'est-à-dire le chômage) comme un facteur corrélé de façon massive à de nombreux facteurs de risques (tabac, alcool, santé mentale, etc.). Dans un contexte de chômage important et pour une part de longue durée, la situation de chômage prolongé ou de précarité de l'emploi affecte les conditions de vie par des ressources économiques faibles, des privations, un fort isolement social, un sentiment d'exclusion. L'accès ou le retour sur le marché du travail se fait le plus souvent pour les chômeurs par le travail précaire. L'absence ou la précarité d'emploi sont donc des facteurs d'aggravation des inégalités de santé (tabac, dépression, etc.). La surveillance de la santé et le développement de réponses préventives envers les personnes au chômage sont donc une priorité.

Il faudra à l'avenir, au sein de la future agence de santé publique, être en capacité de mieux identifier et suivre les risques liés à l'occupation professionnelle, mais aussi ceux qui sont liés à l'absence d'emploi, massive dans notre pays. Les cohortes de l'InVS qui permettent d'identifier des épisodes « sans travail » donnent d'ores et déjà des indications. Dans le même ordre d'idées, il conviendra d'accentuer la surveillance de certaines populations spécifiques soumises à un travail précaire et d'identifier les approches préventives les plus adaptées.

LES MODALITÉS D'ACTION DE LA NOUVELLE AGENCE

Ces modalités englobent des stratégies d'intervention combinées alliant « approche individuelle et déterminants de la santé » (en utilisant le marketing social²⁹) et « approche globale en promotion de la santé dans les différents milieux » (actions de proximité).

29. Le marketing social se définit comme « l'application des techniques utilisées en marketing commercial pour analyser, planifier, exécuter et évaluer des programmes dont le but est la modification du comportement d'une cible d'individus, afin d'améliorer leur bien-être personnel et celui de la société », Lee N. R., Kotler P. A. *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good* (5^e éd.). Thousand Oaks (California) : Sage, 2015 : 584 p.

Une approche construite autour des déterminants de la santé et d'environnements favorables à la santé

Pour conforter les travaux aujourd'hui engagés par l'Inpes dans ce domaine, la nouvelle agence de santé publique poursuivra et accentuera ses programmes sur de nombreux déterminants de santé s'inscrivant clairement dans une logique de prévention primaire.

Les addictions

Le développement de la prévention des conduites addictives (tabagisme, consommation excessive d'alcool, toxicomanie, jeux) est un enjeu important de toute politique de santé publique. Ce sont des déterminants majeurs de santé³⁰. Les mesures d'encadrement et de régulation sont d'ordre politique. Les objectifs pour la nouvelle agence de santé publique seront d'informer sur les risques et les règles, d'accroître, notamment chez les jeunes, les capacités de changement d'attitude et de comportements, d'accompagner ceux qui souhaitent arrêter leur consommation (dispositif-tabac, alcool, drogues info service), de développer des politiques de réduction des risques. Il s'agira enfin d'accompagner les politiques publiques et en particulier les plans nationaux : Programme national de réduction du tabagisme (2014-2017), Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Les données de prévalence de consommation, de mortalité et de morbidité, ainsi que celles concernant les attitudes face aux conduites addictives (Baromètre santé³¹) serviront d'outils d'évaluation des politiques publiques.

La nutrition et l'activité physique

La France s'est dotée d'une politique nutritionnelle visant à améliorer la santé de l'ensemble de la population en agissant sur le déterminant « nutrition ». La nouvelle agence de santé publique aura à développer des mesures de prévention/promotion de la santé en réalisant des outils d'information et d'éducation nutritionnelle ainsi que des campagnes de marketing social (www.mangerbouger.fr, campagne « Activité phy-

30. Le tabac est le premier déterminant de santé en France, responsable chaque année de 73 000 morts et de très nombreuses maladies (cancers, maladies cardiovasculaires, respiratoires, etc.).

31. En lien avec l'OFDT et la Mildeca.

sique » visant à renforcer les attitudes positives à l'égard de la marche). Les données de surveillance permettant l'estimation de la part du surpoids et de l'obésité dans la population, de l'évolution de la consommation alimentaire, ainsi que des connaissances, attitudes et comportements en matière d'alimentation et d'activité physique serviront d'outils d'évaluation des politiques publiques.

La vaccination

La couverture vaccinale est loin d'être optimale dans notre pays, qu'il s'agisse des vaccinations de l'enfance (ROR), de l'adolescence (HPV) ou de celles des personnes de plus de 65 ans (grippe). De nombreuses réticences se font jour certes sous la pression des ligues anti-vaccinales, mais aussi avec le développement du phénomène de « *vaccine hesitancy* » qui se développe dans bon nombre de pays. Pourtant, la vaccination est un des moyens les plus efficaces dans la prévention des maladies infectieuses. Dans ce contexte, il est important de comprendre le recul de la vaccination dans notre société et de mieux communiquer sur son enjeu.

La nouvelle agence de santé publique devra être garante d'une information sur la vaccination, les vaccins, le calendrier vaccinal, en s'appuyant sur une information scientifiquement validée. Il s'agit d'aider les personnes en recherche d'information à faire leur propre choix et de lutter contre les idées reçues. La nouvelle agence devra aussi mobiliser des professionnels de santé qui sont les meilleurs relais de la promotion de la vaccination.

La santé sexuelle

La prévention en matière de santé sexuelle renvoie à de nombreux enjeux dès lors qu'on se réfère à la définition de ce concept par l'OMS qui intègre « *une vision positive et respectueuse de la sexualité* », la notion de bien-être et l'absence de maladies.

Ainsi, le développement d'une stratégie structurée d'éducation à la sexualité, en amont des premières relations sexuelles, doit permettre de donner une vision positive de la sexualité, de faciliter l'adoption de comportements favorables à la santé (comme l'usage de moyens contraceptifs ou l'utilisation du préservatif au premier rapport) et à terme de réduire les grossesses non prévues et la prévalence des principales IST).

Le maintien à un niveau élevé des grossesses non prévues, les interrogations des femmes sur certains modes de contraception, justifient le développement d'un axe fort autour de la contraception *via* la promotion des différentes méthodes auprès des femmes, mais aussi auprès des professionnels de santé.

Quant aux IST et à l'épidémie de VIH, la surveillance épidémiologique montre qu'elles restent non ou mal maîtrisées dans certains groupes de populations/territoires (hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, migrants d'origine d'Afrique subsaharienne, Guyane). La nouvelle agence de santé publique devra donc être capable, avec l'aide de ses partenaires, de proposer des stratégies qui permettent d'infléchir ces tendances épidémiologiques redevenues préoccupantes.

La santé mentale

Le CS de l'Inpes dans sa mandature précédente a insisté sur la nécessité de développer des programmes en santé mentale eu égard à son poids sur la qualité de vie. Un premier ensemble de programmes a été soutenu par l'Inpes ciblant la petite enfance : information et accompagnement des jeunes parents, développement de milieux de vie favorables à la santé (lieu d'accueil, école maternelle) et développement des compétences psychosociales des parents. L'enjeu pour la nouvelle agence sera de développer chacun de ces trois axes en s'appuyant sur les professionnels (de la santé, du social et de l'éducation), les structures existantes (notamment la PMI) et les partenaires accueillant les enfants (Cnaf, Éducation nationale).

Les risques environnementaux

Le champ de la santé environnementale est large, il est donc nécessaire de prioriser les risques en tenant compte de l'activité d'autres acteurs dans ce domaine et des fardeaux. Trois axes sont pris en compte par l'Inpes et l'InVS : les risques du domicile, les activités quotidiennes et de loisirs et certains risques émergents. Le domicile constitue un lieu particulièrement à risque, que cela soit en termes accidentogènes (intoxication au CO, chutes chez les personnes âgées) ou environnementaux (intoxication au plomb, concentration de polluants : produits chimiques, allergènes, etc.). Il faut être également attentif à certains risques d'activités quotidiennes et de loisirs (l'exposition aux UV, la musique amplifiée) et à des risques émergents pour lesquels il y a des incertitudes

scientifiques : ondes électromagnétiques, ensembles de perturbateurs endocriniens dont le bisphénol, le chlordécone aux Antilles, etc.

Les actions de prévention sont classiques : informer, sensibiliser, éduquer en portant une attention toute particulière aux acteurs locaux et de territoire et à leur perception des risques, souvent décalée par rapport aux données scientifiques. La connaissance de ces perceptions est un outil essentiel pour l'identification et la conception d'actions de prévention efficaces.

Une approche globale en promotion de la santé adaptée aux milieux et prenant en compte la dimension sociale

Les interventions sur les milieux sont d'un autre ordre. Il s'agit de promouvoir la santé et de favoriser le bien-être à partir des lieux de vie : à l'école, au travail, sur son territoire, etc.

Les stratégies et modalités d'intervention se construisent en intersectorialité et en lien avec les acteurs de ces milieux (collectivités territoriales, institutions, professionnels, associations, etc.) afin de garantir une meilleure appropriation. Des outils et ressources sont coconstruits avec eux afin d'en faciliter la mise en œuvre et un accompagnement soutenu peut être proposé pour en accroître l'utilisation.

La promotion de la santé en milieu scolaire

L'école est le deuxième lieu de vie des jeunes après la famille. Elle est un lieu d'apprentissage et d'éducation, mais aussi de promotion de la santé. La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République (2013) instaure un parcours éducatif en santé repris dans la future loi de santé. Ce parcours éducatif s'articule autour de trois axes :

- l'éducation pour la santé fondée sur le développement des compétences psychosociales ;
- la prévention des conduites à risques, des conduites addictives ;
- la protection de la santé : environnement, notamment social, favorable à la santé ou au bien-être (restauration scolaire, ergonomie des locaux, activités physiques, identification des ressources disponibles pour les élèves et leur santé, etc.).

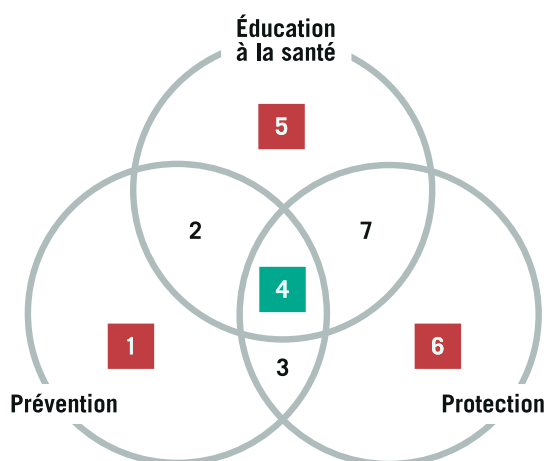
Ce parcours mobilise l'ensemble de la communauté éducative. Il implique des partenaires et nécessite une expertise qui peut être fournie par la future agence de santé publique.

Ainsi, il est proposé de :

- **contribuer à ce que les écoles deviennent des environnements favorables à la santé des élèves et des personnels** en s'appuyant sur la démarche des écoles promotrices de santé (en s'appuyant par exemple que le programme ABMA : « Aller bien pour mieux apprendre ») ;
- **élaborer avec l'Éducation nationale une programmation en éducation pour la santé** permettant de bien identifier les compétences qu'il convient de faire acquérir aux élèves pour qu'ils adoptent des comportements favorables à leur santé ;
- **produire des guides pour l'accompagnement méthodologique de projets, des supports d'information sur les déterminants de santé, des outils d'intervention pédagogiques** ;
- **s'inscrire dans une politique de formation des enseignants**, personnels d'encadrement, des professionnels de la santé de l'Éducation nationale, des professionnels des collectivités territoriales, etc. ;
- **promouvoir l'activité physique chez les jeunes** (programmes Icaps) en milieu scolaire et aussi en extrascolaire.

L'objectif est de développer sur l'ensemble du territoire une approche structurelle et pérenne qui permette de réorganiser les pratiques en milieu scolaire afin qu'elles intègrent la promotion de la santé [figure 7].

Figure 7 - Modèle intégrateur des pratiques en promotion de la santé en établissement scolaire, l'exemple de la prévention des addictions [La Santé en action, n° 427, mars 2014]



Ce modèle délimite sept secteurs permettant de caractériser où se situe l'établissement dans une stratégie globale de promotion de la santé :

1. Prévention auprès des jeunes par des bilans de santé, des informations sur les risques, l'accès à des plaquettes d'information sur les psychotropes, etc. ;
2. Prolongement éducatif des actions de prévention en place : débats, échanges autour de thématiques, théâtre, etc. ;
3. Réflexion autour de l'interdit et de ses objectifs sanitaires ;
4. Soutien des équipes d'établissement dans le développement d'environnements favorables à la santé (actions de formation et d'accompagnement in situ dans l'établissement scolaire) ;
5. Éducation visant à donner à chacun les moyens de prendre en charge sa propre santé : prendre des décisions, choisir une attitude adaptée à la situation, etc. ;
6. Dimension positive de la protection : incitation à une activité physique régulière, sécurité physique et sociale dans la structure (application de l'interdit, sortie des élèves, environnement de la structure), mais aussi prise en charge par un médecin, une infirmière, un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire (Csapa) ;
7. Conception d'un environnement protecteur devant s'inscrire dans une démarche citoyenne (apprendre à prendre soin de soi et des autres, faire un travail sur les situations sociales d'initiation tabagique).

