Annexe 3 à CFR Echos n°096 - Juin 2022

DESSINER LA SANTÉ PUBLIQUE DE DEMAIN

Combler en 10 ans le retard en espérance de vie en bonne santé

Améliorer le système de santé et pérenniser le système de protection sociale

Promouvoir la santé

RAPPORT

F. Chauvin | Novembre 2021

CONTEXTE

Le 21 octobre 2011, la Déclaration politique de Rio était adoptée. Tenue pendant trois jours à Rio de Janeiro, la conférence mondiale rassemblait plus de 125 États membres pour engager l'action mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. Cette Déclaration s'appuie sur une série de documents fondamentaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), notamment la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, la Charte d'Ottawa de 1986 et le rapport final de 2008 de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Cette déclaration, appelant à mettre en œuvre des politiques de santé publique axées sur les déterminants de santé, proposait une série d'actions fondements d'une politique de santé publique (Annexe 1).

Cet appel à l'action a donné lieu à une résolution ("Réduire les inégalités en matière de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé") signée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2012. La France, comme d'autres pays, a engagé depuis une modification de son système de santé mettant en œuvre les principes de la déclaration de Rio.

Dix ans plus tard, la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a mis à jour l'enjeu de résilience de son système de soins, l'importance de la prévention comme unique recours en l'absence de traitement curatif, mais aussi les faiblesses du système de santé publique français dont le rapport de la commission présidée par le professeur Didier Pittet a donné les premiers éléments d'analyse, pointant la faiblesse historique de la santé publique. Il souligne la dispersion des équipes de recherche, le déficit d'image et de légitimité de Santé publique France (SpF), le déficit de culture de prévention du risque infectieux tant chez les professionnels de santé que dans la population, les lacunes en matière d'épidémiologie de terrain et les limites des systèmes d'information en santé qui ne permettent pas de répondre aux besoins d'informations et d'indicateurs nécessaires au pilotage d'une crise. Le rapport Pittet propose de renforcer la santé publique, l'expertise scientifique et le pilotage de l'offre de soins.

Le système de santé français, et particulièrement le système de soins, a largement contribué à l'amélioration de la santé de la population, mesurée par différents indicateurs, comme l'espérance de vie à la naissance. Ce système est cependant insuffisamment développé dans son versant santé publique avec pour conséquence des indicateurs de santé peu favorables en matière d'espérance de vie en bonne santé, de santé mentale ou encore d'inégalités sociales de santé. Ce déséquilibre entre les moyens consacrés aux soins et ceux consacrés à la prévention collective et plus largement, à la promotion de la santé dans toutes les politiques est source d'inefficience dans l'économie globale des dépenses de santé et dans les dépenses de soins en particulier.

Ces constats, comme celui de la faiblesse de l'investissement et du budget de fonctionnement de la prévention institutionnelle qui est resté inférieur à 0,2% de son produit intérieur brut (PIB) depuis plus de 10 ans, ont amené la France à engager une réflexion pour refonder son système de santé publique à court terme.

C'est l'objet de ce rapport commandé par le ministre des Solidarités et de la santé. Il propose, sur la base d'un modèle cible à atteindre, de l'analyse de l'environnement international, des retours d'expérience disponibles à l'issue de la crise liée à la pandémie, d'une série d'auditions et de contributions des acteurs de la santé publique, une évolution en profondeur de l'organisation du système de santé publique français.

La crise actuelle du système de soins français rend urgente l'évolution du système de santé. En effet, la France se différencie des autres pays développés par des choix faits il y a plus de 50 ans et réaffirmés à plusieurs reprises. Avec un système de soins performant et longtemps évalué comme l'un des meilleurs du monde mais des systèmes de soins primaires et de prévention peu dotés et peu organisés, la France a vu l'évolution de ses principaux indicateurs de santé confirmer le diagnostic fait par Gruenberg[1]. L'augmentation des inégalités de santé y compris pour ce qui concerne l'espérance de vie [2], l'évolution de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques[3], la stagnation de l'espérance de vie en bonne santé ou de l'espérance de vie sans incapacité[4] alors que l'espérance de vie continue à augmenter sont autant de constats objectivant les tensions actuelles et cruciales du système de santé français. Le déséquilibre s'aggrave entre les dépenses hospitalières, celles de soins de ville et de celles de prévention. Le système de santé français est jugé coûteux et axé sur les soins techniques par l'OCDE[5].

Pour considérer une réorganisation de notre système de santé, il convient de lui fixer des objectifs à moyen et à court terme. Le principe de protection de la santé est inscrit en France dans l'alinéa 11 du préambule de la constitution de 1946 [6], dont elle n'est cependant pas l'objet exclusif. De ce fait, la santé est une fonction régalienne de l'État. Ce principe n'impose pas seulement d'agir pour garantir cette protection, notamment par l'accès aux soins, mais il peut aussi imposer l'obligation de ne pas porter atteinte à la santé de l'individu[7].

Augmenter l'espérance de vie en bonne santé

L'allongement de l'espérance de vie en bonne santé est un objectif que n'a pas atteint le système de santé français durant les 50 dernières années. Alors que l'espérance de vie globale a considérablement augmenté moins d'1 français sur 2 arrive à l'âge de 65 ans en bonne santé selon définition internationale.

L'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé doit être l'objectif du système de santé français durant les années à venir. Grâce à une politique de prévention affirmée, à l'action sur les déterminants de la santé et à une réorganisation du système de santé publique, il est possible de fixer à 10 ans une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé permettant ainsi à la France de rattraper son retard sur d'autres pays notamment européens.

---

[1] Gruenberg EM. The failures of success. 1977. Milbank Q. 2005;83(4):779-800. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00400.x

[2] https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895

[3] 2021-07_rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladies https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021-07_rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladie_1.pdf

[4]https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781

[5]https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr

[6] https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946

[7] Ainsi à différentes reprises, le onzième alinéa a été invoqué en ce sens par les requérants contre des dispositions législatives au motif qu'elles auraient une incidence potentiellement néfaste sur la santé de l'individu ou de la population

Réduire les inégalités de santé

La réduction des inégalités sociales de santé (ISS) fait partie des objectifs de santé publique réaffirmés à plusieurs reprises depuis la SNS de 2013 puis dans la loi de modernisation du système de santé de 2016 ou dans la SNS 2018-2022. Au niveau régional, les ARS, créées par la loi de 2009, ont affiché, elles aussi, cette priorité dans les plans régionaux de santé de chaque région. Malgré l'affichage de la lutte contre les inégalités de santé dans les différentes politiques publiques depuis 10 ans, la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a montré la fragilité des populations les plus démunies. Par ailleurs, de nombreux indicateurs ne montrent pas d'amélioration dans ce domaine[8]. Ainsi, les indicateurs d'espérance de vie, de mortalité évitable et de mortalité prématurée montrent de grandes disparités entre les groupes sociaux et les territoires, la France étant un des pays de l'OCDE dans lequel ces différences sont les plus importantes. La réduction des inégalités de santé mesurées par ces indicateurs doit être la seconde priorité d'un système de santé publique refondé.

Mieux préparer notre système aux enjeux

Construit pour prendre en charge les maladies aigues et faire émerger l'excellence par l'appropriation de technologies d'intervention médicamenteuses et non-médicamenteuses de plus en plus performantes, notre système de santé a été récemment progressivement adapté pour prendre en compte des changements démographiques et épidémiologiques qu'il s'agisse de la prise en charge des maladies transmissibles (ex. la tuberculose), des maladies non-transmissibles (ex. les cancers) puis des maladies aigues nécessitant des soins ponctuels. Ainsi, les ressources du système de santé ont été très majoritairement orientées vers les soins. Cependant les constats exposés ci-dessus ont amené à faire de la prévention une priorité dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé puis [9] dans la SNS 2018-2022 [10] et sa déclinaison à travers notamment la création du premier Plan national de santé publique (PNSP) en France puis le plan « Ma santé 2022 ». Cette impulsion à elle seule n'a pas suffi à renforcer suffisamment la dynamique générale de santé publique et à traduire dans les faits cet effort voulu pour mettre en place au niveau national comme sur l'ensemble du territoire une politique de prévention à la hauteur des enjeux. L'adaptation de notre système de santé et de santé publique pour atteindre les objectifs exposés ci-dessus reste donc d'actualité et constitue en soi un objectif pour les années à venir.

[8] Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution Gwenn Menvielle, Thierry Lang. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=1174

[9] https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/

[10] https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022

10 CHANTIERS POUR REFONDER LA SANTE PUBLIQUE

L'évolution de notre système de santé repose sur quatre valeurs : l'équité, la solidarité, la transparence et l'efficience. Il est construit en tenant compte de cinq principes d'action : repositionner la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) au cœur des politiques ; établir la santé en tant que paramètre d'intervention et d'évaluation de toutes les politiques publiques ; renforcer la mise en œuvre territoriale de la santé publique ; promouvoir la démocratie en santé et appliquer une approche dite de « One Health » (une seule santé) qui vise à développer les collaborations interdisciplinaires entre la santé humaine, animale et environnementale.

La refondation du système de santé publique français doit aussi s'appuyer sur l'innovation : innovation scientifique stimulant le progrès des connaissances concernant l'évaluation du risque, sa gestion par des mesures éprouvées ; innovations technologiques concernant les systèmes d'information et les traitements de données ; innovations sociales permettant de s'adresser aux différentes populations ; innovations organisationnelles pour accompagner ces changements.

Dix chantiers sont proposés pour refonder la santé publique en cinq ans.

1. Développer une culture de santé publique en France

La mise en œuvre d'un plan quinquennal de développement de la littératie en santé avec l'Éducation nationale, les entreprises et les collectivités territoriales (activités périscolaires des communes ...) constituent une priorité. Cet objectif de déploiement des compétences en santé dès le plus jeune âge (dans les écoles primaires) ainsi que tout au long de la vie est essentiel à la réduction des inégalités et au renforcement de la démocratie sanitaire. De même, une culture commune de santé publique est le socle sur lequel peut être construite une politique favorable à la santé. Elle concerne toutes les parties prenantes du système de santé publique (décideurs, experts, bénéficiaires, population).

2. Adapter le système de gouvernance et de financement de la santé publique aux enjeux

Les objectifs de santé publique doivent être partagés avec la représentation nationale. Il est proposé le vote d'une loi de programmation de santé publique quinquennale par le Parlement intégrant une Stratégie nationale de santé (SNS) et un programme national de recherche en santé publique. Elle comprendra donc les objectifs de santé publique à atteindre et les financements afférents. Elle est ainsi le moyen de passer à une logique de priorisation visant des mises en œuvre effectives, combinant approche par les risques et approche par population. Cela suppose notamment de rapprocher la santé publique de l'offre en soins et du médico-social.

A cet effet, le vote du Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) sera précédé d'un débat parlementaire autour de l'évaluation et des orientations

stratégiques de santé publique et de la mise en œuvre de la SNS. Le PLFSS identifiera un sous-objectif des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en santé publique, en cohérence avec la loi de programmation pluriannuelle de santé publique. D'autres sources de financement[11] seront également mobilisés.

La gouvernance doit évoluer avec la mise en place d'un comité dédié présidé par le ministre chargé de la santé. Le principe de « santé publique dans toutes les politiques » sera concrétisé avec la fonction de délégué interministériel à la santé publique confiée au DGS, mais aussi par un rôle intersectoriel renforcé des ARS aux niveaux régional et territorial. D'autres actions tangibles de mise en œuvre de ce principe concernent l'introduction systématique d'un « volet santé » dans les actions publiques, la production d'études sur les impacts concernant la santé des politiques menées et leur publication. Ces mesures contribuent également à un renforcement de la démocratie sanitaire et de la transparence.

3. Faire évoluer les structures de santé publique

Un Institut français de Santé Publique (IFSP) assurera au niveau national des missions en santé publique dans le domaine de la formation, de l'expertise, de la recherche, de l'anticipation et de la prospective. Il s'agit d'un pôle fonctionnel rassemblant notamment les agences nationales de santé et les instances œuvrant dans ces domaines[12]. Il assume de nouvelles missions visant à renforcer la formation, à structurer l'expertise, à développer l'innovation en santé publique, la prospective et la modélisation ainsi qu'à amplifier la production de recherches en santé publique. Ce pôle comportera un service public de modélisation et de prospective en santé, nouvellement créé. Parallèlement, un pôle fonctionnel « Pratiques et produits de santé » rassemblant les agences concernées[13] sera créé. Chacun de ces 2 pôles fonctionnels sera doté d'une structure d'expertise et d'aide à la décision : le Haut Conseil de la santé publique pour le pôle fonctionnel « Santé publique » et la Haute Autorité de santé pour le pôle fonctionnel « Biomédecine, pratiques et produits ». Chacune des structures sera doté d'un conseil de démocratie en santé.

Le pilotage de la mise en œuvre du programme de recherche en santé publique sera confié à l'IFSP qui établira un partenariat avec l'Agence nationale de la Recherche (ANR) pour confier à celle-ci le développement de la recherche en santé publique d'amont, tout en identifiant les thèmes prioritaires pour la santé publique.

Un conseil scientifique, mobilisable notamment en cas de crise, est créé au sein de l'institut et composé de la gouvernance de l'Institut, du président de l'instance d'expertise (Haut Conseil de santé publique, HCSP) et des directeurs généraux des agences sanitaires, des directeurs ou

[11] Notamment comprenant des fonds européens (Fonds européens de développement régional FEDER, Fonds Social Européen FSE, Plan de relance et de résilience (PNRR), Programmes d'investissements d'avenir (PIA)..

[12] Agence Nationale de Santé Publique (Santé publique France), l'Agence Nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et l'INCa. L'EHESP sera associée à ce pôle.

[13] Agence de la Biomédecine (ABM), l'Établissement français du sang (EFS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'ANSES et l'INCa. L'ANSES et l'INCa, compte tenu de leurs missions sur les produits et pratiques sont également présents dans ce pôle.

présidents des instituts de recherche d'une personne désignée par le CESESP, de représentants d'usagers, et de personnalités qualifiées.

Dans chaque région sera créé un Institut régional de santé publique (IRSP). Ces IRSP assureront l'enseignement, la coordination de l'expertise, l'animation d'une recherche pluridisciplinaire. Ils favoriseront les interactions entre les chercheurs, les décideurs ou les opérateurs et prendront en compte leurs questionnements pour nourrir la recherche. Ils ont vocation à s'assurer du développement des formations à destination des différents publics et à augmenter l'efficience de l'intervention de l'État dans le champ de la santé publique. Ces instituts auront trois pôles : un pôle « recherche-enseignement » regroupant les structures universitaires ou de formation intervenant dans le champ de la santé publique ; un pôle « expertise » regroupant des structures à financement public intervenant dans le champ de la santé publique ; une structure transversale de transfert des résultats de la recherche et de liens avec les décideurs. L'ARS et les décideurs pourront ainsi accéder à une expertise renforcée et indépendante. Ces IRSP fonctionneront en réseau scientifiquement animé par l'IFSP. La gouvernance de ces instituts impliquera les acteurs régionaux : collectivités territoriales (région, métropoles et communautés de communes, départements), l'ARS, les universités de la région, les CHU. La tutelle de cet institut sera réalisée par l'ARS et le recteur au niveau régional.

4. Doter la France d'un système de santé publique territorial adapté aux enjeux

L'organisation territoriale d'une santé publique efficace, proche du terrain et mobilisable en période de crise est un enjeu majeur.

Les acteurs locaux, dont les collectivités territoriales, doivent pouvoir s'impliquer dans la création d'un système de santé publique territorial simplifié. La simplification des projets régionaux de santé et la mise en place, sous la responsabilité des ARS, de Pactes de santé territoriaux (PasT), regroupant les plans et contrats existants seront une étape nécessaire.

Il est proposé de constituer une force d'intervention territoriale en mobilisant, sous l'égide de l'ARS, les acteurs du soin sur des objectifs d'amélioration des déterminants de santé des populations dans une dynamique contractuelle et sur la base du volontariat.

Il est également proposé de structurer, à l'échelon territorial, un réseau des « services de santé publique » et une coopérative d'acteurs du secteur associatif permettant une lisibilité de l'offre de santé publique sur le terrain et le renforcement des capacités d'intervention. Ces interventions de santé publique doivent voir leur dimension participative accentuée au bénéfice de la démocratie sanitaire. Les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) doivent évoluer en parlements territoriaux de la démocratie en santé. Les liens entre les intervenants de terrain et les acteurs de l'enseignement et de la recherche doivent tout autant être renforcés. Cette organisation revue de la santé publique territoriale est un enjeu majeur pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et pour agir en situation de crises sanitaires.

En cohérence avec ces missions, il est proposé de confier aux directeurs généraux des ARS une fonction de délégué interministériel à la santé publique dans les régions et les départements, et de renforcer les directions territoriales des ARS. Dans un souci de transparence et d'amélioration du pilotage, des tableaux de bord

comprenant les principaux indicateurs de santé[14] seront mis à disposition des autorités territoriales et des citoyens, après avoir été élaborés dans une logique de co-construction. Des objectifs de développement de l'approche populationnelle dans le secteur des soins primaires, chez les offreurs de soins de deuxième ligne et les services médico-sociaux seront fixés avec les ARS. Enfin, dans chaque département sera créée une conférence des financeurs des actions de santé publique, sur un modèle proche de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Le soutien et la pérennisation des dispositifs de promotion de la santé à destination des populations vulnérabilisées par leurs conditions socio-économiques et/ou leur âge et/ou leurs conditions de santé constituent une autre priorité. Il est proposé de développer les dispositifs « d'aller-vers » (associations, travailleurs sociaux, collectivités territoriales), en lien avec les médiateurs en santé et les habitants « ambassadeurs de santé ». Dans ce même but, il conviendra de renforcer la place des infirmiers et des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dans les dispositifs de prévention, de créer un métier de médiateur en santé, de renforcer les interventions des médiateurs d'inclusion numérique en santé auprès des personnes en situation d'exclusion numérique.

En lien avec les ministères chargés de l'Éducation nationale et de l'enseignement supérieur, le renforcement des dispositifs favorables à la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, avec une attention particulière portée à la santé mentale, est également essentiel. En lien avec le ministère du Travail, le développement des approches collectives de promotion de la santé au travail en complément des approches individuelles de santé au travail constitue également un enjeu majeur, notamment auprès des jeunes adultes en formation professionnelle.

5. Poursuivre l'investissement dans le numérique en santé pour renforcer les connaissances en santé, la pertinence des interventions et garantir la confidentialité des données

La santé numérique qui fait partie des secteurs prioritaires des plans de relance et d'innovation 2030 et la stratégie d'accélération « Santé numérique » apportent des éléments de réponse aux différents enjeux de santé avec des financements dédiés suffisants. Dans ce contexte, seuls les éléments complémentaires seront présentés ici.

Outre la création de l'Institut public de la prospective et de la modélisation en santé, il est proposé de développer le numérique comme outil de reporting-monitoring (SI) et d'intervention au plus près du terrain, dans les situations qui s'y prêtent.

6. Renforcer la qualification des professionnels de santé publique

La formation en santé publique revêt des contours variables selon que l'on évoque les enseignements académiques et universitaires ou les formations à des fonctions d'administration de la santé. L'offre de formation en santé publique apparaît comme morcelée, redondante mais non moins riche et foisonnante. Une anticipation des besoins en professionnels de santé doit permettre de repenser les formations en conséquence. L'importance d'une formation interdisciplinaire est rap-

14 Exemple : tableaux de bord locaux mis à disposition par Public Health England (PHE) (https://fingertips.phe.org.uk/profile/health-profiles)

pelée ici avec en corollaire la détermination d'un socle commun et de stages communs à tous les professionnels de santé publique, dans des lieux d'exercice labellisés. Les métiers de santé publique sont en outre mal connus, peu reconnus et cloisonnés.

La création d'un statut unique pour les médecins scolaires, médecins de PMI, MISP, PHISP, médecins du travail exerçant dans le secteur public, praticiens hospitaliers en santé publique constituera une première étape pour y remédier. Il est également proposé la création d'une formation d'infirmière de pratique avancée en santé publique et d'un métier générique permettant d'accroitre l'attractivité pour les métiers de santé publique des non-soignants. Le développement d'une santé publique universitaire orientée sur la santé des populations avec la création d'une section universitaire en Santé Publique dédiée aux professions non médicales constituera un autre atout.

7. Développer une recherche en santé publique permettant à la France de jouer un rôle de premier plan en Europe et dans le monde

Cette ambition nécessite d'élaborer, soutenir et financer un programme national de recherche en santé publique inscrit dans la loi de programmation de santé publique, avec une gouvernance propre et un financement pluriannuel dédié et sanctuarisé. L'objectif sera d'intensifier le développement de la recherche en santé publique comme cela a été fait dans d'autres champs (cancer, sida, maladies rares et/ou émergentes…) et de créer les conditions des synergies entre disciplines et équipes. Ce programme doit être complété par des actions structurantes permettant à la France d'accentuer la conduite ou la participation à des programmes européens. L'intérêt sera de s'inscrire clairement dans une double logique de « global health » et de « One Health ».

Il est en outre proposé de développer les sciences participatives en santé. L'objectif est de faire émerger des thématiques de recherche au plus proches des préoccupations de la population. Cela suppose d'impliquer les collectivités territoriales et les associations dans la définition des questions de recherche en santé publique ainsi qu'aux différentes étapes de construction et de mise en œuvre des programmes de recherche.

Dans chaque région, les IRSP mettront en place une organisation fédérant les différents acteurs de la recherche afin d'animer et de développer la recherche en santé publique dans les territoires. Au sein de ces IRSP, la mise en place de guichets uniques permettra aux ARS, aux collectivités ou aux associations de rentrer en contact avec les équipes de recherche en santé publique de leur territoire pour bénéficier d'un accompagnement à la mise en œuvre de leurs actions.

8. Renforcer le système d'expertise en santé publique et l'adapter aux situations de crise

La crise sanitaire a montré une fragmentation des expertises en santé publique et l'importance de permettre à la décision publique de s'appuyer sur une expertise qui doit rendre compte des zones d'incertitude, afin de contribuer à la confiance des populations dans les décisions prises. Il apparait indispensable de renforcer l'expertise institutionnelle par la mise en place d'un conseil scientifique susceptible d'apporter des expertises, de façon régulière et en temps de crise, et organisé pour communiquer dans ces domaines. C'est ce qui est proposé dans la nouvelle structuration de la santé publique au niveau national.

La crise de la Covid 19 a également révélé l'importance d'adapter les approches universelles aux caractéristiques locales. La mise en place des IRSP vise à offrir une expertise au service de la décision et de la

pratique de terrain en santé publique. Enfin, la sensibilisation et la formation des parties prenantes (scientifiques et professionnels de santé publique, décideurs, élus, journalistes, représentants d'usagers) aux conditions d'élaboration de l'expertise scientifique devront être facilitées.

9. Renforcer le système de veille et de sécurité sanitaire et impliquer la population

La crise a montré qu'une meilleure coordination des recherches en médecine globale, humaine et vétérinaire, et en sciences humaines et sociales est un facteur essentiel d'amélioration de la détection des signaux d'alerte.

La création de l'IFSP doit contribuer à une réorientation des missions de veille et de sécurité sanitaire, dans une double logique de santé mondiale (« Global Health ») et « One Heath », en évitant les cloisonnements dont la crise a montré les effets négatifs. Il est également proposé d'élargir la réserve sanitaire à une réserve de professionnels ayant une formation et une expérience significative dans la gestion de crise. En outre, la réponse aux futures crises sanitaires s'appuiera sur l'HERA, récemment crée au sein de l'UE. La France en tant que membre du board aura un rôle moteur à jouer.

Au niveau régional, l'organisation doit permettre la mise à disposition de données de veille et d'analyse des signaux faibles. Elle sera complétée par la mise en place, sous l'égide de l'ARS, d'un dispositif de santé publique territoriale constitué de professionnels formés et mobilisables en cas de crise, à échelle départementale et infra territoriale, dans une logique contractuelle et sur la base du volontariat.

10. Inscrire la santé mondiale comme un objectif du système de santé publique française

La santé mondiale désigne l'ensemble des enjeux de santé humaine qui transcendent les frontières nationales. Elle vise à un objectif d'amélioration de la santé de l'ensemble des populations dans le monde dans un esprit d'équité, de solidarité et d'efficacité. Sont visées la prise en charge des besoins essentiels des personnes dont la promotion de la santé et la prévention, la construction de systèmes de santé durables et équitables ainsi que l'efficacité des interventions d'urgence dans le contexte des crises sanitaires. L'interconnexion entre les questions de santé mondiale et le réchauffement climatique est désormais un fait scientifique établi.

