

---

## Contribution

---

### Relative à la mission de refondation de la santé publique confiée au Pr Franck Chauvin

---

20 octobre 2021<sup>1</sup>

---

Le 15 mai 2021, le ministre des Solidarités et de la santé, Olivier Véran, a lancé trois missions dédiées à la rénovation de la santé publique française pour tirer les enseignements de la crise sanitaire et poser les bases d'une nouvelle santé publique.

Les trois missions sont les suivantes :

- ▶ Une première mission confiée au Pr Franck Chauvin, par ailleurs président du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Elle vise à tracer les contours et les aspects institutionnels de l'organisation de la santé publique de demain, notamment sous ses aspects de métiers, formations, recherche, expertise et intervention de terrain.
- ▶ Une seconde mission est confiée au Dr Aude Nyadanu et au Dr Pauline Martinot, respectivement entrepreneure et médecin, expertes des sujets d'innovation et de santé publique. Son objectif est de développer et d'installer une nouvelle conception de la « santé grand public » à usage de la population et notamment des plus jeunes afin de modifier leur regard et d'encourager la santé.
- ▶ Enfin, une troisième mission confiée à M. Julien Delpech, entrepreneur innovant du secteur de la formation médicale et au Pr. Eric Vibert, chirurgien digestif et membre du groupe d'innovation de l'AP-HP. Cette mission a pour but de proposer un dispositif innovant permettant de dispenser sans délais des formations flash validées et de référence à tout ou partie des professionnels de la santé concernés par une thématique ou un événement (alerte sanitaire) quels que soient leurs professions, secteur d'activité ou situation géographique.

Le 10 juin 2021 Olivier Véran a ainsi déclaré : « Il est urgent de refonder notre santé publique et d'installer des outils et une culture moderne et innovante pour toujours mieux accompagner nos concitoyens en tirant les enseignements de la crise sanitaire » [CP 10 juin 2021]<sup>2</sup>.

Dans le cadre de sa mission, Franck Chauvin a mis en place un Collège et un groupe miroir en charge, à partir d'auditions et de contributions, d'émettre des propositions pour atteindre des objectifs de refondation du système de santé publique.

---

<sup>1</sup> Ce rapport a été présenté au bureau du Collège du HCSP lors de sa réunion plénière du 20 octobre 2021. Il a par la suite été validé lors du bureau du Collège du 16 décembre 2021.

<sup>2</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/olivier-veran-lance-trois-missions-dediees-a-la-sante-publique-francaise>

La présente contribution du HCSP, destinée à la mission de Franck Chauvin, est le fruit d'auditions et d'ateliers organisés auprès d'experts du HCSP s'appuyant sur leurs travaux au sein du HCSP et leurs expériences dans leurs domaines professionnels.

## 1 MÉTHODE

Le HCSP a confié au cabinet Regards Santé l'organisation des contributions des experts par deux techniques de recueil :

- ▶ Le « World Café », un processus créatif qui vise à faciliter le dialogue constructif et le partage de connaissances et d'idées, en vue de créer un réseau d'échanges et d'actions. Ce processus reproduit l'ambiance d'un café dans lequel les participants débattent d'une question ou d'un sujet en petits groupes.
- ▶ Des entretiens individuels ont été proposés aux experts n'ayant pu se rendre disponibles aux horaires des World café.

Les thèmes retenus ont été :

- Formations, disciplines, métiers
- Recherche, données, modélisation
- Veille
- Expertise
- Gouvernance, territorialisation
- Questions générales

Au total 39 personnes<sup>3</sup>, ainsi réparties, ont participé à un ou plusieurs thèmes de la démarche.

- Formations, disciplines, métiers : 17
- Recherche, données, modélisation : 12
- Veille : 6
- Expertise : 18
- Gouvernance, territorialisation : 14
- Questions générales : 12

Par ailleurs, les contributions se sont appuyées sur les rapports et avis du HCSP dont, notamment :

- ▶ Stratégie nationale de santé (SNS) : Contribution du HCSP (2017)<sup>4</sup>
- ▶ La place des offreurs de soins dans la prévention (2018)<sup>5</sup>
- ▶ Actes du Séminaire Priorité prévention, passons à l'acte ! (2018)<sup>6</sup>
- ▶ Évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique : PNSP (2019)<sup>7</sup>
- ▶ Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant (2019)<sup>8</sup>
- ▶ Actes du séminaire : Améliorer les connaissances pour étayer les politiques de l'enfance (2019)<sup>9</sup>
- ▶ Évaluation *in itinere* du PNSP (2020)<sup>10</sup>
- ▶ Rapport relatif à l'évaluation du service sanitaire des étudiants en santé (2021)<sup>11</sup>

---

<sup>3</sup> Cf. annexe 1

<sup>4</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=626>

<sup>5</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=689>

<sup>6</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=714>

<sup>7</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>

<sup>8</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=744>

<sup>9</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=765>

<sup>10</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=930>

<sup>11</sup> <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=998>

- ▶ Crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé (2021)<sup>12</sup>
- ▶ Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé (2021)<sup>13</sup>
- ▶ Groupements hospitaliers de territoires et santé publique (2017)<sup>14</sup>
- ▶ Évaluation des programmes d'éducation thérapeutique des patients 2010-2014 (2015)<sup>15</sup>
- ▶ Avis sur l'impact du Covid-19 sur la santé mentale<sup>16</sup>
- ▶ Avis sur la réflexion prospective et les points de vigilance en période de crise sanitaire (en cours de finalisation).

Et sur de nombreux autres avis et rapports dont ceux produits dans le cadre de la crise sanitaire en cours.

Les publications et les rapports les plus récents, en particulier celui remis par le Pr Didier Pittet dans le cadre de la mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques [1].

## 2 PERTINENCE DE LA REFONDATION DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

La refondation du système de santé publique est la suite logique de la volonté forte exprimée par le Gouvernement en positionnant la promotion de la santé et la prévention comme le premier axe de la SNS 2018-2022.

Le HCSP a émis de nombreuses recommandations dans ce sens qui seront reprises dans la présente contribution.

## 3 DÉFINITIONS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le champ de la santé publique est défini par de nombreux auteurs. Le HCSP l'a précisé dans le rapport « Groupements hospitaliers de territoires et santé publique » (2017) :

La santé publique est un objet politique et scientifique relativement récent. Décrite par Charles-Edward Winslow dans la revue *Science* en 1920 [2] comme

*« La science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé ».*

Elle associe d'une part l'étude des déterminants de la santé et d'autre part l'étude et l'évaluation des actions en vue d'améliorer l'état de santé de la population.

Depuis les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1952, l'organisation des soins curatifs fait partie intégrante de la santé publique aux côtés de la prévention ou de la réadaptation des convalescents. La santé publique a cependant 2 caractéristiques propres :

- elle privilégie l'approche préventive par rapport aux soins,

---

<sup>12</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1092>

<sup>13</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>

<sup>14</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=610>

<sup>15</sup> <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=528>

<sup>16</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1097>

- elle développe une approche populationnelle plutôt qu'une approche individuelle. Cette approche populationnelle est souvent mise en œuvre à travers des politiques publiques qui s'inscrivent dans le cadre général d'une politique de santé publique.

Ainsi, la santé publique fait référence :

- à des méthodes ou des outils dont les méthodes épidémiologiques sont descriptives ou analytiques des états de santé et de leurs déterminants. Il s'agit aussi de méthodes issues des sciences humaines et sociales (SHS) ou de l'analyse des données issues des systèmes d'information (SI). L'évaluation des impacts en santé (*Health impact assessment* : HIA) constitue un champ plus récent de la santé publique étudiant les effets des politiques publiques sur la santé des populations, qu'il s'agisse de politiques en lien direct avec la santé ou non, et veillant à associer les différentes parties prenantes dans la conception et la conduite de ces politiques.
- à des actions conduites sur le terrain et visant à lutter contre des facteurs de risque, à modifier les comportements et/ou les environnements. » Ces dernières années une attention particulière a été portée à la démonstration de leur efficacité et de leur transférabilité.

Le HCSP est membre du groupe de travail InSPIRe-ID (Initiative en Santé Publique pour l'Interaction de la Recherche, de l'Intervention et de la Décision) mis en place par la Direction générale de la santé (DGS) et dont les objectifs sont de :

- Rendre accessibles et adaptées au contexte français les données probantes et prometteuses en santé publique,
- Développer des modalités d'accompagnement graduées à l'utilisation des données probantes par les acteurs et décideurs,
- Favoriser le rapprochement de la recherche et de la pratique au bénéfice du développement de la recherche interventionnelle (RI).

La prévention et la promotion de la santé sont des notions transversales, qui prennent en compte l'individu dans son ensemble, et au-delà puisqu'elles concernent également ses interactions avec son environnement physique et social.

Le concept « *One Health* », « une seule santé humaine, animale et environnementale », ou plus récemment santé planétaire [3] est mis en avant depuis le début des années 2000, avec la prise de conscience des liens étroits entre la santé humaine et son environnement. Il vise à promouvoir une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires. Ce concept place la santé dans toutes les politiques publiques et justifie pleinement la prise en compte de déterminants multiples et variés [4] [5].

Dans son avis, en cours de finalisation, portant sur la réflexion prospective et les points de vigilance en période de crise sanitaire, le HCSP a rappelé la nature multifactorielle de l'état de santé de la population et la nécessité de disposer d'un système de santé publique multidimensionnel et multisectoriel.

Toutes ces exigences nécessitent :

- des outils et méthodes de surveillance et de veille performants
- la définition claire de l'ensemble des métiers contribuant à la santé publique
- des formations adéquates et un niveau de recherche performant
- une expertise pluridisciplinaire
- une gouvernance articulée entre le niveau national et le niveau local

## 4 PRINCIPALES AVANCÉES, FAIBLESSES ET ATOUTS

### 4.1 AVANCÉES

Les avancées sont de natures diverses ; on peut retenir :

- ▶ La création en 2016 de l'agence nationale de santé publique, Santé publique France (SpF), agence dédiée à la santé publique <sup>17</sup>.
- ▶ En matière de gouvernance : le Plan National de Santé Publique (PNSP) qui répond au triple objectif qui lui avait été fixé :
  - être la déclinaison de la SNS pour son axe 1 et pour les éléments concernant la prévention contenus dans les autres axes et dans les volets spécifiques,
  - être un outil d'intégration d'autres outils de l'action publique en santé publique comme les plans, stratégies ou feuilles de route, élaborés pour aborder des problèmes spécifiques de pathologies, de comportements ou de populations particulières,
  - être un outil permettant de mobiliser différentes politiques autour d'un même objectif d'amélioration de la santé de la population. L'analyse conduite et présentée dans ce document confirme que le PNSP répond à ce triple objectif et l'analyse de la cohérence prenant en compte les objectifs de développement durable de l'OMS et de l'Europe, les objectifs de la SNS et les différents plans existants, explicite dans la plupart des cas les liens entre objectifs stratégiques, objectifs spécifiques, objectifs opérationnels et mesures. De ce point de vue, le PNSP et plus largement l'ensemble SNS-PNSP-Plans d'actions répondent aux standards internationaux [6].
- ▶ La prise en compte des inégalités sociales de santé (ISS) : la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), promulguée le 26 janvier 2016, reprend largement les thèmes des ISS dans ses préambules et dans la SNS [2018-2022] publiée en décembre 2017, le second axe est « lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins ».
- ▶ Les progrès dans la prise en considération du lien entre la santé et l'environnement.
- ▶ La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui s'inscrit dans l'effort de modernisation du système de santé. Il s'agit d'une des mesures marquantes de la LMSS de janvier 2016 dont l'objectif principal est l'équité d'accès aux soins. Les GHT ont pour objectif de développer une stratégie de groupe sur un territoire délimité et de mettre en synergie les établissements publics de ce territoire. Ils s'adressent, *de facto*, à une population dont ils doivent appréhender les besoins. De ce fait ils s'inscrivent dans une démarche de santé publique au sens défini ci-dessus. Cependant, si des objectifs de santé publique forts comme la réponse aux besoins en santé de la population d'un territoire ou l'équité d'accès aux soins dans un même territoire sont cités dans les documents concernant les GHT, d'autres aspects comme la prévention ou la promotion de la santé n'apparaissent pas aussi clairement.
- ▶ La mise en place de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dont un des objectifs est de rapprocher le premier et le second recours qui doivent se fonder sur une analyse populationnelle et territoriale et donc dépasser le concept de filière de soins. Elles exercent des activités de prévention, participent à la continuité et à la permanence des soins, et favorisent la fluidité des parcours. Leur caractère interprofessionnel fait leur force. On peut

---

<sup>17</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2016/creation-de-sante-publique-france-pour-repondre-aux-defis-d-aujourd-hui>

souligner l'importance de l'outillage, en particulier des outils et usages numériques, ainsi que de la formalisation de la coordination entre professionnels.

- ▶ Le service sanitaire des étudiants en santé (SSES), dispositif prometteur et apprécié des étudiants. L'évaluation réalisée par le HCSP<sup>18</sup> démontre la forte dynamique intersectorielle et multi-partenariale initiée en région, les nouvelles pratiques de formation et d'exercice des professionnels de santé que le dispositif préfigure ainsi le nécessaire renforcement des pratiques de prévention et promotion de la santé dans les territoires.
- ▶ Les contrats locaux de santé (CLS), créés par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009, sont des actes contractuels pluriannuels ; ils constituent des outils importants et privilégiés de l'action territoriale des ARS (agence régionale de santé). Ils comportent un volet prévention, promotion de la santé, santé environnementale.
- ▶ La mise en œuvre de la démocratie sanitaire par la création notamment de la CNS (Conférence nationale de santé), des CRSA (Conférence régionale de santé et de l'autonomie) ainsi que des CTS (Conférences territoriales de santé) :
- ▶ La Conférence nationale de santé [7], créée en 1996, renouvelée par la loi de 2004 et étendue par celle de 2009, est une instance administrative consultative de démocratie en santé, de dialogue, d'échanges et de concertation entre les différentes composantes de la société civile organisée en matière de santé, investie dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS), attachée au ministre en charge de la santé.
- ▶ Créée par la loi HPST du 21 juillet 2009, la CRSA est un organisme consultatif qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé. Instance majeure de démocratie en santé, elle garantit la possibilité pour tous les acteurs de la santé de participer, au processus de décisions en matière de santé.
- ▶ Le déploiement des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Le HCSP<sup>19</sup> estime que l'éducation thérapeutique du patient est un élément important dans la prise en charge des malades, particulièrement ceux atteints de maladies chroniques. Permettant au patient d'obtenir ou de consolider des connaissances et des compétences sur sa maladie, ses traitements et sa prise en charge, elle lui permet, s'il le souhaite, d'acquérir de l'autonomie pour comprendre les symptômes, et adapter son mode de vie en connaissance de cause des effets de (sur sa) la maladie [7].
- ▶ L'universitarisation des formations en santé.
- ▶ Le renforcement du rôle de l'expertise des usagers par le développement de la formation.