La promotion de la santé portée dans les territoires

Les collectivités territoriales ont des compétences en santé de niveaux différents dans un contexte en forte évolution compte tenu de la réforme territoriale.

Les communes et les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ont des capacités à agir sur la santé par leur responsabilité en matière d'hygiène du milieu, leurs actions de protection de l'environnement et de lutte contre la pollution (eau, sol, air, bruit) à travers par exemple les plans de déplacements urbains (PDU) ou les plans énergie-climat, ou encore la politique de la ville *via* le contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) ou les ateliers Santé-Ville (ASV) dont les actions visent les populations des quartiers

en difficulté. Certaines communes se sont mobilisées à travers le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, le programme « Villes-amies des aînés », d'autres ont été labellisées par le ministère chargé de la santé en tant que « Villes actives PNNS », d'autres enfin développent des actions de prévention et dépistage des cancers, des actions d'hygiène buccodentaire dans les établissements scolaires, des actions de prévention de lutte contre les addictions et les dépendances, contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST), etc. Enfin, il faut rappeler qu'un certain nombre de villes comme Paris, Nantes, Bordeaux, Lyon (une quinzaine) ont un service municipal de santé scolaire. D'autres, enfin, ont lancé récemment des programmes de promotion de l'activité physique.

Les conseils généraux ou désormais départementaux des actions en direction de :

- l'enfance à travers la protection maternelle et infantile qui a un rôle majeur en santé publique auprès des femmes enceintes, des enfants et des familles ;
- les personnes en difficulté sociale ou économique ;
- les populations les plus fragilisées, les personnes handicapées et les personnes âgées.

À la suite de la loi de 2004, la moitié des conseils généraux, ont gardé des compétences en matière de santé publique *via* des conventions avec les ARS : vaccination, lutte contre la tuberculose, dépistage des IST, dépistage des cancers.

Les conseils régionaux interviennent quant à eux à travers leur politique d'aménagement du territoire et leur soutien aux systèmes de santé régionaux, mais aussi à travers l'apprentissage et la formation professionnelle, notamment des jeunes. Il existe cependant une grande variété dans le choix de leurs priorités, leurs modalités d'action, et les budgets alloués à ces politiques publiques.

Pour autant, si elles sont impliquées dans des actions de santé, les collectivités territoriales sont assez éloignées de l'expertise en prévention et promotion de la santé. C'est pourquoi il est proposé de :

- **poursuivre le soutien à des têtes de réseaux** : les réseaux Villes-Santé de l'OMS, Élus santé publique et territoires, la Fnes, les Ireps, l'Apels ;

- **contribuer à élaborer des guides et des méthodes d'actions destinés aux collectivités ;**
- **poursuivre la collaboration avec certains partenaires comme le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)** sur les aspects de la formation ;
- **mettre à disposition des collectivités territoriales des données, en lien avec les ORS**, leur permettant d'améliorer la prise en compte de certains publics dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, etc.

La promotion de la santé en entreprise

L'entreprise doit être considérée comme un milieu où il est possible de promouvoir la santé de la population, c'est-à-dire de développer des actions sur les facteurs susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être physique et mental des salariés. L'idée est de développer un réseau d'entreprises promotrices de santé ; la prévention des risques professionnels restant du ressort de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS).

Ainsi, dans le cadre du prochain Plan Santé au travail et d'une réflexion à formaliser entre la DGS et la DGT, il est proposé de **mettre l'accent sur la composante « promotion de la santé en entreprise »** en créant un comité d'interface associant des services de santé au travail et des professionnels de la promotion de la santé, et de déterminer les moyens à mettre en œuvre pour bâtir un programme permettant de construire des outils et des méthodes ainsi que des modalités d'intervention.

Il pourrait s'agir de soutenir, par exemple, les entreprises dans leur implication dans le cadre de leur Responsabilité sociale et environnementale (RSE). La nouvelle agence pourrait s'inspirer des travaux réalisés par l'Association européenne de promotion de la santé, section suisse, qui délivre chaque année le prix « Santé Entreprise ». Il faut enfin noter que l'Inpes coordonne le Réseau national des hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé, issu du Réseau des hôpitaux promoteurs de santé de l'OMS, dont l'un des objectifs est de « *faire de la structure de santé un lieu où les conditions de vie et de travail exercent une influence favorable sur la santé de chacun* ».

Les autres milieux

D'autres milieux devront être investis par la nouvelle agence afin de :

- renforcer la mobilisation d'autres réseaux d'acteurs intervenant dans le champ de la promotion de la santé. Le secteur social et médico-social en particulier regroupe de nombreux professionnels au contact de publics précaires ou handicapés. Plusieurs pistes peuvent être initiées ou amplifiées : renforcement de la place de la promotion de la santé dans les formations, mise à disposition d'outils d'intervention adaptés à ces publics, développement d'un réseau des établissements sociaux et médico-sociaux promoteurs de santé, etc. Le secteur sportif qui agit sur l'ensemble du territoire français et qui développe une démarche d'éducation par le sport en direction des jeunes ;
- toucher d'autres publics qui ne se trouveraient pas dans les milieux déjà cités, à savoir les détenus, les jeunes « hors milieu scolaire » et ceux en insertion en agissant dans les milieux où ils se trouvent.

- Une politique de prévention/promotion de la santé se doit de prendre en compte les principaux déterminants de la santé (individuels et collectifs, matériels et psychosociaux) et facteurs de risques : alcool, tabac, nutrition, conditions de vie et de travail, etc.
- Les Baromètres santé, qui apportent un éclairage épidémiologique sur les comportements et habitudes de vie, sont des outils très précieux.
- Les activités de surveillance en santé environnementale (générale et professionnelle) sont indissociables de la construction de politiques de protection et prévention.
- L'approche par déterminants « individus » et « milieux » dispose d'une bonne expertise.
- Les stratégies d'action visant à créer des environnements favorables à la santé et celles visant à développer des connaissances et des compétences individuelles favorables à la santé sont complémentaires.

Propositions

Observation/surveillance

- Mieux tenir compte des besoins et des ressources dans la programmation des Baromètres santé.
- Préserver les capacités de surveillance et d'investigation épidémiologiques en santé environnementale et en santé-travail.
- Prendre en compte l'impact sur la santé du chômage et du travail précaire.
- Développer les évaluations de l'impact sur la santé des politiques nationales ou locales, notamment en matière d'aménagement, de transports, de logement, d'emploi et de travail, d'action sociale, etc.

Prévention/promotion de la santé

- Promouvoir la santé dans les milieux de vie :
 - à l'école : développer le parcours éducatif en santé, c'est-à-dire une approche structurelle et pérenne permettant que les pratiques professionnelles intègrent la promotion de la santé ;
 - dans les territoires : poursuivre le soutien à des têtes de réseaux dans le cadre du RNSP : les réseaux Villes-Santé de l'OMS, Élus santé publique et territoires, la Fnes et les Ireps pour accompagner la promotion de la santé, l'intégration de la santé dans tous les politiques ;
- Développer avec son réseau de l'expertise et des plaidoyers.

S'APPUYER SUR LA RECHERCHE POUR FAIRE FACE AUX NOUVEAUX BESOINS³²

Les activités de l'InVS et de l'Inpes sont très liées, intriquées et complémentaires à la recherche en santé publique. Les deux organismes réalisent de nombreuses enquêtes, disposent de scientifiques de bon niveau (avec des habilitations à diriger des recherches) et ont créé de nombreux partenariats avec le monde de la recherche. Ainsi, l'InVS a inscrit dans son COP le partenariat avec la recherche et finance des organismes de recherche dans le cadre de sa mission de surveillance. L'Inpes quant à lui dispose d'un appel à projets « recherche ». L'Éprus n'est pas inscrit dans une démarche de recherche.

Il apparaît clairement que la nouvelle agence devra faire face à de nouveaux besoins, et notamment être en capacité de³³ :

- anticiper encore mieux les menaces et les risques (alerter dans des délais aussi brefs que possible et uniquement à bon escient pour limiter le risque de fausse alerte ;
- faire évoluer la surveillance et la gestion des phénomènes de santé (intensification de l'utilisation des bases de données médico-administratives, développement des systèmes multisources, validation de nouveaux outils, etc.) ;
- répondre à nouveaux questionnements méthodologiques, notamment en lien avec le développement des grandes bases de données, ou sur des sujets émergents (*big data*, sciences des données, etc.) ;

32. Ce chapitre est issu de la note « recherche » élaborée par Jean-Claude Desenclos pour la préfiguration de la nouvelle agence de santé publique.

33. Enquêtes HSH et usagers de drogue, Chlamyweb, PrimInject, dépistage du VIH aux urgences, estimations d'incidence du VIH, impact des milieux pollués sur la qualité de vie, etc.

- assurer le transfert des connaissances pertinentes pour l'action et mener des expérimentations de programmes de prévention innovants ;
- évaluer des interventions en santé, notamment en matière de prévention et d'action publique.

Pour l'avenir, les relations avec la recherche doivent être lisibles, construites et coordonnées. Il s'agit d'utiliser au mieux les connaissances, innovations, faits probants et démonstrations issus de la recherche afin d'assurer les fonctions d'alerte, d'aide à la décision et de translation d'actions de prévention/promotion de la santé. Il est donc nécessaire de bien définir les enjeux et de disposer d'une stratégie d'ensemble qui soit déclinée en fonction des priorités, notamment de nouveaux besoins de développements méthodologiques. La participation de la future agence de santé publique à l'Iresp devra être maintenue, car elle favorise l'interface et la coordination recherche et besoins de santé publique.

LES ENJEUX DE LA RECHERCHE POUR LA FUTURE AGENCE

Quatre enjeux ont été identifiés.

L'acquisition de connaissances dans le champ de la prévention/promotion de la santé

Cette situation se pose pour la recherche en prévention et plus spécifiquement la recherche interventionnelle, qui est critique pour le développement des programmes de prévention et de promotion au niveau populationnel. Peu d'équipes ayant investi ce champ en France se posent la question du développement de ce champ de recherche qui sera bénéfique pour la prévention. Par comparaison aux pays anglo-saxons, on pourrait faire le même constat pour la recherche en marketing social dans le champ de la santé publique.

La connaissance des relations causales entre certains facteurs environnementaux et la survenue de pathologies est également un domaine où les connaissances sont incomplètes. La future agence bénéficierait de

travaux de recherche lui permettant de mieux cibler les expositions et les pathologies à surveiller, sur la base des résultats produits, notamment par les études épidémiologiques à visée étiologique.

La recherche et développement

Ici, il est nécessaire de développer des travaux à finalité très opérationnelle pour définir, valider ou standardiser des outils pour les missions de la future agence dans une perspective de déploiement et de production. Il peut s'agir de la définition et validation d'indicateurs de surveillance avant de les mettre en production (indicateurs de surveillance à partir des BDMA), de la construction, la calibration et validation de nouvelles méthodologies de surveillance (utilisation des outils du Web, des enquêtes *via* Internet pour la surveillance des déterminants de santé, production et déclinaison d'indicateurs de santé à des niveaux territoriaux fins³⁴, évaluation d'impact sur la santé, développement de capacités analytiques publiques pour les dosages de polluants dans des matrices biologiques pour la biosurveillance).

La traduction et l'accompagnement des innovations sur le terrain et/ou le soutien aux décideurs ou organismes de prévention dans leur démarche de construction de programme/projet de prévention et leur évaluation

Cette modalité vise à mobiliser l'expertise issue de la recherche pour le transfert de connaissances, la construction d'interventions et leur évaluation. Il s'agit ici de mobiliser une expertise et des compétences pour traduire des actions et programmes dans les meilleures conditions de réussite et, par la recherche, de repérer et diffuser les actions ayant fait preuve d'efficacité (*evidence-based public health*) ou les actions dites « prometteuses » et leurs conditions de transférabilité.

Ces travaux pourront également bénéficier à une meilleure appréhension des organisations et savoir-faire dans les autres pays sur la gestion des crises sanitaires majeures.

34. Les *small area estimates*.

La valorisation des données et de l'expérience scientifiques de la nouvelle agence pour la recherche publique

Cette modalité est en miroir des précédentes. La nouvelle agence dispose de nombreuses données qu'elle utilise pour ses missions, mais qui ont un intérêt pour des équipes de recherche (perspectives d'analyse différentes de celle de l'Agence, développements méthodologiques, sciences des données, etc.). L'expérience du personnel scientifique de la nouvelle agence peut aussi représenter un atout pour la recherche. L'échange de personnel et l'interaction réciproque par des mécanismes appropriés (affiliation à des équipes de recherche, équipes associées, habilitation à diriger des recherches, accueil de doctorants, etc.), s'il est programmé de manière efficiente selon les missions et besoins de l'Agence et s'il est évalué régulièrement, est une modalité à privilégier pour répondre aux besoins d'innovation, tant pour les missions de la nouvelle agence que dans l'intérêt de la recherche.