Le concept d'une seule santé (One Health) reliant santé humaine, santé animale et état environnemental constitue une priorité politique, financière et scientifique en santé mondiale.

La France dispose, à cet égard, d'une stratégie en santé mondiale 2017-2021, en cours d'évaluation. Ses actions ont clairement une dimension européenne qui sera renforcée au début de l'année 2022 par les six mois de présidence française du Conseil de l'Union européenne (PFUE). Il est donc proposé d'inscrire les priorités de santé publique en France et la Stratégie Nationale de Santé en cohérence avec les 17 objectifs de développement durable (ODD). La structuration et le renforcement de la dimension académique de la stratégie française en santé mondiale constitueront également un objectif prioritaire.

CONSTAT

LA SANTE PUBLIQUE : UN OBJET COMPLEXE EN EVOLUTION

La santé publique est fondée sur des valeurs propres à chaque pays, en fonction du contrat social de la population autour d'objectifs explicites, et est mise en œuvre à travers des principes d'action.

Le terme santé publique est employé pour désigner 3 champs différents :

- La santé de la population appréciée par une série d'indicateurs (mortalité, incidence et fardeau des pathologies, espérance de vie, etc.) ;
- La spécialité rassemblant des professionnels ayant en commun des principes d'action et des méthodes d'intervention ;
- Le système de santé organisant différentes structures, institutions ou collectivités autour de l'objectif de protection de la santé de la population.

De ce fait, il apparait nécessaire de préciser la définition employée dans ce rapport. Le terme santé publique fait référence à l'organisation du système de santé concourant dans ses différentes dimensions à la protection et à la promotion de la santé de la population.

Le principe de protection de la santé est inscrit en France dans l'alinéa 11 du préambule de la constitution de 1946 [15], dont elle n'est cependant pas l'objet exclusif. De ce fait, la santé est une fonction régalienne de l'État. Ce principe n'impose pas seulement d'agir pour garantir cette protection, notamment par l'accès aux soins, mais il peut aussi imposer l'obligation de ne pas porter atteinte à la santé de l'individu[16].

Les systèmes de santé publique ont évolué dans les différents pays pour répondre à une évolution des besoins des populations. Ainsi après la santé publique telle que décrite par Winslow, le concept de santé publique 2.0 [17] puis 3.0 [18] a été promu puis mis en œuvre aux États-Unis (Annexe 2).

Ce rapport propose que l'organisation de la santé publique évolue vers un système qui :

- Anticipe, s'adapte rapidement et progresse en compétence en abordant les champs de la prospective, la recherche, l'innovation, des systèmes d'information, des données de santé, la formation ou de l'émergence de nouveaux métiers ;

- Soit clair, lisible, démocratique et décloisonné en répondant à des

[15] https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946

[16] Ainsi à différentes reprises, le onzième alinéa a été invoqué en ce sens par les requérants contre des dispositions législatives au motif qu'elles auraient une incidence potentiellement néfaste sur la santé de l'individu ou de la population

[17] US Institute of Medicine (1988). Committe for the Study of the Future of Public Health. The Future of Public Health. Washington, DC : National Academy Press.

[18] DeSalvo K.B., Wang Y.C., Harris A., Auerbach J., Koo D., O'Carroll P. (2017). Public Health 3.0: A Call to Action for Public Health to Meet the Challenges of the 21st Century. Preventing Chronic Disease

enjeux tels que la définition des chaines de commandement, de la prise de décision, de l'expertise, du pilotage des structures ou agences, de la planification en santé, l'organisation des échelons territoriaux ou la participation des associations… ;

- Contribue à la définition des politiques sanitaires et des autres politiques publiques associées en intégrant des principes d'action tels que « Health in All Policies » (HIAP) ou « One Health » ;
- Soit efficace au sens qu'elle met en œuvre des actions et des structures orientées vers des objectifs explicites d'amélioration de la santé de la population en optimisant l'utilisation des ressources.

LA NECESSAIRE EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE

L'adaptation progressive du système de santé français

Le système de santé français, et particulièrement le système de soins, a largement contribué à l'amélioration de la santé de la population, mesurée par différents indicateurs, comme l'espérance de vie à la naissance. Le système de santé français se caractérise par son déséquilibre entre les moyens consacrés aux soins et ceux consacrés à la prévention et plus largement, à la promotion de la santé dans toutes les politiques (Annexe 3). Cette approche centrée sur le curatif ne prend pas en compte l'importance des autres déterminants de la santé[19] et a eu pour conséquence une moindre efficacité sur l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité ou de la réduction de la mortalité prématurée de façon égale pour l'ensemble de la population.

Construit pour prendre en charge les maladies aigues et faire émerger l'excellence par l'appropriation de technologies d'intervention médicamenteuses et non-médicamenteuses de plus en plus performantes, notre système de santé a été progressivement adapté pour prendre en compte des changements démographiques et épidémiologiques qu'il s'agisse de la prise en charge des maladies transmissibles (ex. la tuberculose), des maladies non-transmissibles (ex. les cancers) puis des maladies aigues nécessitant des soins ponctuels. Ainsi, les ressources du système de santé ont été très majoritairement orientées vers les soins. Or, les indicateurs de mortalité évitable et de mortalité prématurée montrent de grandes disparités entre les groupes sociaux et les territoires. Ce constat a amené à faire de la prévention une priorité dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé puis [20] dans la SNS 2018-2022 [21] et sa déclinaison à travers notamment la création du premier Plan national de santé publique (PNSP) en France. Cette impulsion à elle seule n'a pas suffi à renforcer suffisamment la dynamique générale de santé publique et à traduire dans les faits cet effort voulu pour mettre en place au niveau national comme sur l'ensemble du territoire une politique de prévention à la hauteur des enjeux. En particulier, parce

[19] OCDE. Quels sont les facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie des dernières décennies ? Analyse internationale des états membres de l'OCDE. Panorama de la santé, 2017. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-5-fr.pdf?expires=1636104127&id=id&accname=guest&checksum=E0C2609EB897EBE786330338CDFCFA4A

[20] https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/

[21] https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022

qu'il convient d'accentuer les efforts dans de nombreux domaines (recherche, expertise, formation, éducation, organisation, financement, ...).

Ce rapport n'a pas l'ambition de tout traiter. Il constitue une première étape qui doit s'inscrire dans la durée pour avoir un impact effectif sur notre système de santé publique. Néanmoins, la définition d'un modèle cible pour mieux répondre aux enjeux apparaît essentielle pour permettre une prise de décisions structurelles, opérationnelles et financières susceptibles d'accélérer ce changement pour un système de santé donnant toute sa place à la prévention et ancré dans les territoires.

Un modèle cible pour mieux répondre aux enjeux

Les systèmes de santé ont été construits par adaptations successives aux besoins de la population sans réelle vision d'ensemble d'un système cible à atteindre pour mieux répondre aux enjeux.

De nombreux travaux existent concernant l'évolution des systèmes de santé. On peut citer le modèle proposé par l'OMS (*WHO global strategy on people-centred and integrated health services*) autour de 5 axes stratégiques dont la coordination des services pour aboutir à des services intégrés (*integrated health services*)[22] (Annexes 3 et 4).

Certaines actions proposées dans ce rapport se réfèrent à ce modèle conceptuel tout en prenant en compte les divers engagements de la France sur le plan international, qu'il s'agisse des déclarations d'Alma-Alta (1978), de Rio (2011) ou du suivi de l'atteinte des 17 Objectifs de développement durable (Sustainable Development Goals, SDG).

LES CONSTATS LIES A LA CRISE

Parmi plusieurs autres rapports d'évaluation, la commission d'évaluation de la réponse de la France à la crise a donné des pistes dans son rapport[23] (Annexe 5). Après un constat sévère de la faiblesse de la santé publique en France dans ses différents aspects d'organisation territoriale, d'expertise et de système d'information, le rapport propose des éléments d'explication à cette faiblesse.

Une partie des difficultés rencontrées dans la gestion de crise trouvent leur explication dans des faiblesses préexistantes du système de santé. Faible culture de santé publique, problème d'attractivité des emplois, gouvernance et expertise éclatées consécutives à la création des agences sanitaires, faible capacité à piloter le réseau d'agences, capacités et ressources orientées vers les soins curatifs plutôt que vers la prévention, système de soins hospitalo-centré s'appuyant insuffisamment sur la médecine de ville, faiblesse du maillage territorial, établissements sociaux et médico-sociaux insuffisamment adaptés sont autant d'explications mises en avant dans le rapport.

Près de 20 propositions concernent directement le renforcement de la santé publique, de l'expertise scientifique ou du système d'information dans le champ de la formation des professionnels de santé, de la recherche, du renforcement de la veille, de l'amélioration de l'expertise scientifique en santé publique, de l'organisation nationale et territoriale. Toutes ont comme objectif de doter la France d'un système de santé publique plus performant et plus réactif durant et en dehors des périodes de crise sanitaire.

---

[22] http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1

[23] https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/279851.pdf

LES ELEMENTS DE LA REFONDATION DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE

EQUITE, SOLIDARITE, TRANSPARENCE ET EFFICIENCE : QUATRE PILIERS SUR LESQUELS REFONDER LA SANTE PUBLIQUE EN FRANCE

Quatre valeurs largement partagées par les acteurs de la santé publique peuvent être invoquées pour faire évoluer le système de santé publique vers un système plus performant en termes de protection et de promotion de la santé de la population sur lesquelles refonder la santé publique.

Équité plutôt qu'égalité

L'article premier de notre Constitution énonce : « La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. »

L'égalité est donc un principe général qui ne renvoie à aucun champ d'application matériel. Elle s'applique indifféremment à chacun, de manière universelle, sans différenciation de quelque critère que ce soit. Dans le champ de la santé, ce principe d'égalité a été appliqué comme dans d'autres domaines.

Or, la commission des déterminants sociaux de l'OMS, présidée par M. Marmot a rappelé dans son rapport établi en 2008 (*Closing the gap in a generation, Health equity through action on the social determinants of health*)[24], que les démarches d'intervention sur les déterminants sociaux de la santé devaient être équitables pour réduire les inégalités de santé. Ainsi l'égalité comme principe d'action est-elle inadaptée dès lors qu'elle s'applique à des politiques publiques ciblant les déterminants sociaux de la santé, déterminants qui contribuent pour 50 % à l'état de santé d'une population.

Selon l'OMS, les disparités de niveau de santé entre les différents pays et au sein même de ceux-ci sont dues à *« l'environnement social dans lequel les gens naissent, vivent, grandissent, travaillent et vieillissent »*. Ainsi, des écarts de plus de 10 ans d'espérance de vie peuvent être observés notamment selon le lieu de résidence et le milieu social. En France, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)[25] ou l'Organisation de coopération et développement économiques (OCDE), les hommes et les femmes les plus aisés (vingtile supérieur des revenus) vivent respectivement en moyenne 13 et 8 ans de plus que les hommes et les femmes les plus pauvres (vingtile inférieur).

Lors des interventions de santé publique, une approche strictement égalitaire s'avère inéquitable : elle creuse les inégalités, les plus favorisés s'appropriant mieux que les autres l'offre de santé (messages de prévention, offre de soins, dispositifs ...). Les actions de santé publique doivent répondre au principe d'un universalisme proportionné, l'intensité de l'action devant être plus importante pour ceux qui ont les besoins les plus grands. Ainsi, en

[24]https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

[25] Étude "estimations de population et statistiques de l'état civil", mars 2021.

santé publique et afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, le principe d'ÉQUITÉ est-il préférable à celui d'EGALITE.

Solidarité

La solidarité est une des valeurs fondamentales du modèle social français constitué à partir de 1945. Arbitrant entre un modèle assurantiel de type bismarckien et un modèle dit de l'État providence de type beveridgien, les créateurs de la sécurité sociale, Pierre Laroque et Ambroise Croizat, ont proposé une socialisation du risque comme mise en œuvre de la solidarité entre les individus même si seuls les travailleurs et leurs familles étaient concernés dans un premier temps.

Cette valeur a été rappelée dans le préambule de la Constitution fixant à l'État des devoirs, d'une part, en termes de protection, d'amélioration de l'état de santé de la population et de prévention des maladies et, d'autre part, en termes d'accès à des soins de qualité pour les malades indépendamment de considérations sociales, de revenus ou de risques individuels. En effet, le droit à accéder à la meilleure santé, tel que prévu par le Code de la santé publique[26] et par les nombreux textes internationaux[27] signés et ratifiés par la France, est une demande adressée aux institutions d'établir des mesures qui assurent la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins.

L'expérience de la pandémie de Covid-19 a rappelé que le droit à la santé était associé à la valeur de la solidarité, largement présente dans le système socio-sanitaire français. Elle a aussi interrogé la question de la responsabilité individuelle face à un risque collectif mais aussi face à un risque très différent d'un individu à l'autre,

Il est donc nécessaire de rappeler que la refondation du système de santé publique doit reposer sur cette valeur majeure du système de santé français qu'est la solidarité.

Transparence

La santé publique, pour se construire, a besoin d'un socle de connaissances. Elle exige donc de la rigueur dans le contenu scientifique et professionnel des études et des actions, mais également de garantir que ces connaissances sont le fruit d'une approche large, faisant appel à un spectre étendu de disciplines et de pratiques, en permettant le dialogue entre les différentes approches.

La santé publique demande également une transparence absolue à la fois dans les objectifs recherchés, dans les méthodes employées et dans la communication des résultats obtenus. Cette transparence doit aussi être présente pour expliquer les manques et défauts dans nos connaissances, notamment sur des sujets en pleine évolution ou en situation de crise.

Cette transparence est une condition pour gagner et conserver la confiance des populations et des professionnels de la santé. De ce point de vue, la collecte et la disponibilité rapide de données de qualité, via des systèmes interopérables, doivent devenir une règle pour permettre un véritable pilotage de la santé publique fondé sur les données.

---

[26] Code de la santé publique art1110-1 à 1110-5

[27] Parmi les principaux : art. 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme; la Constitution de l'OMS ; les articles 32 et 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne

Toutes les données qui peuvent contribuer à améliorer les connaissances et la compréhension de la santé sont concernées : Système national des données de santé (SNDS), registres et cohortes, données de la recherche publique et privée, données des industriels, etc. La possibilité de les apparier est évidemment cruciale. La Loi n° 2019-774 du 26 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a organisé l'évolution du SNDS vers la Plateforme des données de santé (*Health data Hub*) permettant la collecte de nombreuses données et leur appariement.

La confiance des populations passe par des conditions d'accès aux données simples et effectives et par des garanties de sécurité encadrant leur conservation et leurs usages. La pandémie de Covid-19 a montré l'importance de rendre disponibles les données pour permettre leur exploitation dans un esprit de science participative. Elle montre aussi le danger potentiel que pourrait représenter une telle exploitation non encadrée ; le développement d'exploitation réalisées dans le but d'alimenter des « fake news » ou des groupes de pression.

L'organisation de l'accès aux données et de la transparence de leur utilisation reste un défi qui relève d'un système de santé publique performant. Elle est la clé de la crédibilité et de la confiance des populations dans les interventions mises en œuvre, comme elle représente une faiblesse dès lors que le cadrage de leur utilisation n'est pas assuré.

Efficience

L'efficience est une donnée essentielle sur laquelle construire un nouveau système de santé publique au service de la santé de la population.

Les mesures de santé publique sont de deux types, complémentaires : structurelles et comportementales.

Parmi les premières se trouvent les mesures environnementales, architecturales et urbaines pour favoriser le mouvement et l'activité physique (lutte contre la sédentarité), ainsi que les mesures législatives (Loi Evin, interdiction de la publicité) et les mesures fiscales (taxation des produits néfastes pour la santé, tels que l'alcool, le tabac ou le sucre industriel).

Parmi les secondes se trouvent les préconisations pour diminuer les facteurs de risque de maladies (arrêt du tabac, modération de la consommation d'alcool, ...) et ceux permettant de favoriser la promotion de la santé (renforcement de l'estime de soi, ...).

Le présent rapport, à dessein, ne détaille pas la déclinaison de ces mesures. Leur importance et leur efficience sont considérées comme acquises et la mise en œuvre de ces mesures doit être poursuivie.

En revanche, l'efficience du système de santé publique est centrale dans les propositions qui sont faites dans ce rapport. Un système de santé publique performant doit permettre :

- Un étayage de la décision : notamment le recours aux données scientifiques, à la recherche opérationnelle, aux données expérientielles, à la consultation des populations ;
- Une réactivité : il s'agit notamment d'insister sur la nécessité d'une consolidation des systèmes d'information descendant ET ascendant, scientifiques ET populationnels pour éclairer la décision rapidement et favoriser les retours d'expérience. De même, il convient d'éviter dans la mesure du possible de recréer des instances

qui ajoutent des niveaux de validation paralysant, notamment en situation de crise ;

- Une pluridisciplinarité : que ce soit dans la recherche, la formation, dans l'exercice de l'expertise, dans la construction des politiques publiques (national, local) et leur outil de pilotage (ex. Contrat locaux de Santé), leur évaluation tout comme dans les retours d'expérience, la pluridisciplinarité doit devenir la norme et être inscrite comme telle ;

- L'utilisation optimale des ressources disponibles : la plupart des structures intervenant dans le champ de la santé publique sont financées par de l'argent public, rendant ainsi l'état responsable de leur utilisation optimale au regard des objectifs fixés.

LES PRINCIPES D'ACTION

Repositionner la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé au cœur des politiques

La réduction des inégalités sociales de santé (ISS) fait partie des objectifs de santé publique prioritaires dans notre pays, objectifs réaffirmés à plusieurs reprises depuis la SNS de 2013 puis dans la loi de modernisation du système de santé de 2016 ou dans la SNS 2018-2022 publiée en décembre 2017. Dans celle-ci, le second axe est « lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins » indiquant ainsi une priorité de la politique publiques de santé. Au niveau régional, les ARS, créées par la loi de 2009, ont affiché elles aussi cette priorité dans les plans régionaux de santé de chaque région.

Le constat fait par le HCSP durant cette crise[28] est la faible prise en compte de cet objectif dans les mesures mises en place pendant la première partie de la pandémie. Par ailleurs, l'impact sanitaire a été très marqué dans les quartiers ou les populations défavorisés. Ainsi, une surmortalité a été observée dans les territoires les plus pauvres comme en Seine-Saint-Denis (+ 118,4 %) ou les autres départements denses de la métropole du Grand Paris (+101,5 % dans les Hauts-de-Seine, +94,1 % dans le Val-de-Marne et +92,6 % à Paris). Le constat est le même dans d'autres territoires ou départements d'outre-mer.

Malgré l'affichage de la lutte contre les inégalités de santé dans les différentes politiques publiques depuis 10 ans, la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a montré la fragilité des populations les plus démunies. Par ailleurs, de nombreux indicateurs ne montrent pas d'amélioration dans ce domaine[29].

Ce rapport souhaite donc positionner la réduction des inégalités non pas à nouveau comme un objectif, ce qu'elle est déjà, mais comme un principe d'action au travers de la mise en œuvre chaque fois que nécessaire du principe de l'universalisme proportionné. Ce point est détaillé en annexe 4. Ainsi, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité fonction du gradient social ou territorial. La réduction des inégalités territoriales et sociales suppose également de réaffirmer l'importance de la prévention primaire populationnelle et des actions précoces, ciblées et évaluées.

[28] https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1092

[29] Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution Gwenn Menvielle, Thierry Lang. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=1174

Ceci convoque notamment d'élaborer des propositions au regard de leur capacité à réduire les inégalités en privilégiant :

- Des mesures structurelles plus que comportementales (ces dernières courent le risque d'aggraver les inégalités), et une prise en compte explicite de l'universalisme proportionné ;
- Une prise en compte du rapport bénéfices-risques des politiques publiques, notamment grâce aux évaluations d'impact sur la santé (EIS) ;
- Un renforcement de la recherche sur les « solutions » permettant de réduire ces inégalités ;
- Un renforcement des dispositifs de protection des plus vulnérables : protection de l'enfance, médiation en santé, aller-vers, etc.

Établir la santé en tant que paramètre d'intervention et d'évaluation de toutes les politiques publiques

Ce principe d'action a été proposé par l'Union Européenne (UE) en 2006 sous la présidence finlandaise[30] puis repris par l'OMS sous le terme HIAP, *Health in All Policies* dans la déclaration de Rio sur les déterminants de la santé et en 2014 lors de la 67ième Assemblée mondiale de la santé (Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé. WHA 67.12)[31]. Cette approche, pour être efficace, doit être déclinée à tous les échelons, nationaux, régionaux et locaux (Annexe 6)[32].

Les données scientifiques ont clairement établi le rôle de nombreux déterminants socio-économiques sur l'état de santé et leurs caractéristiques sont de mieux en mieux connues. Une approche par déterminants oblige à considérer les facteurs facilitant ou au contraire limitant le développement de ces déterminants. Si l'approche par pathologies ou par problèmes de santé justifie la mise en place de mesures la plupart du temps limitées au système de soins, voire au système de santé, le développement d'une approche de prévention et de promotion de la santé nécessite la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs de secteurs différents.

Définir la santé comme paramètre d'évaluation des politiques publiques dans l'approche intersectorielle prévue par la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques[33] est un préalable essentiel pour la réalisation de nombreuses politiques de santé publique. Et inversement, la crise Covid-19 a rappelé que la santé économique est intimement liée à la santé populationnelle. Cependant, cette démarche apparaît encore faible en France[34].

---

[30] Ollila E et al. (2006). Health in All Policies in the European Union and its member states. Policy brief. Brussels, European Commission DG Health and Consumer Protection http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/ action1/docs/2005_1_18_ frep_a4_en.pdf

[31] http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R12-fr.pdf

[32] https://ec.europa.eu/health/health_policies/policy_en

[33] Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques 2013 ; OMS (WHA67.12) 2014.
Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé

[34] Minvielle G. Lang T. La santé dans toutes les politiques : où en est-on en France ? adsp n° 113 mars 2021 18-20

La démarche des EIS permet d'identifier, à l'aide d'informations scientifiques et contextuelles, les effets potentiels d'un projet ou d'une politique sur la santé d'une population et sur la distribution de ces effets selon différents groupes sociaux.

Renforcer la mise en œuvre territoriale de la santé publique

La centralisation de la gestion des décisions concernant la santé a montré son intérêt et ses limites pendant la crise du Covid-19. Elle a montré aussi l'importance de l'adaptation des actions à tous les nivaux : institutions territoriales, autorités sanitaires régionales et départementales et collectivités territoriales.

Ce double constat amène à revoir le système en le considérant comme nécessairement multi-niveaux. Cette politique requiert de positionner les autorités sanitaires nationales, régionales et départementales à la fois comme garantes (fonction stratégique, d'arbitre, de régulation, faisant respecter l'équité sociale et territoriale) et partenaire des autres acteurs de l'« écosystème » santé (collectivités locales, usagers, élus, autres institutions et les associations en général...) via une politique de contractualisation plus affirmée.

La plupart des innovations organisationnelles venant du terrain, le niveau national a donc pour rôle de les faire émerger, de les soutenir, de les rassembler, pour les partager plutôt que de recréer de nouveaux dispositifs étrangers aux acteurs de terrain. Le renforcement de la santé publique dans les territoires doit donc permettre de passer d'un processus de décisions, parfois inutilement long et complexe, vers des « circuits courts », au plus près des besoins de la population.

Promouvoir la démocratie en santé

Les sociétés démocratiques modernes attachent une importance croissante au rôle des citoyens en tant qu'acteurs (parties prenantes) et donc directement impliqués dans les choix individuels et collectifs.

Développer la participation et l'implication des citoyens dans les services de santé, nécessite de leur donner toutes les informations nécessaires pour leur permettre de participer au processus de prise de décision. Le mouvement ayant permis cette prise de conscience et une réflexion conduisant à l'action a été développé par James Charlton aux États-Unis pour les personnes en situation de handicap et nommé « Nothing about us, without us »[35]. D'autres mouvements promouvant l'implication des citoyens sur de grands enjeux de santé publique ont ensuite repris ce principe d'action[36].

Cette approche a été développée en France dans le champ des soins avec une demande de la part des patients d'une attention portée à la personne dans son ensemble et pas seulement sur sa pathologie. La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a formalisé cette approche, renforcée par la suite par les lois de santé publique créant des structures de démocratie sanitaire.