## 4.2 FAIBLESSES

- ▶ La faible culture en santé publique, méconnue et mal comprise du grand public, et son manque d'identification et de reconnaissance sont à l'origine d'une faible attractivité des métiers médicaux et non-médicaux.

---

<sup>18</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=998>

<sup>19</sup> <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=528>

- ▶ Le faible déploiement de la promotion de la santé : la prévention reste très individuelle et basée sur les comportements avec une faible prise en compte des déterminants structureaux, environnementaux et sociaux dans lesquels ces comportements s'enracinent. L'approche reste très clinique et médicalisée, peu d'intervenants sont en capacité de déployer une démarche de promotion de la santé qui nécessite une démarche intersectorielle. La santé devrait se trouver dans toutes les politiques publiques et nécessite une sensibilisation par, notamment des plaidoyers auprès, notamment des élus.
- ▶ L'empilement et/ou éclatement des instances, dispositifs, agences de santé publique : cette faiblesse a notamment été relevée dans le rapport PITTET [1] concernant la crise Covid-19 : « Cette organisation a généré des difficultés de coordination, des redondances et a nui à la lisibilité par les acteurs impliqués localement dans la gestion de la crise. ».
- ▶ Les modalités de financement :
  - Le financement de la prévention chez les offreurs de soins : la prévention ne s'inscrit pas dans la durée faute de financement pérenne.

*« La tarification à l'activité (T2A) n'est pas adaptée à ce type d'action. Les principaux financements mobilisés pour mener les actions de prévention sont les fonds propres des opérateurs, les dotations des ARS, mais aussi les subventions auprès des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), des mutuelles, des collectivités territoriales et des associations caritatives. Enfin quelques projets de recherche peuvent financer des interventions. [...] L'enquête effectuée auprès des Unions régionales de professionnels de santé (URPS) souligne que les modalités de financement des structures et des professionnels de santé (absence ou faible rémunération des professionnels et des structures) ne sont pas adaptées et constituent un des principaux freins au développement de la prévention (précarisation, manque de reconnaissance) par les offreurs de soins. »*

- Les investissements en faveur de la prévention sont souvent ponctuels. Parfois massifs, ils varient ou témoignent de l'engagement personnel des décideurs du moment sur tel ou tel problème de santé publique (plan cancer, plan Alzheimer...). S'agissant d'enveloppes dédiées, ils sont soumis aux aléas politiques et plus encore à la régulation frappant les finances publiques. L'investissement financier en matière de prévention a ainsi été davantage axé sur les soins de prévention individuelle (dépistages, vaccination, prévention secondaire médicamenteuse...) au détriment de la prévention collective intégrant la dimension de la promotion de la santé.
- ▶ Un désengagement croissant auprès des services de prévention collective dont le financement relève de budgets publics (PMI, santé scolaire, associations de prévention ou d'éducation pour la santé, services de santé au travail et services d'examen de santé).
- ▶ Un risque important d'émiettement et de dispersion attribuable à la faible coordination de la grande diversité des actions, des acteurs et des expertises, y compris des expertises de mise en œuvre.
- ▶ L'absence de stratégie de formation qui répond à des besoins immédiats par une offre multiple peu visible et peu cohérente.
- ▶ L'absence de définition des métiers de la santé publique et de référentiels de compétences, base indispensable à la proposition d'une offre de formation adaptée.

- ▶ La difficulté de lecture des politiques de l'enfance et donc des priorités à mettre en œuvre attribuées au nombre important d'institutions en charge des différents aspects de la vie des enfants (droits, protection, santé, éducation, bien-être, etc.).

### 4.3 ATOUTS

- ▶ La protection sociale : La protection sociale en France couvre les soins, mais également en grande partie la prévention par la couverture de la prévention médicalisée et pharmaceutique.

- ▶ La crise Covid-19 l'a montré avec le financement des tests, des dépistages.  
« Notre pays est l'un de ceux qui consacrent la part la plus importante de sa richesse nationale à la santé et à la protection sociale (environ un tiers). Il importe de vérifier que cet effort assure un haut niveau de couverture des risques sociaux à tous les Français, et en priorité à ceux que leur état de santé expose à des frais de soins élevés ou qui ont des revenus faibles. [...] Globalement, la prise en charge publique des dépenses de santé – c'est-à-dire la couverture assurée à titre principal par la Sécurité sociale, et à titre auxiliaire par l'État et les collectivités locales – s'établit à 79,7 % en 2019 » [8]

La protection sociale contribue à la réduction des ISTS, même si le système reste perfectible.

- ▶ L'expertise : le niveau d'expertise est élevé (exemple des Centres nationaux de référence : CNR). Le décloisonnement entre les disciplines serait à favoriser.
- ▶ La gouvernance : au niveau local, certains dispositifs comme les CLS favorisent l'intersectorialité, le rôle majeur des collectivités locales et territoriales. L'avis du HCSP portant sur l'évaluation du PNSP recommande une déclinaison régionale du Plan.
- ▶ La territorialisation : les acteurs locaux sont nombreux et d'origines diverses. Collectivités, associations, professionnels ... Le HCSP, dans son avis sur l'évaluation *in itinere* du PNSP, préconise :  
« *d'installer durablement la coordination intersectorielle de Priorité Prévention au niveau régional [...], de définir ses articulations et complémentarités avec les PRS, de repérer et inciter les acteurs à s'emparer des objectifs populationnels de leur territoire pour mener des actions probantes et les déployer de favoriser la mutualisation des expériences de gestion entre les territoires pour identifier les modalités les plus pertinentes et efficaces*».

Le niveau local permet de contextualiser les priorités à mettre en œuvre (notamment dans les territoires ultramarins) [9] La grande originalité des nombreuses initiatives locales mérite d'être valorisée et évaluée.

## 5 PRIORITÉS MAJEURES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ PUBLIQUE EN FRANCE

### 5.1 AU NIVEAU DE LA GOUVERNANCE

- ▶ R1. Assurer la mise en œuvre de la SNS sur tous les territoires
- ▶ R2. Mobiliser les ressources nécessaires à une politique ambitieuse de santé publique
- ▶ R3. Placer la santé publique dans toutes les politiques et garantir l'approche populationnelle et intersectorielle de la santé publique
- ▶ R4. Privilégier l'approche populationnelle en termes de promotion de la santé, de prévention et de recherche
- ▶ R5. Organiser la coordination nationale, régionale et locale des acteurs et de la mise en œuvre d'une politique de santé publique intersectorielle

- R6. Appliquer le principe de l'universalisme proportionné ciblant les populations les plus à risque ou les plus vulnérables
- R7. Lutter contre les inégalités sociales de santé et veiller à ne pas les aggraver
- R8. Sensibiliser les élus aux impacts en santé publique

## 5.2 AU NIVEAU DE LA SENSIBILISATION, DE LA FORMATION ET DES MÉTIERS

- R9. Définir les besoins en termes de métiers (la crise sanitaire a nécessité la création de nouveaux métiers jouant un rôle de relais)
- R10. Définir les compétences nécessaires aux professionnels en poste, aux décideurs et aux futurs professionnels
- R11. Mettre à jour des référentiels de compétences et de formations
- R12. Développer la formation initiale et continue en santé publique

## 5.3 AU NIVEAU DE LA RECHERCHE

- R13. Développer la recherche en santé publique
- R14. Diffuser des recommandations de bonnes pratiques en santé publique grâce à la recherche
- R15. Promouvoir le courtage en connaissances
- R16. Financer la recherche interventionnelle et développer des dispositifs d'interface de type CERReSP (centre d'expertise et de recherche régionaux en sante publique) pour que cette recherche soit en phase avec les besoins des acteurs locaux
- R17. S'appuyer sur les méthodologies qui ont fait leurs preuves
- R18. Développer la santé publique factuelle et s'appuyer sur les données probantes
- R19. Identifier et communiquer sur ce qui fonctionne, afin d'accompagner les acteurs à s'en inspirer
- R20. Développer des démarches d'évaluation et d'impact des interventions en population

## 5.4 AU NIVEAU DE L'ORGANISATION TERRITORIALE

- R21. Créer, au niveau régional et local, les conditions les plus favorables à la formation des professionnels et acteurs et à la programmation d'une politique de santé publique concertée et efficace par :
  - La formation
  - La concertation
  - L'accès à des données de santé et d'activités actualisées
  - L'accès à des ressources documentaires et la connaissance des données probantes
  - La connaissance des acteurs et leur coordination
  - L'accompagnement des décideurs et des acteurs en termes de méthodologie, d'évaluation, de sensibilisation, de formation, d'échanges de pratiques.

Les acteurs de première ligne sont nombreux : les professionnels de santé, de l'éducation, du social, du travail, les associations, les professionnels œuvrant au sein des collectivités, les professionnels de santé environnement etc.

Les acteurs de deuxième ligne sont, notamment les Universités, les IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion Santé), les ORS (Observatoire régional de santé), les CREAL (Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée), etc.

## 5.5 AU NIVEAU EUROPÉEN ET INTERNATIONAL

La France doit :

- ▶ R22. Prendre part aux instances européennes et internationales de santé publique face aux nombreux enjeux du 21<sup>e</sup> siècle : climat, « *One health* », l'urgence sanitaire etc. L'action concertée est nécessaire à l'efficacité et à l'efficience des mesures. Une autorité européenne de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire HERA (*Health emergency preparedness and response authority*) est, d'ailleurs en cours de mise en place dans ce sens.
- ▶ R23. S'assurer de la mise en œuvre d'une gouvernance mondiale basée sur l'équité entre les peuples.

## 6 FORMATION / DISCIPLINES / MÉTIERS

### 6.1 DÉVELOPPER LA CULTURE DE SANTÉ PUBLIQUE

#### 6.1.1 Les professionnels de santé publique

Les professionnels de santé publique sont affectés à différentes fonctions décrites dans le Traité de Santé Publique [10].

*L'OMS identifie en 1997, 9 fonctions essentielles de santé publique (FESP) :*

- 1) *Prévention, surveillance et maîtrise (contrôle) des maladies transmissibles et non transmissibles ;*
- 2) *Surveillance de la situation de la santé ;*
- 3) *Promotion de la santé ;*
- 4) *Santé au travail (hygiène du travail) ;*
- 5) *Protection de l'environnement ;*
- 6) *Législation et réglementation en santé publique ;*
- 7) *Planification et Gestion en santé publique ;*
- 8) *Services spécifiques de santé publique ;*
- 9) *Santé pour les populations vulnérables et à risque.*

*Ces 9 fonctions permettent de répondre aux 4 missions de la santé publique qui sont :*

- ▶ *Analyse de l'état de santé des populations et des risques sanitaires ;*
- ▶ *Définition des politiques de santé ;*
- ▶ *Promotion des connaissances en santé et actions sur les comportements ayant un impact sur la santé ;*
- ▶ *Promotion des recherches et des débats susceptibles d'analyser ses propres objets et la manière de les traiter.*

A partir de ces fonctions et des missions de la santé publique, il est possible d'identifier la nature des professionnels qui les assurent dans le cadre de 4 types de métiers :

- les métiers dont la fonction est d'observer, de mesurer, d'analyser, d'expertiser ;
- les métiers dont la fonction est de préserver, protéger, et de promouvoir la santé ;
- les métiers dont la fonction est d'organiser et de piloter les organismes, les institutions et les services du système de santé ;
- et les métiers qui contribuent et participent aux débats publics sur les questions de santé.

#### Besoins

Il est nécessaire de réformer les enseignements en santé : l'approche actuelle de la santé est biaisée par une entrée par maladie. Cette approche conditionne les études de santé.

#### Propositions

R24. Développer la culture de prévention et de santé publique dans les filières santé.

R25. Former aux différents métiers qui répondent aux fonctions essentielles de santé publique et aux missions.

R26. Renforcer la formation universitaire en couvrant tous les champs.

### 6.1.2 Les étudiants en santé

La mise en œuvre du SSES est une première étape du développement de la culture de santé publique chez les professionnels de santé en France. Ce dispositif récent est à améliorer conformément à l'évaluation faite par le HCSP [11].

- « Le SSES est un dispositif prometteur et apprécié des étudiants,*
- inducteur d'une forte dynamique intersectorielle et multi acteurs en région,*
  - qui préfigure les nouvelles pratiques de formation et d'exercice des professionnels de santé,*
  - en mettant l'accent sur le nécessaire renforcement des pratiques de prévention et promotion de la santé dans les territoires. »*

L'évaluation du SSES montre que l'absence de budget dédié à ce dispositif le fragilise :

- « Le SSES étant mis en place « à moyens constants », chaque service et institution a dû effectuer une réaffectation de ressources, notamment humaines pour réaliser ces différentes tâches. L'absence de budget dédié et l'importante charge de travail induite reposant sur un petit nombre d'intervenants sont apparues comme des éléments de fragilité du dispositif. »*

### Proposition

R27. Maintenir le SSES dans les filières en cours en le dotant de moyens dédiés et des ressources humaines nécessaires.