PROPOSITIONS

Il est proposé d'agir selon deux axes.

Une implication/contribution dans la programmation de la recherche via l'ITMO de santé publique et la DGS

Cette contribution a débuté en septembre 2014 dans le cadre du groupe thématique « Recherche en santé publique » porté par l'ITMO santé publique d'Aviesan. Par ailleurs, la nouvelle agence devra poursuivre sa participation au groupe « Évaluation des appels d'offres de recherche en santé » (pilote par la DGS).

Une implication selon des priorités thématiques

Plusieurs priorités thématiques ont été identifiées.

Le champ de la surveillance, de la veille sanitaire et de l'alerte

Il peut être décliné selon plusieurs axes.

L'anticipation et la modélisation des risques infectieux

Elle est organisée autour de partenariats : avec l'équipe surveillance et modélisation des maladies transmissibles de l'Institut Pierre Louis d'épidémiologie (UPMC) et avec deux *consortiums* de recherche sur les risques infectieux émergents : 1) Projet *Reacting* (préparation la recherche à une émergence de maladies infectieuses) coordonné par l'ITMO Microbiologie et maladies infectieuses (IMMI) et 2) LabEx *Integrative Biology of Emerging Infectious Diseases* (IBEID).

Le développement et la validation d'algorithmes pour la production d'indicateurs de surveillance à partir des BDMA

La production d'indicateurs de surveillance, que ce soit pour l'alerte et plus encore pour les missions de surveillance issues de ces sources de données, qui n'ont pas initialement été conçues pour cela, implique une phase de recherche et développement permettant de définir, calibrer et valider les indicateurs qui en sont issus, avant de pouvoir les produire en continu aux différents échelons territoriaux (national, régional et départemental).

La création de partenariats conventionnels pour l'accès aux données des grandes cohortes

Plusieurs grandes cohortes en population ont été mises en place avec le soutien du grand emprunt (Investissement d'avenir). Les trois principales sont Constances³⁵, Elfe³⁶ et *i-Share*³⁷. Ces grandes cohortes, dont la finalité est la production de connaissances en santé, offrent la possibilité de développer des études et des programmes de surveillance³⁸. Par le fait qu'elles recueillent des informations médicales et biologiques, des informations précises sur les événements de santé et les expositions, sur de nombreux thèmes incluant pour certaines des données issues des bases de données administratives (Constances), ces cohortes offrent la possibilité de tester et valider des indicateurs de santé issus des BDMA.

35. Constances est une cohorte épidémiologique « généraliste » constituée d'un échantillon représentatif de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans à l'inclusion, consultant des centres d'examen de santé (CES) de la Sécurité sociale. En ligne : <http://www.constances.fr/fr/>.

36. Elfe prévoit de suivre l'histoire et la santé d'un échantillon de 18 000 enfants, de leur naissance à leur 20^e année. En ligne : <http://www.elfe-france.fr/index.php/fr/>

37. *i-Share* est une cohorte prospective nationale de 30 000 étudiants pour étudier les questions de santé et facteurs de risques spécifiques à cet âge. En ligne : <http://www.i-share.fr/>.

38. Ainsi, dans le champ « santé-travail », le programme de surveillance Coset du DST de l'InVS utilisera les données issues de Constances.

Les fouilles de données

La fouille de données recouvre les méthodes permettant la « *découverte de connaissances dans les grandes bases de données* », « *l'extraction de connaissances à partir de données* (knowledge discovery in databases) ». Initialement développées dans le champ économique, financier, du marketing, du Web, des réseaux sociaux, de la communication, etc., les fouilles de données ouvrent de nouvelles perspectives qui permettraient d'optimiser leur utilisation pour la veille et la surveillance à l'InVS et dans d'autres agences, notamment en termes de vigilances (ANSM et Anses).

Les sciences humaines et sociales (SHS)

Pour répondre à ses missions, et notamment donner au décideur public une vision pleine et entière d'un phénomène de santé, la nouvelle agence doit développer des compétences en SHS. Elle aura un fort besoin de multi- ou d'interdisciplinarité avec, en interne, des compétences scientifiques en démographie, psychologie de la santé, sociologie et économie, pour mener à bien tant ses missions de surveillance, d'alerte que de promotion de la santé et s'appuyer sur une expertise externe et la recherche, selon les domaines, notamment sur les facilitateurs et les obstacles structurels au déploiement des programmes de santé publique (rôle des médias, phénomène de lobbying, éthique de la surveillance et de la prévention, etc.).

Les grandes enquêtes

L'InVS et l'Inpes ont une importante activité d'enquêtes en population. Dans le contexte de la création de la future agence, la coordination des enquêtes au sein d'une entité transversale est un scénario à envisager, non seulement pour développer, optimiser et programmer au mieux, mais aussi disposer d'une stratégie lisible d'interaction avec les autres agences, organismes et équipes de recherche qui réalisent des enquêtes en population (Drees, Irdes, Anses, unités Inserm, Ined, ITMO de santé publique) et envisager des mécanismes de mutualisation (plateformes d'enquête par téléphone, Internet, réseaux sociaux, etc.).

Le champ de la prévention et de la promotion de la santé

Il peut être décliné selon les axes suivants.

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS)

L'EIS est « une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population. » Il s'agit d'un processus multidisciplinaire structuré, par lequel une politique ou un projet est analysé afin de déterminer son effet potentiel sur la santé³⁹. Cette démarche se distingue d'autres approches d'évaluation en santé et a ses spécificités que la nouvelle agence devra maîtriser, développer et diffuser au sein de ses réseaux et relais en région, notamment *via* l'accompagnement et la formation⁴⁰. À noter qu'un appel à projets EIS est programmé à l'Inpes pour 2015.

La recherche interventionnelle

Les besoins de la recherche interventionnelle sont importants en France. Plusieurs initiatives ont eu lieu ces dernières années dans plusieurs champs de la prévention, de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités de santé à l'initiative, notamment de l'Inpes, de l'INCa et l'Iresp⁴¹. Les besoins ne concernent pas seulement l'efficacité des interventions dans le contexte de leur déploiement, mais aussi leur définition à partir des connaissances et données probantes, l'analyse des conditions d'implantation, la diffusion des innovations, la modélisation des déploiements, la mise en œuvre de nouvelles pratiques professionnelles, etc.

Il faut s'assurer de leur transférabilité dans les contextes de vie et les environnements sociaux et de services des populations. Plus globalement, la question du transfert de connaissances utilisables pour l'action (*actionable knowledge*) est un élément d'articulation fondamental entre recherche et action publique : il s'agit de rendre utilisable ces connaissances, faits probants et innovations dans la pratique et, à l'inverse, d'alimenter la recherche par la pratique (*experience-based public health/prevention*).

39. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/evaluation-impact-en-sante/default.asp>.

40. Voir le chapitre « La formation pour le renforcement des compétences du réseau national de santé publique », notamment le partenariat avec l'EHESP.

41. Lang T. *Rapport de la mission « Recherche interventionnelle et partage des connaissances »*. Stratégie nationale de santé, 22 mai 2014.

La recherche dans le domaine de la communication

L'enjeu est ici de mieux adosser les campagnes de communication à une approche scientifique (science de la communication) basée sur les faits probants, associée à une évaluation, notamment en termes de retour sur investissement et d'interaction avec les autres approches de prévention et de promotion de la santé. Il s'agit en particulier de mieux modéliser en amont, d'identifier, de valider les bons outils : quelle recherche sur les réseaux sociaux ? Comment installer une relation pérenne avec des publics sur de grandes thématiques de prévention ou de promotion de la santé, telles que la campagne « Manger bouger » pour laquelle, 400 000 personnes se sont inscrites sur le site de l'Inpes, ou encore le site sur la sexualité des jeunes ?

L'économie de la prévention

Que ce soit pour évaluer l'efficacité de la prévention ou pour en défendre les budgets, il est nécessaire de mener des études médico-économiques spécifiques aux questions de prévention et de promotion de la santé dans le contexte français⁴². Contrairement à d'autres pays comme le Royaume-Uni ou l'Australie, la France dispose de très peu d'équipes en économie de la prévention. Le développement de cette fonction apparaît donc nécessaire dans le cadre de la future agence⁴³.

LA MISE EN ŒUVRE DE PARTENARIATS PRIORITAIRES AVEC LA RECHERCHE

Cette politique doit s'appuyer sur plusieurs types de partenariat.

Un partenariat avec des écoles doctorales

Le nouvel établissement dispose d'un accès à de nombreuses bases de données. De nombreuses analyses ne sont pas ou ne peuvent pas

42. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ?* [colloque scientifique international]. Paris, 9 décembre 2011. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2011/037.asp>.

43. Proposition faite par ailleurs par Pierre Arwidson dans son rapport de mission sur les données probantes.

être suffisamment approfondies par manque de ressources internes. Il existe ainsi de grandes opportunités de recherche et développement, notamment méthodologique (validation d'algorithmes, fouilles de données, etc.). Ce sont autant de sujets pour des doctorants qui pourraient bénéficier d'allocations doctorales impliquant des réponses à des appels à projets et être dirigés par des HDR internes au nouvel établissement ou en partenariat avec des chercheurs.

L'Anses développe avec l'Inra un programme d'AAP en interne pour des doctorants. Un programme d'accueil de doctorants au sein de la nouvelle agence aurait la même justification. La nouvelle agence pourrait également participer au réseau doctoral en santé publique animé par l'EHESP et auquel participent dix écoles doctorales.

La participation à des unités associées

Le bilan de l'existant a mis en exergue une modalité d'interaction avec la recherche spécifique à l'InVS : les unités associées. Dans un contexte de développement de nouvelles thématiques de surveillance, lors de sa création, ces unités ont permis à l'InVS, en lien étroit avec des équipes de recherche, de développer des programmes de surveillance dans des champs dans lesquels les outils n'existaient pas ou peu (santé-travail, maladies chroniques). Ceci a permis de mutualiser des outils, de pouvoir faire du transfert de savoir-faire acquis par la recherche vers la surveillance, de poser de nouvelles questions à la recherche et de valoriser le travail réalisé par la mise en commun de moyens pour chacune des deux parties (données de surveillance pour l'InVS et travaux de recherche pour l'équipe de chercheurs). Quatre unités de ce type existent à l'InVS depuis une dizaine d'années.

Le travail coordonné avec d'autres agences

Cette modalité de travail pourrait être envisagée pour le développement et la validation d'algorithmes pour la construction d'indicateurs de surveillance à partir des BDMA. Elle ferait aussi sens pour le développement des fouilles de données. Une coordination est prévue en 2015 avec l'ANSM, notamment dans le cadre d'un appel à projet financé par l'ANSM pour le développement et la validation en pharmaco-épidémiologie.

Une réponse aux AAP

La nouvelle agence doit être en mesure de répondre à des AAP nationaux ou européens, notamment dans le cadre de réponses conjointes avec des équipes de recherche.

L'échange de personnel

Chercheurs vers la nouvelle agence : la nouvelle agence doit être en mesure d'accueillir des chercheurs de l'Inserm, des universités ou autres organismes de recherche comme l'Inra, l'IRSN, l'INRS, etc.) en cumul d'emplois de chercheur à l'année. Cette forme de collaboration mériterait d'être structurée pour une durée définie (par exemple trois ans) avec une évaluation formalisée. Il pourrait être organisé un appel à projets périodique en interne pour cette modalité de partenariat qui ciblerait des priorités de recherche et développement fortes dans le champ de l'Agence nécessitant un partenariat avec des équipes de recherche (fouilles de données, développement d'algorithmes, etc.).

Inscription de scientifiques de l'InVS au profil d'équipes de recherche : cette modalité existe à l'Inpes et à la Drees et est jugée très utile pour faciliter les collaborations avec la recherche dans les champs des missions et maintenir une stimulation scientifique. Cette modalité existe dans d'autres pays européens (Royaume-Uni, pays nordiques, etc.). Elle gagnerait en visibilité si elle pouvait être formalisée. Elle est à explorer pour l'avenir ainsi que la définition de ses modalités.

La mise à disposition des données

Pour stimuler des recherches sur les données de surveillance que l'InVS génère, une des conditions est de les rendre accessibles à la communauté des chercheurs. Au-delà de la légitime transparence des données publiques, il s'agit d'un investissement sur l'avenir. Des modalités de mise à disposition ont pour cela été définies. Des critères de mise à disposition sont aussi nécessaires (délai d'embargo ou sur les institutions ou personnes qui peuvent y avoir accès, etc.). L'InVS s'est engagé dans cette direction lors des dernières années en ouvrant les bases de données d'études arrivées à complétion. Ce mouvement doit être poursuivi.

L'appel à projets

La nouvelle agence devra, comme l'Inpes et l'Anses, se voir déléguer par la loi une activité d'animation et de financement de recherche en soutien à ses missions. Les modalités seront à définir en concertation avec Aviesan.