La participation est un processus actif qui nécessite une confiance réciproque dans l'expertise portée par chacun des acteurs. Il est donc nécessaire de créer les conditions permettant aux différentes parties

[35] Charlton, James, Nothing About Us Without Us, University of California Press, 1998 (ISBN 0-520-22481-7)

[36] Delbanco T, Berwick DM, Boufford JI, et al. Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. *Health Expect*. 2001;4(3):144-150. doi:10.1046/j.1369-6513.2001.00145.x

prenantes de participer en ayant un niveau d'information et si nécessaire de formation suffisant. Ces dispositifs sont particulièrement importants pour impliquer des personnes éloignées du système de santé.

Inclure et faire participer les populations à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques notamment territoriales de santé publique telles que portées par la déclaration de Rio est un objectif clé pour élaborer des politiques de santé publique en adéquation avec les besoins de la population.

Appliquer le concept d'une seule santé (*One Health*)

L'approche en santé globale, est « un domaine d'étude, de recherche et de pratique qui accorde la priorité à l'amélioration de la santé et à l'équité en matière de santé pour tous les peuples du monde »[37]. Dans ce cadre, un des paramètres est la nécessaire prise en compte du concept d'« une seule santé » (*one health*), qui vise à développer les collaborations interdisciplinaires entre la santé humaine, animale et environnementale (Annexe 7).

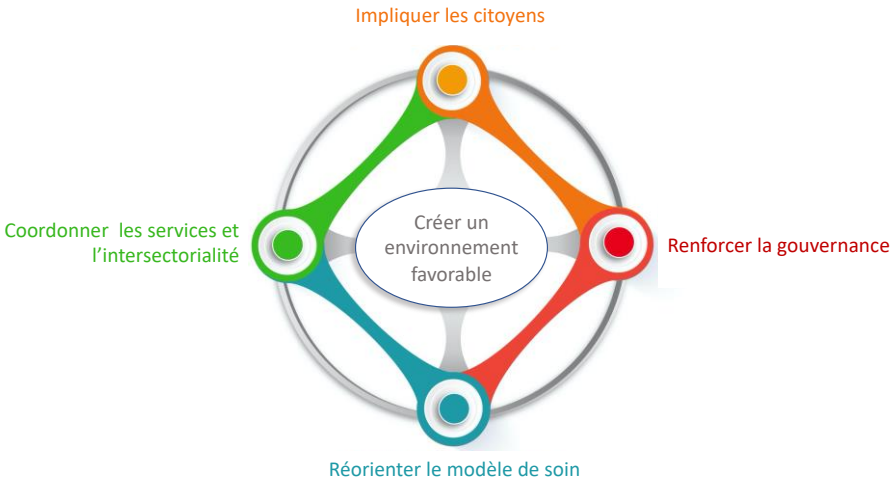
Les liens entre environnement et santé humaine sont établis et pris en compte dans les organismes de santé publique comme le HCSP (commission Santé Environnement), SpF ou l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) mais cette prise en compte est encore insuffisante.

La mission a souhaité retenir ce principe d'action en raison des manques apparus lors de la pandémie Covid-19, les connexions ayant été difficiles à établir entre les différentes composantes de la santé. La mise en œuvre de ce principe passe par l'évolution des cadres d'analyse des problèmes de santé avec la prise en compte systématique des interactions ou interférences entre santé humaine, environnementale et animale.

L'enjeu est d'aboutir à une surveillance épidémiologique et une action en santé qui dépassent les organisations en silo, au niveau national comme sur l'ensemble du territoire. Des progrès ont été réalisés dans ce domaine, en particulier s'agissant des zoonoses alimentaires. Le champ de l'antibiorésistance offre une autre illustration avec une attention particulière apportée à la prise en compte du volet environnemental. Néanmoins, une organisation structurelle renforçant cette vision intégratrice apparait indispensable. Cette évolution ne pourra en outre se faire qu'en modifiant les formations des professionnels des trois secteurs et de celui de la sécurité alimentaire vers des formations intégrant systématiquement ces problématiques.

Sur la base des valeurs et des principes d'action rappelées ci-dessus, ce rapport propose dix chantiers prioritaires pour refonder un système de santé publique réactif et performant. Ces chantiers ont été organisés autour de trois axes stratégiques issus du modèle cible de l'OMS (Annexe 3 et 4) et présentés dans le schéma ci-dessous.

[37] Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet.* 2009;373:1993.



D'après WHO global strategy on people-centred and integrated health services [38]

[38] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf

LES 40 PROPOSITIONS

Ce rapport propose une évolution marquée du système de santé publique et par conséquent du système de santé français vers un système cible dont les objectifs sont une réduction des inégalités de santé, une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, une réduction de la prévalence de patients porteurs de maladies chroniques et une meilleure réponse aux crises sanitaires.

Une telle orientation de fond nécessite d'utiliser les différents leviers disponibles avec trois cibles principales :

- La **population** par l'augmentation du niveau de littératie en santé, déterminant de l'adoption de comportements favorables à la santé, et par une meilleure participation à l'élaboration des politiques de santé publique dans les territoires
- **L'organisation** qui doit être adapté pour en simplifier la gouvernance et augmenter son efficience tant au niveau national que territorial.
- Les **professionnels de santé** qui doivent être mieux formés en développant l'intersectorialité.

Quarante propositions permettent de mettre en œuvre les dix chantiers exposés précédemment, et permettront d'atteindre ce système cible en cinq ans. Elles englobent le renforcement de la préparation aux crises, enjeu majeur à prendre en compte. L'intégration de la France dans la dynamique européenne initiée par la pandémie Covid-19 et dans la dynamique mondiale avec l'émergence des concepts de « One Health » et de « santé mondiale » est un impératif qui doit être mené de façon concomitante.

Plusieurs des 40 propositions nécessitent, pour être mises en œuvre, des missions de préfiguration qui devront associer les acteurs concernés afin de mener les travaux d'approfondissement qui n'ont pu être réalisés dans ce cadre

Pour appréhender la faisabilité de leur mise en œuvre, il est nécessaire de considérer chacune des 40 propositions pour apprécier sa contribution à l'objectif stratégique et les moyens à mettre en regard. Pour chacune de ces propositions, il est proposé un plan d'actions à mener permettant sa mise en œuvre. En revanche il n'a pas été proposé à ce stade de calendrier de mise en œuvre ni d'estimation financière, paramètres qui ne rentrait pas dans le cadre de la mission mais qui pourront être affinés dans une phase de préfiguration.

1. DEVELOPPER UNE CULTURE DE SANTE PUBLIQUE EN FRANCE

Proposition 1 :
Mettre en œuvre un plan quinquennal de développement de la littératie en santé[39]

- **Concernant tous les Français** dans les différents milieux de vie en particulier les jeunes et les enfants dès le plus jeune âge.
- En **mobilisant tous les ministères** sur cet objectif et en particulier le ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et des sports (focus sur les écoles primaires), en lien avec les collectivités territoriales.
- De façon à permettre sa mise en œuvre dans les lieux d'enseignement (écoles primaires en particulier), de formation, de travail, de sports, de prise en charge et d'accompagnement sanitaire, médico-social et social.
- En associant les usagers, les fédérations de parents d'élève, les entreprises, les associations sportives, les associations d'éducation prioritaire, les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social.
- Comportant l'instauration d'un brevet de santé publique pour les enfants en fin de premier cycle, (cf. l'éducation routière, natation, compétences numériques PIX, etc.).

La littératie et les compétences en santé sont des déterminants majeurs des comportements en santé et donc des inégalités de santé. Si ces deux compétences s'acquièrent tout au long de la vie, une acquisition est d'autant plus efficace qu'elle est précoce. Un tel plan d'action doit concerner tous les Français et notamment les enfants dès le plus jeune âge. Il intéresse les différents milieux de vie, les lieux de formation, de travail, de sports, de prise en charge et d'accompagnement sanitaire, médico-social et social. Il doit être élaboré en lien avec l'ensemble des acteurs concernés. Tous les ministères doivent être mobilisés sur cet objectif permettant de doter la population française d'un niveau de littératie en santé et de compétences en santé équivalent à celui rencontré dans d'autres pays.

L'École primaire constitue une période particulièrement favorable à une initiation à la santé et ce, en lien étroit avec les familles. Une attention particulière doit être portée aux jeunes à besoin éducatif particulier pour lesquels une approche spécifique doit être mise en œuvre. Des propositions seront faites par A. Nyadanu et P. Martinot dans le cadre de la mission qui leur a été confiée par le ministre des Solidarités et de la santé. Les compétences[40] en santé concernent la santé dans ses différents aspects dont la santé environnementale, la santé citoyenne solidaire, la vaccination, le

39 En santé, la définition largement retenue est celle faisant référence à « la connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements, de prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie tout au long de leur existence ». Baker, D. W., J. A. Gazmararian, M. V. Williams, T. Scott, R. M. Parker, D. Green, J. Ren, and J. Peel. 2002. Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. American Journal of Public Health 92(8):1278-1283.

40 Compétence : ensemble intégré et fonctionnel de savoirs, savoir-faire, savoir être et savoir devenir qui permettront, face à une catégorie de situations, de s'adapter, de résoudre des problèmes et de réaliser des projets. [Romainville M., Bernaerdt G., Delory Ch., et al., 1998].

don d'éléments et produits du corps humain, etc.), le développement durable (dans ses trois dimensions, économique, sociale et environnementale). Plusieurs modèles ont été proposés et retenus par différents pays pour atteindre cet objectif. La littératie[41] en santé telle que décrite par Nutbeam s'applique à l'ensemble de la population et a été un objectif de plans nationaux dans un certain nombre de pays (États-Unis, Canada, Australie, Ecosse…).

En France, la Conférence nationale de santé (CNS) s'était auto-saisie de cette question en 2017, pour lutter contre les inégalités de santé[42].

Une approche similaire a été retenue aux USA sous la forme des compétences en santé décrites sous la forme de sept objectifs pédagogiques (National Health Education Standards (NHES)). En France, le modèle promu en milieu scolaire est celui des compétences psycho-sociales[43].

Proposition 2 :
Développer une culture commune de santé publique pour les parties prenantes du système de santé publique (décideurs, experts, bénéficiaires, population)

- Introduire une **formation générale en santé publique** dans les parcours de formation initiale et continue des personnes susceptibles de prendre des décisions impactant le champ de la santé (notamment la formation initiale des futurs dirigeants du service public dispensée par l'Institut National du Service Public).
- Favoriser les actions de **promotion de la santé interprofessionnelles**.
- Développer des **modules de santé publique** pour les thématiques du service national universel, la formation des représentants des usagers, des présidents des instances de démocratie sanitaire, des associations sportives, des métiers de l'enseignement et de l'Éducation (INSPé)…
- Confier le **développement de ces modules à l'École des hautes études en santé publique** (EHESP) en lien avec d'autres écoles exerçant des missions de service public.

Une culture commune de santé publique est le socle sur lequel peut être construite une politique favorable à la santé. Elle permet une meilleure compréhension des décisions qui peuvent être prises, en particulier en situation de crise. Pour cela, il est essentiel que les personnes susceptibles d'être décisionnaires bénéficient, dans leurs parcours de formation initiale et continue, d'une formation générale aux principes de santé publique dans les différents aspects en l'adaptant à leurs besoins.

Ces modules seront développés par l'EHESP en lien avec d'autres écoles exerçant des missions de service public.

---

41 La littératie en matière de santé désigne « les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence ». [Consortium de 8 pays européens (Sørensen et al., 2012)].

42 https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-et-recommandations/mandature-2015-2019-10665/article/avis-du-06-07-17-la-litteratie-en-sante-usagers-et-professionnels-tous

43 Compétences psychosociales : définies comme la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. [OMS, 1993].

2. ADAPTER LE SYSTEME DE GOUVERNANCE ET DE FINANCEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE (5 PROPOSITIONS)

Proposition 3 :
Institutionnaliser et partager les objectifs de santé publique avec la représentation nationale

- Faire voter par le parlement tous les 5 ans une **loi de programmation pluriannuelle de santé publique :**
  - Comportant une Stratégie nationale de santé et un programme national de recherche en santé publique.
  - Prévoyant le financement nécessaire à la déclinaison opérationnelle (notamment via les plans de santé publique) des objectifs de cette loi.
- Faire évoluer, via une réforme constitutionnelle, le Conseil économique social et environnemental (CESE) en **Conseil économique, social, environnemental et en santé publique (CESESP).**

La Stratégie nationale de santé (SNS) constitue une avancée mais ne fait pas l'objet de discussions à l'Assemblée nationale ni au Sénat. Seuls les aspects financiers sont discutés annuellement lors de la discussion du Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Une appropriation des objectifs et des actions à mettre en œuvre par les citoyens est pourtant essentielle à la priorisation des objectifs comprise par les élus et à la mise en place de comportements et d'environnements favorables à la santé.

Une loi de programmation quinquennale de santé publique comprenant les objectifs à atteindre qui sont ceux définis dans une stratégie nationale de santé et les financements fléchés pour les atteindre est le moyen proposé pour permettre cette priorisation effective. La SNS doit permettre de passer à une logique combinant approche par les déterminants et approche par population, ce qui suppose notamment de rapprocher la santé publique de l'offre en santé et du secteur médico-social.

Cette loi doit également comporter un programme national de recherche en santé publique, défini en cohérence avec la loi de programmation sur la recherche, ainsi que les modalités de son financement.

L'intégration des problématiques de l'environnement au Conseil économique et social, devenu conseil économique social et environnemental, a constitué une évolution majeure en 2008 et a vu en 2010 la création d'un pôle spécifique. La loi organique de mars 2021 a fait du CESE le carrefour des consultations publiques et l'institution de référence en matière de participation citoyenne. Compte tenu des enjeux, la santé publique doit y être intégrée de façon spécifique.

Proposition 4 :
Systématiser l'introduction d'un « volet santé » dans les actions publiques

- Compléter par un volet « santé » le volet « social » actuel, dans le cadre des **études d'impact** des projets et propositions de loi (réforme constitutionnelle) par un volet impact sur la santé clairement identifié.
- **Rendre obligatoires les études d'impact concernant la santé** des politiques publiques nationales ou régionales au même titre que les études d'impact environnemental.

Le rapport du Sénat de mars 2021 sur la politique environnementale préconise notamment d'inclure systématiquement dans les études d'impact des projets de loi une évaluation des conséquences de ses dispositions sur la santé humaine, animale et végétale. Il est nécessaire d'introduire, dans le cadre des études d'impact des projets et propositions de loi, un volet « santé » complétant le volet « social » actuel (réforme constitutionnelle). De même, les études d'impact concernant la santé des politiques publiques nationales ou régionales doivent être obligatoires au même titre que les études d'impact environnemental.

Proposition 5 :
Créer une délégation ministérielle de la démocratie en santé associant démocratie participative et représentative

- **Visant à :**
  - Faciliter la tenue de débats publics sur les politiques de santé.
  - Donner aux usagers les moyens d'appréhender les domaines traités dans toute leur complexité.
  - Assurer la réalité de la participation des usagers aux travaux et aux décisions les concernant.
- **Avec une feuille de route ministérielle :**
  - En vue de garantir l'animation de la démocratie sanitaire sur tous les territoires.
  - En associant l'ensemble des acteurs du système de santé à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé publique.
- **Dotée de moyens et ressources** en assurant l'effectivité de son action, y compris en ce qui concerne l'appui financier aux associations via des appels à projets (AAP).
- **Nommer un délégué ministériel à la démocratie en santé.**

La participation des citoyens et des usagers du système de santé à la définition de la politique de santé et aux modalités effectives de sa mise en œuvre sont un enjeu largement partagé. La situation a progressé depuis près de vingt ans avec, la loi Kouchner du 4 mars 2002, la mise en place de la Conférence nationale de santé (CNS), des conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA), l'agrément des associations et leur participation rendue obligatoire notamment dans les conseils de surveillance ou d'administration des établissements de santé et des agences. La mise en œuvre d'une *démocratie sanitaire* cadrée a représenté un véritable atout et une étape majeure. Néanmoins, la variabilité de la mobilisation et de l'implication des usagers et des élus au sein des instances et des processus de décisions de ces structures, invite à questionner ces dispositifs au niveau national et régional (Cf.infra) et à en tirer les conséquences en termes d'objectifs et d'organisation.

En complément et cohérence du plan de littératie en santé, faciliter la tenue de débats publics sur les politiques de santé, donner aux usagers les moyens d'appréhender les domaines traités dans toute leur complexité pour faciliter leurs interventions, assurer la réalité de leur participation aux travaux et aux décisions les concernant, au même titre que les autres parties prenantes, sont autant de défis à relever pour refonder la santé publique.

Un délégué interministériel à la démocratie en santé permettrait de franchir une nouvelle étape après la loi Kouchner de 2002 et les préconisations du rapport Compagnon (Pour l'an II de la démocratie sanitaire)[44].

Proposition 6 : Confier au Directeur général de la santé (DGS) une fonction de délégué interminis-

- Signifier formellement le caractère interministériel de la santé publique.
- Renforcer la prise en compte de la santé dans toutes les politiques.

Le rôle de délégué interministériel à la santé publique est déjà rempli de fait par le Directeur général de la santé à travers son animation du Comité permanent restreint (CPR) réunissant les directions centrales des ministères et préparant les Comités interministériels pour la Santé (CIS), présidés par le Premier ministre. Il est proposé de le reconnaitre pour indiquer formellement le caractère interministériel de la santé publique.

L'évolution de la gouvernance en santé au niveau des régions et des territoires, l'importance de l'approche populationnelle dans les démarches de prévention, le cloisonnement persistant des secteurs sanitaire, médico-social et social nécessitent de revoir l'organisation du ministère en charge de la santé.

Proposition 7 : Doter les actions de santé publique d'un financement pérenne et évoluant favorable-

- Sécuriser les financements dans le cadre de la loi de programmation de santé publique.
- Identifier ce financement au sein de l'ONDAM sous la forme d'un sous-objectif « santé publique[45] », faisant l'objet d'un vote dans le cadre de l'examen du PLFSS.

Le rapport sur la prévention de la Cour des comptes souligne que les financements des activités sont souvent mal définis, précaires, disparates et inadaptés. Il recommande notamment d'arrêter une méthode pour estimer chaque année les dépenses réalisées au titre de la prévention dans les remboursements de l'assurance maladie ; de ventiler ce montant pour chacune des régions et de chercher à répartir les montants entre les trois catégories de prévention (primaire, secondaire, tertiaire). Il préconise d'adapter en conséquence l'information fournie au Parlement à l'appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale (ministère des Solidarités et de la santé, Cnam, ATIH).

Dans cette même logique, Il est proposé d'identifier les actions de santé publique au sein de l'ONDAM, soit sous la forme d'un sous-objectif « sante publique », soit sous la forme d'un objectif propre à la prévention de façon à identifier ce financement et gérer son évolution. Cela suppose de réaliser un travail préparatoire visant à son définir les modalités d'articulation avec les sous-

[44] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_democratie_sanitaire.pdf

[45] Prévention institutionnelle et sécurité sanitaire.

objectifs ville et hôpital et avec le FIR. Cet objectif sera examiné par le Parlement lors de l'examen du PLFSS et sera fixé dans la loi de programmation pluriannuelle de santé publique avec la volonté d'en faire outil de suivi de l'effort consacré à ce domaine.

La partie II de l'annexe 7 du PLFSS pour 2022 donne des éléments. Elle présente une estimation des dépenses de prévention institutionnelle et les différents fonds permettant ces actions. Il s'agit du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ; du Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives (FLCA) créé au sein de la CNAM ; du fonds d'intervention régional (FIR) qui regroupe des moyens destinés à des politiques proches ou complémentaires dans le domaine de la performance, de la continuité et de la qualité des soins, ainsi que de la prévention. Il est donc proposé d'aller plus loin dans ce domaine.

3. FAIRE EVOLUER LES STRUCTURES DE SANTE PUBLIQUE (5 PROPOSITIONS)

Proposition 8 :
Créer un Institut français de Santé Publique

- Pôle fonctionnel dans le champ de la formation, de l'expertise, de la recherche, de l'anticipation et de la prospective :
  - Rassemblant principalement les agences nationales de santé et les instances œuvrant dans ces domaines.
  - Assurant de nouvelles missions essentielles visant à renforcer la formation, à structurer l'expertise, à développer l'innovation, la prospective et la modélisation ainsi qu'à développer la recherche en santé publique.
- Revoir à intervalle régulier, au sein de ce pôle, les missions des agences et structures (IGAS et inspections concernées).
- **Revoir l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires** à la lumière du retour d'expérience (retex) de la crise et de l'arrivée de la réponse européenne HERA (Health Emergency preparedness and Response Authority).

La structuration de la santé publique en France a évolué mais les enjeux et les constats lors de la crise du COVID 19 montrent que des changements doivent encore être réalisés.

Les liens entre environnement et santé humaine sont établis et pris en compte dans les organismes de santé publique comme le Haut Conseil de la santé publique (commission spécialisée « risques liés à l'environnement »), Santé publique France ou l'Anses. Mais cette prise en compte ne suffit pas. L'enjeu est notamment d'aboutir à une surveillance épidémiologique qui dépasse les organisations en silo au niveau national comme sur l'ensemble du territoire. Des modifications structurelles renforçant cette vision intégratrice apparaissent indispensables.

Il est ainsi proposé de créer un pôle fonctionnel dans le champ de la formation, de l'expertise, de la recherche, de l'anticipation et de la prospective appelé Institut français de santé publique (IFSP), avec de façon symétrique un pôle fonctionnel « Pratiques et produits de santé » dont cette mission n'a pas vocation à préciser davantage les contours.

Le changement proposé s'inscrit volontairement, malgré la création de cet institut, dans une logique où les agences gardent leur identité et leur mode de gouvernance. La cohérence d'ensemble, le renforcement du principe de « one health » sont apportés par la reconnaissance de cet Institut et sa gouvernance en tant que pôle fonctionnel.

A titre d'illustration l'expertise collective de l'INSERM sur les pesticides publiée en juin 2021 confirme cette orientation du fait de la complexité croissante des questions relatives aux liens entre une exposition aux pesticides et la survenue de certaines pathologies. Elle note que la littérature fait apparaître une préoccupation concernant les effets indirects de certains pesticides sur la santé humaine par le biais des effets sur les écosystèmes. Elle souligne que l'interdépendance en jeu mériterait d'être davantage étudiée et intégrée, au même titre que les aspects sociaux et économiques afin d'éclairer les prises de décisions lors de l'élaboration des politiques publiques

Cette évolution devra en outre se faire en modifiant les formations des professionnels des 3 secteurs et de celui de la sécurité alimentaire vers des formations intégrant systématiquement ces problématiques.

Le Canada a joué un rôle pionnier dans la prise en compte des déterminants de la santé et la promotion de la santé ce qui en a fait un modèle dans ce domaine pour beaucoup de pays, malgré un contexte territorial particulier. L'agence de santé publique (ASPC) finance, depuis leur création en 2005, six Centres de Collaboration National en santé publique (CCN), spécialisés dans la santé autochtone, les déterminants de la santé, la santé environnementale, les maladies infectieuses, les méthodes et outils, et les politiques publiques et la santé. Les CCN ont pour mission de promouvoir l'utilisation de la recherche scientifique et d'autres savoirs pour renforcer les programmes, les pratiques et les politiques de santé publique.

Proposition 9 :

Créer un service public de modélisation et de prospective en santé

- Chargé des travaux de **modélisation et de prospective en santé** (exemple Météo France ou Health data Hub).
- Permettant de **répondre aux enjeux** de l'évolution de la santé de la population et à ceux des crises, quelles que soient leurs causes.
- **Doté d'un financement** permettant son développement à 5 ans.
- **Rattaché à l'Institut Français de Santé Publique**.

La modélisation est une technique de plus en plus utilisée en santé publique tant pour gérer des situations critiques que pour planifier des actions à moyen et long termes. De même, les travaux d'anticipation et de modélisation se sont multipliés durant la crise alors qu'ils étaient peu nombreux jusqu'à présent. La prospective est une science peu développée dans le champ de la santé mais indispensable pour s'approprier les futurs possibles et engager, au plus tôt et dans les meilleures conditions, la préparation aux crises et l'adaptation du système aux enjeux de santé. Ces trois aspects de « projection dans le temps » doivent être assurés par un service public mettant à disposition les résultats des données analysées auprès des décideurs et de la population.

Proposition 10 :

Organiser le pilotage du programme de recherche en santé publique

- Par l'Institut Français de Santé Publique qui établira un **partenariat avec l'Agence nationale de la Recherche (ANR)** pour développer la recherche en santé publique d'amont.
- En confiant le **pilotage de la recherche d'aval** (recherche en implémentation, transfert, interventions de terrain …) à l'Institut pour la recherche en santé publique (IReSP) en lien avec l'ITMO Santé Publique, au sein de l'Institut français de Santé Publique.