### 6.1.3 Les intervenants de la SP territoriale : élus, institutions, associations...

La santé publique territoriale demande un certain nombre de compétences (notamment en termes d'animation, de coordination et de pilotage) et un certain niveau de légitimité.

- « Le champ de la santé publique investi par une mosaïque d'acteurs porteurs de valeurs plurielles, parcouru de concepts et d'approches hétérogènes, de pratiques et de formes d'expertise diversifiées, est le lieu où le travail de médiation est plus que jamais nécessaire : rendre lisibles et accessibles les actions de chacun, faciliter la communication entre citoyens et décideurs, opérateurs et financeurs, construire, au-delà des clivages, une représentation commune de la promotion de la santé, développer une pédagogie de l'action, réconcilier attentes des usagers et décisions politiques, équilibrer intérêts individuels et collectifs, favoriser des engagements réciproques... Depuis quelques années, les professionnels se sont efforcés d'adapter leurs pratiques en s'inscrivant dans une démarche de projet et en instaurant des mécanismes de concertation qui puissent permettre une implication effective de l'ensemble des partenaires. De la négociation d'un compromis minimum acceptable à l'ambition de faire adhérer l'ensemble des partenaires aux mêmes valeurs et principes propres au champ de la santé publique, les acteurs endossent tour à tour les habits du « courtier » ou du « généraliste » avec peut-être la tentation, pour les représentants des institutions, de rehausser les valeurs propres à leur organisme d'appartenance. À l'inverse, les*

*animateurs, seraient, a priori, dégagés de ce type d'influence mais aussi plus fragiles n'ayant pour référence que leur propre et récente expérience.*

Dans ces différents exercices, les compétences se forment au gré des expériences, des solutions improvisées, de la confrontation plus ou moins réussie à des situations inédites et des enseignements tirés tant des succès que des échecs. Pour autant, peut-on véritablement parler de métier ? Le travail d'animation/coordination/pilotage constitue-t-il une seule et même activité ou doit-on, à l'intérieur de ce cadre, isoler des figures exécutées par des professionnels différents ? [...] La conduite des politiques publiques doit-elle être considérée comme un ensemble d'opérations organisées ou plutôt comme un style de management public ? » [12]

### Propositions

R28. Former les acteurs de terrain afin que la santé publique territoriale puisse s'appuyer sur eux.

R29. Développer des formations courtes pour les acteurs gravitant autour de la santé et leur fournir des outils simples d'utilisation<sup>20</sup>: élus, chercheurs, décideurs des politiques de santé, énarques, les journalistes etc... notamment sur les approches en promotion de la santé, et de type « One health ».

R30. Enseigner la notion de santé publique et santé globale

R31. Développer le plaidoyer et le *leadership* en santé dans l'écosystème de la santé.

R32. Proposer des formations continues au niveau régional ou interrégional en vue de développer l'expertise de terrain.

### ***L'action de ces intervenants auprès des citoyens***

La promotion de la santé et la prévention constituent le premier axe de la SNS 2018–2022 du Gouvernement. Cet axe est mis en œuvre dans le cadre de « Priorité Prévention ». Il a pour visée d'intervenir en Prévention Promotion de la Santé à tous les âges de la vie.

*« Parmi les nombreuses stratégies intégrées dans des politiques de réduction des inégalités de santé, le renforcement des capacités des individus et des communautés pour améliorer leur santé et leur bien-être est toujours mentionné. Cette stratégie est d'ailleurs une des composantes de la promotion de la santé et en constitue un des cinq domaines d'action dans la charte d'Ottawa. Il n'est probablement plus un plan régional de santé en France qui ne la mentionne comme un de ses objectifs. La publication récente des recommandations de la Haute Autorité de santé sur l'engagement des usagers dans les secteurs social, médicosocial et sanitaire participe de cette reconnaissance de la place des usagers dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et actions de santé.*

---

<sup>20</sup> Exemple du rapport du HCSP sur le Domiscore :

(<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=802>)

permettant à la fois de caractériser un habitat selon différents facteurs connus pour impacter la santé de ses occupants, et d'obtenir un score global renseignant sur l'impact général de l'habitat sur la santé. Se voulant complémentaire aux outils existants, le Domiscore a été conçu dans une démarche de promotion de la santé et de repérage, constituant un outil de dialogue dans une logique d'amélioration continue de l'habitat. Il peut être renseigné par des évaluateurs aux profils variés : professionnels de l'immobilier, travailleurs sociaux, services de l'État ou associations de lutte contre l'habitat indigne par exemple.

*Mais le passage de l'intention à l'action reste complexe et la création de conditions et d'environnements favorables, décrite comme un des facteurs de réussite à cet engagement, nécessite encore d'être encouragée et soutenue. » [13].*

### Propositions

R33. Intégrer l'éducation pour la santé tout au long du cursus scolaire dans les programmes de l'Éducation nationale.

R34. Développer l'*empowerment* des personnes tout au long de la vie en allant les chercher où elles sont et en faisant de tous les lieux de vie des lieux promoteurs de santé.

R35. Proposer des formations à distance à la population (sur le modèle des modules de Formation à distance en Santé Mentale<sup>21</sup>).

## 6.2 IDENTIFIER LES BESOINS EN FORMATION INITIALE EN TERMES QUALITATIFS ET QUANTITATIFS

La formation en santé publique doit relever plusieurs défis pour s'adapter aux besoins croissants des professionnels dans ce domaine [14] : formation académique, formation à la recherche, formation surtout professionnelle, interdisciplinarité, développement d'une approche globale, formation de spécialistes de santé publique médecins ou non-médecins, gestionnaires, sensibilisés aux questions épidémiologiques, économiques, juridiques.

### Besoins

Il manque des praticiens qui soient formés pour la santé publique. Par exemple l'Angleterre dispose d'infirmiers de santé publique.

Les liens avec les professionnels de santé qui interviennent dans les milieux de vie, comme la médecine scolaire, pénitentiaire, du travail sont à développer.

Le curriculum des professionnels de santé publique a besoin d'être revu. Une réforme pourrait être faite à partir d'une enquête de besoins menée auprès des acteurs concernés (étudiants, jeunes professionnels) et testée dans des facultés pilotes (Cf. rapport Flexner de 1910 [15]).

### Propositions

R36. Réaliser un état des lieux large et objectif des besoins couverts et non couverts en santé publique et le lien avec les catégories professionnelles en se projetant à 5 ou 10 ans.

R37. Dissocier les études de médecine et les études de santé publique<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1097>

<sup>22</sup> Ou a minima créer des centres de formation en santé publique recrutant des étudiants d'origines différentes,

R38. Développer l'attrait des étudiants pour les enseignements de santé publique en revalorisant les métiers de la santé publique.

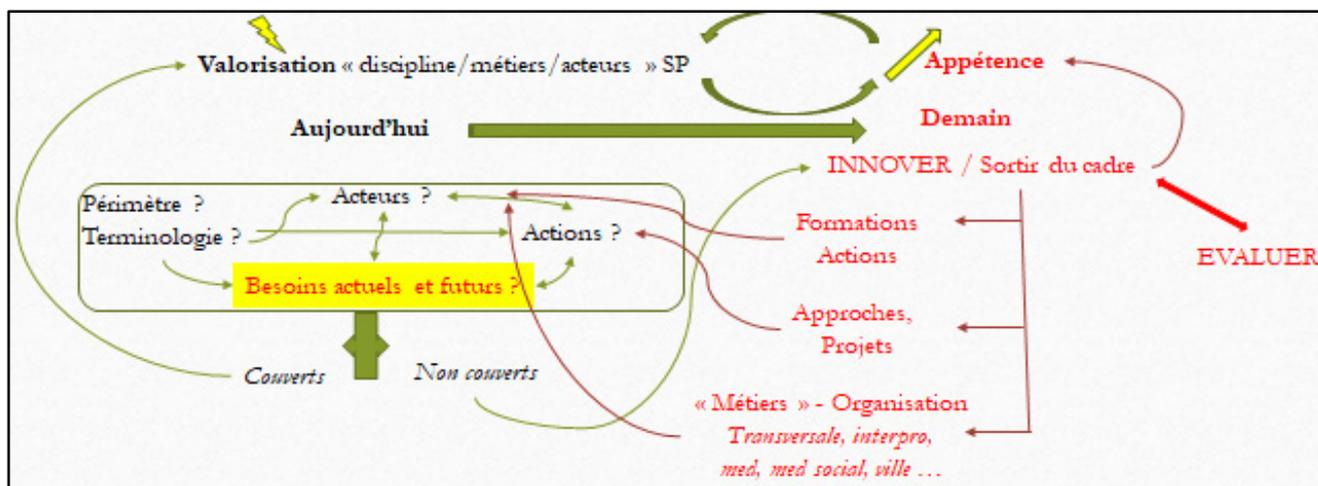
### 6.3 RÉORGANISER LES FILIÈRES DE FORMATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les métiers de la santé publique souffrent aujourd'hui d'un déficit de valorisation, d'attractivité et de reconnaissance ce qui entraîne une désaffection pour ces filières.

Le périmètre de la santé publique, actuel et futur est à clarifier. Il y a une confusion entre santé et sanitaire. Les métiers de la santé publique font appel à différentes disciplines. La transversalité entre médical, social, médico-social et environnemental doit être travaillée et la perméabilité entre les formations est à organiser.

Dans la recherche, le champ de la prévention n'est pas couvert. Dans les axes forts à développer, il y a les modèles de soins intégrés : repérage, évaluation, parcours de soins<sup>23</sup>.

Les experts interrogés ont proposé ce schéma :



#### Besoins

Nécessité de personnes formées en santé publique sur les 9 fonctions essentielles de santé publique (OMS), sachant qu'elles recouvrent des champs plus larges que ceux dévolus aux professionnels de santé.

#### Propositions

- R39. Définir le périmètre de la santé publique et expliciter les différents métiers :
- Articuler les modalités d'intervention entre les acteurs de SP, les chercheurs, les opérateurs, et le territoire,
  - Articuler la formation avec la recherche et la documentation,

<sup>23</sup> cf. certaines expérimentations en cours comme le programme ICOPE (*Integrated Care for Older People*) dans le champ du vieillissement

- S'appuyer sur ce qui se fait en termes de recherche interventionnelle,
- Montrer l'intérêt des démarches populationnelles de la promotion de la santé,
- Intégrer aux formations de santé publique les autres disciplines qui interviennent en santé Publique.

R40. Valoriser les métiers et les fonctions sur le plan intellectuel, en termes de reconnaissance et d'attractivité :

- Créer un statut pour les chercheurs en prévention,
- Utiliser, valoriser et appliquer les référentiels internationaux de santé publique dans les formations.
- Labelliser les maquettes de formation.

R41. Reconnaître les personnels qui ont un diplôme de santé publique : par un statut quel que soit leur niveau d'études : licence, master ou doctorat (LMD). Créer des catégories de type cadres intermédiaires de santé publique en capacité d'organiser des actions de terrain.

Mettre en œuvre un diplôme universitaire (D.U.) « Promotion de la santé - Prévention ».

#### 6.4 LES CONSÉQUENCES EN TERMES D'ORGANISATION

Aujourd'hui les spécialistes de santé publique sont des médecins, des administratifs. Il y a des écoles professionnalisantes pour les professionnels de la santé publique, médecins, futurs directeurs d'établissements, futurs directeurs de soins, médecins inspecteurs, ingénieurs et techniciens sanitaires ...

Dans les facultés de médecine, la construction des programmes est laissée à l'appréciation locale, en dehors des épreuves classantes nationales (ECN) qui comportent un certain nombre d'items. Mais ce que l'on programme en 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycles de médecine dépend des facultés.

Les fonctions essentielles de santé publique sont peu abordées dans la formation. Un des obstacles est l'absence de place dans les enseignements.

La formation santé publique doit être conçue d'un point de vue multi-professionnel : sciences médicales, sciences humaines et sociales, économie, mathématiques et statistiques, biostatistiques, philosophie, santé environnementale, géographie, management, gestion, administration, éthique.

#### Propositions

R42. Définir un corpus minimal et structuré au niveau national.

R43. Réformer la formation en santé publique en profondeur en prenant le temps et en prenant en compte la tension existante dans les instituts de formation liée aux ratios encadrants/étudiants.

R44. Développer les départements de santé publique en CHU en vue de fédérer les expertises et les compétences, de donner une visibilité, et de renforcer la politique de santé publique des établissements.

R45. Former des spécialistes de santé publique suivant un cursus complet et d'un point de vue multi-professionnel.

R46. Développer des écoles de santé publique régionales rattachées aux universités qui associeraient différentes UFR qui concourent à la santé publique. Les labelliser par le ministère en charge de l'Enseignement supérieur, et par une instance nationale (SpF ou autre structure).

---

---

*Exemples :*

- **Le Pôle fédératif de recherche et de formation en Santé Publique de Bourgogne-Franche – Comté.** Le modèle mis en œuvre en BFC : pôle d'enseignement et de recherche régional en SP qui associe le monde académique : universitaires de médecins; sciences humaines et sociales, sciences de l'environnement, en lien avec les institutions régionales : ARS, IREPS, les collectivités territoriales.

- **L'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (Isped) de l'Université de Bordeaux** qui initialement (1989) était une UFR de SP avant de devenir l'institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement en 1997. Il a pour missions la formation, la recherche, le développement d'échanges internationaux et la valorisation des différentes activités. L'Isped offre 34 diplômes par le biais de 2 parcours de M1, 11 de M2 et 21 de DU/DIU.

---

## 6.5 LA SANTÉ MONDIALE : FORMATION, FILIÈRE D'ENSEIGNANTS ET DE PROFESSIONNELS

La santé mondiale<sup>24</sup> ne devrait pas être une discipline, mais plutôt une culture, un socle, une base de réflexion. L'optique de la santé publique est à élargir. En santé mondiale c'est le territoire qui change.

### Besoins

La culture de la citoyenneté, de la responsabilité en tant que citoyen du monde est à promouvoir en France.