Les publications

L'effort de publication dans les revues scientifiques doit être soutenu comme le font les grands instituts de santé publique dans d'autres pays. Ces activités participent de la reconnaissance et de la garantie d'indépendance et d'excellence de la future agence de santé publique.

- Les activités de l'InVS et de l'Inpes sont très liées, intriquées et complémentaires avec la recherche.
- Des efforts sont à mener pour améliorer les connaissances en prévention/promotion de la santé (interventions efficaces, conditions de transférabilité, etc.)
- Il faut définir, valider ou standardiser le déploiement de nouveaux outils de veille, de surveillance et d'alerte.

Propositions

- Mieux s'articuler avec l'ITMO de santé publique.
- Développer la recherche interventionnelle, d'évaluation d'impact sur la santé.
- Développer la recherche méthodologique en veille et surveillance.
- Développer des partenariats avec des équipes de recherche.
- Développer l'*open data*.
- Mieux utiliser les dispositifs nationaux et internationaux d'appels à projets et en initier de nouveaux dans le cadre de la nouvelle agence.
- Poursuivre l'effort de publication dans les revues scientifiques comme le font les grands instituts de santé publique dans d'autres pays ; ces activités participent à la reconnaissance et à la garantie d'indépendance et d'excellence.

LA FORMATION POUR LE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES DU RÉSEAU NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Les trois établissements concernés par la fusion mènent de nombreuses actions de formation. Ainsi, l'InVS participe aux formations d'épidémiologie de terrain (Idea et Profet), et à de nombreuses formations de veille et de surveillance en France et à l'étranger. Il accueille des internes, des stagiaires, notamment du programme européen Epiet, des étudiants en master et des thésards. L'Inpes élabore des référentiels de compétences, des supports pédagogiques et propose des cycles de formation et même un MOOC. Il finance l'université d'été en santé publique et une chaire de promotion de la santé à l'EHESP. Quant à l'Éprus, il propose des formations à ces réservistes à travers des sessions de formation en présentiel dans toute la France (outre-mer compris) et de l'*e-learning*.

La future agence de santé publique sera au cœur du Réseau national de santé publique. Afin de consolider les liens existants avec les acteurs du réseau et de renforcer leurs compétences en veille, surveillance, alerte, intervention, prévention/promotion de la santé et évaluation, la nouvelle agence devra se positionner dans le champ de la formation. Le RNSP est défini ici comme « *l'ensemble des organismes, structures, professionnels, auxquels l'Agence peut recourir grâce à des collaborations structurées qu'il coordonne ou anime pour exercer ses différentes missions* ».

Les trois établissements concernés par la fusion ont développé des actions de formation, chacun dans son champ de compétences, sous des formes variées et pour ses partenaires privilégiés. Ces actions sont menées soit en direct, soit en partenariat avec les universités, les écoles et les organismes de formation.

Ce chapitre concerne l'action et les perspectives de formation de la nouvelle agence de santé publique à destination des acteurs du Réseau national de santé publique. Il n'aborde pas la question de la formation continue de son personnel. Il ne porte pas non plus sur la formation académique, tout à fait insuffisante et qui est du ressort du ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de l'Enseignement supérieur, avec des cycles de formation complets sur plusieurs années.

L'ENJEU DE LA FORMATION

L'enjeu de la formation est essentiellement l'animation et la professionnalisation du Réseau national de santé publique afin d'en renforcer les compétences pour l'exécution de ses missions de santé publique

L'exercice des missions de la nouvelle agence reposera sur une expertise métier et des compétences partagées avec les acteurs du Réseau national de santé publique :

- la mission de veille, de surveillance et d'alerte nécessite que soient consolidées les compétences en épidémiologie d'intervention des acteurs de terrain (ARS en priorité), non seulement dans le champ des maladies infectieuses, mais aussi celui de la santé-environnement, ainsi que dans le champ santé-travail, encore mal couvert ;
- la mission de prévention et promotion de la santé nécessite que soient renforcées les compétences des acteurs au niveau régional dans ce champ, élargi au transfert des connaissances et l'évaluation (évaluation des interventions et des politiques de prévention, évaluation d'impact sur la santé des politiques publiques) ;
- la mission de préparation et de réponse aux urgences sanitaires implique de disposer de compétences permettant de faire face aux situations sanitaires exceptionnelles (renfort de tout type d'acteurs de l'offre de soins confrontés à la crise).

Au-delà de ces trois catégories d'acteurs privilégiés, l'Agence devra également s'adresser aux autorités de santé pour les sensibiliser aux missions de veille, surveillance, alerte, intervention, prévention et promotion de la santé.

PROPOSITIONS

Pour mener à bien cette orientation, deux axes stratégiques sont à développer.

Se positionner dans un esprit de complémentarité et de partenariat avec les universités, écoles et organismes de formation, en tenant compte de l'offre de formation existante

Le positionnement de la nouvelle agence dans le champ de la formation ne saurait se faire en concurrence avec les universités, écoles et organismes de formation, mais devrait au contraire se faire dans un esprit de complémentarité et de partenariat équilibré.

Dans le contexte de la création de la nouvelle agence de santé publique, il apparaît nécessaire de construire un nouveau partenariat structuré avec l'EHESP et de contribuer à la formation continue des professionnels de santé publique par des apports opérationnels pour une expertise métier, en complément des formations théoriques académiques

Intervenir dans les enseignements universitaires est un moyen de faire connaître les missions de l'Agence et de constituer un vivier de recrutement. C'est aussi dans cet esprit qu'elle doit continuer à accueillir en stage des internes de santé publique, des étudiants en master de santé publique, des élèves fonctionnaires de l'EHESP (élèves directeurs, élèves inspecteurs), des étudiants en master et des doctorants.

Pour cela, il faut organiser, à travers des partenariats, l'intervention des scientifiques de l'agence de santé publique dans les enseignements universitaires, d'écoles et organismes de formation, où ils apportent leur expertise et leur expérience pratique dans les domaines de la veille, surveillance, alerte, intervention, prévention et promotion de la santé. L'Agence devra traduire ces orientations en une stratégie de formation lisible et valorisante pour les partenaires, l'Agence et ses agents, et les inclure plus clairement dans sa programmation. L'évolution prévisible, en France, de l'offre académique avec l'ouverture ou la consolidation d'écoles de santé publique au sein des établissements universitaires devra être suivie dans la perspective d'une évolution des partenariats.

Il est proposé d'agir selon quatre axes.

Créer un partenariat fort avec l'EHESP

La création de la nouvelle agence est l'opportunité de réexaminer les collaborations avec l'EHESP. Il conviendra d'avoir un partenariat structuré qui tienne compte des priorités du nouveau COP de l'EHESP, de ses liens privilégiés avec les ARS et son réseau avec les établissements sanitaires et médico-sociaux. Au-delà de la formation, cette convention devra englober les aspects de recherche et l'action internationale.

Sur le volet « formation » de la convention, le partenariat permettra aux deux organismes, par leur complémentarité, d'assurer aux professionnels de santé publique en formation un transfert non seulement de connaissances, mais aussi de compétences opérationnelles. En s'appuyant sur les apports respectifs de l'EHESP (ingénierie de formation, expertise théorique et liens avec la recherche, capacités d'organisation pratique et d'accueil des formations) et du nouvel institut (savoir-faire pratiques et expérience de situations vécues), de nouveaux enseignements pourront être conçus et mis en œuvre conjointement pour répondre aux besoins des acteurs de terrain. Il devrait être aisé de spécifier dans le partenariat le rôle et les responsabilités des deux acteurs, qui pourront varier d'une formation à l'autre.

Évaluer régulièrement les besoins de compétences au sein du Réseau national de santé publique

Afin de garantir la performance de son action, l'Agence devra en permanence évaluer les nouveaux besoins de compétences sur le terrain pour les traduire en besoins de formation, identifier et/ou mettre en œuvre les réponses de formation adaptées.

Mettre en œuvre des programmes de formation professionnalisants, et éventuellement diplômants, en lien avec l'EHESP ou d'autres écoles de santé publique universitaires dans les trois champs de l'Agence nationale de santé publique

Champ de la veille, surveillance, alerte

Il persiste un important besoin de professionnalisation des acteurs de la veille et de la sécurité sanitaire dans les ARS. La réponse à ce besoin

peut passer par la formalisation d'un engagement de formation qui serait passé entre les ARS et l'EHESP pour la participation à des formations pratiques de type « cours d'épidémiologie appliquée Idea ». L'implication de l'Agence dans ces formations est essentielle pour leur conserver un aspect pratique et opérationnel dans l'utilisation des méthodes épidémiologiques pour l'analyse des signaux sanitaires, l'investigation des épidémies et des phénomènes de santé inhabituels et leur mise en perspective décisionnelle et de gestion.

Une autre réponse réside dans la mise en place d'un programme de type « Programme national de formation à l'épidémiologie de terrain », dont les bénéficiaires seraient les personnels des CVAGS non spécialisés dans le domaine de la veille sanitaire. Ceux-ci feraient leur parcours de formation pratique sous la supervision scientifique des Cire, cet accompagnement professionnel étant ciblé sur l'analyse, l'évaluation et la prise en charge des signaux sanitaires relevant, elle, d'une prise en charge protocolisée. Ce programme pourrait être proposé de façon conjointe par l'agence de santé publique et l'EHESP, et nécessiterait, de la même façon que pour le cours Idea, une contractualisation avec les ARS. Il pourrait conduire à l'obtention d'un diplôme d'établissement.

Une réflexion devrait ainsi s'engager avec l'EHESP, et plus largement l'ensemble de l'offre de formation, pour l'élaboration d'une formation sur la sécurité sanitaire à destination des ARS (identification des compétences à mobiliser dans différents champs disciplinaires, déclinaison opérationnelle en région).

Champ de la prévention et de la promotion de la santé

La nouvelle agence devra définir le socle commun de compétences pour les structures régionales (ARS et pôles de compétences) nécessaires pour que soient déployées en région ses missions de prévention et promotion de la santé.

Il conviendra de poursuivre la collaboration avec l'EHESP, qui a développé une expertise dans ce domaine depuis quelques années avec le certificat « Promotion de la santé » ainsi que d'autres offres de formation continue. Le maintien du financement de la chaire « Promotion de la santé » par l'Agence apparaît comme un élément facilitant la collaboration avec l'EHESP et favorisant la convergence entre la recherche, l'expertise et la formation pour l'amélioration des pratiques professionnelles et politiques publiques. De même, la nouvelle agence pourra participer activement au

projet « Initiative en santé publique pour l'interaction de la recherche, de l'intervention et de la décision », actuellement en cours d'élaboration.

Par ailleurs, la nouvelle agence devra poursuivre son engagement dans les enseignements de l'université d'été en santé publique en devenant un partenaire à part entière de l'EHESP.

La mise en œuvre de la prévention et promotion de la santé concerne les acteurs des champs sanitaire, social et éducatif, et il est important de pouvoir renforcer la place des enseignements dans ce domaine dans les cursus de formation initiale et continue de ces professionnels et d'« outiller » pour cela les organismes de formation compétents. Le développement des écoles universitaires de santé publique, mentionné ci-dessus, devra aussi être pris en compte.

Une réflexion particulière pourra concerner les thématiques spécifiques dans les domaines de santé-environnement et santé-travail.

De plus, le champ de la promotion de la santé devra être élargi à l'évaluation des politiques de prévention et promotion de la santé, l'évaluation d'impact sur la santé des politiques publiques, l'utilisation des données probantes.

Champ de la préparation et de la réponse aux urgences sanitaires

L'Agence poursuivra l'action de l'Éprus d'appui aux ARS pour l'élaboration des plans zonaux de mobilisation afin de faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins.

Les expertises en épidémiologie et en prévention/promotion de la santé de la nouvelle agence pourront être mobilisées pour compléter la formation des réservistes.

Dans l'autre sens, les aspects de préparation et réponse aux urgences sanitaires pourront utilement compléter les formations dans le champ de la veille, de la surveillance et de l'alerte. Un accord-cadre, récemment signé entre l'EHESP et l'Éprus (janvier 2015), permet de formaliser ces partenariats.

Mettre en œuvre des modalités de formation variées

La mission de partage du savoir-faire de la nouvelle agence se traduira par des actions classiques de formation, mais pourra aussi utiliser d'autres moyens, notamment les outils d'*e-learning*, MOOC, etc.

La nouvelle agence va bénéficier pour cela du savoir-faire et de la technologie disponibles à l'Inpes et à l'Éprus (plateforme d'autoformation et mise en ligne de matériel pédagogique, par exemple). Ce mode de formation ne se substitue pas à la formation en présentiel qui sert aussi l'objectif d'animation de réseau pour l'Agence, mais il peut servir d'amorçage ou de complément.

Son champ d'intervention doit comprendre l'international, car la formation est un volet souvent demandé lors d'interventions en situation d'urgence sanitaire et en post-crise, comme le ministère des Affaires étrangères nous le demande dans le cadre du programme de reconstruction post-Ebola.

Au-delà de la formation à strictement parler, d'autres actions pourront concourir à la formation et l'animation du Réseau national de santé publique : dialogue avec les partenaires, écoute de leurs besoins, visibilité de la nouvelle agence et de ses missions, et notamment des événements du type « journées annuelles » ou « séminaires thématiques ».