Le développement et le soutien de la recherche en santé publique sont indispensables pour doter la France d'une santé publique forte, comme cela a été fait dans d'autres champs (cancer, sida, maladies rares et/ou émergentes…) et de créer les conditions des synergies entre disciplines et

équipes. Les évolutions à prendre en compte conduisent également à renforcer la recherche dans une logique qui intègre les dimensions « global health » et « one health », ainsi qu'à inciter les professionnels de santé (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers…), les chercheurs en sciences sociales, ainsi que les acteurs des nouveaux métiers en santé publique, à participer à des projets de recherche.

Ce soutien à la recherche en santé publique doit être conçu pour une période longue dans la perspective de faire émerger une recherche d'excellence en santé publique à 20 ans.

L'objectif est de constituer des équipes de recherche de niveau européen et mondial sur les grands axes de la santé publique (cf. supra).

L'Institut français de santé publique constitue un atout pour y parvenir tant par les partenariats qu'il établira que par son mode de gouvernance qui viseront une implication forte des différents acteurs de la recherche (ANR, IReSP, INSERM avec l'ITMO Santé publique…).

Proposition 11 :
Créer au sein de l'Institut, un conseil scientifique mobilisable en cas de crise

- Composé de la gouvernance de l'Institut, du président de l'instance d'expertise de l'Institut (HCSP), des directeurs généraux des agences sanitaires, d'une personne désignée par le CESESP, de représentants d'usagers et de personnalités qualifiées.
- Complété par les directeurs ou présidents des instituts de recherche : INSERM, CNRS, IRD, CEA … et, en tant que de besoin, par des scientifiques nommés en raison de leurs compétences spécifiques liées à la crise sanitaire.
- Assurant à la fois la production d'avis fondés sur les données scientifiques et les données de surveillance issues des agences sanitaires et incluant les données d'expérience des patients/bénéficiaires.
- S'assurant de la faisabilité de la mise en œuvre des mesures.

Un conseil scientifique permanent doit pouvoir être mobilisé en temps de crise, dans une composition adaptée à la nature de la crise. Il doit être le garant que les mesures prises, y compris en situation de crise, soient dans un rapport bénéfice-risque le plus favorable à la santé de l'ensemble des catégories de populations et contribuent à réduire les inégalités de santé. La place laissée aux sciences humaines et sociales dans les expertises réalisées et le renforcement des interactions avec les parties prenantes constitueront une préoccupation forte afin notamment de s'assurer de la faisabilité de la mise en œuvre des mesures.

Cela suppose notamment de mobiliser des évaluations d'impact sur la santé (EIS) et de prévoir des correctifs à l'existant.

Proposition 12 :
Créer dans chaque région un Institut régional de santé publique (IRSP)

- Assurant l'enseignement et la formation, la coordination de l'expertise et l'animation d'une recherche pluridisciplinaire.
- Favorisant le transfert des résultats de la recherche en santé publique vers les décideurs et les opérateurs et permettant de nourrir la recherche par les questionnements des opérateurs et des décideurs.
- Permettant d'associer enseignement et recherche en un même lieu.
- Comportant :

    - un **pôle recherche-enseignement** appelé « **École de santé Publique** » regroupant les structures universitaires ou de formation intervenant dans le champ de la santé publique,
    - un **pôle expertise** regroupant des structures à financement public intervenant dans le champ de la santé publique (ORS, CIRE, IREPS …).
    - Un**e structure de transfert** de la recherche vers l'aide à la décision et des décideurs vers les chercheurs (type Cerresp : Centre d'expertise et de recherche régional en santé publique).
- Contractualisant avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- Fonctionnant en réseau avec l'Institut Français de Santé Publique

Il existe une vraie logique d'interconnexion entre formation, recherche et expertise. Le niveau régional doit permettre de renforcer les liens entre eux et de disposer d'une masse critique adaptée aux besoins dans ces domaines. La création d'Instituts régionaux de santé publique (IRSP) répond à ces objectifs. Les liens entre universités et écoles dédiée apparaissent essentiels. Ces instituts doivent offrir une offre de formation adaptée aux besoins et à destination des différents publics concernés. Ils ont aussi vocation à fédérer les acteurs de la recherche et à développer une recherche participative. La création d'une véritable force d'expertise au niveau régional, au service des décideurs et en premier lieu des ARS, constitue également un gage d''efficience de l'intervention de l'État dans le champ régional de la santé publique mais également des décideurs dont les actions ont un impact sur la santé de la population (conseils régionaux, collectivités territoriales…). La gouvernance de ces instituts impliquera les acteurs régionaux : collectivités territoriales (région, métropoles et communautés de communes, départements), l'ARS, les universités de la région, les CHU. La tutelle de cet institut sera réalisée par l'ARS et le recteur au niveau régional.

Les liens avec les soins de premier recours constituent également un axe fort à développer afin de répondre au mieux à la réalité des problèmes qui se posent sur le terrain.

Selon les territoires, on note en effet une collaboration variable entre les acteurs de la formation en santé publique (universitaires et écoles dédiées). Au-delà des questions de masse critique, un rapprochement est souhaitable pour plus de cohérence. La structuration proposée permet de transformer des problématiques issues du terrain en objets de recherche afin de contribuer à la production de connaissances, à l'élaboration de recommandations utiles pour les décideurs. Les démarches évaluatives portant notamment sur des interventions en santé publique pourraient également être développées ans ce cadre, en synergie et complémentarité avec l'élaboration d'un répertoire des actions probantes en santé publique, réalisée par SpF.

En France, certaines structures assurent déjà une mise en réseau et une animation des écosystèmes locaux de recherche et/ou de décision en santé publique[46]. Les exemples internationaux, même si la structuration du système de santé est différente de la nôtre, montrent l'intérêt d'aller plus loin, qu'il s'agisse du Canada ou des Etats-Unis. (Cf. annexe xx).

[46] Les structures régionales et inter-régionales d'expertise en santé publique Retour sur l'enquête menée auprès des « CeRRESP » au premier trimestre 2021, xxxxx

4. DOTER LA FRANCE D'UN SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE TERRITORIAL ADAPTE AUX ENJEUX (9 PROPOSITIONS)

Proposition 13 :
Créer un système de santé publique territorial simplifié et disposant d'une force d'intervention sur le terrain, en associant l'ensemble des acteurs locaux dont les collectivités territoriales

- **Faire évoluer les projets régionaux de santé (PRS**) en feuilles de route stratégiques.
- Mettre en œuvre des **Pactes Territoriaux de santé** (PaST) :
  - Sous la responsabilité des ARS,
  - Dans tous les territoires où existent des Conseils territoriaux de santé,
  - Donnant une cohérence, dans un cadre contractuel, à différents dispositifs existants : projets de santé des structures d'exercice coordonnée (CPTS, MSP, ESP, centre de santé…), projet médical partagé des GHT, projet et contrat territorial de santé mentale, projets médicaux des services et établissements de santé et médico-sociaux, contrats locaux de santé et de tout document territorial œuvrant dans le domaine de la santé.
- **Structurer une force d'intervention** territoriale par la mobilisation des acteurs du soin sur des objectifs d'amélioration de la santé des populations dans une dynamique contractuelle avec :
  - Une association des CPTS et autres acteurs de l'exercice coordonné (centres de santé, ESP, MSP…) à ces objectifs collectifs sur un territoire et mettre en place un financement adapté.
  - La proposition d'un contrat à temps partiel de praticien de santé publique aux médecins généralistes libéraux, infirmiers libéraux, sages-femmes libérales et SSIAD, ainsi qu'aux pharmaciens volontaires portant sur des missions de santé publique sur un territoire (vaccination, dépistage, prévention primaire ou tertiaires des maladies chroniques etc.)
- **Structurer à l'échelon territorial**, les acteurs de santé publique :
  - par contractualisation, sous l'égide de la direction territoriale de l'ARS,
  - soit sous la forme d'un service public en prévention et promotion de la santé [47],
  - soit sous la forme d'une coopérative d'acteurs du secteur associatif permettant une lisibilité de l'offre de santé publique sur le terrain et le renforcement des capacités d'intervention.

[47] Services communaux d'hygiène et santé (intervenant dans le champ large de la prévention : vaccination/ habitat/nuisibles/hygiène et salubrité publique), PMI, Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), Centres de vaccination, centre de lutte contre la tuberculose, CeGIDD, Caarud, Csapa, Réseau régional en cancérologie, Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé, Maison de prévention santé, Centre départementaux de prévention et de santé (CDPS), etc.) ;

- **Mettre en place des missions de Service public** et/ou des contrats de services publics pluri-institutionnels pour les entités/associations mettant en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé.

L'amélioration de la santé d'une population passe essentiellement par une action sur des déterminants de la santé. Plus les déterminants sont distaux (*wider determinants*), c'est-à-dire éloignés des individus eux-mêmes, plus ces actions doivent être conduites de façon concertée par un nombre important d'acteurs. Il est donc essentiel de pouvoir mobiliser l'ensemble des acteurs, y compris ceux du soin, autour de l'action sur les déterminants de la santé en général ou sur des déterminants de problème de santé propres à un territoire.

L'ARS est chargée du pilotage de la politique de santé publique et de la régulation de l'offre de santé en région. Elle est également chargée de coordonner, dans un cadre territorial, de l'ensemble des politiques de santé (soins, accompagnements médico-sociaux, veille et sécurité sanitaire, santé publique, environnementale et prévention).

Le département joue un rôle majeur dans l'amélioration de la santé des citoyens en raison de son implication dans les politiques sociales et gérontologiques. Les collectivités territoriales (villes, communautés de communes, métropoles …), par les actions relevant de leur compétence, influent sur les déterminants de la santé et sont ainsi des acteurs incontournables de la santé au sein des territoires. Cette compétence d'action des collectivités locales sur les déterminants de santé est déjà une réalité même si elle s'exprime de façon très inégale dans les territoires.

La mise en place d'une force d'intervention en santé publique constitue un enjeu majeur dans l'optique de l'organisation de la réponse aux crises sanitaires.

Proposition 14 : Renforcer les dispositifs d'implication et de prise en compte des citoyens et des bénéficiaires

- Renforcer la mise en œuvre d'une **stratégie nationale de l'information en santé publique** sous l'égide du Service Public d'information en santé, avec le concours des structures et acteurs opérant dans la santé publique.
- **Orienter le positionnement des dispositifs d'information et de communication** à destination des publics dans une logique d'universalisme proportionné plutôt qu'une information généraliste descendante.
- **Agir à deux niveaux** :
    - La représentation dans les instances de conseil ou les instances décisionnelles.
    - La participation de la population ou des bénéficiaires de l'action au processus de construction des interventions (co-construction, intervention mapping etc.) ou au processus d'évaluation d'impact des interventions (Empowerment Evaluation)[48].

L'implication des citoyens et des bénéficiaires des interventions de santé publique sur le territoire est essentielle et constitue l'une des conditions de son efficacité. Les sociétés démocratiques modernes attachent une importance croissante au rôle des citoyens en tant qu'acteurs (parties pre-

[48] Fetterman, D. M., Kaftarian, S., & Wandersman, A. (Eds.). (1996). Empowerment evaluation: Knowledge and tools for self-assessment and accountability. Thousand Oaks, CA: Sage.

nantes) et donc susceptibles d'être impliqués dans les choix individuels et collectifs. Afin de garantir les conditions de cette implication, il est indispensable de renforcer le processus d'empowerment citoyen, défini comme « un processus permettant aux personnes, aux organisations et aux communautés d'acquérir des compétences sur leur propre vie, afin de changer leur environnement social et politique pour améliorer l'équité et la qualité de vie »[49].

Grâce au renforcement de leurs aptitudes et compétences, les individus peuvent accroître le contrôle sur leur santé, l'améliorer, et devenir des acteurs engagés de la santé publique. L'approche d'universalisme proportionné permet d'offrir des interventions selon une échelle universelle mais avec des modalités graduées en ampleur en fonction du niveau de défaveur sociale.

Les évaluations « émancipatrices" dites de 4ième génération (après les évaluations technicistes, descriptives, normatives et participatives) se sont développées en Amérique du Nord au cours de la dernière décennie. Elles ont pour objectif explicite de donner du pouvoir aux acteurs (et en particulier aux bénéficiaires des actions publiques) en créant chez eux la capacité à entamer une démarche d'évaluation (décision, pilotage et jugement) plutôt que de la subir.

Proposition 15 : Faire évoluer les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) en parlements territoriaux de

- Augmenter la **représentation des associations d'usagers ainsi que de la société civile** dans les Conseils Territoriaux de Santé.
- Leur confier notamment **l'organisation du débat public à l'échelle du territoire** visant à assurer l'implication de la société civile à la définition de la cartographie des besoins et des objectifs à poursuivre.

Les missions des CTS doivent être renforcées en leur confiant un réel rôle dans la politique territoriale de santé publique. Leurs missions doivent être élargies et leur composition modifiée en augmentant la représentation des associations d'usagers ainsi que de la société civile. Certains avis doivent être rendus obligatoires (par exemple sur le pacte de santé territorial).

Proposition 16 : Renforcer la dimension participative des interventions de

- Promouvoir le **repérage des risques et des besoins en santé dans les territoires** en s'appuyant sur la méthode de l'usager traceur (sur le modèle du patient traceur en contexte hospitalier).
- Mettre en œuvre les projets et interventions sur la base des **méthodologies issues du design participatif** et des sciences humaines et sociales (à titre d'exemple le projet CancerAdom[50]).

L'association des populations bénéficiaires des interventions à leur élaboration, leur mise en œuvre et leur évaluation est une condition de leur efficacité. Des interventions en santé publique prenant

[49] Wallerstein NB, Duran B. Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities. Health Promotion Practice. 2006;7(3):312-323. doi:10.1177/1524839906289376

[50] La méthode | CancerAdom ; Fondés sur trois temps (immersion, co-construction, évaluation), les dispositifs répondent à deux exigences : d'une part, valoriser l'expertise expérientielle ; d'autre part, appliquer les principes de la démocratie en santé, à savoir, travailler « avec » plutôt que « pour ».

en compte les réalités de chaque partie prenante, permettent également d'augmenter l'efficacité, l'acceptabilité et l'efficience des dispositifs.

Fondés sur trois temps (immersion, co-construction, évaluation), les dispositifs issus du design participatif et des sciences humaines et sociales répondent à deux exigences : d'une part, valoriser l'expertise expérientielle ; d'autre part, appliquer les principes de la démocratie en santé, à savoir, travailler « avec » plutôt que « pour ».

Proposition 17 : Faire évoluer les agences régionales de santé au niveau régional et territorial

- Confier à leur directeur une mission de **délégué interministériel à la santé publique** dans les régions et les départements.
- Créer dans chaque département une **conférence des financeurs pour la santé publique** animée par l'ARS et composée des institutions financeurs (CPAM, CARSAT, CAF, MSA, préfet, CD, DASEN) chargée de mettre en œuvre de façon partenariale et contractualisée le PaST(cf. supra).
- Donner aux ARS des objectifs de **développement de l'approche populationnelle** par les acteurs des soins primaires, les offreurs de soins de deuxième ligne et les services médico-sociaux).
- Renforcer les directions territoriales des ARS et **nommer des directeurs territoriaux de la santé** avec des objectifs de prévention et d'amélioration de la santé de la population définis dans les Pactes de santé territoriaux.
- Élaborer et mettre à disposition des autorités territoriales et des citoyens, **des tableaux de bord comprenant les principaux indicateurs de santé**[51] dans une logique de co-construction.

L'organisation de la santé publique territoriale est un enjeu majeur pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et pour agir face à des crises sanitaires.

L'évolution des ARS doit s'inscrire dans la réponse à cet enjeu et mettre en œuvre les principes d'action de la santé publique.

Proposition 18 : Soutenir et pérenniser les dispositifs de promotion de la santé à destination des populations vulnérabilisées

- Identifier les populations fragilisées par leurs conditions socio-économiques et/ou leur âge et/ou leurs conditions de santé.
- Développer les **dispositifs « d'aller-vers »** (associations, travailleurs sociaux, collectivités territoriales), en lien avec les médiateurs en santé et les habitants ambassadeurs de santé.
- Renforcer la **place des infirmiers et des SSIAD dans les dispositifs de prévention**.
- Favoriser les interventions des **médiateurs d'inclusion numérique en santé** auprès des personnes en situation d'exclusion numérique.

Dans leur environnement et tout au long de leur vie, les personnes appartenant aux classes sociales les plus défavorisées sont davantage exposées à des facteurs de risque (matériels, psychosociaux,

[51] Cf. tableaux de bord locaux mis à disposition par Public Health England

comportementaux) pour leur santé tant physique que mentale ; elles sont moins susceptibles de mobiliser l'ensemble des ressources (matérielles, immatérielles et d'aide) capables de les protéger des événements indésirables, plus vulnérables aux effets néfastes des facteurs de risque et plus endommagées par les conséquences sociales de la maladie par rapport à celles en situation plus favorisée[52] . Au-delà de toute responsabilité de l'individu, la répartition de la santé dans la société se manifeste selon un gradient social.[53]

A cela se rajoute le facteur de la numérisation des services dès lors qu'une partie importante de la population (appartenant aux classes défavorisées indiquées supra) est exclue ou en grande difficulté avec les usages du numérique[54]. Le plan de relance 2030 prévoit la création de médiateurs et d'aidants numériques, les interventions de médiateurs d'inclusion numérique en santé constituent une priorité.

La santé publique territoriale doit développer une approche populationnelle en direction des populations défavorisées en favorisant notamment le développement du métier de médiateur en santé.

Proposition 19 :

Renforcer les dispositifs favorables à la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes

- Mettre en place, dans chaque région, **une contractualisation entre l'État (Préfet/recteur/ARS) et les collectivités territoriales** concernant la santé mentale, physique, sociale et le développement des enfants, adolescents et étudiants.
- Soutenir une politique ambitieuse de **promotion de la santé à l'école**, dans le secondaire et à l'université :
  - Par l'engagement d'ici 2023 de l'ensemble des établissements scolaires et universitaires dans une démarche « École Promotrice de santé » de l'Organisation Mondiale de la Santé
  - Par le renforcement de l'attractivité des métiers de la santé scolaire (Cf.infra).

La santé des enfants et des adolescents est un enjeu fort d'une politique territoriale de santé publique axée sur les besoins des populations. Le rôle des collectivités territoriales dans l'amélioration de la santé mentale, physique, sociale et le développement des enfants, adolescents et étudiants est de fait essentiel. La mise en œuvre d'une démarche contractuelle entre État et collectivités

---

[52] Marmot M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. Londres: Bloomsbury, 2015.

[53]CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Genève: World Health Organization, 2008.

[53]World Health Organization. Social determinants of mental health. Genève: World Health Organization, 2014.

[53] Wilkinson R, Pickett K. The Spirit Level: Why greater equality makes societies stronger. Londres: Allen Lane, 2009.

[53] Wilkinson R, Pickett K. The Inner Level: How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve everyone's Well-being. Londres : Penguin Books, 2018.

[54] « Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base » par Stéphane Legleye, Annaïck Rolland (division Conditions de vie des ménages, Insee) dans INSEE PREMIÈRE No 1780, paru le : 30/10/2019 https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397

territoriales constitue un atout pour la définition de stratégies prenant en compte les réalités de terrain.

Le milieu scolaire est l'un des lieux à privilégier dans les démarches de prévention. L'expertise collective de l'INSERM sur l'alcool publiée en 2021 en donne une illustration. Elle souligne qu'un enjeu prioritaire pour la prévention est le renforcement des facteurs de protection dès le début du parcours de vie des individus. Elle précise notamment que la littérature suggère de développer des interventions précoces visant le renforcement de facteurs génériques de protection telles que les compétences parentales (par exemple, interactions positives, communication, discipline efficace) et les compétences psychosociales des enfants et à travailler plus largement sur les environnements sociaux (notamment le milieu scolaire).

Concernant la santé au travail, seules quelques propositions sont esquissées dans ce rapport compte tenu de la nécessité d'approfondir cette thématique, en lien avec les partenaires sociaux et les administrations concernées.

Proposition 20 : Favoriser les approches collectives de promotion de la santé au travail en

- Encourager la capitalisation des expériences des **entreprises promotrice en santé.**
- Renforcer les dynamiques engagées pour renforcer la transversalité entre santé au travail et santé publique.
- Accompagner l'avancée en âge les travailleurs tout au long de leur parcours professionnel pour anticiper les effets liés à l'âge.

L'articulation entre la santé publique et la santé au travail s'est développée ces dernières années comme en témoignent les orientations fournies par le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) pour le troisième plan santé au travail. Le Plan santé au travail (PST 3) est ainsi structuré autour de deux axes stratégiques principaux : l'amélioration de la qualité de vie au travail ; donner la priorité à la prévention primaire et à la culture de la prévention. Le travail est présenté comme un déterminant de santé où la transversalité entre santé au travail et santé publique conduit à promouvoir un environnement de travail favorable à la santé. Le bilan du PST 3 ainsi que la loi d'août 2021 devraient renforcer cette dynamique.

Proposition 21 : Accompagner l'avancée en âge les travailleurs tout au long de leur parcours professionnel pour anti-

- Accompagner l'avancée en âge les travailleurs tout au long de leur parcours professionnel pour anticiper les effets liés à l'âge.
- Renforcer la place de la prévention pour concilier maintien en emploi et qualité de vie au travail.

L'allongement de la durée de vie professionnelle fait du maintien en emploi des seniors un enjeu majeur. Le maintien en emploi des plus âgés répond au principe de réduction des inégalités qui suppose de se prémunir contre des mécanismes conduisant à l'éviction des plus âgés de l'emploi. Il s'inscrit également dans le cadre fixé d'un universalisme proportionné. La prévention prend ici toute sa place avec des mesures adaptées permettant de concilier maintien en emploi et qualité de vie au travail. Seules quelques mesures sont citées dans ce rapport compte tenu de la nécessité

d'approfondir cette thématique, en lien avec les partenaires sociaux et les administrations concernées.

Proposition 22 : Poursuivre l'investissement pour développer la recherche sur l'exposome

- Favoriser la mise à disposition des données d'exposition.
- Développer des études avec des tailles d'échantillons permettant de détecter des signaux faibles

Nous sommes tous exposés simultanément à une multitude de facteurs environnementaux sur notre lieu de travail et en dehors. Le rapport IGAS sur l'évaluation de la mise en œuvre du plan cancer 3 notait que la prévention des expositions professionnelles avait connu des progrès (mobilisation autour de l'amiante, meilleure connaissance des cancers par profession et secteur) mais soulignait la nécessité d'une intensification des efforts sur la prévention, la traçabilité des expositions et la reconnaissance des maladies professionnelles induites. La notion d'exposome vise à prendre en considération l'ensemble des expositions couvrant la vie entière : ensemble des facteurs non-génétiques qui peuvent influencer la santé humaine tels que les expositions physiques, chimiques ou biologiques mais également facteurs plus globaux tels que le contexte socio-économique ou psychologique. L'amélioration des connaissances dans ce domaine est indispensable. Elles doivent porter également sur les effets potentiels sur la santé humaine en fonction des niveaux d'exposition, y compris extrêmes (faibles ou très élevés).

5. POURSUIVRE L'INVESTISSEMENT DANS LE NUMERIQUE EN SANTE POUR RENFORCER LES CONNAISSANCES EN SANTE, LA PERTINENCE DES INTERVENTIONS ET GARANTIR LA CONFIDENTIALITE DES DONNEES

Proposition 23 : Améliorer la collecte, la gestion et l'exploitation des données de santé

- Favoriser et soutenir les entrepôts de données à l'échelle régionale et développer les métiers nécessaires pour les exploiter.
- Renforcer et simplifier la mise à disposition des données de santé pour les chercheurs et les acteurs concernés dont les associations de patients (enjeu de transparence)[55].
- Renforcer les exigences appliquées aux hébergeurs de données de santé pour sécuriser les hébergements sur des serveurs nationaux ou européens et prévenir les cyberattaques.
- Promouvoir l'utilisation d'outils tels que l'intelligence artificielle, le traitement des signaux faibles, les modèles mathématiques…
- Faciliter le croisement des données de santé avec les données sociales et environnementales (GD4H) à une échelle géographique fine tout en sécurisant leur exploitation.