Le raisonnement autour de la santé mondiale doit se faire en termes d'impacts en prenant en compte les chaînes d'impact. La responsabilité de nos actes doit s'apprendre dès l'école.

### Propositions

R47. Mieux intégrer la santé mondiale dans les différents curriculums de santé publique.

R48. Développer le plaidoyer, la politique, le *leadership* dans toutes les politiques publiques internationales.

## 7 RECHERCHE, DONNÉES ET MODÉLISATION

### 7.1 SOUTIEN À LA RECHERCHE

Il s'agit ici de la recherche en santé publique en général et notamment en prévention

#### 7.1.1 Interdisciplinarité

La santé publique est interdisciplinaire. Les données biocliniques, épidémiologiques, économiques, issues des sciences humaines et sociales, géographiques, environnementales, etc. sont toutes indispensables à la connaissance de la santé de la population et de ses évolutions. De natures diverses, qualitatives et quantitatives, elles sont très complexes. Leur production nécessite des délais variables.

#### 7.1.2 Approche « One Health »

Le concept « One Health » ou « une seule santé » en français, est mis en avant depuis le début des années 2000, avec la prise de conscience des liens étroits entre la santé humaine, celle des animaux et l'état écologique global. Il vise à promouvoir une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires. L'ANR (Agence nationale de la recherche) va créer un guichet « One health ».

### Besoins

Le champ de la santé environnementale est trop peu développé. L'interdisciplinarité est un point essentiel. La recherche se décline aujourd'hui par thèmes et par disciplines, il est essentiel que les différentes disciplines travaillent ensemble.

Il est utile de prendre en compte ces différentes dimensions de manière simultanée. L'approche « One health » implique d'autres professions telles que les vétérinaires.

---

<sup>24</sup> (cf annexe 2)

## Proposition

R49. Promouvoir l'approche « *One health* » en développant les coopérations entre santé humaine, santé animale, et santé environnementale et des écosystèmes, pourrait permettre d'avoir des modèles et des indicateurs pour la santé humaine. En ce sens des regroupements d'agences ou structures sanitaires dans des ensembles permettant cette approche One Health.

### 7.1.3 Repérage précoce des maladies et/ou des déterminants de santé

La vision de la recherche a évolué au cours des dix dernières années en France. Elle est passée d'une recherche basée sur les facteurs individuels à un élargissement vers les facteurs contextuels. La vision de la recherche par une approche par déterminants de santé constitue une évolution importante pour l'évolution de la santé publique. L'aspect environnemental inclut une composante socio-économique. Les liens entre économie et santé s'avèrent très importants. La crise Covid-19 est venue le révéler de manière significative.

*« Les liens entre les effets économiques de la pandémie et la santé, et notamment les ISS, sont potentiellement multiples, directs ou indirects. Ils peuvent se manifester à court ou moyen terme et sont, comme pour toute crise économique majeure, susceptibles de se manifester également profondément à long terme. »*  
[16]

Dans son avis sur la place des offreurs de soins dans la prévention [17], le HCSP constate :

*« La recherche en prévention et promotion de la santé présente un certain nombre de faiblesses liées à la complexité de la thématique, car elle se réfère à de nombreux modes interventionnels différents. Les acteurs sont aussi divers.*

*Le HCSP relève une très forte carence en évaluation des expérimentations et l'absence de partage des bonnes pratiques en région et entre régions. Par ailleurs, si la question des liens avec la recherche est reconnue comme prioritaire, les acteurs de terrain ne savent pas à qui s'adresser ou ne disposent pas, en région, des ressources expertes nécessaires à la mise en place de projets de recherche dans le domaine. »*

## Propositions

R50. Développer et soutenir une recherche en prévention et promotion de la santé<sup>25</sup>.

R51. Décliner l'individu et les populations dans toutes leurs dimensions en matière de recherche en santé publique.

R52. Réaliser des recherches sur le coût économique des déterminants de santé sur la crise (Covid-19).

R53. Développer un plaidoyer sur les travaux interdisciplinaires et sur les évaluations d'impact en santé et documenter leur prise en compte dans les politiques publiques.

R54. Se placer au niveau du territoire pour favoriser la recherche sur des facteurs déterminants de santé est préférable (référence à l'échelle communautaire).

---

<sup>25</sup> Recommandation 3 de l'AVIS du HCSP sur la place des offreurs de soins dans la prévention [17]

#### 7.1.4 Traitement des informations et données massives en santé

Les données de cohortes sont essentielles à la recherche sur les déterminants de santé mais aussi au suivi de nombreux indicateurs de santé ; leur utilité en période de crise est aussi avérée. Il est nécessaire de disposer de cohortes populationnelles de grande taille, généralistes ou spécialisées qui bénéficient d'un soutien pérenne permettant la collecte de données individuelles de qualité. Ces cohortes doivent être chaînées aux bases de données médico-administratives (BDMA)<sup>26</sup>. Par exemple, lors de la crise Covid-19 le chiffrage des retards de diagnostic et de prise en charge ont été quantifiés via des registres (notamment le registre des cancers), via les pharmaciens (par les produits : enquête EPI-PHARE CNAM/ANSM).

Les progrès en modélisation permettent d'avoir de bons modèles statistiques, et cela grâce à la qualité des données. Celle-ci est essentielle, elle contribue à une bonne modélisation.

L'échantillonnage non maîtrisé est une difficulté (par exemple avec des sociétés comme Facebook ou Orange qui échantillonnent elles-mêmes les données).

#### Propositions

R55. Rendre les bases de données accessibles pour la recherche en ayant une réflexion globale sur la complémentarité des systèmes.

R56. Créer une structure nationale d'innovation, modélisation et prospective.

---

<sup>26</sup> Cf. rapport du HCSP du 14 septembre 2021 « Registres et données de santé : Utilité et perspectives en santé publique ».

## 7.2 DÉVELOPPEMENT D'UNE RECHERCHE PLUS PARTICIPATIVE AVEC LES ACTEURS SUR LE TERRAIN (ÉLUS, USAGERS, ASSOCIATIONS ET INSTITUTIONS...) VOIRE LES CITOYENS

L'interaction avec des citoyens et des acteurs de terrain est très importante pour la recherche. Cette interaction citoyens-chercheurs est favorable au développement de nouvelles idées, de nouveaux concepts.

La participation des associations de patients a montré son efficacité. Par exemple, c'est initialement une association de parents d'enfants myopathes qui a organisé le Téléthon, ou dans le cas du sida ce sont les associations d'usagers qui ont fait avancer la prise en charge globale et la recherche.

Le principe de base des sciences participatives est le retour vers les personnes qui ont participé. C'est un préalable à la recherche que de définir, avant d'interroger les personnes, le retour qui doit être fait vers les personnes qui ont participé et vers les citoyens de manière plus générale.

### Propositions

R57. Développer une recherche plus participative et collaborative.

R58. Systématiser le retour d'information (*feed-back*) vers les participants aux recherches et plus largement vers les citoyens.

R59. Associer le système privé, les mutuelles, les syndicats aux recherches participatives.

R60. Renforcer l'implication des professionnels de santé. Mener des recherches sur les opinions et la santé de ces professionnels.

## 7.3 GARANTIR L'ÉLABORATION D'UN PROGRAMME NATIONAL DE RECHERCHE PLURIANNUEL EN SANTÉ PUBLIQUE DANS LE CADRE DE LA LOI DE PROGRAMMATION DE LA RECHERCHE 2021-2030

### Besoins

Une stratégie nationale de recherche en santé publique avec un programme national de recherche en santé publique dans le cadre de la loi de programmation de la recherche (LPR) est nécessaire. Ce programme national de recherche doit être permanent et doté de manière conséquente. Il doit prendre en compte toutes les dimensions de la santé publique et avoir une dotation forte en sciences des solutions et en recherche interventionnelle en santé des populations.

### Propositions

R61. Avoir une ambition française de recherche en santé publique, structurée et financée.

R62. Favoriser l'approche « *One health* » et l'interdisciplinarité.

R63. S'appuyer sur les sciences participatives pour l'ouverture à la société civile.

R64. Développer des appels d'offre de recherche en santé publique et non basés sur des grilles de recherche clinique.

R65. Développer l'axe de prévention et notamment sur les facteurs déterminants de la santé.

R66. Créer le statut de professeur des universités en santé publique (PUSP), ayant à la fois une valence disciplinaire de recherche et pouvant travailler dans des structures de terrain, comme cela se fait à l'étranger par exemple au Canada ou ailleurs, pour nourrir la recherche pratique en santé publique.

R67. Mettre en œuvre les CERReSP.

## 8 VEILLE

### 8.1 RENFORCEMENT DES RÉSEAUX DE VEILLE

Le système de veille développé au cours des 30 dernières années est encore perfectible.

Un système d'alerte ou d'observation consiste en des données collectées, mises en forme, validées, analysées, interprétées.

Il est important d'avoir des outils souples qui combinent différentes sources de données et qui disposent de données compatibles, dans un objectif d'accessibilité et tendant vers l'interopérabilité.

Le dispositif de déclaration obligatoire (DO) est efficace mais ne concerne que certaines maladies. Il s'agit d'un outil chronophage pour les soignants, un système d'alerte implanté en permanence qui produit un signal fort et peut indiquer la nécessité de prendre des mesures. Le dispositif de surveillance des MDO<sup>27</sup> permet d'identifier des zones de sur-incidence.

La mise en œuvre récente du Système National des Données de Santé (SNDS) permet de repérer la consommation de soins et de déclencher de nouveaux systèmes d'enquêtes. Cependant, les données qui le constituent ne sont pas collectées initialement pour la veille sanitaire, ce sont des données médico-administratives. Elles ont été rassemblées notamment dans un objectif d'observation de la santé de la population française (malgré leur limites). Il s'agit de données mises en forme et validées, portant sur la consommation de soins ; leur utilisation demande un étalonnage régulier qui peut être fait grâce à d'autres bases plus petites mais plus détaillées et plus spécifiques (par exemple les registres ou des études *ad hoc*).

Pour la ville, des données sont disponibles uniquement pour la consommation de soins. Le dossier médical partagé (DMP) pourrait être une bonne source d'informations, il contient toutes les informations sur un patient. Mais il faudrait qu'il soit requêteable rapidement et qu'il soit possible d'échantillonner. L'accès doit rester exceptionnel en raison de la confidentialité des données et du règlement général sur la protection des données (RGPD).

Des moyens importants ont été apportés pendant la crise, pour pouvoir surveiller et séquencer les souches de SARS-CoV-2. Ainsi de nombreuses plateformes de séquençage se sont développées en France, des personnels ont été recrutés et formés aux techniques de séquençage.

---

<sup>27</sup><https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire#:~:text=Le%20dispositif%20de%20surveillance%20des,puis%20aux%20%C3%A9pid%C3%A9miologistes%20de%20Sant%C3%A9>

Le travail de mise en forme et de validation des données est souvent fait par les organismes qui les collectent. Cela a pour objectif de rendre les données utilisables en les standardisant.

Cette étape est importante mais elle s'accompagne d'une orientation spécifique et d'un appauvrissement du contenu. Elle exige des connaissances et a un coût.

L'analyse et l'interprétation font appel à des méthodes complexes. Les producteurs de données ne mettent pas facilement leurs données à la disposition des chercheurs car ils sont insuffisamment valorisés dans les publications, qui servent de référence pour leur évaluation. Il s'agit de la seule étape reconnue et valorisée (notamment du fait de l'évaluation sur la base des publications). Les producteurs de données ont donc intérêt à analyser eux-mêmes leurs données, ne serait-ce que pour pérenniser les bases. Les chercheurs ne connaissent pas toujours très bien les limites des données. Les producteurs de données n'ont pas de retour pertinent leur permettant d'évaluer leurs bases. Les bases de données s'adaptent et s'améliorent grâce au contact avec le terrain (qui permet de connaître voire d'anticiper les évolutions) d'une part, et grâce au retour de l'utilisation qui permet de corriger les manques.

Le HDH (*Health data Hub*) ou plateforme des données de santé a pour objectif de faciliter l'accès et d'augmenter l'utilisation des bases de données ; les délais de mises à disposition des données les rendent plus utiles à la recherche qu'à la veille. Il n'est pas sûr que le HDH améliore la communication entre producteurs de données et chercheurs.

Pour renforcer les réseaux de veille, il faudrait un système multiniveau utilisant la complémentarité des outils. Un système d'alerte notamment pour détecter des foyers de cas devrait être extensif couvrant l'ensemble du territoire et un grand nombre de pathologies et si possible exhaustif, en revanche il n'a pas besoin d'être très détaillé. Il lui faut être suffisamment sensible et spécifique pour donner l'alerte et déclencher une investigation. L'investigation doit être facile à mettre en place. Les données complémentaires nécessaires (bases de données sur les expositions, dossiers patients, patients ...) sont accessibles facilement du point de vue réglementaire et les procédures sont définies.

Actuellement l'utilisation d'espace sécurisé chez un hébergeur de données de santé (HDS) est prohibitive. Très peu de bases sont hébergées chez un HDS. L'INSERM est parvenu à créer "France-cohorte" <sup>28</sup> qui est un espace sécurisé qui se met en place peu à peu pour héberger ses cohortes. Un tel espace devrait être mis en place pour les registres mais un tel projet doit être coordonné.

Il y a également des données disponibles sur l'environnement qui permettent d'intervenir avant que la maladie ne survienne, par exemple : le plomb avec des dépistages qui permettent de suspecter une exposition au plomb et une intervention pour prévenir les cas de saturnismes, les surveillances de la qualité des eaux (ex. eau potable, eaux de baignades) pour prévenir des épidémies, les diagnostics immobiliers (amiante, plomb...) qui selon les cas peuvent imposer des travaux pour prévenir les expositions

### Propositions

R68. Faire évoluer la réglementation et rendre obligatoire la transmission des informations nécessaires à la veille sous réserve que les droits des patients soient respectés et que les données soient sécurisées.