De la même façon, la diffusion des outils, guides méthodologiques, référentiels de bonnes pratiques, élaborés par la nouvelle agence et visant à améliorer la pratique des acteurs du Réseau national de santé publique, pourra être « accompagnée » à l'occasion de séminaires ateliers, pour faciliter leur appropriation.

Enfin, la nouvelle agence sera un terrain de stage pour les internes de santé publique, de pharmacie, de médecine du travail, pour les stagiaires de master, les élèves de l'EHESP, mais également dans le cadre d'échanges professionnels, y compris à l'international.

Maintenir une participation de l'Agence aux formations internationales

La formation est un volet souvent demandé lors d'interventions en situation d'urgence sanitaire ou dans les projets de coopération, et permet de créer et de maintenir des liens avec les structures étrangères (instituts, ministères) en charge de la santé publique. Il apparaît souhaitable de :

- maintenir une présence forte dans le domaine de la formation à l'épidémiologie d'intervention, par la participation à des programmes tels qu'Epriet, Medipriet, ainsi qu'à des projets de coopération, pour contri-

buer à l'amélioration de la sécurité sanitaire, de la prévention et du contrôle de menaces transfrontalières. Le projet post-Ebola de création d'un réseau d'instituts de santé publique en Afrique de l'Ouest (projet « Ripost ») que la France souhaite activement promouvoir et soutenir sera probablement un terrain de collaboration en termes de formation ;

- renforcer les formations de préparation aux situations d'urgences sanitaires, notamment à l'international ;
- enfin, poursuivre en partenariat étroit avec l'EHESP son engagement dans les enseignements de promotion de la santé du Réseau des universités « sœurs » (Dakar, Maghreb, Bruxelles) ;
- d'une manière plus générale, assurer la lisibilité de l'action de la France au niveau international, notamment au plan européen.

- Les trois établissements mènent des actions de formation.
- Un des enjeux de la nouvelle agence sera d'animer et de professionnaliser le Réseau national de santé publique afin d'en renforcer les compétences pour l'exécution de ses missions de santé publique.

Propositions

- Formaliser le partenariat avec l'EHESP et avec d'autres écoles de santé publique au sein des universités.
- Contribuer à la formation continue des professionnels de santé publique par des apports opérationnels pour une expertise métier, en complément des formations théoriques académiques.
- Maintenir une participation de la nouvelle agence aux formations internationales.

L'EUROPE ET L'INTERNATIONAL À L'HEURE DE LA MONDIALISATION⁴⁴

La création de la nouvelle agence s'inscrit dans un mouvement mondial de création d'instituts réunissant l'ensemble des fonctions de santé publique définies par l'OMS, pour offrir aux autorités sanitaires et aux populations concernées de plus grandes capacités d'action pour améliorer la santé et réduire les inégalités de santé.

Dans le champ de la sécurité sanitaire, et plus largement celui de la santé publique, la France est soumise à un certain nombre d'obligations et d'engagements européens et internationaux. Par l'alliance d'un ensemble de compétences scientifiques, techniques et opérationnelles, la nouvelle agence sera en capacité de renforcer son appui à l'élaboration des positions françaises dans le domaine de la santé, au respect des engagements et obligations de la France ainsi qu'à l'intervention sur le terrain à l'étranger dans des situations d'urgence sanitaire.

Dans la continuité de l'expérience acquise par les trois établissements impliqués, la nouvelle agence participera à des réseaux européens et internationaux lui permettant : 1) d'**améliorer ses pratiques** dans les champs de la veille, de l'alerte, de la surveillance, de la promotion de la santé, de l'évaluation de l'impact sur la santé des politiques publiques ; 2) de **valoriser l'expertise française** dans le domaine de la sécurité sanitaire et de la santé publique.

Il convient de distinguer les activités de la nouvelle agence qui s'inscriront dans le cadre de l'Union européenne et celles qui s'inscriront dans celui de sa contribution à l'action internationale.

44. Ce chapitre est issu de la note « Europe et international » élaborée par Anne-Catherine Viso pour la préfiguration de la nouvelle agence de santé publique.

LES ACTIVITÉS DE LA NOUVELLE AGENCE

Au niveau européen

Les relations de l'InVS avec les agences européennes sont de nature diverse : le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) est l'agence européenne avec laquelle l'InVS entretient des relations les plus étroites du fait des obligations de transmission des données de surveillance, de contribution à l'évaluation de la situation épidémiologique en appui au Système européen d'alerte précoce et de réponse (EWRS). L'InVS est également organisme compétent pour l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) et participe au réseau d'organismes français venant en appui du point focal français (direction générale du Travail) auprès de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-OSHA). Cette forte implication européenne a apporté une reconnaissance importante de l'InVS parmi ses homologues étrangers sur son cœur de métier que constituent la veille et la surveillance sanitaires. De nombreux résultats produits dans le cadre des projets européens ou nationaux ont pu être utilisés lors des discussions sur les directives européennes ou ont abouti à des conclusions, notamment du Conseil en santé et environnement. L'InVS participe aux instances de gouvernance (CA et forum consultatif) de l'ECDC, créé en 2005. Dans le champ de la surveillance et en particulier celui des maladies infectieuses, cette participation s'est avérée essentielle. En lien avec la DGS, en s'appuyant sur sa pratique de veille, de surveillance et d'alerte, l'InVS porte au niveau du CA les positions françaises.

L'InVS a contribué, depuis sa création en 1998, à un grand nombre de projets européens, historiquement dans les domaines de la santé environnementale (effets sanitaires de la pollution atmosphérique et du climat, bio-surveillance), des maladies infectieuses et plus récemment dans le domaine de la surveillance syndromique et de la santé au travail. Si l'InVS est régulièrement sollicité pour participer à des projets européens, force est de constater une diminution forte de ses travaux européens du fait d'une diminution de ses ressources et de ses capacités de cofinancement.

Dans le champ de la formation, l'InVS contribue à la conception de modules de formation en épidémiologie de terrain. Il participe également à la coordination scientifique du Programme européen de formation à l'épidémiologie de terrain (Epiet) de l'ECDC ainsi qu'à la formation de

la relève en épidémiologie de terrain en Europe, en étant site d'accueil pour des épidémiologistes européens sur des périodes de deux années, et donc à la construction d'un langage et de méthodes partagés en Europe, indispensables au maintien d'un réseau de professionnels et à une compréhension commune d'une situation épidémiologique, en particulier lors d'épidémies transfrontalières et de crises sanitaires.

L'Inpes contribue à l'élaboration de référentiels de compétences dans le domaine de la promotion de la santé et à la conception de modules de formation en promotion de la santé. Elle a choisi d'intervenir au niveau européen dans le cadre d'EuroHealthNet, qui lui assure un relais efficace au niveau de l'Union européenne, et une veille sur les politiques de santé publique, de promotion de la santé et de réduction des inégalités en Europe.

Au niveau international

L'action internationale des trois établissements est dépendante principalement du type et du cadre d'intervention ou de collaboration :

- dans le cadre de la politique étrangère de la France, l'Éprus et l'InVS peuvent intervenir en cas de crises sanitaires (exemple : la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée en 2014-2015). L'expertise de l'InVS et celle de l'Inpes sont aussi sollicitées dans le cadre de coopérations bilatérales (Mexique en 2014, Chine en 2014 et 2015, Québec avec la participation à l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité depuis 2013, etc.) ;

- dans le domaine de la recherche en promotion de la santé ou de l'épidémiologie, l'InVS et l'Inpes collaborent avec des réseaux et instituts et des sociétés savantes européennes. L'InVS et l'Inpes sont des membres institutionnels de l'Association internationale des instituts de santé publique (IaPhi) et de l'Union internationale pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé (UIPES), deux associations internationales dont et auxquelles ils apportent un soutien effectif en contribuant aux activités du secrétariat de l'IaPhi pour l'InVS, en hébergeant l'UIPES pour l'Inpes. Elles sont deux leviers efficaces pour la diffusion de l'expertise française en veille, surveillance, prévention, promotion de la santé, pour la construction de référentiels communs, pour renforcer les capacités des pays, de leurs instituts de santé publique grâce à la formation et l'échange de bonnes pratiques. Il est à noter que l'Inpes collabore avec le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS afin de favoriser une culture

partagée en promotion de la santé et le développement d'actions d'éducation pour la santé dans ces villes ;

- avec l'OMS, l'InVS et l'Inpes interviennent :

- **dans la mise en œuvre** du Règlement sanitaire international (RSI), de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (Cclat), de stratégies mondiales ou européennes,
- **sur le terrain** compte tenu de la nécessité d'agir en raison d'un risque épidémique. Ainsi, pour citer l'exemple le plus récent, l'InVS est intervenu en Afrique de l'Ouest face à l'épidémie Ebola dans le cadre du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (Goarn). L'InVS a ainsi envoyé sur le terrain une douzaine d'épidémiologistes). En 2010-2011, il était intervenu lors de l'épidémie de choléra postérieure au tremblement de terre en Haïti. La contribution de l'InVS et de l'Éprus au Goarn (comité de pilotage et missions sur le terrain) concourt depuis de nombreuses années au renforcement de son réseau international et de ses capacités/savoir-faire en épidémiologie d'intervention.

PROPOSITIONS

Pour l'avenir, il est proposé d'agir en priorité selon les quatre axes suivants.

Le maintien de liens forts avec les organismes européens et internationaux en charge de la santé publique, notamment l'ECDC et l'OMS

En tenant compte des textes internationaux qui engagent la France, tels que la décision 1082/2012/UE sur les menaces transfrontalières graves pour la santé, le Règlement sanitaire international, la Convention-cadre de l'OMS de lutte antitabac, etc., la nouvelle agence doit conserver sa capacité à apporter l'expertise aux travaux internationaux sur la sécurité sanitaire : antibiorésistance, surveillance en temps réel, zoonoses, etc. Ainsi doit-elle poursuivre sa participation aux réseaux de veille internationaux, et tirer profit de sa présence outre-mer (Antilles-Guyane et océan Indien).

Pour cela, il est important que la nouvelle agence puisse disposer d'un cadre de collaboration et d'échanges avec les entités des ministères en charge de la santé et du travail, impliquées dans les affaires européennes et internationales, et du ministère des Affaires étrangères en organisant des rencontres thématiques régulières, en particulier en amont des réunions de l'OMS et des instances européennes et internationales, mais aussi de l'élaboration du programme de travail annuel de la nouvelle agence.

La nouvelle agence réalisera un rapport annuel des activités européennes et internationales et un effort sera fait pour valoriser en langue anglaise et française ses travaux (site internet, publications scientifiques, présence dans les conférences internationales, etc.).

Le maintien d'une capacité d'intervention sur le terrain en cas de crises sanitaires

Elle est indispensable au regard des crises sanitaires qui surviennent régulièrement. La nouvelle agence doit être en capacité de mobiliser la Réserve sanitaire (Éprus), des épidémiologistes et des spécialistes en prévention en fonction des besoins identifiés par les ministères chargés de la santé et des affaires étrangères.

Le développement des collaborations scientifiques pour améliorer les méthodes, outils, bonnes pratiques et mieux intégrer les résultats de la recherche pour l'action en santé publique (Ianphi, Uipes, EuroHealthNet)

Il s'agit de favoriser d'une part, le partage d'expérience en matière d'évaluation des politiques publiques et des actions de santé publique, et d'autre part, la mobilité du personnel, pour des périodes de durées variables, dans des instituts, organismes internationaux, agences européennes, équipes de recherche. Dans le même esprit, la nouvelle agence doit continuer d'être site d'accueil pour Epiet et élargir cette capacité d'accueil à des étudiants en master 2 du master européen de santé publique (EuropubHealth coordonné par l'EHESP) (voir le chapitre « La formation pour le renforcement des compétences du réseau national de santé publique »).

Le développement d'une capacité de montage de projets européens et internationaux

Pour cela, il est important que la nouvelle agence puisse participer à des groupes d'experts mis en place par les organismes internationaux et proposer des projets dans les domaines où la nouvelle agence considère apporter une plus-value importante, ou être particulièrement innovante.

- Les trois organismes ont de nombreuses activités internationales.
- L'enjeu est d'améliorer ses pratiques sur l'ensemble des thématiques de la nouvelle agence et de valoriser l'expertise française.

Propositions

- Maintenir des liens forts avec les organismes européens et internationaux en charge de la santé publique, notamment l'ECDC et l'OMS.
- Développer une capacité de montage de projets scientifiques et techniques européens et internationaux.
- Maintenir une capacité d'intervention sur le terrain en cas de crises sanitaires à la demande des ministères des Affaires étrangères et de la Santé.

LES RESSOURCES DU NOUVEL ÉTABLISSEMENT : VISIBILITÉ ET STABILITÉ

Lors de l'annonce de la création du nouvel établissement, les pouvoirs publics ont indiqué que l'objectif était avant tout de créer une nouvelle entité publique plus forte et plus articulée dans ses missions de veille, d'alerte, de surveillance, de prévention et d'intervention en situation de crise sans rationalisation budgétaire *a priori*.