[55] Cette mise à disposition doit permettre de conserver un droit de regard sur l'utilisation en s'inspirant des systèmes Open Data hors UE (UK, réseau USA Kaiser permanente …)

- Ramener le délai de codage des causes de décès à moins de 2 ans d'ici 2025.
- Faire évoluer d'ici 5 ans, le PMSI, le système d'information hospitalier et extra hospitalier vers un système d'information adapté aux exigences des situations de crise. Tester régulièrement ces systèmes d'information par des « crash tests ».
- Se doter des capacités d'analyse des signaux faibles dans le cadre de la veille sanitaire.
- Mettre en place et soutenir un observatoire des données de la médecine de ville.

Les données de santé constituent une ressource indispensable pour construire des politiques de santé adaptées aux besoins de la population. Il en est de même de l'utilisation d'outils comme ceux de la modélisation ou de la prospective appliquées à la santé. Il importe de créer les structures ou les services permettant, en accord avec les valeurs rappelées dans ce rapport, d'assurer la sécurité, la souveraineté et le caractère public (gouvernance) de données de santé sécurisées et anonymisées.

Ces données peuvent être recueillies à travers des systèmes d'information dédiés ou non. A côté des systèmes d'information classique (assurances sociales, SIH, …), d'autres peuvent amener des informations complémentaires (réseaux sociaux, opérateurs téléphoniques, sondages, …), ou provenir d'initiatives de recherche (cohortes, registres, enquêtes, études, …).

Le principe de service public tel qu'il est mis en œuvre dans la création du *Health Data Hub* est essentiel à défendre pour assurer la souveraineté de la France sur l'utilisation de ces données.

La transparence est un autre principe essentiel sur lequel construire un système performant et public des données de santé. Ainsi, la mise à disposition de données anonymisées/pseudonymisées et sécurisées pour les chercheurs, les acteurs concernés, voire les particuliers sur le mode de l'open data doit être développée. La crise du Covid-19 a montré l'importance de la disponibilité de ces données (cf. data.gouv.fr).

Proposition 24 :
Développer la modélisation, l'anticipation et la prospective en santé

- Créer **l'Institut public de la prospective et de la modélisation en santé** (Cf. supra).
- Engager rapidement des **travaux de prospective** permettant de préparer les crises sanitaires et d'adapter du système de santé aux enjeux.
- Mettre ces travaux au service des décideurs et à la disposition de la population
- Assurer une diffusion de ces travaux et une formation

L'intérêt du développement de la modélisation et de la prospective en santé a été présenté dans la proposition 9 qui porte sur la création d'un Institut public chargé de ces domaines. Ce développement doit être associé à un développement maitrisé de l'intelligence artificielle (IA) dans le champ de la santé et des sciences de l'information.

Proposition 25 : Développer le numérique comme outils d'intervention au plus

- Capitaliser l'expérience de certains pays développant un système de santé publique s'appuyant sur des applications numériques.
- Renforcer les **actions de lutte contre les fractures numériques**, dues à des carences d'équipement, à l'illectronisme ou à l'absence de couverture de réseau.

Le numérique peut être utilisé pour toucher des populations éloignées du système de santé, comme le montre l'expérience de certains pays. Les technologies numériques peuvent inclure un certain nombre de techniques de changement de comportement potentiellement utiles[56] et peuvent être adaptées aux besoins particuliers d'un individu ou d'une population donnée[57]. En conséquence, les outils numériques ont été défendues comme un moyen de réduire les inégalités en matière de santé en prenant des programmes sur mesure pour toucher des populations autrement difficiles à atteindre, à faible niveau socio-culturel [58]. Parallèlement, il convient de s'assurer que le numérique en santé ne soit pas source d'exclusion du système de santé et s'inscrive autant que possible dans la mise en œuvre des priorités de santé publique.

En effet, des récentes études ont fait valoir que sans prendre en compte les fractures numériques, l'utilisation des technologies numériques pour la promotion de la santé peut renforcer les inégalités. D'une part parce que les appareils portables et les applications pour smartphones ou internet sont principalement conçus pour les personnes de milieu socio-culturel plus élevé et d'autre part parce que les personnes vulnérables sont également les plus touchés par l'illectronisme[59] et par conséquent, n'en tirent pas les mêmes avantages [60,61,62]. Pour réduire les inégalités et améliorer l'efficacité, le développement futur d'interventions numériques visant à améliorer la santé doit faire des efforts concrets pour répondre aux besoins des personnes vulnérables.

---

[56] Lyons JE, et al. Behavior change techniques implemented in electronic lifestyle activity monitors: a systematic content analysis. J Med Internet Res. 2014;16(8):e192.

[57] Krebs P, Prochaska JO, Rossi JS. A meta-analysis of computer-tailored interventions for health behavior change. Prev Med. 2010;51(3–4):214–21.

[58] Bradbury K, et al. Developing digital interventions: a methodological guide. Evid Based Complement Alternat Med. 2014;2014:561320.

[59] le terme utilisé pour décrire l'état d'une personne qui ne maîtrise pas les compétences nécessaires à l'utilisation et à la création des ressources numériques. (On distingue dans l'illectronisme les lacunes liées à l'utilisation des outils numériques (ordinateurs, téléphones intelligents, etc.) et celles liées à l'usage des contenus disponibles sur Internet [remplir un formulaire en ligne, acheter sur un site Web, etc.].). Définitions : illectronisme - Dictionnaire de français Larousse consulté le 21/11/21

[60] Guo Z, et al. Socioeconomic disparities in eHealth literacy and preventive behaviors during the COVID-19 pandemic in Hong Kong: cross-sectional study. J Med Internet Res. 2021;23(4):e24577.

[61] Neter E, Brainin E. eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. J Med Internet Res. 2012;14(1):e19.

[62] Western, M.J., Armstrong, M.E.G., Islam, I. *et al.* The effectiveness of digital interventions for increasing physical activity in individuals of low socioeconomic status: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* **18,** 148 (2021). https://doi.org/10.1186/s12966-021-01218-4

6. RENFORCER LA QUALIFICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE PUBLIQUE (4 PROPOSITIONS)

Proposition 26 :
Anticiper les besoins en professionnels de santé publique et repenser les formations

- Identifier l'ensemble **des métiers de santé publique** existants en utilisant une cartographie des lieux d'exercice de la santé publique.
- **Identifier et quantifier les besoins futurs** en professionnels, à partir des lacunes constatées sur le terrain et en tenant compte des enseignements de la pandémie.
- Prendre en compte le **modèle de santé cible** que la France souhaite mettre en place à 5 ans.
- Mettre en place et développer ou renforcer à court terme des **spécialisations pour certains métiers** exerçant dans le champ de la santé publique : spécialistes de traitement de données, spécialistes en sciences sociales et santé publique, ingénieurs en santé publique, ingénieurs en environnement et santé, infirmiers en santé publique, patients experts en santé publique / communautaire…
- **Recenser l'offre de formation – initiale et continue** – en santé publique, y compris la formation institutionnelle non-académique, pour la rendre visible et attractive (annuaire en ligne).
- Assurer l'accessibilité à des **formations « flash » en santé publique** en fonction de besoins contextuels des opérateurs de terrain.

La formation en santé publique revêt des contours variables selon que l'on évoque les enseignements académiques et universitaires ou les formations à des fonctions d'administration de santé (diplômes professionnels de l'EHESP, modules de formation continue ad hoc pour les personnels des administrations de la santé, …). L'offre de formation en santé publique apparaît morcelée, redondante mais non moins riche et foisonnante. Actuellement, il n'existe pas de registre répertoriant les métiers de santé publique, ce qui est un frein à la prospective et à l'anticipation des besoins. Les formations en santé publique dispensée en dehors de l'Université (fonction publique, réseaux associatifs, etc.) sont peu connectées au monde académique

Proposition 27 :
Favoriser la formation interdisciplinaire en santé publique

- Élaborer un **socle commun de formation en santé publique** intégré dans des référentiels de formation cohérents avec les référentiels internationaux (ASPHER et COMPHP).
- Former systématiquement les professionnels de santé publique à **la veille et la sécurité sanitaire**, à l'évaluation des impacts, à l'expertise sanitaire et à l'utilisation des données probantes.
- Proposer des **stages dans des lieux d'exercice de la santé publique labellisés** à tous les professionnels de santé publique en formation.
- Mettre en place des **passerelles vers des formations spécialisées en santé publique** pour les professions médicales/paramédicales/éducatives pour assurer une remise à niveau.

- Renforcer la **VAE, la reconnaissance d'équivalences** et pour l'accès aux enseignements universitaires, notamment pour les patients experts.

Un socle commun de formation doit rappeler les valeurs et les principes d'action (cf. supra) de la santé publique. Le développement de formations adaptées aux enjeux majeurs de santé publique, comportant notamment des stages sur le terrain et concernant l'ensemble des professionnels de santé publique constituent un des moyens concrets pour favoriser l'interdisciplinarité. La réalisation du service sanitaire des étudiants en santé a montré la faisabilité de tels dispositifs et également leur intérêt.

Proposition 28 : Accroître l'attractivité des métiers en santé publique en leur donnant davantage de visibilité, en favorisant la mobilité et en les revalorisant par une reconnaissance publique

- Créer un **statut unique pour toutes les professions médicales de santé publique :** praticiens hospitaliers de santé publique, médecins scolaires, médecins de PMI, MISP, médecins du travail, médecins conseils de l'assurance maladie ainsi que pharmaciens inspecteurs et conseils.
- Reconnaître des **compétences autonomes en santé publique pour les infirmiers** et le développement d'une formation d'infirmière de pratique avancée mention santé publique.
- Instaurer des **« contrats de santé publique** » à temps partiel proposés aux professionnels de santé à exercice libéral volontaires afin de :
  - Favoriser la pratique médicale communautaire,
  - Mobiliser des professionnels de santé en cas de crise sanitaire.
- Renforcer **l'attractivité des métiers d'ingénieurs** exerçant dans le domaine de la santé publique en lien avec les ingénieurs du génie sanitaire et les ingénieurs d'étude sanitaire.
- Créer d'un **métier générique de santé publique** permettant d'accroitre l'attractivité pour des métiers de santé publique. Des spécialisations permettront de reconnaître des compétences ou des métiers particuliers.

Actuellement, les professions et les débouchés en santé publique sont peu visibles et peu reconnues publiquement.

Les médecins qui exercent un métier en santé publique ont des statuts et des rémunérations très différentes selon qu'il s'agit par exemple des médecins exerçant en PMI, des médecins solaires, des médecins inspecteurs de santé publique, des praticiens hospitaliers ou des médecins du travail. Ces différences sont notamment responsables du manque d'attractivité de la médecine scolaire ou encore de l'exercice en PMI. En outre, la difficulté à se projeter dans des parcours professionnels qui rendent difficile une mobilité dans un autre secteur d'activité peut également contribuer au manque d'attractivité. Il s'agit là d'un enjeu majeur d'autant que la situation va en s'aggravant dans certains domaines. La situation des infirmiers mérite également une attention particulière. En outre, la santé publique doit être envisagée comme une profession qui n'est pas réservée aux seuls professionnels de santé et pour laquelle d'autres métiers doivent se développer.

Proposition 29 :

Développer une santé publique universitaire orientée sur la santé des populations

- Créer une **section universitaire en Santé Publique** dédiée aux professions non médicales (MCF/Pr) :
  - De façon à reconnaitre leurs compétences en santé publique et à développer un enseignement multidisciplinaire,
  - Comprenant notamment la mention santé globale/santé mondiale qui est par essence extrahospitalière.
- Rendre plus accessible la **section « médicale » de santé publique (46.1, 46.4) à des non-médecins**.
- Créer des postes de professeurs des universités – praticiens de santé publique, bi-appartenant (de type HU) avec une **valence H extrahospitalière** par convention (ARS, collectivités, administrations, ONG, assurance-maladie, etc.).

Deux professions de santé sont reconnues dans le champ de la santé publique par le conseil national des universités (CNU) sous la forme d'une section ou d'une sous-section : les professions médicales (section 46) et l'odontologie (section 56). Ainsi, la santé publique n'est pas reconnue comme une spécialité universitaire pour d'autres professions que ces 2 professions de santé.

Il est proposé de créer une nouvelle section au sein du conseil national des universités permettant de reconnaitre la spécialité de santé publique pour d'autres professions que les professions médicales.

Parallèlement, les postes dits de bi-appartenant (cumulant une part universitaire et une part hospitalière) ne sont possibles qu'au sein des établissements de santé de type hospitalo-universitaires ou apparentés. Or la santé publique directement en lien avec la santé des populations ne se pratique pour l'essentiel qu'en dehors des établissements de santé. Ce statut particulier explique que les postes d'universitaires en santé publique ne soient positionnés principalement que sur 2 types d'activité : la gestion des données (information médicale) d'une part, la recherche clinique hospitalière et les biostatistiques d'autre part. Il est probable que le retard pris par la France dans d'autres secteurs de la santé publique (prévention, recherche interventionnelle, recherche en implémentation etc …) s'explique en partie par ce statut reservé à des médecins (praticiens hospitaliers).

Une évolution des compétences en santé publique passe donc par une évolution du cadre réglementaire des universitaires qui seront en charge de la formation des professionnels de santé publique.

7. DEVELOPPER UNE RECHERCHE EN SANTE PUBLIQUE PERMETTANT A LA FRANCE DE JOUER UN ROLE DE PREMIER PLAN EN EUROPE ET DANS LE MONDE (3 PROPOSITIONS)

Proposition 30 :

Élaborer, soutenir et financer un programme national de recherche en santé publique inscrit dans la loi de programmation de santé publique

- Doté d'une **gouvernance propre et d'un financement pluriannuel dédié** et sanctuarisé.
- En vue :
  - D'intensifier le développement de la recherche en santé publique comme cela a été fait avec succès dans d'autres champs (cancer, sida, maladies rares et/ou émergentes…).
  - De créer les conditions des synergies entre disciplines et équipes.
  - De renforcer la transversalité et de répondre aux enjeux au-delà de la stricte santé humaine en s'inscrivant clairement dans une double logique de « Global health » et de « One health ».
- Conçu pour une **période longue dans la perspective de faire émerger une recherche d'excellence en santé publique à 20 ans**

Les évolutions à prendre en compte conduisent à inciter les professionnels de santé (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, infirmiers…), les chercheurs en sciences humaines et sociales, ainsi que les acteurs des nouveaux métiers en santé publique, à participer à des projets de recherche. Ce programme doit être complété par des actions structurantes permettant à la France de davantage conduire des programmes européens.

Proposition 31 :

Développer les sciences participatives en santé

- **Afin de** :
  - Faire émerger des thématiques de recherche proches des préoccupations de la population,
  - Renforcer la confiance des citoyens dans les résultats des recherches.
- **En impliquant**
  - Les citoyens / bénéficiaires / patients dans l'identification des axes de recherche, des thématiques, dans l'élaboration des méthodologies, dans la collecte et l'analyse des données de santé ainsi que dans l'évaluation,
  - Les collectivités territoriales (élus et services) et les associations dans la définition des questions de recherche en santé publique ainsi qu'aux différentes étapes de construction des programmes de recherche et de leur déroulement.

La crise du Covid-19 a été une crise de la confiance envers les acteurs de la santé, peut-être encore plus de la santé publique. Il convient de développer la recherche participative. L'objectif est de faire émerger des thématiques de recherche proches des préoccupations de la population. Le développement des « community based research » qui visent à faire collaborer chercheurs et citoyens / bénéficiaires / patients (groupes communautaires le cas échéant)

pour mettre en évidence et résoudre des problèmes qui les concernent sera privilégié. La mise en place d'espaces de dialogues entre les chercheurs et les parties prenantes extérieures au monde de la recherche ainsi qu'une valorisation des missions de vulgarisation des chercheurs constituent des atouts pour y parvenir. Les associations et collectifs impliqués dans les recherches pour faire face aux rumeurs et fake news (infox) dans le cadre des travaux menés par le Service Public d'information en santé autour de la lutte contre la dé/mésinformation pourront utilement être mobilisés dans le cadre de ces démarches.

Proposition 32 :
Développer et organiser la recherche en santé publique dans chaque région

- **Fédérer les différents acteurs de la recherche** en santé publique au sein des Instituts Régionaux de santé publique (cf. supra).
- Repérer et soutenir le **développement des équipes émergentes** sur des thèmes innovants.
- **Evaluer les expérimentations locales** dans une perspective de transfert de connaissance (autre territoire, autre thème) et de mise à l'échelle à travers un réseau national des structures régionales de recherche en santé publique.
- **Faciliter l'accompagnement des acteurs** (ARS, aux collectivités ou aux associations) dans la mise en œuvre de leurs actions par la mise en place de guichets uniques (cf. supra).
- Produire sur la base de ces connaissances, au niveau régional/territorial, des **outils de transfert de connaissances** à l'usage des décideurs et des acteurs (policy-briefs, etc.).

Une politique ambitieuse de développement de la recherche en santé publique doit être menée dans les régions en s'appuyant sur des Instituts régionaux de santé publique. Elle doit être pensée au niveau régional en développant les synergies des équipes de recherche au sein des Instituts Régionaux de Santé Publique. Ce travail a été conduit en cancérologie par exemple grâce à la mise en place des cancéropôles aboutissant au renforcement de la recherche en oncologie (cf. évaluation des plans cancer).

8. RENFORCER LE SYSTEME D'EXPERTISE EN SANTE PUBLIQUE ET L'ADAPTER AUX SITUATIONS DE CRISE (2 PROPOSITIONS)

Proposition 33 :
Sensibiliser et former les parties prenantes à l'expertise scientifique

- Proposer des **formations spécifiques sur l'expertise scientifiques aux professionnels de santé publique, décideurs, élus, journalistes et représentants d'usagers.**
- **Diffuser la charte de l'expertise sanitaire** et l'intégrer dans les décrets créant des instances d'expertise
- Valoriser la plateforme sur la transparence des professions de santé et **étendre le principe de la déclaration publique d'intérêt à l'ensemble des experts**.

La formation des scientifiques et des différentes parties prenantes notamment aux conflits et liens d'intérêt, à la charte de l'expertise sanitaire et aux conditions nécessaires à l'indépendance de l'expertise apparaissent indispensables.

Proposition 34 :
Structurer, renforcer et simplifier l'expertise en santé publique et asseoir une légitimité institutionnelle des experts de ce domaine

- Mettre en place d'un **conseil scientifique susceptible d'apporter des expertises de façon régulière et en temps de crise** et organisé pour communiquer dans ces domaines (Cf. supra IFSP)
- **Renforcer les règles de la production de l'expertise** pour mieux rendre compte des zones d'incertitude qui demeurent et contribuer à renforcer la confiance des populations dans les décisions prises.
- **Prendre en compte les spécificités territoriales** de façon à offrir une expertise ancrée au plus proche des décideurs locaux.
- Inscrire l'évolution de l'expertise nationale dans l'effort de structuration réalisé par différents pays et au sein de l'UE.
- Expliciter les **mesures garantissant l'expression libre des experts** et de leurs désaccords au terme du processus d'élaboration.
- **Assurer la protection juridique** des experts travaillant pour les pouvoirs publics.

La crise sanitaire a montré toute l'importance de permettre à la décision publique de s'appuyer sur une expertise en santé publique transparente, impartiale, reposant sur une méthodologie éprouvée et encadrée (charte de l'expertise sanitaire par exemple).

La crise sanitaire a montré aussi une fragmentation de l'expertise en santé publique, éclatée entre plusieurs agences de santé, qu'elles aient développé leur expertise à travers leurs fonctions d'opérateurs de l'État ou qu'elles aient été dotées, en propre, de mission d'expertise à leur création.

Parallèlement, on a pu assister à une multiplication des prises de parole dans ce domaine souvent par des personnes s'exprimant à titre individuel et non institutionnel, avec des prises de position contradictoires. Les expressions individuelles et divergentes sont légitimes. En revanche, les instances d'expertise doivent mettre en place des règles et une politique de communication adaptées aux circonstances. Les propositions amènent à se doter au niveau national mais également régional d'une force d'expertise dans le domaine de santé publique, articulée avec la recherche et l'enseignement dans ce domaine. Cela suppose notamment le renforcement de l'apprentissage et la mise en œuvre des méthodes d'élaboration de consensus, la méthode DELPHI notamment. L'objectif est d'obtenir assez rapidement un consensus entre experts, afin de faciliter les processus décisionnels. Le développement de l'utilisation d'outils permettant des résultats de processus DELPHI apparait indispensable.

La crise de la Covid-19 a révélé l'importance d'adapter les approches universelles aux caractéristiques locales qui prévalent dans une logique de « territorialisation des mesures ». Il semble nécessaire dans ce contexte d'offrir une expertise au service de la décision et de la pratique de terrain en santé publique (mobilisation et analyse de données, production de synthèses et revues de littérature, transfert de connaissance…) en ancrant cette expertise au plus proche des décideurs locaux.

Si l'expertise nationale est importante, elle doit aussi s'inscrire dans l'effort de structuration réalisé par différents pays et au sein de l'UE.

9. RENFORCER LE SYSTEME DE VEILLE ET DE SECURITE SANITAIRE ET IMPLIQUER LA POPULATION (4 PROPOSITIONS)

Proposition 35 :
Réorienter les missions de veille et de sécurité sanitaire dans une double logique de « Global Health » et « One Heath »

- Adapter les missions de veille et de sécurité sanitaire aux enjeux que pose la recrudescence des maladies émergentes et des crises sanitaires et la mise en œuvre d'une préparation et réponse européenne aux crises sanitaire (HERA)
- Favoriser et institutionnaliser les échanges entre agences (SpF et l'ANSES) pour améliorer la veille et anticiper les décisions au sein de l'Institut Français de Santé Publique (cf. supra).
- Développer des formations « One Health » et « Global Health » pour tous les professionnels de santé publique en charge de la veille et de la sécurité sanitaire (épidémiologistes, ingénieurs, etc.).

La mise en œuvre du principe « One health » passe par l'évolution des cadres d'analyse des problèmes de santé avec la prise en compte systématique des interactions ou interférences entre santé humaine, environnementale et animale. D'autres propositions, comme la création de l'Institut Français de Santé Publique (expertise) ou les Instituts régionaux de santé publique portant les écoles de santé publique (formation) ont pour objectif d'évolution des cadres d'analyse des problèmes de santé publique. Si les concepts de « One Health » et « Global Health » sont maintenant bien connus et largement utilisés leur mise en œuvre concrète doit être renforcée au niveau national, européen et international.

Proposition 36 :
Développer et augmenter la pertinence du système de veille sanitaire et de réponse aux crises sanitaires

- Inscrire la réponse aux crises sanitaire et le système de veille français dans un continuum entre l'échelon mondial et européen, l'échelon national, régional et territorial.
- **Élargir la réserve sanitaire** à une réserve de professionnels ayant une formation et une expérience significative dans la gestion de crise.
- **Adapter les systèmes d'information** et la formation (cf. supra).

- Organiser, au sein des Instituts Régionaux de Santé Publique, la **mise à disposition d'expertises externes nécessaires aux missions de l'ARS** dans des délais compatibles avec les situations d'urgence (cf. supra).
- **Renforcer les capacités d'investigation et d'expertise** dans les régions (cf. IRSP et supra).
- Mettre en place une « **cellule de crise territoriale »** en s'appuyant notamment sur les cellules de crise mises en place dans le cadre des CPTS et celles développées dans les établissements de santé.
- **Impliquer systématiquement les associations de Prévention et Promotion de la Santé régionales et territoriales** dans l'élaboration et la mise en place des dispositifs de sécurité et de gestion de crise sanitaire (définition des missions, attentes dans ce domaine, signalement, etc.).

La structuration d'un système de veille sanitaire et de réponse aux crises sanitaires à la hauteur des enjeux suppose la mise en œuvre d'actions qui dépassent largement le seul champ de la santé. L'inclusion dans les réunions du Comité interministériel pour la santé d'un volet « anticipation et préparation » des crises sanitaires s'inscrit dans cette dynamique.

Proposition 37 :
Inciter les citoyens à s'impliquer dans la veille et la sécurité sanitaire

- En signifiant que cette implication est attendue pour des faits, des situations susceptibles de mettre en danger la santé, évitant toute incitation à la délation ou dérive vers une société normée ou « contrôlante ».
- Par le développement dès le plus jeune âge, **dans le cadre d'une culture de santé publique**, des éléments de base sur la protection de la santé (cf. les pays vulnérables aux tremblements de terre ou ouragans… ou la formation aux réactions à des attaques terroristes) (cf. Proposition 1 : plan national de littératie en santé).
- Par une information sur la veille et la sécurité sanitaire /tout au long de la vie : école, lieu de travail.