R69. Faciliter l'accès, les échanges de données entre les bases.

R70. Faciliter l'accès aux données par des systèmes multi-niveaux utilisant la complémentarité des outils.

---

<sup>28</sup> <https://www.inserm.fr/actualite/france-cohortes-comment-perenniser-outil-recherche-exceptionnel/>

R71. Valoriser et sécuriser financièrement la collecte et la constitution des bases de données. Prendre en compte dans l'évaluation de ces bases leur utilisation indépendamment de la structure qui les utilise et les valorise pour favoriser leur mise à disposition et leur utilisation.

R72. Impliquer les nouveaux acteurs (métiers) attendus en santé publique (type gestionnaire de cas, coordinateurs) dans les signalements pour renforcer les réseaux de veille existants.

R73. Étendre et mettre en place des procédures pour être très réactif en situation de crise. Pérenniser le matériel et le personnel.

---

#### **Exemple tiré des registres de pathologie en population**

*Les registres devraient disposer d'un lien permanent et direct entre les données nominatives des patients et les données du SNDS, or actuellement le référentiel d'utilisation du SNDS interdit cette possibilité car il n'a été conçu que pour faciliter la recherche.*

*La mise en place du Système National des Données de Santé (SNDS) ou des bases qui en découlent (Cohorte cancer), vient modifier le paysage des informations potentiellement disponibles permettant de faciliter la veille sanitaire quand leur complémentarité avec les registres est exploitée.*

*Les données, issues des hôpitaux et de l'assurance maladie, ont l'avantage quand elles sont rassemblées d'être quasi exhaustives. Toutefois si ces bases disposent d'informations sur la consommation de soin (réalisation d'examens et de traitements), elles ne disposent ni d'information sur les résultats des examens (dont certains conditionnent les traitements), ni de ce fait sur l'état du patient. Si elles permettent d'estimer la fréquence des traitements elles ne peuvent en évaluer la pertinence au regard des différents facteurs pronostics. Les registres, pour leur part, ont pour vocation de collecter ces résultats d'examen auprès des différentes sources médicales afin d'établir la réalité du diagnostic et la gravité de la pathologie qui sont les bases indispensables à la description de l'incidence et à la mesure du poids de la maladie dans la population. Du fait de la nature de ces sources d'information médicale (dossier médical des établissements, dossiers des laboratoires, des cabinets médicaux de médecins spécialistes ou généraliste, ...) le recours à des données nominatives est obligatoire car il s'agit de la seule possibilité d'identification des dossiers dans ces sources.*

*Le système de soins français se caractérise aux différentes étapes du diagnostic et de la prise en charge par une multiplicité de l'offre (publique ou privée) et par la liberté de choix du patient. Dans un tel système la dispersion des informations sur le parcours de prise en charge est maximale et les registres sont généralement obligés d'interroger plusieurs sources pour retrouver une information (résultat d'un examen par exemple) car ils ne savent pas où cet acte a été fait ni même s'il a été fait. Le seul "endroit" où les informations sur les actes et leurs prestataires sont rassemblées pour un même patient est le SNDS. L'intérêt de cette information est donc évident puisqu'elle permettrait aux registres de ne pas rechercher une information qui n'existe pas et si elle existe de savoir où il faut aller la chercher.*

*Les maladies chroniques qui font l'objet d'un enregistrement ont, par définition, un parcours complexe émaillé de rémission et de reprises évolutives dont la surveillance doit aussi être réalisée. Le patient ayant été repéré, cette surveillance serait aussi optimisée par une utilisation des informations de SNDS. L'utilisation des données SNDS s'intègrent donc dans l'activité continue de surveillance des cas par les registres surveillance qui doit être poursuivie jusqu'au décès du patient.*

*Les registres ont donc besoin d'utiliser de façon récurrente pour un même patient, qu'ils ont identifié, les informations venant du SNDS car contrairement à l'usage qui est fait dans le cadre d'une recherche l'objectif n'est pas d'utiliser directement ces données dans une analyse mais de s'en servir pour faciliter l'enquête et réaliser un enrichissement continu de la base de données.*

---

## **8.2 MIEUX ASSOCIER LES ACTEURS AUX DÉMARCHES DE VEILLE SANITAIRE**

Il serait utile d'associer différents acteurs des soins primaires (médecins, pharmaciens, infirmiers...), des établissements et services de santé et médico-sociaux, acteurs de la santé environnementale (ingénieurs et techniciens sanitaires des services santé environnement des

agences régionales de santé) et autres acteurs de terrain (élus, usagers, institutions et associations ...)

L'information relative aux patients est transmise par les soignants ou les établissements de soins. La clarification des droits des patients vis-à-vis des bases ayant un objectif de santé publique est nécessaire (RGPD).

L'amélioration des systèmes d'échange informatique soulagerait les professionnels de santé en facilitant la transmission d'information et en les sécurisant.

### Propositions

R74. Simplifier les procédures d'information des patients sur leurs droits en matière d'utilisation des données.

R75. Mettre en place une procédure d'information générale claire pour les patients.

R76. Valoriser le temps dédié au codage par les soignants.

R77. Associer les acteurs de soins à l'ensemble de la démarche et notamment leur faire un retour sur les données qu'ils transmettent.

R78. Identifier un système d'aller-retour des données de consommation et de prise en charge garantissant le respect des droits des patients.

R79. Faciliter la coordination et l'émergence de nouveaux métiers.

R80. Développer pour le grand public une version allégée du système d'information. Cela permettrait au patient un accès permanent aux informations le concernant et lui permettrait de refuser l'échange de données si nécessaire. Cela pourrait passer par l'élargissement du rôle d'Ameli.fr par exemple.

### 8.3 STRUCTURES OU ORGANISATIONS QUI POURRAIENT JOUER LE RÔLE DE VEILLE

SpF rassemble des données existantes et organise certaines études. SpF réalise des veilles en continu sur plusieurs indicateurs et les diffuse sur Géodes (observatoire cartographique des indicateurs épidémiologiques). Les CIREs sont des antennes de SpF, situées dans les ARS qui assurent une veille et répondent à des alertes au niveau local (régional).

Les ARS disposent des CVAGS (Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion sanitaire)

Dans chaque région des ORS (Observatoires régionaux de la santé) font de l'observation au niveau régional et contribuent aux baromètres nationaux.

Les autres agences s'associent à la collecte de données : l'INCa pour le cancer en collaboration avec SpF et les registres de cancers et l'Agence de la biomédecine pour le registre REIN par exemple.

L'État ne centralise pas les données en France.

Des organismes de recherche tels que l'INSERM et le CNRS peuvent avoir en charge la veille.

Les associations de patients, notamment France Assos santé, assurent une veille qualitative qui vient compléter les données. Des associations comme Act Up et AIDES ont largement contribué à une forme de veille qualitative sur le sida par exemple.

## Propositions

R81. Donner un accès gratuit pour les acteurs de la recherche aux bases de données françaises. La gestion des bases et leur coordination pourraient être gérées par un opérateur unique tel que l'INSEE.

R82. Renforcer les dimensions de veille conjointe, le partage des données et d'analyses communes (exemple EPI PHARE).

Concernant la santé de l'enfant, le HCSP a publié un rapport sur le dispositif statistique de surveillance et de recherche<sup>29</sup> en 2019. La grande hétérogénéité des situations est décrite dans la conclusion :

« Les efforts sont fortement dispersés entre les acteurs de recherche [chercheurs, enseignants, cliniciens], les institutions, les spécialités médicales et les disciplines scientifiques. Cette dispersion est possiblement une richesse puisqu'elle devrait assurer le continuum de la production de connaissances à la formation par la recherche jusqu'à l'application des savoirs les plus récents au service de la prise en charge des personnes et des populations. Toutefois cet éparpillement des tâches, des fonctions et des efforts suggère la nécessité d'une organisation nouvelle ; une politique de la recherche en santé de l'enfance (ou 'santé des enfants' ou 'santé dans l'enfance') devrait être définie et concertée. Le manque de moyens, humains et financiers, reflétant l'absence d'une véritable stratégie de recherche en France, explique en grande partie les manques que nous avons identifiés ou soulignés. Ce bilan permet de constater qu'il existe une activité de recherche sur la santé des enfants dont la diversité et l'hétérogénéité sont frappantes. Les données sur une pathologie infantile particulière ou un essai contrôlé pour tester l'efficacité d'une procédure clinique sont nécessaires, indispensables. Toutefois cela ne signifie pas que ces données sont ou peuvent être utilisées pour définir un « état de santé global de l'enfant ». Il existe des travaux scientifiques dans des disciplines différentes, chacune contribue utilement à la compréhension de la vie et de la santé des enfants. Néanmoins, la complémentarité des disciplines sur une question de recherche reste minoritaire et le dialogue entre elles est insuffisant pour permettre d'éclairer en confiance une « politique concertée » pour la santé des enfants. »

## 8.4 MÉTHODES ET OUTILS, COMPÉTENCES : AUX NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL / LOCAL

Le SNDS regroupe les données des hôpitaux et de l'assurance maladie. Actuellement seule SpF assure une veille régulière sur ce système complexe en raison de la sécurité des données. Il permet une vision de la consommation de soins mais pas des diagnostics en dehors des codes diagnostics du PMSI (hospitalisation). Il manque de diagnostics plus précis, au-delà de la classification CIM-10 pour l'hospitalisation.

Dans les outils de collecte ciblés, on retrouve les MDO (maladies à déclaration obligatoire) qui ne portent que sur un nombre limité de maladies et sont peu exhaustives ; le réseau Sentinelles (grippe, infections respiratoires aiguës (IRA), suicide, coqueluche, diarrhée, zona, ...) avec des médecins généralistes volontaires et bénévoles<sup>30</sup> ; des systèmes multi-sources pour la détection des épidémies de grippe (SpF), les passages aux urgences pour syndrome grippal (Oscour®), les données du réseau Sentinelles, les consultations d'urgence en médecine générale pour syndrome

<sup>29</sup> <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=744>

<sup>30</sup> <https://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies>

grippal ; les registres par pathologie (ils ont un nombre limité de pathologies, ils font un recensement exhaustif dans la population, mais ont une couverture territoriale partielle).

Les certificats de décès sont aussi des sources majeures d'information. Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) est une unité de service en charge de cette mission pour l'Inserm en charge de leur exploitation. Des enjeux de moyens pour réduire le retard et faciliter le codage persistent.

Les CNR n'utilisent pas les datas généraux mais organisent des remontées de données, de souches ou de séquences d'ADN ou ARN. Les CHU organisent leurs réseaux sur le territoire et remontent les données vers les CNR avec une granulométrie assez importante. L'option qui est défendue dans les CNR est un modèle développé à partir de réseaux plutôt qu'un système automatisé. Avoir une granularité fine et de hauts niveaux d'analyse suppose des aller retours dans les 2 sens entre CNR et CHU, puis CHU et son réseau (CH, libéraux...). Les CHU sont des plaques tournantes, ils reçoivent des demandes d'analyse des CH et des professionnels libéraux, ils fonctionnent en réseaux et peuvent faire des remontées de données à la demande des CNR.

Il existe aussi des bases de données environnementales, et il pourrait être souhaitable de faciliter les croisements de données environnementales et sanitaires dans un but de faire progresser les connaissances, la veille et l'alerte

### Propositions

R83. Développer des passerelles entre la science médicale et les autres sciences, notamment sciences humaines et sociales, ou sciences de l'environnement, et promouvoir la pluridisciplinarité.

R84. Favoriser la communication entre les bases de veille.

R85. Associer la veille sanitaire avec l'évaluation des prises en charge pour créer une synergie, et développer l'efficience.

## 8.5 VEILLE INTERNATIONALE

Au sein de la sous-direction Veille et Sécurité Sanitaire (VSS) de la Direction générale de la Santé, le Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) du ministère chargé de la santé est désigné comme le point focal national des alertes, notamment auprès de l'OMS dans le cadre du nouveau Règlement Sanitaire International (RSI), et de la Commission européenne.

Les moyens français sont opérationnels et communiquent de manière satisfaisante : réseaux de surveillance épidémiologique, CNR, sociétés savantes (SPILF et SF2H en particulier). Il en est de même pour les relations entre CNR et réseaux européens. Cependant, il y a, dans certains domaines, un manque de coordination au niveau européen.

Les pandémies font partie des crises transnationales les plus graves pouvant affecter l'Union européenne sachant qu'il n'existe, au niveau européen, ni scénarii, ni protocoles d'action pour y répondre.

En matière de micro-organismes, l'échange avec l'international est géré par les CNR et des réseaux ont été mis en place au niveau européen ou à l'international (à travers l'OMS). Plusieurs CNR français travaillent avec le niveau européen. Plusieurs pathogènes font l'objet d'une veille

internationale (par exemple : la légionellose). Ce fonctionnement semble plutôt satisfaisant et répondre aux problématiques actuelles.

Les bases de données ne sont pas interopérables entre elles, alors que par exemple dans le champ des tremblements de terre, les bases de données sont compatibles entre pays. Il faudrait s'en inspirer dans le champ de la santé.

### Propositions

R86. Permettre la compatibilité en langue pour les différents outils.

R87. Renforcer la veille internationale en développant des bases de données communicantes, en évaluant les registres sur leur participation à des réseaux internationaux.

R88. Utiliser des classifications internationales. Les expériences internationales et certains outils reproductibles pourraient servir de modèle.

## 9 EXPERTISE

### 9.1 CARACTÉRISTIQUES ESSENTIELLES D'UNE EXPERTISE UTILE

La Charte de l'expertise sanitaire annexée au décret n°2013-413 du 21 mai 2013 doit être appliquée<sup>31</sup>.

Les caractéristiques essentielles d'une expertise utile sont l'autonomie, l'indépendance, la diversité, l'interdisciplinarité, et la collégialité. Il y a aussi nécessité d'avoir des experts disponibles et des moyens.

La qualité des expertises du HCSP est notamment liée à l'engagement très fort des experts et aux temps dédiés à leur production.