Cependant, s'inscrivant dans un contexte de fortes contraintes pour les finances publiques, le décompte des gains budgétaires qui pourraient accompagner ce projet apparaît néanmoins, pour certains, comme le sceau de la modernité de l'action publique.

Il est incontestable que la performance de la dépense publique est aussi un des éléments clés de la réussite de la création du nouvel établissement. Dans ce champ immense de la protection de la santé, tant dans sa composante de sécurité sanitaire que de prévention, l'efficacité des actions doit être au cœur de la programmation et de l'allocation des ressources.

Pour autant, la détermination de l'effort à consentir par la nation à la surveillance de l'état de santé de la population, à l'alerte sanitaire et à la prévention des pathologies et des handicaps au regard du fardeau des maladies, doit pouvoir se faire de manière transparente et en lien avec la meilleure connaissance des déterminants de santé. La composition du nouveau CA plus ouverte aux parties prenantes (voir le chapitre « Une gouvernance garante de l'ouverture et de la transparence ») est un élément central de ce débat démocratique sur les priorités dont le dernier mot appartient chaque année au Parlement, ce qui se traduit dans la loi de finances et la loi de financement de l'Assurance maladie.

Au regard de ces cinq dernières années, on ne peut s'empêcher de s'inquiéter des réductions considérables de moyens des trois établissements concernés par le projet (voir l'introduction). Dans cette période de crise économique, où l'on sait qu'il existe un fort gradient entre *santé* et *croissance économique*, les stabilisateurs de la dépense n'ont pas joué. Plus encore, le retrait des pouvoirs publics de certaines actions pourrait à terme mettre en cause, pour certaines activités de surveillance, la dimension patrimoniale de données acquises au long des années par les systèmes de surveillance.

Le capital de compétences des professionnels des trois établissements est un atout considérable, comme le prouve l'importante contribution réalisée à l'occasion de la mise en place des groupes de travail thématiques, qui porte le présent rapport. Les réductions d'emplois ont également été très sensibles sur les cinq dernières années, nécessitant des retraits d'activités scientifiques en plus des gains réels opérés sur les fonctions support. Le nouvel établissement porte donc des ambitions et des espoirs pour les personnels, mais également, de fait, des doutes et des interrogations, comme le montre le rapport sur le diagnostic sociologique réalisé par Adige Conseil.

La réalisation du nouvel établissement est perçue par tous comme l'occasion de refonder les choix d'orientation de travail, tout en consolidant ses moyens pour assurer durablement ses missions.

À cet égard, la situation des personnels des cellules interrégionales d'épidémiologie, outre la pérennité des missions qui devrait trouver une traduction dans la loi, doit être harmonisée. Les personnels des Cire relèvent de deux statuts : celui de personnel de l'InVS ou des ARS. Il importe désormais de les rattacher administrativement dans leur intégralité au nouvel établissement.

UN CONTEXTE DE DIMINUTION DES RESSOURCES

La baisse continue et massive des ressources des trois établissements depuis 2010 peut fragiliser le projet du nouvel établissement

Les réductions de moyens budgétaires et humains sur la période 2010 à 2015 sont globalement plus importantes que celles qu'ont pu connaître

les autres établissements publics de l'État durant la même période, si l'on consulte le jaune consacré aux opérateurs de l'État de la loi de finances pour 2015 :

- l'Inpes a connu une baisse d'un tiers de son budget (de 119 à 77,5 millions d'euros) et de 14 % de ses effectifs autorisés (de 147 à 127 ETP) ;
- l'InVS a accusé une diminution de 10 % de son budget (de 64,5 à 57,5 millions d'euros) et de 9 % de ses effectifs autorisés (de 432 à 392 ETP) ;
- l'Éprus, dont le budget a reculé de plus de 40 % (de 73,6 à 41,7 millions d'euros), a vu ses effectifs autorisés diminuer de 14 % (de 35 à 30 ETP).

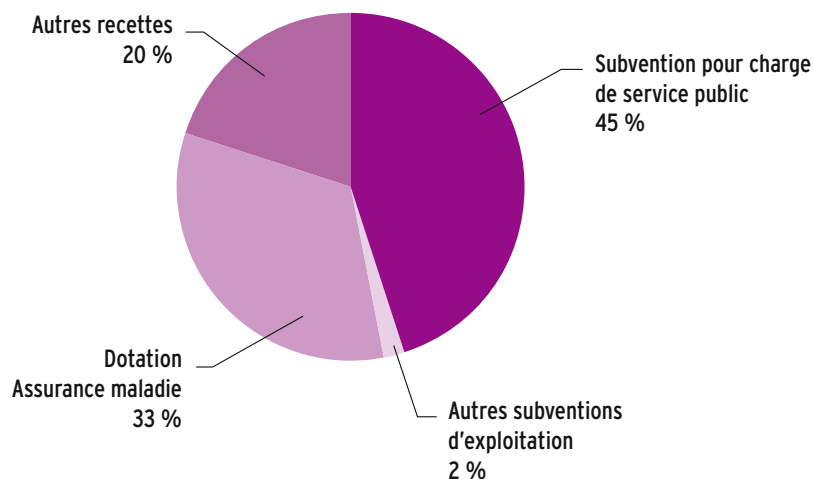
Au total, la baisse du budget entre 2010 et 2015 a été de 80,4 M€, et celle de l'emploi, de 65 ETP.

La contribution de l'Assurance maladie évolue de manière homothétique à celle de l'État, avec des clés de répartition différentes selon l'organisme (2/3 pour l'Inpes, 50 % pour les stocks santé de l'Éprus), amplifiant ainsi la baisse des recettes. **Entre 2010 et 2014, le total des recettes des établissements a diminué de près de 54 000 K€, soit une baisse de 24 %.**

État-Assurance maladie : les deux sources essentielles de financement doivent être conservées

Sur les années 2010 à 2014, les recettes totales des trois établissements sont composées en moyenne à 45 % de la SCSP et 33 % de la dotation Assurance maladie [figure 8].

Figure 8 - Répartition moyenne en pourcentage des recettes des trois établissements, 2010-2014



Pour l'InVS, en moyenne sur les années 2010 à 2014, la subvention pour charge de service public (SCSP) représente 88 % des recettes.

Pour l'Inpes, la SCSP représente en moyenne 25 %, alors que la dotation Assurance maladie représente 63 %. Les autres sources de financement sont constituées notamment par des taxes.

Pour l'Éprus, les deux sources de financement SCSP-Dotation Assurance maladie sont équilibrées pour ce qui concerne la constitution des stocks stratégiques, l'État étant le seul financeur de la Réserve sanitaire.

L'impossible arbitrage au sein du programme 204 : les trois opérateurs n'ont de ressources substantielles que celles issues du programme 204 (subventions pour charge de service public) et de l'Assurance maladie. Comme l'indique la Cour des comptes dans son rapport sur l'exécution budgétaire 2013 du programme 204, la forte régulation sur les opérateurs, et en particulier les candidats à la fusion ne suffit pas à compenser les besoins de financement pour les contentieux. Le dilemme concernant les décisions à rendre sur le programme est un facteur d'inquiétude quant aux marges de manœuvre du ministère chargé de la santé pour accompagner le projet et conserver un engagement significatif sur la prévention et la promotion de la santé. Sans mesure particulière, le partage entre opérateurs des hausses régulières en matière de contentieux, alors même que la Cour juge ceux-ci sous-évalués, porte désormais en germe un risque réel de mise en cause d'opérateurs d'importance majeure pour le ministère chargé de la santé.

LA NÉCESSITÉ DE RECRÉER DES RESSOURCES PÉRENNES POUR LE NOUVEL ÉTABLISSEMENT

La création du nouvel établissement doit s'accompagner d'un signal fort sur le plan des ressources permettant de donner de la visibilité et de la stabilité pour au moins les trois prochaines années

Au regard de la baisse substantielle des moyens opérée ces dernières années, les budgets de l'Inpes et de l'InVS n'ont pu être présentés en équilibre ni en 2014 ni en 2015. L'objectif annoncé dans les Conseils d'administration de réduire le fonds de roulement est désormais atteint.

En 2015, les budgets de l'Inpes et de l'InVS sont présentés en équilibre avec un prélèvement de 12 M€ sur le fonds de roulement. Cette opération satisfaisante sur le plan des ressources publiques en 2014 et 2015, mais ne pouvant se réaliser qu'une seule fois, nécessite de devoir trouver à tout le moins ces 12 M€ en 2016, sans compter la partie « Éprus », dont le mécanisme de financement doit tenir compte du cycle de renouvellement des produits de santé.

En 2016, les pouvoirs publics devront, avec pour seul objectif de stabiliser les ressources du nouvel établissement au niveau de 2015, rechercher de nouvelles ressources très conséquentes. C'est le sens d'un certain nombre d'amendements, émanant de députés sensibles à cette fragilité congénitale, visant à recréer des ressources pérennes pour le nouvel établissement.

Mais plus encore, le nouvel établissement nécessite, pour s'établir, des dépenses nouvelles, notamment en matière d'investissements.

Le regroupement rapide des équipes sur le site de Saint-Maurice (94) participe de la stabilité et de la performance

Les moyens du nouvel établissement, hormis ceux en région (Cire), seront concentrés sur un site unique, à Saint-Maurice (Val-de-Marne). Il s'agit du site actuel de l'InVS, le seul des sièges des trois organismes dont l'État soit propriétaire. Des aménagements, dont le coût est évalué entre 10 et 12 M€ selon les possibilités de mise en valeur (en cours d'évaluation) du site de l'InVS et de l'hôpital Esquirol mitoyen, seront nécessaires pour accueillir les équipes de l'Éprus et de l'Inpes. Ces investissements devraient être cependant rapidement amortis, les loyers dus au titre de la location du siège de ces deux organismes s'élevant actuellement à près de 2 millions d'euros annuels.

Il importe donc que, ayant largement contribué à l'effort de réduction de la dépense publique, la création du nouvel établissement s'accompagne d'un **contrat de stabilité avec des engagements pluriannuels** lui permettant de réaliser les investissements nécessaires au regroupement géographique indispensable des équipes.

- Les réductions de moyens budgétaires et humains sur la période 2010 à 2015 sont globalement plus importantes que celles qu'ont pu connaître les autres établissements publics de l'État durant la même période, si l'on consulte le jaune « opérateurs de l'État » de la loi de finances pour 2015.
- Le capital de compétences des professionnels des trois établissements est un atout considérable.

Propositions

- La création du nouvel établissement doit s'accompagner d'un signal fort sur le plan des ressources permettant de donner de la visibilité et de la stabilité pour au moins les trois prochaines années.
- Le regroupement rapide des équipes sur le site de Saint-Maurice (94) qui participe à la stabilité et à la performance et qui nécessite des investissements.
- Les personnels des Cire relèvent de deux statuts, personnels de l'InVS ou des ARS, il importe désormais de les rattacher administrativement dans leur intégralité au nouvel établissement.

CONCLUSION

La mise en place à partir de 1998 du dispositif d'agences sanitaires a profondément fait évoluer le champ de la santé publique dans notre pays. La création de l'Agence nationale de santé publique est une nouvelle opportunité pour encore améliorer nos organisations au service de la santé des populations.

Ce rapport de préfiguration s'est appuyé sur l'expérience accumulée au fil des années par le personnel des trois organismes concernés par la fusion : l'InVS, l'Inpes et l'Éprus. Ont été prises en compte les multiples préconisations, très riches, qui ont été faites par tous ceux qui ont contribué à la réflexion sur la construction de la nouvelle agence. Je tiens à les en remercier.

Ce rapport n'est qu'une première étape, une première pierre. Il ouvre de nombreux chantiers qu'il convient maintenant d'achever afin que, dès 2016, la future Agence nationale de santé publique voie le jour. Les groupes de travail et les rapports thématiques ont proposé respectivement 44 chantiers et 59 préconisations, dont une grande partie sont repris dans ce rapport de préfiguration. Dès le mois de mai, l'ensemble des agents seront mobilisés pour programmer les activités de 2016 et construire la nouvelle organisation.

Un des défis que nous aurons collectivement à assumer est le fait d'être inscrit dans une structure juridique unique et de poursuivre les activités de l'Agence sur trois sites géographiques sur une période de 12 à 24 mois.

La France disposera alors, en 2016, comme l'ensemble des pays industrialisés, d'une structure solide de santé publique dont les missions sont de connaître, expliquer, préserver, protéger et promouvoir l'état de santé des populations et être en capacité d'intervenir en cas de crise sanitaire.