La participation des citoyens doit être favorisée, en privilégiant les processus ascendant (« bottom-up »). Ce développement s'inscrit dans la dynamique initiée voici quelques années par l'ouverture d'un portail des signalements d'alerte (http://alerte-sante-environnement-déontologie). Celui-ci est complémentaire au dispositif mis en place dans les organismes publics (cellules de veille d'alerte et de gestion sanitaire) et chez les professionnels du soin (réseau Sentinelles par exemple).

L'objectif est de susciter une veille sécuritaire pour des faits, des situations susceptibles de mettre en danger la santé. Les actions à mener devront toutefois éviter une incitation à la délation, une dérive vers une société normée ou « contrôlante ». Il s'agira en particulier de bien gérer la tension entre la responsabilité individuelle et la solidarité collective.

Proposition 38 :

Impliquer davantage les professionnels de santé dans le fonctionnement des réseaux de veille

- Déployer des **référents « veille et sécurité sanitaire en médecine de ville » notamment au sein des CPTS ou des structures d'exercice coordonné** (centre de santé, MSP etc.), dans les établissements de santé privés et dans les établissements et structures médico-sociales.
- **Renforcer le « mandat de santé publique, veille et sécurité sanitaire » des GHT** en l'inscrivant systématiquement dans tous les projets médicaux d'établissement et contrats d'objectifs et en le dotant financièrement.

La veille et la sécurité sanitaires doivent être développées afin de repérer les signaux faibles et se préparer à faire face à une crise sanitaire qu'elle qu'en soit sa nature (événement climatique exceptionnel, attaque terroriste, pandémie, etc.). L'appui des acteurs de terrain constitue une nécessité.

10 INSCRIRE LA SANTE MONDIALE COMME UN DES OBJECTIFS DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE FRANÇAISE (2 PROPOSITIONS)

Proposition 39 :

Inscrire les priorités de santé publique en France et la Stratégie Nationale de Santé en cohérence avec les 17 objectifs de déve-

- Garantir que l'Agenda 2030, en particulier l'ODD3[63] et ses indicateurs de suivi sont pris en compte dans toutes les recommandations de santé publique en France ainsi que dans les différentes composantes de la nouvelle stratégie française en santé mondiale 2023-2027 (cf. Plan National de Santé Publique « Plan Priorités Prévention »).

La santé mondiale (« Global health ») couplée à l'approche « One Health » désigne l'ensemble des enjeux de santé humaine, animale et environnementale 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 dont la promotion de la santé, la protection des environnements de vie et la prévention, ainsi que la construction de systèmes de santé durables et équitables. Elles entendent aussi améliorer l'efficacité des interventions d'urgence dans le contexte des crises sanitaires.

[63] https://www.agenda-2030.fr/17-objectifs-de-developpement-durable/article/odd3-donner-aux-individus-les-moyens-de-vivre-une-vie-saine-et-promouvoir-le#scrollNav-2

La santé mondiale engage à la fois les acteurs publics nationaux et internationaux, les professionnels de santé et de santé publique, les chercheurs, les ONG, le secteur privé et les citoyens. La santé mondiale appelle des réponses collectives et globalisées ainsi qu'une coordination des initiatives à l'échelle internationale.

L'interconnexion entre les questions de santé mondiale et le réchauffement climatique est désormais un fait scientifique établi. Le concept d'une seule santé (*One Health*) reliant santé humaine, santé animale et état environnemental constitue une priorité politique, financière et scientifique en santé mondiale depuis la pandémie de Covid-19 et doit être intégré comme une des dimensions de la stratégie française de santé mondiale en cours d'évaluation. Ses actions ont clairement une dimension européenne qui sera renforcée au début de l'année 2022 par les six mois de présidence française du Conseil de l'Union Européenne.

Les ODD constituent le cadre de référence adopté par les États membres des Nations Unies en 2015. L'Agenda 2030 ainsi élaboré insiste sur l'interconnexion entre les défis universels que sont la pauvreté, les inégalités, la dégradation de l'environnement et du climat. L'ODD3 est celui qui concerne plus directement les questions de santé en affichant la promotion du bien-être de tous à tout âge comme priorité pour permettre à tous de vivre en bonne santé. Cet ODD se décline en une douzaine de cibles à atteindre d'ici 2030 et d'indicateurs chiffrés qui permettent de mesurer l'état des progrès réalisés. La France décline des indicateurs de suivi nationaux[64] dans le contexte européen[65].

Proposition 40 :

Structurer et renforcer la dimension académique de la stratégie française en santé mondiale[66]

- **Créer une mention santé mondiale / santé globale** au sein de la section santé publique qui sera ouverte par le CNU (cf. supra).
- **Intégrer la santé mondiale au réseau national des écoles doctorales** en santé publique ou la création d'une école doctorale nationale en santé mondiale.
- **Inclure les enjeux de santé mondiale dans les différents dispositifs de financement de la recherche en santé publique** et le renforcement les financements dédiés aux programmes et équipes de recherche (cf. supra).
- Mobiliser les équipes universitaires françaises de santé publique pour participer au fonctionnement de **l'Académie de l'OMS à Lyon** dans une perspective interdisciplinaire.

La santé mondiale n'est pas seulement une conception moderne de la santé et une politique, c'est aussi un champ disciplinaire et thématique qui s'est imposé dans beaucoup de pays mais a insuffisamment diffusé dans le monde académique français. Il n'existe pas actuellement de filière d'enseignement, de recherche et d'expertise en santé mondiale mais une

[64] https://www.insee.fr/fr/statistiques/2654944?sommaire=2654964

[65] https://ec.europa.eu/eurostat/web/sdi/good-health-and-well-being

[66] Des propositions de structuration plus détaillées du champ académique de la santé mondiale seront formulées d'ici début 2022 dans le cadre d'une mission spécifique qui vient d'être lancée.

grande diversité d'offres non coordonnées dans les universités françaises et les Établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST) et les Établissement publics à caractère industriel et commercial (EPIC) partenaires.

5 PRIORITES

Compte tenu de l'urgence à faire évoluer le système de santé publique et l'ampleur des structurations à engager, il est essentiel de prioriser les propositions à mettre en place rapidement.

Cinq propositions prioritaires devront être engagées dès début 2022 :

- **Le plan d'amélioration du niveau de littératie en santé en France.**
- **Le partage avec les citoyens de la politique de santé publique avec le vote par le parlement d'une loi pluriannuelle de programmation comprenant les objectifs de santé publique, un programme de recherche et le financement sous la forme d'un ONDAM.**
- **La création de l'Institut français de Santé Publique et des Instituts Régionaux de Santé Publique.**
- **Le développement d'une santé publique de territoire simplifiée, organisée et efficace associant les collectivités et les populations autour d'une ARS territoriale renforcée.**
- **Le renforcement de l'attractivité des métiers de la santé publique** en proposant des formations rénovées, multidisciplinaires prenant en compte les priorités de santé.

L'amélioration de la santé des populations, la réduction des maladies chroniques, la réduction des inégalités de santé, la préparation aux crises sanitaires constituent les priorités absolues pour l'avenir de notre système de santé. Ces objectifs seront atteints en dotant la France d'une santé publique organisée, efficiente et impliquant les populations et les collectivités territoriales. Les propositions présentes dans ce rapport permettent cette évolution qui doit être engagée sans délais et soutenue par une loi pluriannuelle et un programme de recherche en santé publique ambitieux.

TABLEAU DES PROPOSITIONS

n°	Propositions
CHANTIER 1 : développer une culture de santé publique en France (2 propositions)	
1	Mettre en œuvre un plan quinquennal de développement de la littératie en santé
2	Développer une culture commune de santé publique pour les parties prenantes du système de santé publique (décideurs, experts, bénéficiaires, population)
CHANTIER 2 : Adapter le système de gouvernance et de financement de la santé publique aux enjeux (5 propositions)	
3	Institutionnaliser et partager les objectifs de santé publique avec la représentation nationale
4	Systématiser l'introduction d'un « volet santé » dans les actions publiques
5	Confier au directeur général de la santé une fonction de délégué interministériel à la santé publique
6	Créer une délégation interministérielle de la démocratie en santé associant démocratie participative et représentative
7	Doter les actions de santé publique d'un financement pérenne et évoluant favorablement dans le temps
CHANTIER 3 : Adapter les structures de santé publique aux enjeux (5 propositions)	
8	Créer un Institut Français de Santé Publique, pôle fonctionnel assurant au niveau national des missions en santé publique dans le domaine de la formation, de l'expertise et de la recherche
9	Créer un service public de modélisation et de prospective en santé et le rattacher à l'institut Français de Santé Publique
10	Organiser le pilotage du programme de recherche en santé publique
11	Identifier un conseil scientifique mobilisable notamment en cas de crise
12	Créer dans chaque région un Institut Régional de santé publique
CHANTIER 4 : Doter la France d'un système de santé publique territorial adapté aux enjeux (9 propositions)	
13	Créer un système de santé publique territorial simplifié et disposant d'une force d'intervention sur le terrain en associant l'ensemble des acteurs locaux dont les collectivités territoriales
14	Renforcer les dispositifs d'implication et de prise en compte des citoyens et des bénéficiaires dans la mise en œuvre de Pacte Territoriaux de santé (PaST)

n°	Propositions
15	Faire évoluer les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) en parlements territoriaux de la démocratie en santé.
16	Renforcer la dimension participative des interventions de santé publique
17	Faire évoluer les agences régionales de santé (ARS) pour répondre augmenter leur pouvoir d'action
18	Soutenir et pérenniser les dispositifs de promotion de la santé à destination des populations vulnérabilisées par leurs conditions socio-économiques et/ou leur âge et/ou leurs conditions de santé
19	Renforcer les dispositifs favorables à la santé des enfants et des adolescents
20	Favoriser les approches collectives de promotion de la santé au travail en complément des approches individuelles de santé au travail.
21	Poursuivre l'Investissement pour développer la recherche sur l'exposome
22	Accompagner l'avancée en âge les travailleurs tout au long de leur parcours professionnel pour anticiper les effets liés à l'âge
CHANTIER 5 : Investir dans le numérique en santé pour renforcer les connaissances en santé, la pertinence des interventions et la confidentialitE des données (3 propositions)	
23	Améliorer la collecte, la gestion et l'exploitation des données de santé
24	Développer la modélisation, l'anticipation et la prospective en santé au service des décideurs et de la population
25	Développer le numérique comme outils d'intervention au plus près du terrain
CHANTIER 6 : Renforcer la qualification des professionnels de la santé publique (4 propositions)	
26	Anticiper les besoins en professionnels de santé publique et repenser les formations en conséquence
27	Favoriser la formation interdisciplinaire en santé publique
28	Accroître l'attractivité des métiers en santé publique en leur donnant davantage de visibilité, en favorisant la mobilité et en les revalorisant par une reconnaissance publique
29	Développer une santé publique universitaire orientée sur la santé des populations
CHANTIER 7 : Développer une recherche en santé publique permettant à la France de jouer un rôle de premier plan en Europe et dans le monde (3 propositions)	
30	Elaborer, soutenir et financer un programme national de recherche en santé publique inscrit dans la loi de programmation de santé publique
31	Développer les sciences participatives en santé.
32	Promouvoir dans chaque région une organisation de la recherche fédérant les différents acteurs de la recherche.
CHANTIER 8 : Renforcer le système d'expertise en santé publique et l'adapter aux situations de crise (2 propositions)	
33	Sensibiliser et former les parties prenantes (scientifiques et professionnels de santé publique, décideurs, élus, journalistes, représentants d'usagers) à l'expertise scientifique

n°	Propositions
34	Structurer, renforcer et simplifier l'expertise en santé publique et asseoir une légitimité institutionnelle des experts de ce domaine
CHANTIER 9 : renforcer le système de veille et de sécurité sanitaire ET impliquer la population (4 propositions)	
35	Réorienter les missions de veille et de sécurité sanitaire dans une double logique de « Global Health » et « One Heath »
36	Développer et augmenter la pertinence du système de veille sanitaire et de réponse aux crises sanitaires
37	Inciter les citoyens à s'impliquer dans la veille et la sécurité sanitaire
38	Impliquer les professionnels de santé dans le fonctionnement des réseaux de veille
CHANTIER 10 : Inscrire la sante mondiale comme un des objectifs du système de santé publique française (2 Propositions)	
39	Inscrire les priorités de santé publique en France et la Stratégie Nationale de Santé en cohérence avec les 17 objectifs de développement durable (ODD)
40	Structurer et renforcer la dimension académique de la stratégie française en santé mondiale

Annexe 1 : LE COLLEGE DE LA MISSION « REFONDATION DE LA SANTE PUBLIQUE »

Président

Franck CHAUVIN, professeur de santé publique (CHU-Université de Saint-Etienne), président du Haut Conseil de santé publique

Membres

- Laëtitia ATLANI-DUAULT, anthropologue et chercheuse en santé publique, directrice de recherche IRD / Université de Paris, directrice de Centre collaborateur OMS
- Yvanie CAILLE, ingénieure, fondatrice de Renaloo, ancienne directrice de l'Institut des données de santé
- Laurent CHAMBAUD, médecin de santé publique, directeur de l'EHESP
- Jean-Jacques COIPLET, EHESP, IASS, directeur général de l'ARS des Pays de Loire
- Jacques CORNUZ, professeur, MD, MPH, directeur du centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Lausanne, Suisse
- Carine FRAPPA-ROUSSE, ancienne élue municipale, assistante parlementaire
- Sylvain GAUTIER, médecin de santé publique, diplômé en droit et politiques de santé, assistant hospitalo-universitaire à l'Université de Versailles-St-Quentin
- Christine GRANGE, infirmière, infirmière conseillère technique départementale de l'Éducation nationale
- Philippe GUILBERT, conseiller en santé publique, chef de la mission Stratégie et Recherche, direction générale de la santé
- Amandine MAMELIN, infirmière, sciences-po, gestionnaires de structures locales de santé publique
- Chantal PATUANO, directrice d'un comité départemental d'éducation à la santé
- Lionel POURTAU, sociologue, directeur général d'une association d'aide aux personnes migrantes

Appui Inspection générale des affaires sociales

- Anne-Carole BENSADON, médecin, inspectrice générale des affaires sociales

Soutien de la Direction générale de la santé

- Jeanne BARATAUD, mastérante à Sciences Po Paris, stagiaire
- Marvin FREYNE, diplômé en sciences sociales, chargé de coordination, d'études et de secrétariat pour la mission
- Camille SOUHARD, ingénieur, prospectiviste

Invités

- François DABIS, professeur de santé publique (CHU-Université de Bordeaux), responsable de la mission académie de l'OMS en France
- Giovanna MARSICO, avocate, déléguée au SPIS (Service public d'information en santé) au sein de la Délégation ministérielle du numérique en santé
- Pauline MARTINOT, médecin de santé publique, au titre de la mission concernant les messages de prévention à destination des jeunes

Groupe miroir

- Linda CAMBON, titulaire de la Chaire Prévention SpF/ISPED, chercheuse en santé publique au centre Inserm U 1219, Bordeaux Population Health, Université de Bordeaux, CHU Bordeaux, pilote du groupe miroir
- Martine BANTUELLE, déléguée Europe Réseau international francophone de santé publique, directrice du Centre d'éducation à la santé de Charleroi, Belgique
- Patrick CASTEL, sociologue, chercheur à Science Po, Centre de Sociologie des organisations
- Isabelle CASTERA, journaliste, chef de la rubrique Santé à Sud-Ouest
- Jean Pierre COUTERON, psychologue, président de la Fédération Addiction
- Laurent El GHOZI, président d'honneur Élus santé et Territoire
- Laurent GERBAUD, professeur des universités praticien hospitalier de Santé Publique, Université de Clermont Ferrand et CHU de Clermont Ferrand
- Daniel HABOLD, médecin urgentiste, directeur de la santé publique à l'ARS Nouvelle Aquitaine
- Georges KEPENEKIAN, médecin, conseiller municipal à Lyon
- Etienne NOUGUIEZ, sociologue, chercheur à Science Po, Centre de Sociologie des organisations
- Alain POIRIER, directeur de la santé publique de l'Estrie, ex sous-ministre adjoint en charge de la santé et des services sociaux, Québec
- Valery RIDDE, chercheur en santé publique, directeur de recherche au CEPED

Annexe 2 : AUDITIONS ET CONTRIBUTIONS

LISTE DES AUDITIONS REALISEES DE JUILLET A NOVEMBRE 2021

- Agence Nationale de la Recherche (ANR)
  - Thierry DAMERVAL, président-directeur général
  - Dominique DUNON-BLUTEAU, responsable du département biologie-santé

- AIDES France
  - Marc DIXNEUF, directeur général
  - Catherine AUMOND, trésorière nationale, présidente de AIDES Centre-Val-de-Loire
  - Emmanuel BODOIGNET, administrateur, président de AIDES Bourgogne-Franche-Comté
  - Stéphane GIGANON, directrice qualité évaluation
  - Chloé LE GOUEZ, responsable plaidoyer

- ANRS - Maladies Infectieuses Emergentes (ARNS-MIE)
  - Yazdan YAZDANPANAH, directeur

- Agence Nationale Sécurité Sanitaire Alimentaire Nationale (ANSES)
  - Roger GENET, directeur général (1ère audition)
  - Matthieu SCHULER, directeur général délégué du pôle "Sciences pour l'expertise" (2ème audition)

- Agence Régionale de Santé
  - Jean-Yves GRALL, directeur général de l'agence d'Auvergne-Rhône-Alpes, président du collège des directeurs généraux d'ARS

- Assemblée Nationale, Commission des affaires sociales
  - Thomas MESNIER, député, rapporteur général de la commission permanente affaires sociales
  - Fadila KHATTABI, députée, présidente de la commission permanente affaires sociales

- Assemblée Nationale, Mission relative à l'évaluation des politiques de prévention en santé publique
    - Marie Tamarelle-Verhaeghe, rapportrice de la mission, députée

- Assemblée Nationale, Mission relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse
    - Cyrille ISAAC-SIBILLE, rapporteur de la mission, député

- Assemblée Nationale, Proposition de loi Avenir de la santé
    - Jean-Carles GRELIER, député

- Association française Informatique Médicale / Collège national des enseignants d'Informatique Médicale, biomathématiques, méthodes en Epidémiologie statistique / Conseil national des universités, sous-section 46.04 biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
    - Pascal STACCINI, président d'AIM, président du CIMES
    - Emmanuel CHAZARD, vice-président du CIMES
    - Roch GIORGI, président du CNU 46.04
    - Marc CUGGIA, PU-PH en informatique médicale

- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
    - Thomas FATOME, directeur général
    - Marguerite CAZENEUVE, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
    - Dominique MARTIN, médecin conseil

- Collège National des Chirurgiens-Dentistes Universitaires en Santé Publique
    - Anne-Marie MUSSET, présidente
    - Olivier HAMEL, professeur de santé publique orale

- Communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines
    - Laurent DUMAS, directeur à la solidarité

- Conférence des Directeurs Généraux de Centres hospitaliers universitaires (CHU)
    - Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD, directrice générale CHU Tours, présidente de la conférence des DG de CHU

- Alexandre FOURNIER, secrétaire général de la conférence des DG de CHU
- Véronique ANATOLE-TOUZET, directrice générale CHU Rennes
- Sandrine ANDRIEU, professeure de santé publique
- Cécile JAGLIN, directrice générale CHU Angers
- Marc PENAUD, directeur général CHU Toulouse

- Conférence des Doyens des Facultés de Pharmacie de France
  - Gaël GRIMANDI, président

- Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers
  - Francis Saint-Hubert, président
  - Cécilia WAHEO, secrétaire Générale

- Conférence des Présidents d'Université
  - Macha WORONOFF, présidente de l'Université de Franche-Comté, présidente de la commission des questions de santé, présidente de la conférence des présidents d'université.
  - Joel ALEXANDRE, président de l'Université Rouen Normandie, vice-président de la conférence des présidents d'université
  - Yvon BERLAND, conseiller auprès de la commission en santé
  - Marie AMELIE, chargée de mission

- Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
  - Joris DELIVRÉ-MELHORN, président de la commission santé
  - Noémie NAULEAU, assesseure de la commission santé
  - Marie-Jeanne RICHARD, assesseure de la commission santé

- Conseil national des universités, sous-section 46.01 épidémiologie, économie de la santé et prévention / Collègue Universitaire des Enseignants de Santé Publique
  - Sylvie BASTUJI-GARIN, présidente du CNU 46.01
  - Marion ALBOUY, médecin de santé publique
  - Pascal AUQUIER, professeur d'épidémiologie
  - Pierre-Marie PREUX, professeur d'épidémiologie
  - Cyrille COLIN, président du CUESP
  - Florence CANOUÏ-POITRINE, vice-présidente recherche du CUESP

- Croix-Rouge française
    - Fabienne PIOCH-LAVAL, déléguée nationale sanitaire
    - Philippe TESTA, responsable du département santé et réduction des risques de catastrophes à la direction de l'urgence et des opérations de secours

- Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
    - Marine JEANTET, déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
    - Chloé RAVOUNA, conseillère Santé et Droits

- Ecole Universitaire de recherche HEALTHY
    - Anne VUILLEMIN, directrice

- Fédération des cliniques et Hôpitaux Privés de France
    - Christine SCHIBLER, déléguée générale
    - Béatrice NOELLEC, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale
    - Aude LECAT, directrice du pôle juridique

- Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
    - Claude LEICHER, fondateur
    - Nadie GEORGET, coordinatrice

- Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP)
    - Antoine PERRIN, directeur général
    - Anne LECOQ, médecin, conseillère médicale

- Fédération Hospitalière de France (FHF)
    - François CHOLLET, président de la commission FHF Prévention
    - Katia BARRO, responsable adjointe du pôle Offres
    - Marc BOURQUIN, conseiller stratégique
    - Emmanuelle CORNIBERT, directrice d'hôpital stagiaire
    - Antoine MALONE, responsable du pôle Prospective

- Vincent ROQUES, directeur de cabinet

- Fédération Nationale d'Éducation et de la promotion de la Santé
  - François BAUDIER, président
  - Christine FERRON, déléguée générale

- France Assos Santé
  - Gerard RAYMOND, président
  - Yvon GRAIC, président France Assos Santé Normandie
  - Jean-Pierre THIERRY, conseiller médical

- François BOURDILLON, ancien Directeur général de Santé publique France

- École des Hautes Études en Santé Publique
  - Laurent CHAMBAUD, directeur
  - Fanny HELLIOT, directrice des relations internationales
  - Sylvie OLLITRAULT, directrice de la recherche

- École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale
  - Dominique LIBAULT, directeur

- Haute Autorité de santé (HAS)
  - Dominique LE GULUDEC, présidente
  - Thomas WANECQ, directeur général

- Haut Conseil de la Famille de l'Enfance et de l'Age (HCFEA)
  - Sylviane GIAMPINO, présidente
  - Frédérique CHAVE, secrétaire générale adjointe

- Haut Conseil de la santé publique (HCSP)
  - Zeina MANSOUR, vice-présidente

- Institut national de recherche en sciences et technologies du numérique
  - Jill-Jênn VIE, chargé de recherche

- Institut National du Cancer (INCA)
    - Norbet IFRAH, président

- Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP)
    - Rémy SLAMA, directeur
    - Arnaud De GUERRA, directeur adjoint
    - Nathalie BAJOS, directrice de recherche Inserm
    - Dominique COSTAGLIOLA, directrice de recherche à l'Institut Pierre-Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique

- Institut de Recherche Technologique BIOASTER
    - Nathalie GARCON, directrice générale et directrice scientifique

- Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED)
    - Simone MATHOULIN-PELISSIER, directeur

- Mairie de Saint-Denis (Réunion)
    - Ericka BAREIGTS, maire, rapportrice de la mission relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse

- Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports, Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO)
    - Brigitte MOLTRECHT, médecin conseillère technique

- Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'innovation (MESRI)
    - Claire GIRY, directrice générale de la recherche et de l'innovation

- Ministère des Solidarités et de la Santé, Direction Générale de la Santé
    - Jérôme SALOMON, directeur général de la santé

- Ministère des Solidarités et de la Santé, Direction de la Sécurité Sociale
    - Franck VON LENNEP, directeur

- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)
    - Nicolas PRISSE, président

- PariSanté Campus
    - Antoine TESNIERE, directeur général

- Parlement Européen, Commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire
    - Véronique TRILLET-LENOIR, députée européenne
    - Perrine ANDRZEJEWSKI, assistante parlementaire