On trouve une production de littérature scientifique sur l'expertise avant les années 2010, puis récemment. Aujourd'hui, plus d'importance est donnée à la valeur expérientielle de l'expertise et à l'aspect bidirectionnel de l'expertise et de la décision politique.

Le statut et l'indépendance de l'expert, par ailleurs salarié d'une structure, sont questionnables.

Au sein du HCSP, à chaque mandature, tous les 4 ans, le périmètre des commissions est re évalué ainsi que les profils et compétences nécessaires dans les commissions et les groupes de travail. Certaines disciplines sont peu représentées, notamment les sciences humaines et sociales et l'économie de la santé.

### Besoins

Il est important de préciser le statut des experts qui pourraient être mis à disposition.

Il est essentiel de réunir les compétences utiles et nécessaires, de croiser les regards entre recherche et terrain, Paris et régions, ... Pour cela, des professionnels de terrain doivent être

<sup>31</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000027434015/>

associés : médecins généralistes, urbanistes, sciences humaines et sociales, économistes de la santé ...

Les limites de l'expertise doivent être posées, et l'indépendance être favorisée afin de limiter les conflits d'intérêt.

Pour favoriser la compréhension et l'acceptabilité des avis, une méthodologie de consensus formalisé<sup>32</sup> avec un groupe de pilotage, un groupe de cotation et un groupe de lecture a montré son efficacité. Cependant cela n'est pas compatible avec l'urgence. L'étape de relecture peut être chronophage, et coûteuse.

Lors de la production d'avis il est pertinent de se questionner sur la faisabilité (économique) et l'acceptabilité (sociale), par les politiques notamment.

Une réflexion est à mener sur ce que sont les experts et sur ce qui est attendu de l'expertise par les pouvoirs publics : technicité et expertise pointue, maturité scientifique, capacité à travailler en collectif, production d'une opinion...

Les experts doivent partager une base méthodologique afin que les expertises soient de même qualité et basées sur une solide revue de littérature scientifique. Partager une culture commune permet d'éviter des réponses de qualité inégale.

Les revues de littérature et revues bibliographiques doivent continuer à être réalisées par les experts. Des documentalistes pourraient faire la recherche et éliminer les articles de mauvaise qualité. Les experts liraient les articles complets en faisant une analyse correcte pour proposer des avis.

## Propositions

R89. Développer un réseau de ressources mobilisables qui aient une formation commune sur la méthode, de l'analyse de la question jusqu'aux recommandations qui doivent être faites. Dans ce réseau, il est nécessaire d'avoir un groupe de personnes formées à la méthodologie et qui en soit le socle.

R90. Signer des conventions de partenariat entre structures dans lesquelles le domaine d'expertise et le périmètre de chaque structure soient précisés en détails.

R91. Avoir la latitude de recruter des renforts en personnel sur une période déterminée par exemple en dédommageant leur institution de rattachement.

R92. Promouvoir une vision « *One Health* ».

### 9.1.1 Interdisciplinarité

Interdisciplinarité, ouverture à d'autres disciplines, expertise expérimentielle, faisabilité et acceptation sociale sont des aspects importants pour la rédaction de recommandations.

---

<sup>32</sup> [https://urldefense.com/v3/\\_https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272505/fr/recommandations-par-consensus-formalise-rcf\\_!!FiWpмуghD5aF3oDTQnc!wOrseOtePzs\\_ZPgC4kkmRXNlyKpp4bhoyAXVdjl1wwnb5QJ1901UCOE4i2\\_sx\\_zbZ-vd-vvvSEzEEA\\$](https://urldefense.com/v3/_https://www.has-sante.fr/jcms/c_272505/fr/recommandations-par-consensus-formalise-rcf_!!FiWpмуghD5aF3oDTQnc!wOrseOtePzs_ZPgC4kkmRXNlyKpp4bhoyAXVdjl1wwnb5QJ1901UCOE4i2_sx_zbZ-vd-vvvSEzEEA$)

En matière d'interdisciplinarité, la représentation des différentes disciplines dans les groupes d'expertise, est plutôt assurée. En revanche, il y a un problème du poids des « dires » de l'expert. En situation de crise, les experts en épidémiologie sont parfois davantage écoutés que ceux des sciences sociales. Par exemple la dimension juridique devrait être mieux prise en compte (notamment sur la vaccination).

### Proposition

R93. Développer l'expertise juridique et l'expertise en sciences humaines et sociales en vue de favoriser la faisabilité et l'acceptation sociale.

#### 9.1.2 Expertise expérientielle

Quand on parle d'expertise, on peut distinguer l'expertise scientifique et l'expertise expérientielle<sup>33</sup> (notamment les représentants de patients et les citoyens).

En effet, un autre type de savoir vient aujourd'hui bousculer le champ de la santé, du social et du médico-social. Ce sont les savoirs expérientiels, les savoirs des usagers, des patients.

Les personnes qui vivent avec la maladie chronique ou en situation de handicap acquièrent au fil du temps, du fait de leur situation chronique ou de leur handicap, une expérience, un savoir expérientiel, et pas seulement, sur des traitements, des soins, mais aussi des ressources professionnelles et associatives, et sur des parcours adaptés à leur situation.

Par ailleurs, l'expertise expérientielle est essentielle mais ne doit pas se substituer à la démocratie participative. Un expert reste un expert, qu'il soit médecin expert ou citoyen expert.

### Proposition

R94. Intégrer l'expérience du patient et donner un cadre de dialogue à ces savoirs afin de renforcer l'expertise expérientielle.

## 9.2 ORGANISATION DE L'EXPERTISE EN SANTÉ PUBLIQUE EN FRANCE

### 9.2.1 Chevauchement des structures d'expertise et des saisines

L'expertise et les agences se sont développées au cours des vingt dernières années, cependant ce développement a pu générer des zones de chevauchement des structures d'expertise.

Pendant la crise du Covid-19, différents comités ont été instaurés notamment sur la vaccination, pour laquelle plusieurs commissions ont été mises en place, en plus du Conseil scientifique Covid-19 et des structures préexistantes.

---

33

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/actes-colloque\\_has\\_construction\\_et\\_dialogue\\_des\\_savoirs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/actes-colloque_has_construction_et_dialogue_des_savoirs.pdf)

Les experts sont souvent les mêmes, ils siègent parfois dans différentes institutions. Cela pose la question des liens d'intérêt intellectuels.

Le fait qu'il y ait plusieurs instances d'expertise n'est pas forcément un problème, car le propre de l'expertise est d'éclairer une question. Cela évite la vision unique car plus le décideur est éclairé par des points de vue différents, plus la décision pourra être avisée. Il n'est pas choquant que les décisions politiques diffèrent des expertises, elles s'appuient sur les expertises et sur d'autres considérations qui appartiennent aux décideurs.

### Propositions

- R95. Rappeler fréquemment le nécessaire respect de la Charte de l'expertise sanitaire.
  - R96. Prendre en compte le lien d'intérêt intellectuel au-delà de la question des liens financiers.
  - R97. Garder un pool permanent d'experts.
  - R98. Assurer un renouvellement de l'expertise en veillant à avoir un panel d'experts composé de personnes ayant une ancienneté différente.
  - R99. Prendre en compte les expériences et expertises internationales.
  - R100. Coordonner les différents travaux d'expertise y compris entre agences.
- Favoriser la transparence sur les saisines des agences

### 9.2.2 Au niveau territorial

La plupart des ARS n'ont pas forcément de conseil scientifique, ni de liens structurés avec les chercheurs.

### Propositions

- R101. Organiser une expertise au niveau local, la doter de moyens adaptés, et créer des liens entre ARS, universités et chercheurs locaux.

### 9.2.3 Formation des experts

L'expert a une expertise individuelle et la capacité à la partager demande une formation particulière.

Cette formation n'est pas forcément un cursus, mais plutôt un objectif de formation à travailler ensemble. Il s'agit plutôt de développer la prise de conscience de l'apport de l'interdisciplinarité pour construire une intelligence collective.

### Propositions

- R102. Prévoir un temps de formation commune aux experts lors de la mise en place des commissions.
- R103. Former les experts à l'intelligence collective pour apprendre à travailler ensemble sans perdre son identité et en développant l'écoute des autres disciplines.

#### 9.2.4 Gradation des avis

Dans les travaux d'expertise, il est important de dissocier l'avis d'un expert, de l'opinion de l'expert (qui n'est pas fondée sur la littérature). Cependant souvent, c'est aussi la plus-value de la personne de l'art qui est attendue dans les réponses aux questions quand il n'existe pas de références bibliographiques. La gradation des recommandations est importante. Le lecteur doit comprendre si la recommandation s'appuie sur la littérature, ou une expérience, ou un avis d'expert.

En SHS, des procédures qualité pourraient garantir la qualité des données. Un niveau de preuve tranché n'est pas toujours applicable à toutes les disciplines. Un niveau d'incertitude permettrait également d'accompagner les préconisations.

#### Besoins

Il faudrait aller vers une gradation des recommandations et vers une systématisation du niveau de preuve. Cela permettrait de prendre en compte les avis émis avec le niveau qui leur correspond (cf. échelle de gradation de preuve de la HAS [18]). Le HCSP a travaillé sur le sujet : processus de gradation de l'article, puis gradation de l'avis avec les niveaux de preuve. Une relecture de l'avis avec la procédure AGREE par des experts extérieurs qui vérifient que l'avis est compréhensible et qu'il est cohérent pourrait être organisée. Cela nécessite d'autres experts. Il pourrait y avoir des personnes qui sont parfois experts côté groupe de travail et parfois experts côté relecteur et qui permettraient d'aller jusqu'au processus de méthode dans la production d'un avis scientifique.

### 9.3 ORGANISATION POUR PERMETTRE AUX DÉCIDEURS DE DISPOSER D'UNE EXPERTISE UTILE EN TEMPS DE CRISE

La crise sanitaire a montré que des données qui venaient du terrain n'ont pas toujours été interprétées, ou prises en compte.

Des mesures ont été prises dans l'urgence sans prendre en compte leur éventuel impact négatif à moyen ou long terme. Ce sont des mesures qui avaient du sens dans le contexte aigu. Or quand la crise a commencé à se chroniciser ce mode d'intervention a perduré, avec par exemple des stratégies de confinements à répétition qui ont pu favoriser certaines problématiques notamment de santé mentale.

En termes d'aide à la décision les travaux de recherche les plus mobilisés par les décideurs ont été ceux relatifs à la modélisation. La pluralité des expertises n'a pas toujours pu être prise en compte en temps réel.

Pendant la période de crise, il y avait un besoin d'expertise dans des temps très courts, ce qui supposait une disponibilité importante. Beaucoup d'experts font partie de la fonction publique ou d'entreprises publiques et pourraient être mis à disposition un temps donné pendant ces périodes avec éventuellement une indemnisation de la structure (c'est par exemple déjà prévu dans les statuts du HCSP).

Le comité des saisines de la DGS (qui a disparu) permettait aux décideurs de mieux coordonner les expertises entre elles, et de mieux suivre ainsi la charte de l'expertise sanitaire.

#### Besoins

Il est important de définir ce qui est entendu par les pouvoirs publics d'une expertise utile. Ce que le décideur attend de l'expert. Actuellement il y a des navettes lors des saisines afin de mieux comprendre la question, les attentes...

### Propositions

R104. En temps de crise, privilégier le maintien du recours aux instances existantes, s'interroger sur la plus-value des nouvelles instances d'expertise, développer la pluridisciplinarité, la collégialité et la lisibilité, coordonner les travaux, se donner les moyens d'être réactif.

R105. Publier rapidement les avis des instances d'expertise.

R106. Garantir l'indépendance des instances d'expertise.

R107. Structurer l'expertise qui doit s'appuyer sur un réseau de ressources mobilisables sur la base d'appels à candidatures. Disposer d'une base de données d'experts avec un volet d'experts membres, et un volet d'experts mobilisables sur des sujets identifiés (cf. HCSP, ANSES, INSERM ...), avec un système de suppléants des membres titulaires des commissions.

## 9.4 ANTICIPATION ET PROSPECTIVE

Généralement, ce qui est demandé à l'expert c'est l'état de l'art : la situation actuelle et l'anticipation. Mais la prospective est un domaine d'expertise à part entière qui demande une formation.

L'analyse des risques est un domaine peu connu en santé publique, alors qu'il est un des fondements de la gestion de la santé environnementale.

### Proposition

R108. Former les experts à l'analyse des risques et à la démarche prospective.

## 10 GOUVERNANCE / TERRITORIALISATION

### 10.1 GOUVERNANCE ET DISPONIBILITÉ DES DONNÉES DE SANTÉ

Les diagnostics territoriaux et le suivi des programmes nécessitent de disposer de données locales et infra-départementales. Celles-ci sont rares, peu connues et donc peu utilisées.

L'utilisation de bases de données (BDD) existantes, pour des objectifs différents de ceux pour lesquels elles ont été créées, peut fausser les analyses.

---

*Par exemple :*

*L'utilisation des données de l'assurance maladie a vocation à donner des informations sur le remboursement de soins (le diagnostic est indiqué pour obtenir la prestation attendue)*

*Chaque Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) choisit les critères de personnes accompagnées avec des spécificités départementales. Leur utilisation pour d'autres objectifs peut introduire des biais de renseignements.*

*Une étude croisant les données de plusieurs organismes, par exemple sur le poids de naissance, a montré que les données étaient différentes entre 3 organismes pour un même individu.*

Il est essentiel de définir en amont qui utilise des données de santé, qui peut en disposer et dans quelles conditions. Les chercheurs sont demandeurs et tirent grand profit de leur utilisation, mais il se pose des questions éthiques autour de la confidentialité, du libre droit d'accès aux données individuelles. Le choix et les modalités du recueil des données de santé introduisent une dialectique entre la rigueur méthodologique de la recherche et la nécessaire protection des personnes bénéficiaires de mesures équitablement réparties.

### Besoin

Une réflexion sur la nature des données utiles pour une évaluation d'impact en santé publique est nécessaire.