Madame la ministre, je vous remercie de m'avoir donné l'opportunité de participer à cette création. L'Agence nationale de santé publique – Santé Publique France restera, je n'en doute pas, comme un des points marquants de votre loi de modernisation du système de santé.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très chaleureusement :

- **l'équipe de préfiguration**, qui a contribué très fortement à l'élaboration et à la rédaction de ce rapport :

- Mili Spahic (directeur de cabinet), qui a assuré la coordination,
- Jean-Claude Desenclos (directeur scientifique),
- Martial Mettendorff (directeur général adjoint InVS et préfiguration),
- Anne-Catherine Viso (adjointe de la DiSQ) ;

- **les directeurs des trois établissements**, pour leurs contributions et leurs relectures :

- InVS : Thierry Cardoso, Catherine Buisson, Anne Gallay, Isabelle Grémy, Agnès Lefranc, Sylvie Quelet, Bertrand Xerri,
- Inpes : Jocelyne Boudot, Pierre Arwidson, Paule Deutsch, Isabelle Dolivet, Béatrice Lambloy,
- Éprus : Marc Meunier, Nicole Pelletier ;

- **les professionnels qui ont remis des rapports sur les sujets que je leur ai confiés**, et notamment Brigitte Helynck (InVS), Emmanuelle Le Lay (Inpes) pour leurs contributions respectives au chapitre « formation » et au chapitre « prévention » ;

- **les rapporteurs et coordonnateurs des groupes de travail** (voir annexe 1) ainsi que tous **les membres de ces groupes de travail** ;

- **la direction générale de la Santé**, et tout particulièrement son directeur général : le Pr Benoît Vallet pour son accompagnement et son attention aux nécessaires efforts de modernisation du système d'agences sanitaires ;

- **les présidents des conseils scientifiques de l'InVS**, Jean Bouyer, et de l'Inpes, France Lert, pour leur relecture attentive et leurs nombreuses remarques, très contributives, auxquelles ont collaboré Claudine Berr, Marie-Hélène Bouvier-Colle et Serge Briançon ;

- **les personnalités extérieures qui ont accepté de relire ce rapport dans un délai très contraint**, pour leurs avis et remarques très pertinentes :

- le P^r Pierre Lombrail, président de la Société française de santé publique,
- le P^r François Dabis, Isped et membre du Conseil d'administration de l'InVS,
- le P^r Didier Houssin, ancien directeur général de la Santé,
- le D^r René Demeulemeester, président honoraire de la Fnes,
- Le D^r Roland Salmon, Public Health England et membre du Conseil d'administration de l'InVS ;

- **tous les collaborateurs des trois établissements**, pour leur investissement et leur confiance, ainsi que :

- le P^r Lionel Collet, président des Conseils d'administration de l'InVS et de l'Éprus,
- M. André Aoun, président du Conseil d'administration de l'Inpes ;

- **le P^r Joël Ménard**, ancien directeur général de la Santé, avec lequel les échanges sont toujours source d'avancées ;

- **Didier Tabuteau**, responsable de la chaire « santé » de Sciences Po, pour ses conseils ;

- **Mariane Borie**, chargée d'édition (Inpes), **Cloé Brisset**, assistante d'édition (InVS) et **Oliver Mayer**, graphiste (Inpes), respectivement pour l'édition, la relecture et la conception graphique de ce rapport ;

- **les assistantes**, Véronique Comby et Géraldine Thomas ;

- **Évelyne**, pour sa compréhension.

ANNEXES

ANNEXE 1

Liste des personnes qui ont été missionnées et qui ont été rapporteurs ou coordonnateurs de groupes de travail

Personnes missionnées

THÈME « MISSIONS »	RÉDACTEUR
International	Anne Catherine Viso
Indicateurs	Bertrand Xerri
Transfert de connaissances et innovation	Béatrice Lamboy
Prévention et soins primaires	Emmanuelle Le Lay et Cécile Fournier
Parties prenantes	Hélène Valentini
Régions	René Demeulemeester
Données probantes	Pierre Arwindson
Recherche	Jean Claude Desenclos
Prévention et aide à distance en santé	Laetitia Chareyre
Marketing social	Isabelle Dolivet
Site internet et Web	Philippe Cornet
Partenariats et prévention	Paule Deutsch

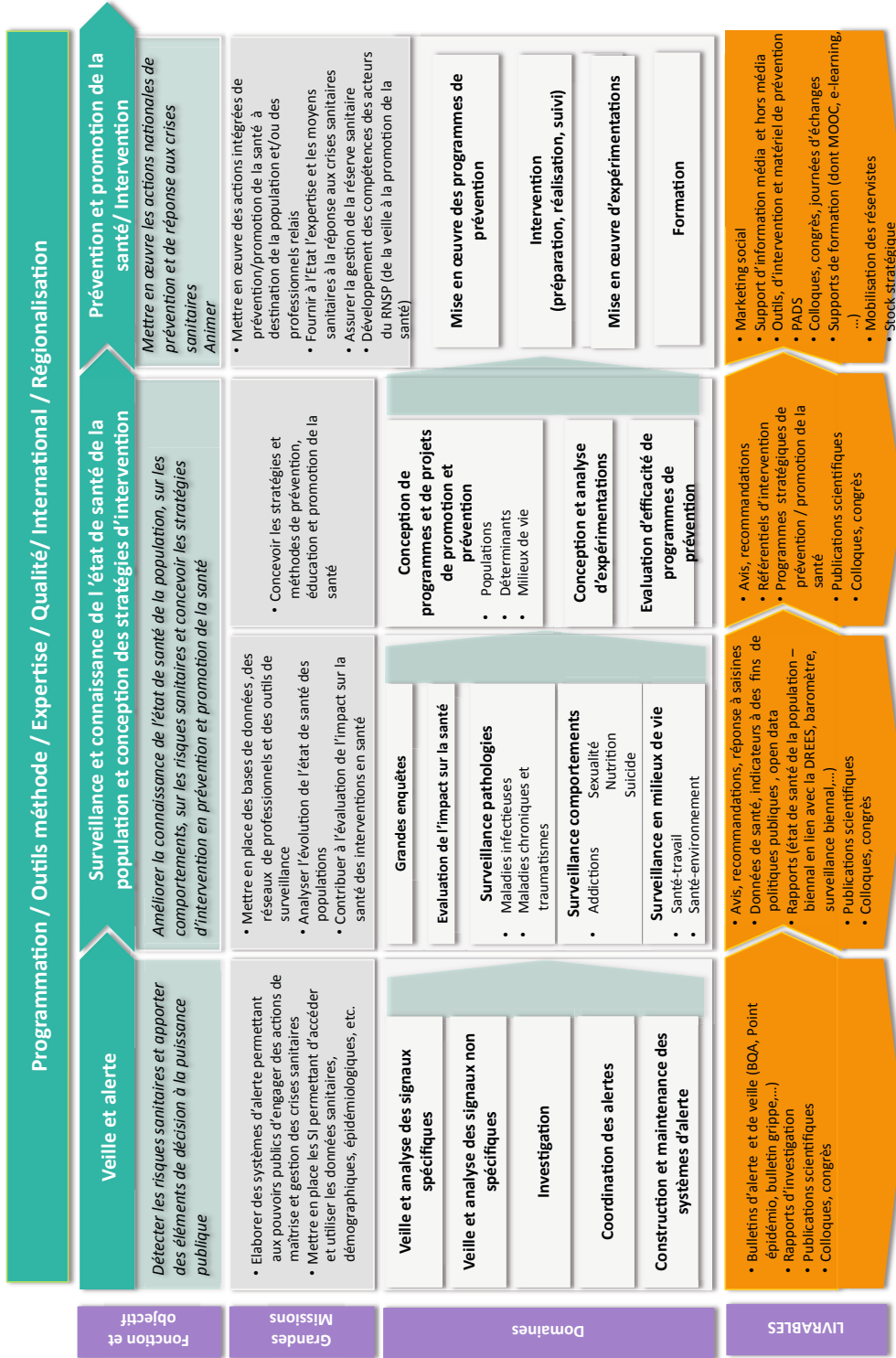
Rapporteurs et coordonnateurs de groupes de travail

THÈME « GROUPES DE TRAVAIL »	COORDINATEURS	RAPPORTEURS
Santé des jeunes	<i>Paule Deutsch (Inpes)</i>	<i>Sylvie Quelet (InVS)</i>
Personnes âgées et vieillissement	<i>Agnès Dublineau (Inpes)</i>	<i>Laure Carcaillon (InVS)</i>
Santé et milieu de vie	<i>Jean-Luc Marchand (InVS)</i>	<i>Félicie David (Inpes)</i> <i>Pierre Arwidson (Inpes)</i>
Populations spécifiques	<i>Claire Méheust (Inpes)</i>	<i>Katia Castetbon (InVS)</i> <i>Delphine Antoine (InVS)</i>
Alerte	<i>Nicole Pelletier (Éprus)</i>	<i>Thierry Cardoso (InVS)</i>
Inégalités sociales de santé	<i>Daniel Eilstein (InVS)</i>	<i>Christine César (Inpes)</i>
Évaluation	<i>Béatrice Lamboy (Inpes)</i>	<i>Daniel Levy-Bruhl (InVS)</i>
Ressources humaines	<i>Séverine Guillé (Inpes)</i>	<i>Jeanne Sarrazin (InVS)</i>
Systèmes d'information	<i>Bernard Boutin (InVS)</i>	<i>Michel Slimane (Éprus)</i>
Gestion de l'information	<i>Corinne Verry (InVS)</i>	<i>Céline Deroche (Inpes)</i>
Cibles/moyens et livrables	<i>Emmanuelle Hamel (Inpes)</i>	<i>Hélène Therre (InVS)</i>
Schéma logistique	<i>Jean-Marc Streissel (Éprus)</i>	<i>Lionel Lacaze (InVS)</i> <i>Michel Lenoble (Inpes)</i>
Finances-budget	<i>Pierre-Hugues Glardon (InVS)</i> <i>Thierry Lemaire (Éprus)</i>	<i>Viviane Foucout (Inpes)</i>
Achats-marchés	<i>Stéphanie Broussole (Inpes)</i>	<i>Sophie Lachot (Éprus)</i>
Communication de la future agence	<i>Valérie Derrey (InVS)</i>	<i>Emmanuelle Le Lay (Inpes)</i>

ANNEXE 2

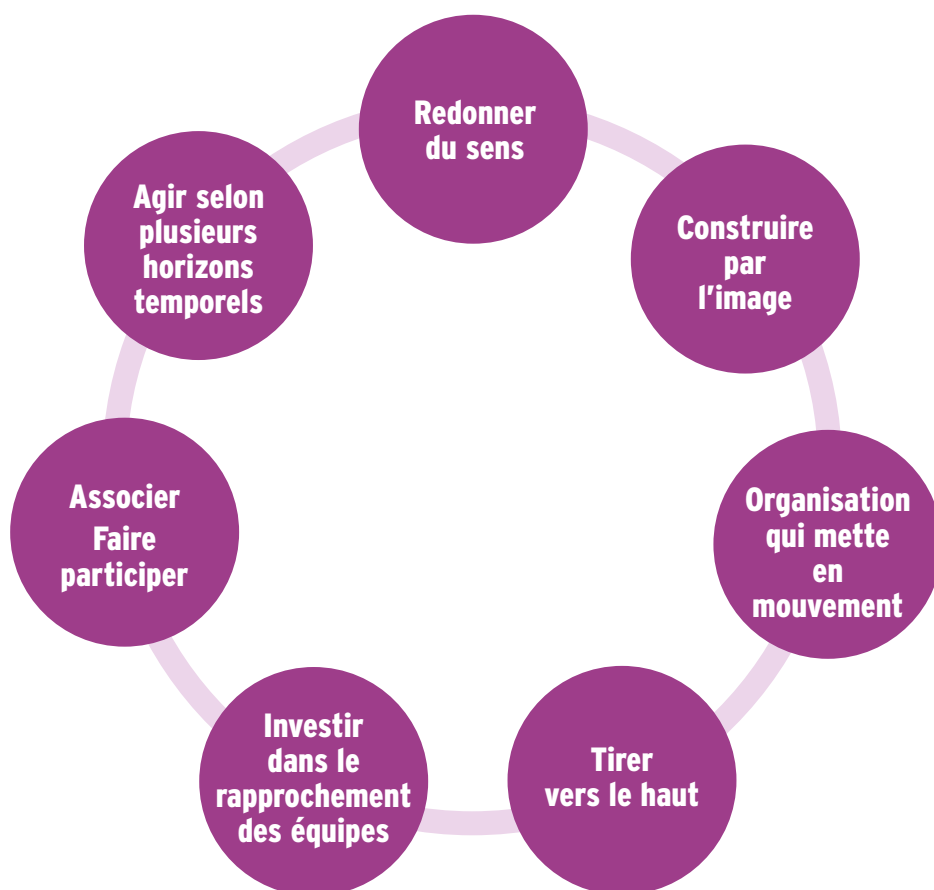
Processus structurants de la nouvelle agence

Proposition de schéma fonctionnel



ANNEXE 3

Les sept recommandations du diagnostic sociologique mené par Adige Conseil



ANNEXE 4

Extrait du compte rendu du Conseil scientifique de l'Inpes, les 19 et 20 janvier 2015, à propos de la création de la nouvelle agence de santé publique

Les points qui se dégagent de cette session de présentations et de discussion sont les suivants.

- La création d'un grand institut de santé publique est une opportunité majeure de tirer parti de l'expérience accumulée dans chaque organisme et par leurs personnels.