- Pôle Fédératif de recherche et de formation en Santé Publique Bourgogne-Franche-Comté
    - Hélène CLÉAU-ANDRÉ, responsable
    - Marie CORNELOUP, médecin de Santé Publique

- Santé publique France (SpF)
    - Geneviève CHÊNE, directrice générale

- Société Française de Médecine du Travail (SFMT)
    - Jean-Dominique DEWITTE, président

- Société Française de Santé Publique (SFSP)
    - Emmanuel RUSCH, président
    - François BERDOUGO, délégué général

- Sénat, Commission des affaires sociales
    - Catherine DEROCHE, sénatrice, présidente de la commission des affaires sociales
- Sénat, Rapport sur Les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale
    - Bernard JOMIER, sénateur

- Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS)
    - William JOUBERT, président

- John PINTE, vice-président
- Anne DEHETRE, secrétaire générale
- Émilien BERNARD, chargé de mission

- Unisanté
  - Murielle BOCHUD, cheffe du département épidémiologie et systèmes de santé

- URPS Pharmacien Auvergnes-Rhône-Alpes
  - Olivier ROZAIRE, président

- William DAB, ancien directeur général de la santé

Liste des contributions écrites

- Agence de la Biomédecine (ABM)
- Agence Régionale de Santé Centre
- AIDES France
- Alain TRUGEON, Directeur à l'Observatoire régional de la santé et du social
- ANRS - Maladies Infectieuses Émergentes
- APF France Handicap
- Association Nationale des Etudiant.e.s Sages Femmes
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)
- Catherine DEROCHE, présidente de la commission des affaires sociales du Sénat
- Collège de la Médecine Générale (CMG)
- Collège de Liaison des Internes de Santé Publique (CLISP)
- Collège national des généralistes enseignants (CNGE)
- Collège National des Chirurgiens-Dentistes Universitaires en Santé Publique
- Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique (CUESP)
- Conférence des Directeurs généraux de CHU
- Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers (CNDCH)

- Conférence nationale des doyens de médecine
- Conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD)
- Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK)
- Conseil national des universités 46.04 (CNU 4604), Collège des enseignants CIMES et association AIM
- Conseil national des universités 46.01 (CNU 4601)
- Corinne ALBERTI, PU-PH Épidémiologie et Santé Publique
- Croix-Rouge française
- Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)
- Direction Évaluation et Réponse aux besoins des populations (DERBP)
- Direction générale de la santé (DGS)
- Doyen des UFR de pharmacie
- École des hautes études en santé publique (EHESP)
- Équipe de recherche en Épidémiologie sociale, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique, UMRS 1136, INSERM - Sorbonne Université
- Fabrique Territoire Santé
- Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)
- Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP)
- Fédération Hospitalière de France (FHF)
- Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES)
- Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie (FNEK)
- Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) et Observatoires régionaux de la santé (ORS)
- Fédération Nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
- France Assos Santé
- France Stratégie
- François KRABANSKY, Médecin conseiller technique national, MSA
- Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

- Haute Autorité de santé (HAS)
- Immuniser Lyon
- INSERM
- Institut Sapiens
- InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG)
- Jean-François TOUSSAINT, directeur de l'IRMES
- Les Ateliers Mercure
- Les entreprises du médicament (LEEM)
- Ministère de l'éducation Nationale de la Jeunesse et des Sport, Direction Générale de l'Enseignement Scolaire
- Mutualité sociale agricole (MSA)
- Olivier ROZAIRE, URPS Pharmacien Auvergnes-Rhône-Alpes
- Ordre National des infirmiers (ONI)
- Ordre National des Pharmaciens (ONP)
- Réseau français des Villes Santé (RfVS)
- Santé Publique France (SPF)
- Syndicat des Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique (SPHISP)
- Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique (SMISP)
- Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS)
- Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)
- Unisanté
- Université Bordeaux, Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED)

Rencontres avec des structures

- SFSP
- Enseignants chercheurs de l'ISPED,
- CUESP lors de son AG,
- Intervention au congrès de la SFSP
- Bureau du collège du HCSP
- Bureau de la CNS,

- Bureau du Conseil National Professionnel de Santé Publique (CNP-SP)

Annexe 3 : ACTIONS PROPOSEES DANS LE CADRE DE LA DECLARATION DE RIO DE 2011

- Agir dans tous les secteurs et à tous les niveaux de gouvernement, notamment en adoptant une approche de la santé dans toutes les politiques
- Réorienter le secteur de la santé (y compris la santé publique) vers la réduction des inégalités de santé
- Développer la recherche et la production de données probantes pour éclairer les politiques et les interventions en santé publiques
- Améliorer la santé de l'ensemble de la population, tout en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables selon le principe de l'universalisme proportionné
- Développer la coopération entre les secteurs privé et public au plus près des populations
- Inclure et faire participer ces populations à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques notamment territoriales
- Mettre en œuvre une approche fondée sur le parcours de vie, en prêtant une attention particulière à la promotion de la santé et du bien-être dans la petite enfance
- Mettre en place des stratégies de suivi et d'évaluation.

Annexe 4 : DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ

Évolution de la décomposition de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

En millions d'euros

	2013	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2018-2019 (en %)	Évolution 2019-2020 (en %)
HC.1+ HC.2 - Soins courants	127184	135939	138576	140926	144318	145321	2,4	0,7
HC.3 - Soins de longue durée	36339	39235	40130	41244	42725	46210	3,6	8,2
dont services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1607	1678	1724	1742	1762	1882	1,2	6,8
dont soins pers. âgées en établissements[1]	7578	8151	8370	8603	8919	10860	3,7	21,8
dont soins pers. handicapées en établissements (hors ESAT)[1]	8977	9550	9490	9653	9908	10547	2,6	6,4
dont soins de longue durée dans les hôpitaux (USLD)[1]	1005	992	1002	999	1005	1105	0,6	9,9
HC.4 - Services auxiliaires	10827	11737	12103	12253	12385	13508	1,1	9,1
HC.5 - Biens médicaux	45697	47219	47367	47754	48300	46895	1,1	-2,9
HC.6 - Prévention institutionnelle	4679	4754	4950	4986	5079	10199	1,9	100,8
HC.7 - Gouvernance	17858	18831	18802	18939	19060	22372	0,6	17,4
dont coûts de gestion	15091	15345	15481	15592	15452	15747	-0,9	1,9
dont subventions	2768	3485	3321	3347	3608	6625	7,8	83,6
DCSi	**242585**	**257714**	**261928**	**266101**	**271867**	**284504**	**2,2**	**4,6**
Part de la DCSi (en % du PIB)	11,5	11,5	11,4	11,3	11,2	12,4		

1. N'inclut que la partie des dépenses financées par la Sécurité sociale. La CSBM correspond à la somme des soins courants, des SSIAD, des services auxiliaires et des biens médicaux, hors dépenses de soins d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes consacrées à la prise en charge de la dépendance. Elle exclut donc le reste des soins de longue durée (considérés en France comme des dépenses médico-sociales) et les dépenses de prévention et de gouvernance, qui ne sont pas des dépenses de soins *stricto sensu*.

Lecture > En 2020, la DCSi s'élèverait à 284,5 milliards d'euros.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la DCSi ; Insee pour le PIB.

Estimation des dépenses de prévention institutionnelle

En millions d'euros

	2013	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2020-2019 (en %)
Prévention individuelle primaire	**3066**	**3155**	**3204**	**3232**	**3240**	**3260**	**0,6**
Vaccins *	112	114	114	159	176	202	15,2
PMI - Planning familial	816	815	800	769	773	775	0,3
Médecine du travail	1599	1645	1696	1715	1733	1707	-1,5
Médecine scolaire	540	580	593	589	559	576	3,1
Prévention individuelle secondaire	**574**	**590**	**628**	**653**	**662**	**678**	**2,4**
Dépistage des tumeurs	142	151	143	156	148	160	8,3
Dépistage, lutte contre les maladies infectieuses	148	160	203	221	222	234	5,5
Dépistage autres pathologies	54	50	51	46	45	43	-4,7
Examens de santé	175	171	173	161	163	168	3
Bilans bucco-dentaires	56	59	58	69	85	73	-13,3
Prévention comportementale	**428**	**441**	**496**	**531**	**547**	**600**	**9,7**
Lutte contre les addictions	86	89	107	109	107	110	2,1
Nutrition-santé	11	15	18	23	26	25	-3,5
Information, promotion, éducation à la santé	254	252	278	283	284	335	18
Programme de suivi	77	85	93	116	130	130	0,3
Actions de surveillance et d'observation	**611**	**568**	**623**	**571**	**629**	**5661**	**799,8**
Prévention des risques professionnels	276	251	289	234	285	321	12,6
Observation, veille, recherche, surveillance	301	286	299	296	294	284	-3,2
Urgences et crises	34	31	35	40	50	5056	9930,9
TOTAL PRÉVENTION INSTITUTIONNELLE	**4679**	**4754**	**4950**	**4986**	**5079**	**10199**	**100,8**
Évolution (en %)	**2,4**	**1,5**	**4,1**	**0,7**	**1,9**	**100,8**	

Note > En 2020, la dotation exceptionnelle Covid-19 à l'ANSP de 4,8 milliards d'euros est comptabilisée au sein de la catégorie « Urgences et crises ».

* Concernent uniquement les dépenses de vaccinations « organisées » financées par les collectivités locales et le FNPEIS.

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (DGS, CNAM, CCMSA, RSI, ANSP [ex-INPES], Santé publique France, ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, DGCL, etc.).

Annexe 5 : MODELE OMS D'EVOLUTION DES SYSTEMES DE SANTE

L'Organisation mondiale de la Santé (*WHO global strategy on people-centred and integrated health services*) qui propose un modèle d'évolution des systèmes de santé autour de 5 axes stratégiques dont la coordination des services pour aboutir à des services intégrés (*integrated health services*)[67]. Les services intégrés sont définis comme « la gestion et la prestation des services de santé pour que les personnes reçoivent un continuum de services de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement, de gestion des maladies, de réadaptation et de soins palliatifs, à travers les différents sites dans le système de santé et en fonction de leurs besoins tout au long de la vie »[68]. Ce modèle d'évolution des systèmes de santé s'inscrit dans la suite d'autres travaux préconisant une évolution du système de santé [69,70].

Le rapport de l'OMS précise « Il est essentiel de s'attaquer aux causes comportementales et sociétales des problèmes de santé tels que le manque d'exercice, la mauvaise alimentation, le tabagisme et les risques environnementaux. Une action efficace dans ce domaine nécessite une réorientation radicale des services de santé et des secteurs connexes, un rééquilibrage des priorités entre le traitement et la prévention… ». Ainsi l'axe stratégique 3 « Reorienting the model of care » propose de :

- Définir des services fondés sur les besoins de la population tout au long de la vie en respectant les préférences sociales,

- Revaloriser la promotion de la santé, la prévention et la santé publique,
- Construire un système fondé sur les soins primaires,
- Évoluer vers des prises en charge ambulatoires,
- Développer l'innovation et les nouvelles technologies[71].

[67] http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1

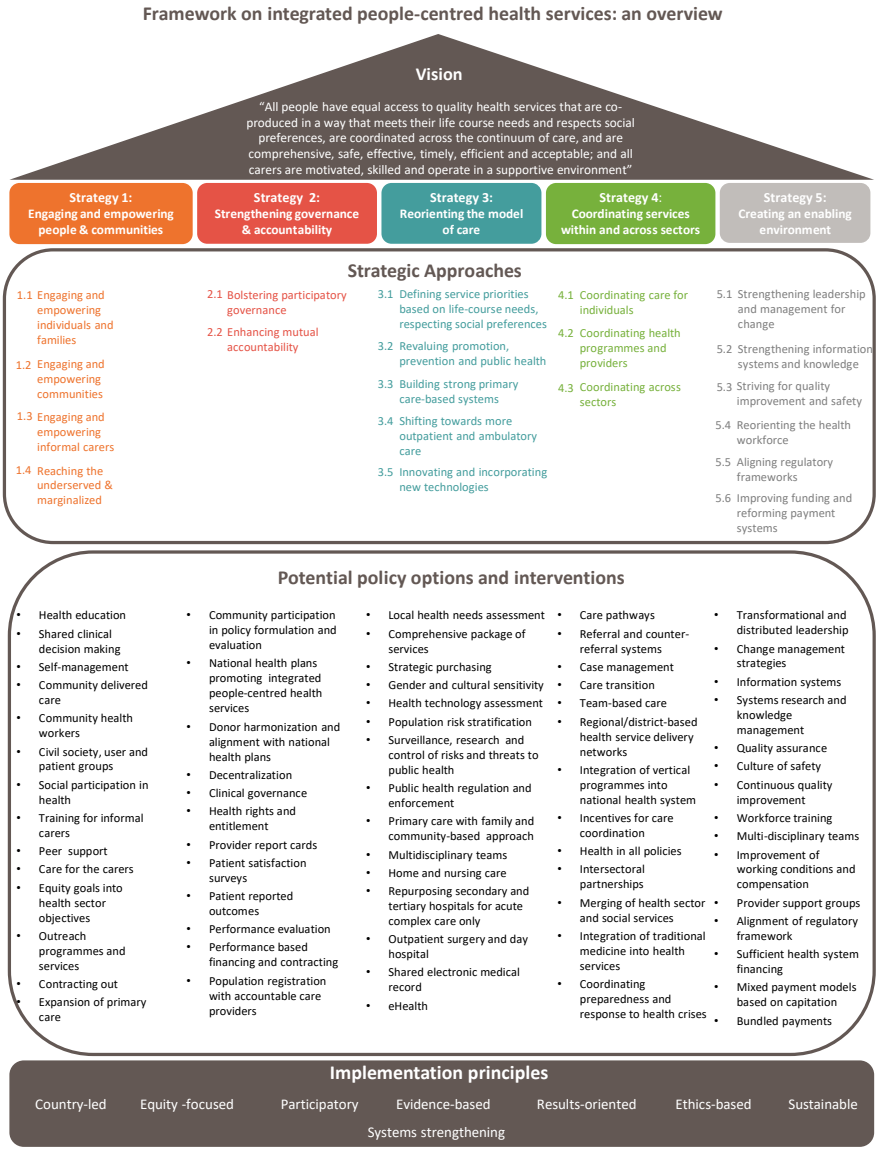
[68] Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2011.

[69] Kim JY, Farmer P, Porter ME. Redefining global health-care delivery. Lancet. 2013; 382 (9897): 1060–9.

[70] Frenk, J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*. 2009; **374**: 170–173

[71] http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/Overview_IPCHS_final.pdf?ua=1

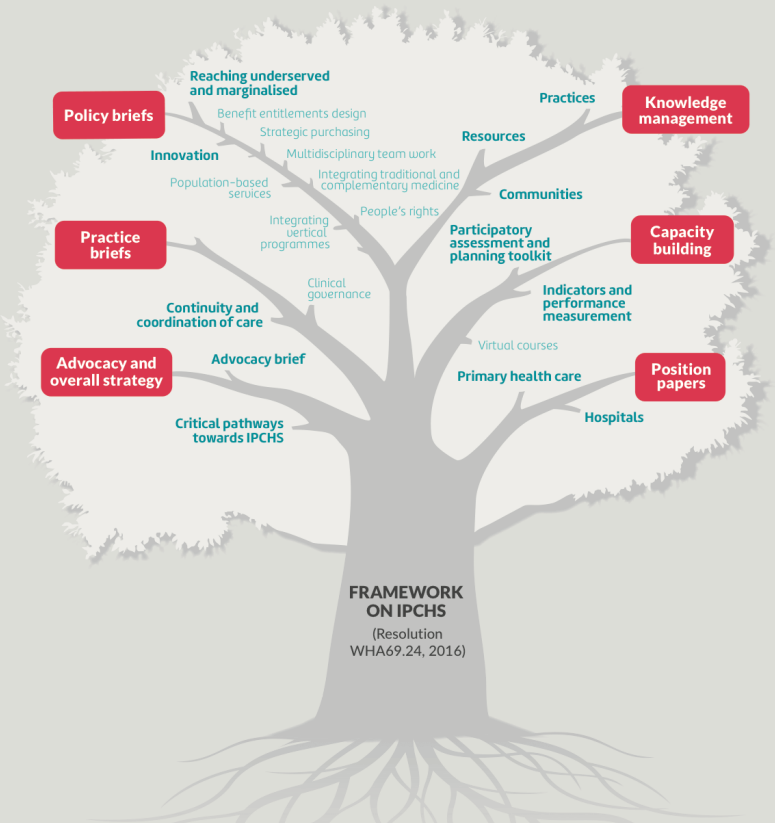
Le schéma ci-dessous proposé par l'OMS en 2016 résume la vision générale d'un système de santé centré sur les individus, avec ses axes stratégiques et les actions à mettre en place.[72]



L'OMS a proposé par la suite un plan d'action et des supports permettant une telle évolution, plan d'action résumé dans le schéma ci-après.

[72] https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

Integrated people-centred health services implementation support guidance, products and tools



Resolution WHA62.12 on primary health care, including health system strengthening (2009)
The world health report 2008: primary health care now more than ever
Declaration of Alma-Ata (1978)

Annexe 6 : EXTRAIT DU RAPPORT DE LA MISSION INDEPENDANTE NATIONALE SUR L'EVALUATION DE LA GESTION DE LA CRISE COVID-19 ET SUR L'ANTICIPATION DES RISQUES PANDEMIQUES (RAPPORT PITTET)

ANTICIPATION

Proposition n° 1 : Revoir, sous la responsabilité du Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN), le plan pandémies en s'assurant que ce plan :

- Soit élaboré avec l'ensemble des parties prenantes (ex. ministères, entreprises, élus locaux, associations) ;
- Traite précisément les aspects opérationnels (gestion des stocks stratégiques notamment) ;
- Fasse l'objet d'exercices périodiques, généraux et particuliers (ex. « stress-tests » sur les capacités logistiques) aux niveaux français, européen et international se traduisant par des objectifs concrets d'évolution dont l'atteinte est contrôlée ;
- Soit régulièrement révisé et actualisé, de même que ses fiches techniques ;
- Offre un phasage détaillé à la lumière des retours d'expérience des crise récentes (ex. enclenchement d'une phase massive de tests dès le séquençage du virus réalisé).

Proposition n° 2 : Développer une collaboration continue entre le SGDSN et les organismes de recherche en sciences humaines et sociales, spécialisés dans l'analyse organisationnelle de la gestion des crises.

PREPARATION DES CAPACITES

Proposition n° 3 : Engager un processus de travail continu, relatif au volet ressources humaines de la gestion de crise entre le SGDSN et les secrétaires généraux de chaque ministère. Il devrait viser à cartographier les besoins et les compétences, à identifier et à délivrer les formations requises et à garantir dans le temps le maintien des compétences de gestion de crise de l'encadrement.

Proposition n° 4 : Confier la constitution et la gestion des stocks stratégiques ainsi que la supervision des opérations logistiques à un unique opérateur, placé sous la responsabilité du SGDSN. La gestion des stocks devrait faire l'objet d'une information publique régulière et transparente, sous réserve des impératifs de sécurité nationale.

Proposition n° 5 : Refonder le dispositif de réserve pour l'ensemble de la filière de soins (i.e. identification, maintien en condition opérationnelle et mobilisation), avec le concours notamment des ordres et des fédérations d'établissements de santé.

Proposition n° 6 : Définir, sous l'égide des délégations territoriales des ARS et en s'appuyant sur les ordres de professionnels de santé et leurs organisations représentatives, un dispositif s'apparentant à un plan blanc dédié aux soins de ville.

PRISE DE DECISION

Proposition n° 7 : Veiller à établir, en gestion de crise, un pilotage stable et unifié, identifiant les responsables de chacune des fonctions suivantes : analyse de la situation ; décision ; communication ; anticipation.

AMELIORER L'APPAREIL STATISTIQUE ET LA CAPACITE DE RESILIENCE ECONOMIQUE

Appareil statistique

Proposition n° 8 : Sous l'égide conjointe de la DREES et de l'INSEE et en coordination avec les associations de terrain, renforcer l'appareil statistique de mesure de l'impact socioéconomique de la crise sur les populations les plus modestes, ainsi que sur les publics les plus en marge ou à la limite des dispositifs traditionnels d'insertion et de rémunération, en menant des enquêtes « haute fréquence ».

Capacités de résilience

Proposition n° 9 : Mettre en place un dispositif permettant de suivre régulièrement et de façon approfondie la résilience des chaînes de production et d'approvisionnement en biens de santé essentiels au niveau national et en coordination avec le niveau européen.

Proposition n° 10 : Mettre à l'étude l'extension des dispositifs de protection de l'emploi aux indépendants en lançant une concertation qui permette d'appréhender l'hétérogénéité des situations et des besoins (artisans, travailleurs des plateformes, saisonniers, etc.).

Proposition n° 11 : Renforcer et fiabiliser les dispositifs d'anticipation et de gestion de crise au travers d'une double démarche de revue externe par les pairs :

- Dans le cadre de l'OMS pour l'évaluation du Règlement sanitaire international (RSI) ;
- Dans la cadre de l'UE ou, à défaut, d'initiatives bilatérales pour l'évaluation périodique des plans pandémie et de leurs exercices de mise en œuvre.

RENFORCER LA SANTE PUBLIQUE, L'EXPERTISE SCIENTIFIQUE ET PILOTAGE DE L'OFFRE DE SOINS

Renforcer la santé publique

Formation

Proposition n° 12 : Concevoir un plan d'actions visant à accroître la place de la santé publique dans la formation des professionnels de santé. Ce plan devrait permettre de renforcer la discipline et son attractivité dans sa dimension universitaire, de favoriser l'intégration en son sein de disciplines non médicales (sciences sociales et humaines mais aussi mathématiques et sciences de l'ingénieur) et de contribuer à la diffusion d'une forte culture de santé publique auprès des professionnels de santé.

RECHERCHE

Proposition n° 13 : Structurer des équipes de recherche autour d'un programme prioritaire de recherche sur la prévention et le contrôle de l'infection, sous l'égide d'un ou plusieurs instituts thématiques multi-organismes de l'INSERM et en lien avec la nouvelle ANRS – Maladies infectieuses émergentes (ANRS-MIE).

Sur les aspects sanitaires et économiques, la crise a été l'occasion de fortement exploiter les outils numériques en matière de modélisation, de traitement massif de données et d'exploitation des réseaux sociaux. Il importe donc de préparer dès maintenant la gestion des prochaines crises majeures en soutenant des projets de recherche autour du numérique et du traitement de données massives.

Proposition n° 14 : Soutenir le financement de chaires universitaires et de bourses doctorales autour de projets innovants en matière de modélisation et de traitement de données massives dans le champ de la santé publique. Permettre des échanges de personnels entre les agences sanitaires et les structures de recherche dans le cadre de projets.

Proposition n° 15 : Orienter la recherche en science des données et en intelligence artificielle, avec le concours notamment de SPF, du *Health Data Hub*, de la CNAM et de l'Institut national de recherche en informatique et en automatique (Inria), vers le repérage des signaux précoces d'émergence et de surveillance de crise et travailler à la construction d'indicateurs précoces d'alerte.

VEILLE

Proposition n° 16 : Renforcer le réseau national Sentinelles en augmentant sa représentativité territoriale :

- Dynamiser son animation,
- Y intégrer les spécialités de la biologie et de l'imagerie,
- Mieux reconnaître l'investissement des professionnels y participant,
- Simplifier les remontées de données.

Proposition n° 17 : Créer par analogie avec la formation spécialisée transversale (FST) médicale, une pratique avancée infirmière en prévention et contrôle de l'infection.

Proposition n° 18 : Réorganiser l'épidémiologie de terrain aux niveaux national et territorial et à cette fin :

- Rattacher les cellules d'intervention en région de Santé publique France aux ARS au sein d'équipes dédiées à l'épidémiologie d'intervention tout en pérennisant leurs liens fonctionnels avec SpF ;
- Conforter leurs moyens et leur couverture du territoire ;
- Maintenir une compétence en « contact tracing » au sein de l'Assurance maladie.

ACQUIS DE LA PREVENTION

Proposition n° 19 : Créer sous l'égide de Santé publique France, un observatoire permanent des pratiques de prévention du risque infectieux au sein de la population générale, associant à ses travaux des représentants d'usagers du système de soin.

AMELIORER L'EXPERTISE SCIENTIFIQUE EN SANTE PUBLIQUE

Expertise réactive et indépendante

Proposition n° 20 : Renforcer les moyens du HCSP et conforter son indépendance, en le rattachant à la HAS ; préserver sa réactivité, en mettant en place une procédure de traitement accéléré de certaines saisines.