### Propositions

R109. Assurer l'accès aux données sur les déterminants de santé et sur la santé des populations, avec une granularité fine afin de permettre de définir des stratégies d'intervention en santé publique et de les évaluer.

R110. Travailler localement et faire connaître aux personnes les données existantes localement, et assurer un partenariat entre les structures qui gèrent ces données.

## 10.2 MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE, EN PARTICULIER PAR LES EXERCICES DE PLANIFICATION

La France s'est engagée dans un processus de planification depuis plusieurs décennies, dans le domaine de la santé. Certains plans sont mis en œuvre et sont renouvelés, d'autres montrent rapidement leurs limites. Une seule planification nationale est insuffisante, celle-ci devrait être reprise à l'échelon territorial.

A partir de 2013, la démarche de santé publique a été structurée dans le cadre de la SNS qui définit le cadre de l'action publique et qui est déclinée en feuilles de route.

En 2018, dans son avis relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention,

*« Le HCSP relève une très forte carence en évaluation des expérimentations et l'absence de partage des bonnes pratiques en région et entre régions. Par ailleurs, si la question des liens avec la recherche est reconnue comme prioritaire, les acteurs de terrain ne savent pas à qui s'adresser ou ne disposent pas, en région, des ressources expertes nécessaires à la mise en place de projets de recherche dans le domaine. » [17].*

## Propositions

R111. Définir une organisation rationnelle avec des stratégies et des outils concrets, structurés, des référentiels de bonnes pratiques, des opérateurs stables pour les mettre en application, un système de veille, des innovations, un système d'évaluation<sup>34</sup>.

R112. Organiser la santé publique en 3 niveaux au niveau régional voire infra régional :

- Niveau expertise et évaluation en santé publique : une structure qui fédère sur l'évaluation et l'expertise rassemblant des universitaires, des acteurs de terrain voire des institutions qui pourraient contribuer à la réalisation d'expertise et d'évaluation d'impact en région. La DGS a initié un recensement en région sur les structures régionales de santé publique comme les CERReSP, l'Ispep en Nouvelle-Aquitaine ou le pôle fédératif de recherche et de formation de Bourgogne-Franche-Comté ;
- Niveau formation et recherche en santé publique : la création d'écoles de santé publique régionales ou infra-régionales permettrait d'avoir la formation et la recherche ;
- Niveau responsabilité populationnelle : responsabilité populationnelle et territoriale des acteurs locaux qui doit être partagée par les différents opérateurs sur un territoire : établissements de santé, IREPS, ORS, soins primaires, CPTS, ... avec une conception de la santé sous la forme de parcours de vie autour de la personne.

### 10.3 GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE (ADMINISTRATION CENTRALE, ASSURANCE MALADIE, RELATION TUTELLES-AGENCES, RELATIONS INTERSECTORIELLES ...)

En matière de relations intersectorielles, les efforts de mise en place de dispositifs institutionnels sont notables.

#### *Par exemple*

La coordination des agences via le CASA (Comité d'animation du système d'agences) :

Le CASA a été mis en place par la DGS et regroupe toutes les agences sanitaires ainsi que la Haute Autorité de santé (HAS) pour mettre en commun les travaux d'organisation de l'expertise et l'élaboration de procédures. Il se réunit chaque mois.

La réunion de sécurité sanitaire (RSS) :

Lors des réunions hebdomadaires sur les alertes sanitaires (réunion de sécurité sanitaire), chaque agence sanitaire est représentée ainsi que le ministère de la Santé, et le HCSP. Il s'agit plus d'un espace d'échange d'informations que d'un espace politique.

Le comité interministériel pour la santé (CIS)

Le comité interministériel pour la santé, créé par le Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014, est chargé de veiller à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la réduction des inégalités de santé, de favoriser la prise en compte de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques, et de veiller à ce que la coordination des politiques publiques en faveur de la santé soit assurée au niveau régional. Ce comité regroupe autour du Premier ministre tous les ministres. Il se réunit peu et en général sur un seul thème ce qui est limité. Si la volonté d'intersectorialité doit être affichée, il reste à identifier les obstacles à sa mise en œuvre

Les réunions sont préparées par le Comité permanent restreint (CPR) pour lequel chaque ministre désigne un haut fonctionnaire,

Les établissements publics autonomes ont des missions spécifiques et une forme « d'indépendance ». Chaque établissement a pu prendre la mesure de sa mission, de son champ de responsabilité. Cependant les frontières entre les agences ont pu évoluer en fonction de leur développement.

## Propositions

<sup>34</sup> cf. rapport Alain Lopez

R113. Renforcer le rôle de coordination des instances mises en place par le niveau national (CASA, CIS, RSS).

R114. Repréciser les frontières actuelles entre les différentes agences sanitaires d'expertise.

R115. Inciter aux conventions entre structures ou protocoles interagences sur certaines thématiques (exemple protocole de fonctionnement entre SpF, l'Anses, le HCSP et la HAS pour la gestion des sites et sols pollués et la protection de la population [19]).

#### 10.4 ARTICULATION ENTRE POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE AUX ÉCHELONS NATIONAUX, RÉGIONAUX ET LOCAUX

Au niveau régional il est nécessaire de contextualiser les mesures nationales afin de les adapter aux besoins des territoires et des populations en prenant en compte les spécificités des différentes régions. Par exemple, les problématiques de consommation d'alcool ou de diabète ne se déclinent pas de la même façon en fonction des besoins du territoire et du contexte régional.

Les départements ont vu leurs compétences se réduire et sont oubliés dans les grandes thématiques nationales.

On note, à l'échelle locale, un problème d'opportunité, de lisibilité, voire de compétition avec des intérêts qui peuvent se situer hors champ.

Les communes récupèrent l'ensemble des compétences d'intervention sanitaire et sociale, mais sont trop diverses dans les moyens mis en œuvre pour donner une lecture unique de l'efficacité de leurs interventions qui dépendent des crédits des municipalités. Certaines villes ont gardé une compétence en santé avec des Services communaux d'hygiène et de santé (SCHS)<sup>35</sup>, il y a aussi les villes santé OMS,

Les vagues progressives de la décentralisation ont nourri les territoires où de bonnes dynamiques ont été initiées dont il faudra analyser les atouts et les obstacles. Aujourd'hui des contre-effets peuvent être observés avec une tendance à une recentralisation partielle.

Les conférences régionales de santé ont donné une impulsion au même titre que les dispositifs décentralisés : CLS, et plus récemment les CPTS, ...

Les Ateliers Santé Ville (ASV) sont un dispositif original de conventions pluriannuelles entre l'État et les initiatives locales. Ils articulent le national et le local. L'État français est traditionnellement protecteur et il l'est dans le soutien des politiques locales de santé, le modèle d'origine étant la politique de la ville. Les ASV s'illustrent dans la promotion d'actions de développement local et ont su fédérer des initiatives publiques et privées. L'intérêt de ces dispositifs a été montré en 2013 dans un avis du HCSP [20].

*« Les ASV sont un des moyens dont se sont dotées les politiques publiques pour soutenir le développement de programmes de santé publique à l'échelon local, dans le cadre d'une coopération entre l'État et l'échelon communal ou intercommunal ; ce qui constitue un exemple unique dans le champ des politiques sanitaires.*

---

<sup>35</sup> Rapport des inspections générales de 2009 : Evaluation du fonctionnement des services communaux d'hygiène et de santé

<https://www.vie-publique.fr/rapport/30676-evaluation-du-fonctionnement-des-services-communaux-dhygiene-et-de-sant>

*Leurs champs d'intervention se caractérisent, d'une part, par leur diversité qui tient à la nécessité de prendre en compte les spécificités des individus, des populations et des quartiers et, d'autre part, par leur capacité à combiner les enjeux propres à la territorialisation des politiques de santé avec ceux de l'intersectorialité des déterminants de la santé. [...]*

*Dans le processus de mise en place des projets ASV, différents moments sont distingués. En pratique et successivement : la prise de conscience et la sensibilisation aux problématiques de santé locales de tous les acteurs au moment de la réalisation initiale du diagnostic des besoins locaux, piloté par le coordinateur ASV ; puis la connexion avec toutes les politiques et ressources locales concernées (notamment de droit commun) - pas seulement strictement sanitaires - au moment de la mobilisation des opérateurs et de la définition des actions et programmes identifiés comme prioritaires (le coordonnateur ASV n'étant ici jamais lui-même opérateur). »*

Les Plans Régionaux Santé Environnement ont créé des dynamiques locales d'intervention, d'amélioration de connaissances, de promotion et formation à la santé rassemblant l'Etat et les ARS, des centres ressources, des collectivités territoriales, des associations...

Les PRSE seraient également à mieux connecter aux autres politiques de santé publique aux différents échelons.

### Proposition

R116. Articuler les politiques de santé publique aux différents échelons territoriaux, et mieux associer les départements et les dispositifs de terrain à la définition des stratégies locales.

R117. Évaluer régulièrement les stratégies et les expérimentations mises en œuvre au niveau local.

## 10.5 LE FINANCEMENT, LA GOUVERNANCE ET LES OPÉRATEURS DIFFÉRENT EN FONCTION DE L'ÂGE (CNAM, CNAV, CARSAT, CNSA, DÉPARTEMENT, MÉDECINE SCOLAIRE...)

La santé publique est à la frontière entre le social, la santé, le juridique, l'environnement... qui communiquent insuffisamment et ont des territoires d'intervention différents.

Entre les secteurs de la prévention, du soin et du médico-social, il n'y a pas suffisamment de ponts et les modes de financement sont différents, ce qui ne va pas dans le sens d'une approche globale de la santé par les déterminants de santé et la prise en compte de la complexité des contextes.

Les modalités de financement des actions de la santé publique varient selon les territoires. Par exemple les collectivités peuvent déléguer leur compétence (par exemple la compétence de l'eau).

Les critères de financement ne sont pas partagés par les différents financeurs et cela nuit à la lisibilité des différents types de financements. Par exemple certaines MAIA ont pu constater que près de 60 types d'aides existent pour les personnes âgées avec plusieurs strates d'accessibilité : âge, résidence, état de santé, territoires, .... Cela est complexe au niveau territorial, les parcours et systèmes d'aide différent selon le territoire : inter-commune, CPTS, Territoire de santé, DAC, ... Il y a un problème majeur de coordination : Départements, ARS, mutuelles, CARSAT, GIRC/ARCO.

La coordination via la conférence des financeurs commence à être constructive sur certains territoires avec des appels à projets communs, guichet commun.

### Propositions

R118. Développer les espaces de concertation et d'échanges et accompagner les approches participatives dans les territoires.

R119. Homogénéiser les financements pour les compétences sur les territoires en les calculant sur la population actuelle de la collectivité (et pas sur des données démographiques jugées trop anciennes).

## 10.6 FINANCEMENT DES PROGRAMMES ET ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Les appels à projets en Prévention Promotion de la Santé (PPS) portent trop souvent sur des projets innovants. Il faut sortir de cette logique d'appel à projets soutenant l'innovation et soutenir de manière plus pérenne les acteurs de PPS dont les ARS connaissent les compétences.

### Proposition

R120. Sécuriser les financements de PPS comme pour le soin et le médicosocial et avoir des équipes d'ingénierie de terrain sur lesquelles s'appuyer pour réaliser les interventions et les évaluations.

## 10.7 PLACE DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ

Les usagers sont de plus en plus présents dans la prise de décision (CRSA). Cependant le poids des CRSA vis-à-vis des ARS reste à évaluer.

France Assos Santé prend de plus en plus sa place. Le champ de vision s'est élargi.

La participation institutionnelle par des représentants doit se distinguer de la représentation citoyenne.

### Propositions

R121. Penser la place des citoyens partenaires dans la prise de décision en santé publique (?).

R122. Développer la culture de la participation.

R123. Favoriser la parole des usagers et des citoyens y compris en période de crise.

## 10.8 TERRITORIALISATION

Des formes de contractualisation fermes avec des objectifs de santé publique opposables et un accompagnement financier seraient à mettre en œuvre pour permettre aux dispositifs territoriaux de santé publique d'exister et d'être performants.

En santé publique territoriale, par exemple en santé scolaire, l'organisation est basée sur les catégories professionnelles : médecins, infirmiers, qui dépendent de ministères différents. La pluridisciplinarité devient alors difficile. La notion de co-responsabilité entre les professionnels paraît féconde (plutôt que le suivi d'une ligne hiérarchique).

L'organisation au niveau local, comme dans le cadre des CLS, permet de coordonner les efforts : les associations, l'assurance maladie, les services de l'État, les collectivités. Depuis la réalisation de diagnostics locaux jusqu'à la mise en œuvre de réponses adaptées, il s'agit d'un modèle de construction de la santé publique au niveau local et un bon exemple d'innovation à la française,

mais c'est aussi un dispositif qui est sous-financé. Le principe de subsidiarité est insuffisamment respecté, le système bride un certain nombre d'initiatives.

### Propositions

R124. Mener des études d'impact en santé pour chaque politique territoriale mise en œuvre.

R125. Confier, en lien avec les ARS, aux structures territoriales des missions de santé publique propres à leur champ ou domaine de compétences comme l'urbanisation favorable à la santé, l'équipement des écoles favorables à la santé, ...

R126. Soutenir le cadre des Contrats Locaux de Santé et les évaluer régulièrement.

## 10.9 MIEUX ASSOCIER AUX DÉMARCHES DE SANTÉ PUBLIQUE LES ACTEURS CONCERNÉS (ÉLUS, USAGERS ...), SOIGNANTS DONT CEUX DES SOINS PRIMAIRES (MÉDECINS, PHARMACIENS, INFIRMIERS ...)

Pendant la crise du Covid-19 les réponses ont été produites à une cadence très rapide. En période de crise il est important de ne pas oublier certains acteurs tels que les experts de santé publique, les scientifiques, les acteurs de terrain, les collectivités territoriales ... Les acteurs de la santé publique territoriale n'ont pas été mobilisés par manque d'infrastructures en capacité de les mobiliser ou de les rendre lisibles.