- Elle crée les conditions d'augmenter la masse critique au service de l'amélioration de la santé des populations, globalement pour l'action préventive et sur chaque domaine, plus particulièrement dans un contexte de ressources humaines relativement limitées sur chacun. Cette opportunité passe par une mise à plat des modes de fonctionnement, parfois déstabilisante pour les personnes impliquées – à ne pas minimiser –, mais porteuse d'amélioration et de montée en puissance du champ de la prévention et de la promotion de la santé, à travers une rationalisation de l'utilisation des ressources. La conjonction des forces couvrira l'ensemble du champ de la santé et des populations au sein d'un organisme unique, favorisera les complémentarités et pourra générer des synergies. Ces synergies bénéficieront de la complémentarité des disciplines au sein de la nouvelle institution qui regroupera des compétences dans les domaines des sciences médicales, de l'épidémiologie, des sciences humaines et sociales, des sciences de la communication et de l'éducation à la santé. Ainsi, la montée en puissance de l'expertise devrait permettre de mieux garantir l'indépendance et la qualité scientifiques dans la réponse aux demandes et aux attentes des pouvoirs publics.

- Le Conseil scientifique est attaché à ce que l'organisation assure un développement optimal de la prévention de la maladie [prévention dans la suite du texte] et de la promotion de la santé autour des priorités de santé, telles qu'elles se dégagent de la hiérarchie du « *burden of disease* » (« fardeau de la maladie »), de l'ampleur des inégalités sociales et des choix de la politique de santé publique du décideur. En particulier, le CS s'attachera à ce que les propositions d'organisation servent la stratégie nationale de santé ; ceci est particulièrement important dans les missions de production de données longitudinales comme dans le Baromètre santé.

- Les inégalités sociales qui tendent à s'accroître dans le contexte de crise économique durable doivent être au cœur de la structuration, tant dans la mesure de la santé (activité de surveillance) que dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des actions.

- L'effort d'asseoir la définition des programmes et des actions de prévention et promotion de la santé sur les données scientifiques, entreprise depuis plusieurs années à l'Inpes, doit être poursuivi et amplifié ; par « données scientifiques », le CS entend les données probantes (*evidence-based prevention*), les données expérientielles, à travers notamment la compétence et l'expérience des différentes parties prenantes (professionnels de prévention, professionnels de santé, usagers, collectivités territoriales, chercheurs) qui participent à la construction et à la conduite des programmes, notamment les acteurs de terrain, surtout en ce qui concerne la mise en place des programmes au niveau de la population. Il s'agit notamment, en s'appuyant sur les modèles théoriques, de retenir et de mettre en place des actions et des programmes de prévention dont l'efficacité a été validée, souvent dans d'autres contextes culturels et politiques, de définir des actions qui correspondent aux contextes d'intervention, aux pratiques et références des professionnels de santé et aux modes de vie et référentiels normatifs des populations concernées en France.

- Le constat – qui ne se limite pas à la France – d'un nécessaire développement de la prévention et de promotion de la santé encore sous-développée eu égard aux enjeux, incite à s'appuyer sur le (et à contribuer au) niveau européen (UE) pour la capitalisation de l'expérience en prévention, le partage des données probantes, la mise à l'épreuve et la construction de programmes ou d'actions.

- La réflexion sur la dimension régionale a été confiée à l'Igas et concerne notamment les Cire, les PRC et les Ireps. Le CS rappelle que l'efficacité de l'intervention préventive passe par une mise en œuvre des programmes et des actions aux niveaux national, régional (rôle des ARS, actuellement des Ireps) et territorial, désormais souvent infra-départemental (contrats locaux de santé, intervention sur les milieux, impact santé des politiques). Il est donc nécessaire de doter l'Agence d'une capacité d'interagir efficacement avec ces différents niveaux, de produire des données de santé pour ces différents niveaux d'intervention et de collecter les données sur la qualité de la mise en œuvre des programmes au niveau local.

- La prévention et la promotion de la santé restent un champ de l'action en santé mal compris et parfois malmené quand il vient mettre en cause les intérêts de certains acteurs industriels (industries agroalimentaire, du tabac et de l'alcool, par exemple) ou mettre en lumière les effets péjoratifs pour la santé de certaines politiques, actions ou dispositifs (transport et activité physique, organisation du travail et risques psychosociaux, construction et qualité de l'environnement intérieur, etc.). De plus dans le champ de l'intervention, les temporalités des interventions de prévention (pluriannuelles) et de la décision politique, liée aux alternances politiques, sont un facteur de difficulté pour la programmation de l'Inpes. L'Inpes a développé des outils de plaidoyer pour améliorer la compréhension des enjeux de santé auprès des acteurs (élus, etc.) : prise en compte des déterminants de la santé, impact santé des politiques, articulation des composantes de l'action préventive, etc. Cette mission restera d'actualité et sera à développer.

- L'efficacité des programmes auprès de la population nécessite une intégration des fonctions de prévention et de surveillance et de leurs différentes composantes. Un des cadres possibles pour favoriser cette intégration à travers une organisation adéquate est de considérer quatre dimensions principales : 1) l'action vers la population (programmes et actions de prévention/promotion de la santé) ; 2) la surveillance et l'alerte (à la fois base de connaissances pour la construction des programmes et leur suivi) ; 3) la formation, l'information, le transfert de connaissances (vers les différents types d'acteurs) ; 4) la recherche et l'évaluation. Ce processus passera nécessairement par la déconstruction des unités de travail et de leur mode actuel de coopération dans chaque organisme, et la recombinaison de nouvelles entités intégrant les fonctions et missions des organismes actuels, interdisciplinaires par nécessité. Des compromis entre transversalité et horizontalité seront de toute façon nécessaires.

- La présentation de l'Éprus a mis l'accent sur la réactivité lors des crises sanitaires en France ou à l'international qui nécessiterait le maintien d'une certaine autonomie. Concernant la facette d'intervention du nouvel organisme, si l'Éprus et l'Inpes mobilisent des métiers et des modes d'intervention singuliers, la création d'un organisme commun pourrait renforcer un pôle national d'expertise autour de la recherche, recherche-action et évaluation de programmes dans le domaine de l'intervention sanitaire, de la prévention primaire jusqu'à l'intervention en situation de crise sanitaire.

- L'organisation future va redéfinir les zones frontière et les zones de recoupement avec les autres organismes du champ de la santé publique, de statut et missions divers (autres agences sanitaires, Drees, HCSP, Inserm, Iresp, INCa, Fnors). Une attention doit être portée à cette redéfinition d fait des champs de chacun, notamment sur les zones de recoupement (éviter les redondances), mais en veillant aussi à ne pas « sacrifier » par inadvertance des outils, des compétences ou des ressources dont l'utilité est avérée (ceci concerne en particulier le système d'enquêtes).

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AAP	Appels à projets
Aasqa	Associations agréées pour la surveillance de la qualité de l'air
ABMA	Aller bien pour mieux apprendre
Adalis	Addictions drogues alcool info service
Agirc	Association générale des institutions de retraite des cadres
Anses	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
Apels	Agence pour l'éducation par le sport
Arlin	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
Arrco	Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ARS	Agence régionale de santé
ARSZ	ARS de zone de défense
ASV	Ateliers Santé-Ville
BDMA	Banques de données médico-administratives
BQA	Bulletin quotidien des alertes
BRGM	Bureau de recherches géologiques et minières
CA	Conseil d'administration
Carpha	Caribbean Public Health Agency
Cclat	Convention cadre pour la lutte anti-tabac
Cclin	Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CDAG	Centres de dépistage anonyme et gratuit
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CED	Comité d'éthique et de déontologie
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
CES	Centre d'examens et de santé
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
Ciddist	Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
Cire	Cellule d'intervention en région
Ciss	Collectif interassociatif sur la santé
Cclat	Convention cadre de lutte anti-tabac (OMS)
Clat	Centre de lutte contre la tuberculose
CMG	Collège de médecine générale
Cnaf	Caisse nationale d'allocations familiales
CnamTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNR	Centres nationaux de référence
CNS	Conférence nationale de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie
CNU	Conseil national des universités
CO	Monoxyde de carbone
COD	Comité d'orientation et de dialogue
COP	Contrats d'objectifs et de performance
Coset	Cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail
COT	Comités d'orientations thématiques
CS	Conseil scientifique
Csapa	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
CVAGS	Cellules de veille, d'alerte, et de gestion sanitaires
DDASS	Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales
DG	Directeur général
DGS	Direction générale de la Santé
DGT	Direction générale du Travail
Directte	Direction régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DiSQ	Direction scientifique et de la qualité
DOM	Département d'outre-mer
Drass	Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales
Dreal	Directions régionales de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DUS	Département des urgences sanitaires
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EFSA	European Food Safety Authority
EHESP	École des hautes études en santé publique
Éhpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIS	Évaluation d'impact sur la santé
EPCI	Établissements publics de coopération intercommunale
Epiet	<i>European Program for Intervention Epidemiology Training</i>
Éprus	Établissement pour la préparation et la réponse aux urgences sanitaires
ETP	Équivalent temps plein
ETPT	Équivalent temps plein travaillé
EU-OSHA	European Agency for Safety and Health at Work
EWRS	<i>Early Warning and Response System</i>
Fnes	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
FSM	Fédération des spécialités médicales
Gast	Groupements d'alerte en santé travail
GEA	Gastro-entérite aiguë
GIP	Groupement d'intérêt public
Goarn	Global Outbreak Alert and Response Network
Gram	Groupe de réflexion avec les associations de malades
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HDR	Habilitation à diriger des recherches
HES	<i>Health Examination Survey</i>
HIS	<i>Health Interview Survey</i>
HPV	<i>Human Papilloma Virus</i>
HTA	Hypertension artérielle
Ianphi	International Association of National Public Health Institutes
IBEID	<i>Integrative Biology of Emerging Infectious Diseases</i>
Icaps	Intervention auprès des collégiens, centrée sur l'activité physique et la sédentarité
Igas	Inspection générale des affaires sociales
IMMI	Institut de microbiologie et maladies infectieuses
INCa	Institut national du cancer
INDS	Institut national des données de santé
Ined	Institut national d'études démographiques
Ineris	Institut national de l'environnement industriel et des risques
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Inra	Institut national de la recherche agronomique
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
InVS	Institut de veille sanitaire
IRA	Infections respiratoire aiguë
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Ireps	Institut de recherche en santé publique
Ireps	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
Isped	Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement
ISS	Inégalités sociales de santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
ISTS	Inégalités sociales et territoriales de santé
ITMO	Institut thématique multiorganismes
Mediapiet	Mediterranean Program for Intervention Epidemiology Training
Mildeca	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MOOC	<i>Massive Open Online Courses</i>
MP	Maladie professionnelle
MSA	Mutualité sociale agricole
NHS	National Health Service
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
NRBC	Nucléaire, radiologique, biologique et chimique
NREPP	National Registry of Evidence-Based Programs and Practices
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OFQSS	Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité
OIV	Organisme d'importance vitale
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de santé
PDU	Plans de déplacements urbains
PHE	Public Health England
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition santé
PRC	Pôles régionaux de compétence
RNSP	Réseau national de santé publique
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
RSE	Responsabilité sociale et environnementale
RSI	Régime social des indépendants
RSI	Règlement sanitaire international
RTIPs	<i>Research-Tested Intervention Programs</i>
Samhsa	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SCSP	Subvention pour charge de service public
Sega	Surveillance des épidémies et gestion des alertes
SFSP	Société française de santé publique
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SHS	Sciences humaines et sociales
SIR	Ratio standardisé d'incidence
SNDS	Service national des données de santé
Sniir-AM	Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie
Sras	Syndrome respiratoire aigu sévère
SurSaUD	Surveillance sanitaire des urgences et des décès
Tiac	Toxi-infections alimentaires collectives
TOM	Territoires d'outre-mer
UIPES	Union internationale pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé
Uncam	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UPMC	Université Pierre et Marie Curie

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- 13 - **Tableau 1** : Évolution des plafonds d'emploi et des budgets de l'InVS, l'Inpes et de l'Éprus, 2010-2015
- 20 - **Figure 1** : Typologie des groupes de travail et objectifs
- 22 - **Figure 2** : Organisation et objectifs des espaces de dialogue
- 56 - **Figure 3** : Calendrier du programme de communication en santé sur 18 mois du Public Health England
- 92-93 - **Figure 4** : Modèle « Personnes et lieux » de Maibach appliqué à la promotion de l'activité physique
- 107 - **Figure 5** : Schéma des déterminants de santé et services sociaux du Québec
- 108 - **Figure 6** : Le fardeau en santé publique exprimé en DALYs pour les 15 facteurs de risques dominants, France 2010
- 122 - **Figure 7** : Modèle intégrateur des pratiques en promotion de la santé en établissement scolaire, l'exemple de la prévention des addictions [*La Santé en action*, n° 427, mars 2014]
- 161 - **Figure 8** : Répartition moyenne en pourcentage des recettes des trois établissements, 2010-2014