Les comités locaux de promotion de la santé sont un bon exemple historique et fondateur de la territorialisation de la santé publique. Aujourd'hui il y a les CPTS, les CLSM, ...

Dans le domaine de la santé mentale, le travail en équipe pluri-professionnelle est historique (depuis les années 1950-1960). La pratique professionnelle est donc mise en commun. Il demeure cependant des difficultés de partage de la mise en œuvre, à partir de concepts souvent trop théorisés, s'éloignant des réalités du terrain.

Dans les CPTS, les professionnels se retrouvent par catégories mais ils doivent sortir des cadres pour travailler en interdisciplinarité.

### Proposition

R127. Donner des objectifs populationnels aux professionnels de santé dans les programmes de santé publique.

R128. Donner à l'hôpital une responsabilité en matière de santé publique locale et territoriale.

R129. Même en situation de crise, définir un cadre d'expression des usagers.

## SYNTHESE – PERSPECTIVE

Ce travail contributif du HCSP vise à réaliser un constat de la situation de la santé publique en France, en particulier en cette période de crise sanitaire exceptionnelle. Cette crise sanitaire sans précédent a effet joué un rôle à la fois - d'accélérateur des réformes nécessaires pour un système sanitaire et d'intervention en santé publique plus souple, réactif et adapté aux territoires et aux populations - et de catalyseur des forces expertales nécessaires à une santé publique reconnue, efficace et utile.

Ce travail contributif s'inscrit donc dans la volonté actuelle du Gouvernement de refonder la santé publique et a pour objectif de fournir à la mission en charge de cette refondation des éléments de réflexion et des préconisations.

**Cette réflexion (atouts et faiblesses du système de santé publique actuelle) s'accompagne d'un total de 129 (R1-R129) recommandations basées sur l'expertise des membres du Haut Conseil de la santé publique, synthétisée à partir de la méthodologie suivie et décrite dans ce document.**

Au total, le HCSP cible cinq priorités majeures structurantes, organisationnelles et d'actions à travers **23 recommandations structurelles** (R1-R23) pour adapter le système de la santé publique en France sur les domaines 1) de la gouvernance, 2) de la sensibilisation, la formation et des métiers, 3) de la recherche, 4) de l'organisation territoriale et 5) de l'approche internationale.

Plus en détails, le HCSP propose des constats en termes de besoins et **106 recommandations opérationnelles** en regard :

- Du développement de la culture de la santé publique (R24-R26)
- De la formation/métiers/disciplines en santé publique (R27-R48)
- De la recherche en santé publique (R49-R67)
- De la surveillance – Veille sanitaire (R68-R88)
- De l'expertise en santé publique (R89-R108)
- De la gouvernance/territorialisation (R109-R129)

En synthèse, la France dispose d'atouts pour la gestion et la protection sanitaire des citoyens basée sur une protection sociale forte et unique ayant pour objectif de garantir l'accès à tous au système de soin dans des conditions de sécurité sanitaire élevée sur l'ensemble du territoire et dans toutes les populations cibles. Malgré des avancées notables des dernières années sur la gouvernance nationale en matière d'organisation structurelle (SpF, CNS et ses déclinaisons régionales et territoriales, CRSA, CPTS, CLS...) et d'expertise (SNS, PNSP...), certains domaines de la santé publique restent à conforter ou à renforcer dans une approche populationnelle (ex. ISS, ISTS, prise en compte des impacts en SHS...).

Dans une démarche de démocratie participative des citoyens sur leur santé, les approches de promotion de la santé, de prévention et d'éducation thérapeutique doivent être priorités et déclinés. Afin d'asseoir cette véritable politique de santé publique, celle-ci doit être financée et déclinée par des professionnels de santé publique d'origine médicale ou non, identifiés et valorisés par une formation complète ayant pour objectif l'expertise de l'exercice de leur métier dans les nombreux axes d'une approche populationnelle (ex. gestion de risque, anticipation et gestion des crises sanitaires, PMI, milieux scolaires, territoires fragilisés, qualité de vie tout au long de la vie / maladies chroniques, santé et environnement, politique intégrée de santé de l'enfance...). Dans le même temps, les citoyens doivent être acculturés à la santé publique pour une meilleure compréhension des enjeux et observance des mesures de prévention.

Enfin, pour qu'une politique globale et intégrée de santé publique soit prise en compte, il convient de développer une culture de la santé publique auprès des personnes en charge de la gouvernance nationale, régionale et territoriale.

En conclusion, la crise sanitaire actuelle liée à la pandémie Covid-19, véritable évènement sanitaire chronique infectieuse mais aussi syndémique, nécessitant la prise en compte de très nombreux déterminants (sociaux, comportementaux, politiques, économiques, éthiques, de promotion de la santé et de prévention, communication, innovation, numérique, gestion des risques...) ayant un fort impact sur la société et la santé de la population, représente une formidable occasion de proposer des évolutions en termes de santé publique, depuis sa (re)définition jusqu'à la mise en œuvre de politiques efficaces et utiles pour le citoyen, cadrées par des organisations d'expertise coordonnées et inter-opérationnelles aux niveaux national, régional et local.

Ce document du HCSP basé sur une approche « comprendre (constat), anticiper (dangers, leviers), et proposer (129 recommandations) doit renforcer et participer à la réflexion et aux préconisations du Collège en charge de la mission nationale de refondation de la santé publique.

Les pilotes de ce travail remercient l'ensemble des experts du HCSP pour leur investissement dans ce travail.

## 11 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Didier PITTET, Laurence BOONE, Anne-Marie MOULIN, Raoul BRIET, Pierre PARNEIX Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques. Mars 2021
- [2] Charles-Edward WINSLOW dans Science en 1920. Cité in Didier FASSIN. Faire de la santé publique. Presses de l'EHESP. 2008
- [3] WHITMEE S, HAINES A, BEYRER C, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch : report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on Planetary Health. The Lancet 2015 ; 386 : 1973–2028.OMS. Définition de la Santé Publique. 1988
- [4] Organisation mondiale de la santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, [www.who.int/governance/eb/who\_constitution\_fr.pdf]
- [5] Organisation mondiale de la santé. Glossaire de la promotion de la santé, Division de la promotion, de la communication pour la santé, service éducation sanitaire et promotion de la santé, Genève, 1999, [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\_HPR\_HEP\_98.1\_fre.pdf ]
- [6] Haut Conseil de la santé publique. Evaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique : PNSP (2019)
- [7] Jean-François D'IVERNOIS, Rémi GAGNAYRE. L'éducation thérapeutique. Une pédagogie au service de la santé publique. ADSP N° 100. 2017
- [8] Projet de Loi de financement de la sécurité sociale pour 2021
- [9] Rapport HCSP : Les inégalités de santé en Guyane : état des lieux et préconisations <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1007>
- [10] BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier. Traité de santé publique. 2007
- [11] Haut Conseil de la santé publique. Premier AVIS Relatif à l'évaluation du service sanitaire des étudiants en santé. 18 juin 2020
- [12] JABOT Françoise, LONCLE Patricia. Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers. Dans Santé Publique 2007/hs (Vol. 19), pages 21 à 35
- [13] LAURENT Anne, LOMBRIL Pierre. Des stratégies de promotion de la santé souvent «évoquées», encore trop peu «pratiquées». ADSP N° 113. Mars 2021
- [14] SAMBUC Roland. Les défis de la formation en santé publique. ADSP n°55. Juin 2006
- [15] KOCH Nathalie. L'importance du rapport Flexner pour la formation médicale. Bull Med Suisses. 2019;100(0102):24-27 Date de publication: 02.01.2019. <https://doi.org/10.4414/bms.2019.17420>
- [16] Haut Conseil de la santé publique. AVIS relatif à la crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé. 22 juillet 2021
- [17] Haut Conseil de la santé publique. AVIS Relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention. 31 juillet 2018
- [18] Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Avril 2013
- [19] Protocole de fonctionnement entre Santé publique France (SpFrance), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), le Haut conseil de santé publique (HCSP) et la Haute autorité de santé (HAS) pour la gestion des sites et sols pollués et la protection de la population
- [20] Haut Conseil de la santé publique. AVIS relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé Place des Ateliers santé ville. 20 mars 2013

## 12 ANNEXES

## ANNEXE 1 -LISTE DES PARTICIPANTS

Participants		Commissions spécialisées HCSP	Groupes de travail permanents
Aho-Glélé	Ludwig Serge	CS3SP Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients	
Berr	Claudine	Inserm, expert externe	Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes
Billette de Villemeur	Agathe	CSMC Commission spécialisée maladies chroniques	Politique de santé de l'enfant globale et concertée
Bonnefoy	Marc	CSMC Commission spécialisée maladies chroniques	
Breton	Eric	CS3SP Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients	Stratégie nationale de santé et indicateurs
Brignon	Jean-Marc	CSRE Commission spécialisée risques liés à l'environnement	
Burucoa	Christophe	CSMIME Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes	
Cailhol	Johann	CSMIME Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes	
Cambon	Linda	CSMC Commission spécialisée maladies chroniques	
Cazelles	Bernard	CSMIME Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes	Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes
Cazenave-Roblot	France	CSMIME Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes	
Claudot	Frédérique	CS3SP Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients	Sécurité des éléments et produits du corps humain (Secproch)
Collomp	Rémy	CS3SP Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients	
Ecoffey	Claude	CS3SP Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients	
Faliu	Bernard	Secrétaire Général du HCSP	
Floreani	Sylvie	Secrétariat général, Chargée de mission (CSMime) SG HCSP	
Gehanno	Jean François	CSMIME Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes	Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes
Gignon	Maxime	CS3SP Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients	
Grosclaude	Pascale	CSMC Commission spécialisée maladies chroniques	Stratégie nationale de santé et indicateurs

<b>Halley des Fontaines</b>	<b>Virginie</b>	Présidente de la CSMC Commission spécialisée maladies chroniques	
<b>Hartemann</b>	<b>Philippe</b>	CSRE Commission spécialisée risques liés à l'environnement	
<b>Hoën</b>	<b>Bruno</b>	CSMIME Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes	Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes
<b>Jaeger</b>	<b>Marcel</b>	CSMC Commission spécialisée maladies chroniques	
<b>Julia</b>	<b>Chantal</b>	CSMC Commission spécialisée maladies chroniques	
<b>Lacoste</b>	<b>Olivier</b>	CS3SP Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients	Stratégie nationale de santé et indicateurs Inégalités sociales de santé (ISS)
<b>Lepelletier</b>	<b>Didier</b>	Vice-président de la CS3SP Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients	Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes
<b>Mansour</b>	<b>Zeina</b>	Vice-Présidente du HCSP	Stratégie nationale de santé et indicateurs
<b>Marano</b>	<b>Francelyne</b>	Présidente de la CSRE Commission spécialisée risques liés à l'environnement	Stratégie nationale de santé et indicateurs
<b>Meunier</b>	<b>Julie</b>	Stagiaire au SG HCSP	
<b>Michel</b>	<b>Philippe</b>	Président de la CS3SP Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients	Stratégie nationale de santé et indicateurs
<b>Millot</b>	<b>Isabelle</b>	CSMC Commission spécialisée maladies chroniques	Stratégie nationale de santé et indicateurs
<b>Monnet</b>	<b>Elisabeth</b>	Collège	Inégalités sociales de santé (ISS)
<b>Nicand</b>	<b>Elisabeth</b>	CSMIME Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes	Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes Sécurité des éléments et produits du corps humain (Secproch)
<b>Pariente-Khayat</b>	<b>Ann</b>	Secrétariat général, coordinatrice (CS3SP)	
<b>Payrastré</b>	<b>Laurence</b>	CSRE Commission spécialisée risques liés à l'environnement	
<b>Rabaud</b>	<b>Christian</b>	CS3SP Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients	Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes
<b>Roubaty</b>	<b>Jean-Louis</b>	CSRE Commission spécialisée risques liés à l'environnement	
<b>Setbon</b>	<b>Michel</b>	CSRE Commission spécialisée risques liés à l'environnement	Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes Sécurité des éléments et produits du corps humain (Secproch)
<b>Vernazza</b>	<b>Nicole</b>	CSMIME Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes	

## 12.1 ANNEXE 2 - LA SANTÉ MONDIALE – THINK TANK SANTÉ MONDIALE 2030

« La santé mondiale désigne l'ensemble des enjeux de santé humaine qui transcendent les frontières nationales. Les politiques de santé mondiale cherchent à améliorer la santé de l'ensemble des populations dans le monde, dans un esprit d'équité, de solidarité et d'efficacité. Elles visent la prise en charge des besoins essentiels des personnes, ainsi que la construction de systèmes de santé durables et équitables. Ces politiques se donnent pour objectif de renforcer la promotion de la santé, la prévention, la couverture des soins curatifs ou palliatifs, la protection contre les risques financiers liés à la maladie. Elles entendent aussi améliorer l'efficacité des interventions d'urgence dans les contextes de crise sanitaire. La santé mondiale engage à la fois les acteurs publics nationaux et internationaux, les professionnels de santé, les chercheurs, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les citoyens. Elle appelle des réponses collectives et une coordination des efforts à l'échelle internationale.

- La santé mondiale constitue un domaine de l'aide internationale
- La santé mondiale est un enjeu central du développement durable
- Le secteur de la santé est également un domaine de croissance et une source d'emploi importante
- La santé est enfin un enjeu incontournable de la sécurité
- Depuis quelques années, les études en santé mondiale sont devenues un domaine de la recherche internationale
- L'aide publique multilatérale en santé tend à stagner depuis 2014

Les acteurs de la santé mondiale doivent s'appuyer sur une vision stratégique qui accepte la complexité des enjeux sanitaires internationaux. Ils doivent aussi être capables de définir de grandes priorités susceptibles de relever, à long terme, les défis posés par la mondialisation, l'intensification des échanges humains, les transitions démographiques et les bouleversements engendrés par le changement climatique. »