Proposition n° 21 : Au cas où la nature de la crise sanitaire justifierait la mise en place d'un conseil ad hoc indépendant chargé de synthétiser les travaux scientifiques disponibles et d'éclairer la prise de décision par les autorités politiques, veiller à ce que ce conseil intègre au minimum :

- Des représentants des différentes disciplines (santé, économie, sciences sociales),
- Des représentants des instances et agences d'expertise existantes.

RENFORCER SANTE PUBLIQUE FRANCE

Proposition n° 22 : Renforcer la légitimité de Santé publique France en matière d'expertise scientifique de santé publique, ce qui impose de :

- Donner la possibilité pour l'agence d'accueillir de manière permanente des praticiens hospitalo-universitaires en position normale d'activité ;
- Ouvrir cette possibilité à des universitaires d'autres disciplines (sociologie, économie, etc.) ;
- Doter l'agence des moyens permettant de définir, mettre en œuvre et financer des appels à projets de recherche scientifique et technique dont la finalité est la protection et l'amélioration de la santé des populations.

EXPERTISE EN MATIERE DE RISQUE INFECTIEUX

Proposition n° 23 : Conforter l'expertise nationale en virologie en augmentant les moyens et les capacités de réaction des centres nationaux d'expertise en cas de pathogènes émergents, et se donnant les moyens d'une industrialisation plus rapide des tests diagnostiques à l'issue de leur mise au point.

Proposition n° 24 : Créer auprès du directeur général de la santé, une fonction de délégué pour la prévention et le contrôle du risque infectieux, intégrant la mission actuelle antibiorésistance et simultanément accroître les effectifs du ministère dédiés à la prévention et au contrôle des infections.

RENFORCER LE PILOTAGE DE L'OFFRE DE SOINS

Le pilotage national du secteur de la biologie

Proposition n° 25 : Réarmer et réorganiser les services du ministère de la Santé et de l'Assurance maladie en matière d'expertise de la filière de la biologie médicale.

Organisation territoriale

Proposition n° 26 : Mettre en place un plan de renforcement des ARS au niveau départemental et à cette occasion, doter les délégations territoriales de moyens humains adaptés sur le plan qualitatif. Cette évolution doit s'accompagner d'une clarification sur le schéma de gestion de crise, rappelant le rôle de coordination du préfet de département.

Proposition n° 27 : Renforcer l'effort de réduction des facteurs de risques (ex. obésité, alcoolisme, tabagisme, sédentarité, etc.) selon une logique d'« aller vers », auprès des populations les plus exposées aux infections émergentes.

Proposition n° 28 : Améliorer le dispositif de prise en charge des personnes âgées en établissement et en particulier :

- Renforcer la médicalisation des EHPAD (ex. renforcement des effectifs et du rôle des médecins coordonnateurs, rôle des infirmières en pratiques avancées gériatriques, etc.) ;
- Systématiser l'appui hospitalier (ex. gardes, astreintes sur la filière gériatrique, filières d'admission, support d'équipes mobiles multidisciplinaires, etc.) ;
- Définir un référentiel d'exigences relatif à la prise en charge des personnes et faisant l'objet d'une certification externe et régulière ;
- Renforcer, en liaison avec les départements, la programmation périodique des contrôles par les ARS, dont les procédures seront simplifiées pour en accélérer l'exécution.

SYSTEMES D'INFORMATION

Proposition n° 29 : Sous l'égide de la direction interministérielle du numérique (DINUM), organiser un recensement des outils et des besoins apparus lors de la crise Covid pour construire un schéma directeur des systèmes d'information de la gestion de crise sanitaire.

Proposition n° 30 : Renforcer les capacités françaises en matière de modélisation, par une politique volontariste d'orientation de la recherche. A l'appui de cette démarche, créer, à

l'instar du Models of Infectious Disease Agent Study (MIDAS) Network, un réseau qui réunirait des experts en matière de modélisation et de science des données, au niveau français puis européen.

Proposition n° 31 : Développer avec la CNIL des procédures et outils permettant d'accélérer l'instruction des demandes d'autorisation de traitement de données de santé en période d'urgence sanitaire, à des fins tant opérationnelles que de recherche.

ORGANISER UN RETOUR D'EXPERIENCE A L'ECHELLE DES INSTITUTIONS ET DE LA SOCIETE

Impliquer l'ensemble des acteurs publics

Proposition n° 32 : Avec l'appui d'une mission indépendante, réaliser une synthèse des retours d'expérience menés par les services de l'État, les opérateurs, les entreprises publiques. Le succès d'une telle démarche implique une consultation large des parties prenantes (collectivités territoriales, acteurs associatifs, partenaires sociaux, etc.).

IDENTIFIER LES MARGES DE PROGRES DANS LE SYSTEME SANITAIRE

Etat des lieux des capacités des médecines du travail et scolaire

Proposition n° 33 : Organiser un retour d'expérience permettant d'évaluer la portée et les limites du rôle joué par les services de santé au travail et de médecine scolaire dans la lutte contre la pandémie, incluant notamment un volet de santé mentale et de comparaison avec les principaux pays partenaires de la France.

Proposition n° 34 : Réaliser sur le plan national et régional, en coordination avec les conseils nationaux professionnels concernés, un état des lieux des capacités de soins critiques. Cet état des lieux viserait à déterminer les capacités en temps normal et les moyens de les étendre en temps de crise, incluant les soins de suites. En corollaire, il convient de renforcer la capacité à mobiliser une réserve sanitaire opérationnelle en assurant une formation continue et des exercices réguliers.

DONNEES ET INDICATEURS DE SANTE PUBLIQUE

Proposition n° 35 : Rationaliser et fiabiliser la production de données statistiques dans le champ de la santé publique en la soumettant à la procédure de labellisation par l'Autorité de la statistique publique.

APPROFONDIR L'EVALUATION DE L'IMPACT DE LA CRISE SUR LA SITUATION DES PERSONNES, DES MENAGES ET DES ENTREPRISES

Impact de la crise sur la population

Proposition n° 36 : Sous l'égide de la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, en lien avec les organisations représentatives de la psychiatrie, poursuivre la démarche d'évaluation de l'impact de la crise sur la santé mentale des populations et d'analyse de la qualité de la réponse apportée.

Impact économique sur les ménages et les entreprises

Proposition n° 37 : Soutenir la mise en place d'un cadre d'échange transparent, régulier et rapide des données budgétaires et financières de soutien à l'économie pour les ménages comme pour les entreprises (ex. aides accordées, budgétées et dépensées, dans le cadre de l'adaptation des règles sur les aides d'État, etc.) entre les États membres de l'Union européenne et assuré par la Commission européenne.

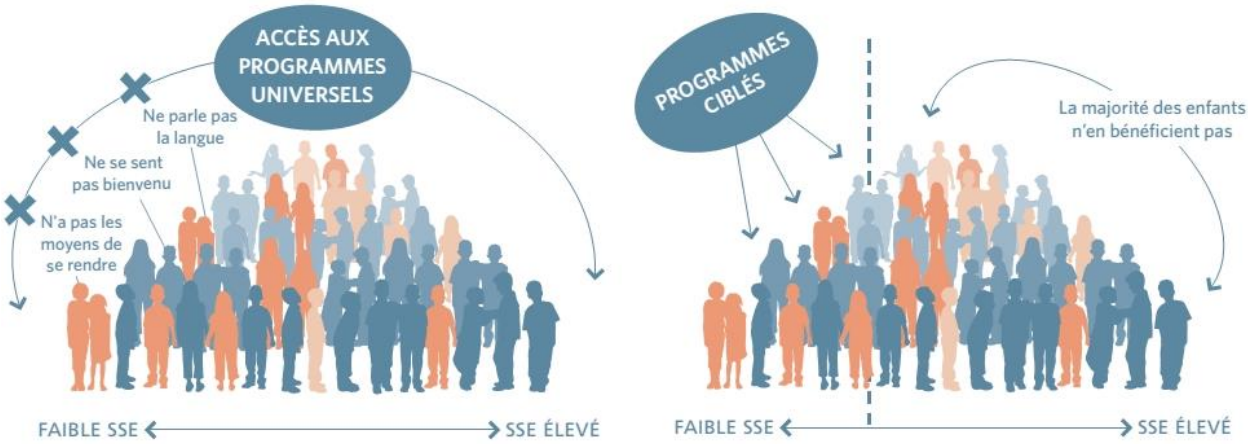
Proposition n° 38 : Mener une démarche d'évaluation des dispositifs visant à amortir les effets de la crise sur les ménages. Ces travaux doivent permettre de mettre en évidence d'éventuelles insuffisances dans le soutien d'urgence de certaines catégories de ménages et de les corriger dans la perspective de la relance de l'économie.

Proposition n° 39 : Sous l'égide de la Banque de France, établir un bilan, le plus détaillé possible, de la situation financière et en particulier de la trésorerie et de l'endettement (social, fiscal, bancaire et fournisseurs) des entreprises en sortie de crise afin d'identifier les risques de défaut par secteurs et type d'entreprises, et éventuellement les conséquences pour le secteur bancaire.

Proposition n° 40 : Sous le pilotage du ministère de la Justice et du ministère de l'Économie, mener une étude sur la trajectoire des entreprises en difficultés pour évaluer l'impact des procédures collectives sur les défaillances ou survies d'entreprises et les ajuster en conséquence.

Annexe 7 : L'UNIVERSALISME PROPORTIONNE

Le concept d'universalisme proportionné a été défini en 2010 par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du Ministère de la santé britannique "Une société juste, des vies en santé : rapport critique et stratégique sur les inégalités de santé" ["Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010"]. Ce principe d'action permet de combiner des approches universelles et des approches ciblées pour réduire l'influence du gradient social en matière de santé. Ainsi les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité fonction du gradient social. Une action plus intense sera probablement nécessaire pour les personnes les plus défavorisées sur le plan social et économique, alors que concentrer uniquement une action sur les plus défavorisés ne réduirait pas le gradient de santé.



Early Learning Partnership, Université de Colombie Britannique (2011) [73]

Mise en œuvre

Dans leur environnement et tout au long de leur vie, les personnes appartenant aux classes sociales les plus défavorisées sont davantage exposées à des facteurs de risque (matériels, psychosociaux, comportementaux) pour leur santé tant physique que mentale ; elles sont moins susceptibles de mobiliser l'ensemble des ressources (matérielles, immatérielles et d'aide) capables de les protéger des événements indésirables, plus vulnérables aux effets néfastes des facteurs de risque et plus endommagées par les conséquences sociales de la

[73] http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_fr_4pgs_-_29apr2013.pdf

maladie par rapport à celles en situation plus favorisée[74]. Au-delà des comportements individuels, l'état de santé des individus dépend pour une large part du gradient social [75] [76] [77] [78].

Malgré les rappels fréquents aux inégalités dans le cadre législatif ainsi que la diffusion du modèle des déterminants sociaux porté par l'OMS, la mise en œuvre de politiques spécifiquement visées à la réduction des inégalités sociales demeure faible et nécessite d'être renforcée

Annexe 8 : LE PRINCIPE DE SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES (HEALTH IN ALL POLICIES)

Ce principe d'action a été proposé par l'Union Européenne en 2006 sous la présidence finlandaise [79]puis repris par l'Organisation Mondiale de la Santé sous le terme HIAP, Health in All Policies dans la déclaration de Rio sur les déterminants de la santé et en 2014 lors de la 67ième assemblée mondiale de la santé (Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé. WHA 67.12).[80] Cette approche pour être efficace doit être déclinée à tous les échelons, nationaux, régionaux et locaux [81].

Une approche par déterminants oblige à considérer les facteurs facilitants ou au contraire limitant le développement de ces déterminants. Si l'approche par pathologies ou par problèmes de santé justifie la mise en place de mesures la plupart du temps limitées au système de soins, voire au système de santé, le développement d'une approche préventive nécessite la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs de secteurs différents.

LA MISE EN ŒUVRE DE CE PRINCIPE

La promotion et l'élaboration de politiques favorables à la santé sont souvent séparées des politiques concernant les domaines connexes, tels que l'alimentation, l'environnement, l'agriculture, le commerce, l'éducation, l'industrie, le travail, l'urbanisme, les transports… les

---

[74] Marmot M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. Londres: Bloomsbury, 2015.

[75] CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Genève: World Health Organization, 2008.

[76]World Health Organization. Social determinants of mental health. Genève: World Health Organization, 2014.

[77] Wilkinson R, Pickett K. The Spirit Level: Why greater equality makes societies stronger. Londres: Allen Lane, 2009.

[78] Wilkinson R, Pickett K. The Inner Level: How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve everyone's Well-being. Londres : Penguin Books, 2018.

[79] Ollila E et al. (2006). Health in All Policies in the European Union and its member states. Policy brief. Brussels, European Commission DG Health and Consumer Protection http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/ action1/docs/2005_1_18_ frep_a4_en.pdf

[80] http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R12-fr.pdf

[81] https://ec.europa.eu/health/health_policies/policy_en

décisions prises dans ces contextes peuvent avoir des impacts, tant positifs que délétères pour la santé. Le cloisonnement des décisions et l'absence d'une évaluation systématique de celles-ci peuvent réduire la portée des stratégies de santé publique.

Définir la santé comme paramètre d'évaluation des politiques publiques dans l'approche intersectorielle prévue par la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques [82] est un préalable essentiel pour la réalisation de nombreuses politiques de santé publique. Cependant, cette démarche apparaît encore très faible en France et sa mise en œuvre est largement influencée par les appétences et les dynamiques inhérentes à chaque Ministère.

Privilégier une approche interministérielle

La nécessité de mobilisation interministérielle se retrouve à plusieurs niveaux : la conception des politiques de santé à travers les stratégies, plans et programmes, mais aussi le pilotage avec un renforcement des capacités de pilotage de la santé publique par le ministère en charge la santé, dans un cadre et à un niveau permettant de rendre effective la dimension interministérielle. De telles structures ont été mises en place comme, par exemple, le Comité interministériel pour la santé (CIS), créé par le décret n° 2014-629 du 18 juin 2014.

Impliquer et mobiliser toutes les collectivités territoriales et locales

Le rôle des collectivités territoriales et locales dans l'état de santé de la population est majeur quelles que soient leurs compétences réglementaires. Dès lors que l'on considère la santé et non la seule délivrance des soins et que l'on développe une approche populationnelle, les réponses doivent être envisagées à l'échelon de ces collectivités. La crise économique a renforcé les risques de rupture du lien social, entre territoires et entre quartiers d'une même ville, avec de probables conséquences sanitaires. Le tissu associatif est essentiel à la vie des quartiers qualifiés de défavorisés, dans lesquels il importe de maintenir et de développer ces liens sociaux. Le contexte d'une polarisation du territoire en termes de développement socio-économique et d'accès aux services ne devrait pas être aggravé par l'installation de zones de désertification médicale.

De multiples mesures contribuent à ces objectifs : le soutien financier à la vie associative, comme élément essentiel de la solidarité et du lien social ; la lutte contre l'habitat insalubre, surpeuplé, l'errance, la précarité locative, l'absence de logement et l'aide aux personnes pour défendre leurs droits, ou encore la mixité sociale dans les communes et à l'école. Il importe de les préserver voire de les renforcer suite à cette dernière crise.

Penser les conséquences à long terme des politiques mises en œuvre

Les données scientifiques ont clairement établi le rôle de nombreux déterminants socio-économiques sur l'état de santé et leurs caractéristiques sont de mieux en mieux connues. Deux d'entre elles sont essentielles pour les politiques publiques. L'action des déterminants de santé s'exerce tout au long de la vie et une exposition à un déterminant, notamment dans l'enfance est susceptible d'avoir un impact sur la santé plusieurs décennies plus tard. Cet effet retardé s'observe à tous âges de la vie. Il devient donc impératif d'évaluer *a priori*, puis de suivre, l'impact des politiques sur l'état de santé et l'équité, à court, moyen et long termes,

[82] Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques 2013 ; OMS (WHA67.12) 2014.

puisque la santé dans l'enfance et l'adolescence conditionne l'incidence des maladies chroniques et leur répartition sociale des futures générations. Il en est également ainsi pour la prévention de la dépendance des personnes âgées qui se construit pendant la période active, notamment au travail. De plus, ces déterminants de santé peuvent être modifiés par de nombreuses politiques. Il est par conséquent essentiel de mieux assurer la transversalité des politiques publiques agissant sur différents déterminants de la santé.

Mettre en œuvre un dispositif d'évaluation d'impact sur la santé de toutes les politiques

La démarche d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) permet d'identifier, à l'aide d'informations scientifiques et contextuelles et d'outils variés, les effets potentiels d'un projet ou d'une politique sur la santé d'une population et sur la distribution de ces effets selon différents groupes. Il s'agit d'une démarche d'évaluation anticipative, dynamique, intersectorielle et participative qui est fondée sur une approche globale de la santé *via* l'étude de l'ensemble des déterminants de santé. L'EIS est particulièrement pertinente pour l'examen des impacts de politiques pouvant avoir des effets directs ou indirects complexes, impliquant une diversité d'acteurs et d'institutions, et intéressant des populations composites aux profils sociodémographiques variés. Par leur caractère participatif, les EIS permettent de dégager des mesures et des solutions visant à diminuer les effets négatifs et accroître les effets positifs d'un projet en amont de sa réalisation. La formation des acteurs de la santé à la démarche EIS doit être développée et le recours à cette approche étendue à un grand nombre de politiques publiques (politiques de santé, politiques urbaines, environnementales, sociales ...).

Annexe 9 : LE PRINCIPE DE L'*EMPOWERMENT* CITOYEN

Les sociétés démocratiques modernes attachent une importance croissante au rôle des citoyens en tant qu'acteurs (parties prenantes) et donc susceptibles d'être impliqués dans les choix individuels et collectifs. Le processus d'*empowerment* citoyen est définit comme « un processus permettant aux personnes, aux organisations et aux communautés d'acquérir des compétences sur leur propre vie, afin de changer leur environnement social et politique pour améliorer l'équité et la qualité de vie ».[83]

La santé de la population est la résultante de facteurs sociaux, environnementaux, économiques et génétiques appelés déterminants. La santé comme « résultat » peut être vue comme un processus dans lequel l'individu et la communauté sont acteurs. Les individus peuvent accroître le contrôle sur leur santé et l'améliorer par le renforcement de leurs aptitudes et compétences. Cela nécessite de promouvoir la santé en partant de la demande et de la satisfaction des besoins, et non plus seulement de l'offre. Développer la participation et l'implication des citoyens dans les services de santé, nécessite de les impliquer et leur donner toutes les informations nécessaires pour leur permettre de participer au processus de prise de décision. Le mouvement ayant permis cette prise de conscience et une réflexion conduisant à l'action a été développé par James Charlton aux États-Unis pour les personnes en situation de handicap et nommé « Nothing about us without us »[84]. D'autres mouvements promouvant l'implication des citoyens sur de grands enjeux de santé publique ont ensuite repris de principe d'action [85].

LA MISE EN ŒUVRE : PROMOUVOIR ET SYSTEMATISER L'IMPLICATION DES USAGERS, DES CITOYENS ET DES ASSOCIATIONS A TOUTES LES DECISIONS, ACTIONS ET EVALUATIONS.

Cette approche a été développée en France dans le champ des soins avec une demande de la part des patients d'une attention portée à la personne dans son ensemble et pas seulement sur sa pathologie. Ce renversement de perspective n'a pas seulement impacté l'organisation des services de soins, mais a également été traduite en textes législatifs. La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a formalisé cette approche, renforcée par la suite par les lois de santé publique créant des structures de démocraties sanitaires.

La participation est un processus actif et les participants doivent pouvoir influencer de manière significative les décisions, ce qui implique le partage du pouvoir de décision. Ce processus nécessite une confiance réciproque dans l'expertise portée par chacun des acteurs. Il est donc nécessaire de créer les conditions permettant aux différentes parties prenantes de participer en ayant un niveau d'information et si nécessaire de formation suffisant pour le problème à traiter et d'autre part de permettre à celle-ci de percevoir clairement leur rôle

---

[83] Wallerstein NB, Duran B. Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities. Health Promotion Practice. 2006;7(3):312-323. doi:10.1177/1524839906289376

[84] Charlton, James, Nothing About Us Without Us, University of California Press, 1998 (ISBN 0-520-22481-7)

[85] Delbanco T, Berwick DM, Boufford JI, et al. Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. *Health Expect*. 2001;4(3):144-150. doi:10.1046/j.1369-6513.2001.00145.x

et leur capacité à influer sur les décisions. Ces dispositifs sont particulièrement importants pour impliquer des personnes éloignées su système de santé.

Inclure et faire participer les populations à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques notamment territoriales de santé publique tel que porté par la déclaration de Rio est donc un objectif clé pour élaborer des politiques de santé publique en adéquation avec les besoins de la population.

Annexe 10 : LE CONCEPT DE « ONE HEALTH »

L'approche en santé globale (*global health*), est « an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving health equity for all people worldwide » [86].

Dans ce cadre, un des paramètres est la nécessaire prise en compte du concept d'« une seule santé » (one health), qui vise à développer les collaborations interdisciplinaires entre la santé humaine, animale et environnementale (Annexe 7).

LE CONCEPT DE « UNE SEULE SANTE » (ONE HEALTH)

One Health, « Une seule santé » est un concept ancien, développé à l'époque coloniale, et réactivé lors des épidémies de zoonoses (West Nile en 2009) cette approche promeut une approche intégrée, systémique et unifiée de la santé intégrant les questions environnementales et la santé animale aux échelles locale, nationale et mondiale, afin de mieux affronter les maladies émergentes à risque pandémique, mais aussi s'adapter aux impacts environnementaux présents et futurs.

SA MISE EN ŒUVRE

Les liens entre environnement et santé humaine sont établis et pris en compte dans les organismes de santé publique comme le Haut Conseil de la santé publique (commission spécialisée « risques liés à l'environnement »), Santé publique France ou l'Anses mais cette prise en compte ne suffit pas.

Ce rapport a en effet souhaité retenir ce principe d'action en raison des manques apparus lors de la pandémie à SARS-CoV2, les connexions ayant été difficiles à établir entre les différentes composantes de la santé. La mise en œuvre de ce principe passe par l'évolution des cadres d'analyse des problèmes de santé avec la prise en compte systématique des interactions ou interférences entre santé humaine, environnementale et animale.

L'enjeu est d'aboutir à une surveillance épidémiologique qui dépasse les organisations en silo, au niveau national comme sur l'ensemble du territoire. Des progrès ont été réalisés dans ce domaine, en particulier s'agissant des zoonoses alimentaires. Le champ de l'antibiorésistance offre une autre illustration avec une attention particulière apportée à la prise en compte du volet environnemental. Néanmoins, une organisation structurelle renforçant cette vision intégratrice apparait indispensable. Cette évolution ne pourra en outre se faire qu'en modifiant les formations des professionnels des 3 secteurs et de celui de la sécurité alimentaire vers des formations intégrant systématiquement ces problématiques.

[86] Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet.* 2009;373:1993.

Annexe 11 : LISTE DES ACRONYMES

AAP : Appels à projets

ANR : Agence nationale de la recherche

ANRS-MIE : Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales – Maladies infectieuses émergentes

Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ARS : Agence régionale de santé

ASPHER : Association of Schools of Public Health in the European Region

Caf : Caisse d'allocations familiales

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CARSAT : Caisse Régionale d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CDPS : Centre Départementaux de Prévention Santé

CEA : Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives

CeGIDD : Centres Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CERReSP : Centre d'Expertise Régional de Recherche en Santé Publique

CESE : Conseil économique, social, environnemental

CESESP : Conseil économique, social, environnemental et en santé publique

CHU : Centre hospitalier universitaire

Cire : Cellules interrégionales d'épidémiologie

CIS : Comité interministériel pour la Santé

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNU : Conseil national des universités

CNS : Conférence nationale de santé

COCT : Conseil d'orientation des conditions de travail

CompHP : Core Competencies Framework for Health Promotion

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPEF : Centres de planification et d'éducation familiale

CPR : Comité permanent restreint

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

CRSA : Conférence régionale de santé et de l'autonomie

CSAPA : Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CTS : Conseils territoriaux de santé

DASEN : Directeur académique des services de l'Éducation nationale

DGS : Directeur général de la santé

DINUM : Direction interministérielle du numérique

DSS : Direction de la sécurité sociale

EHESP : École des hautes études en santé publique

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIS : Évaluation d'Impact sur la santé

EPIC : Établissement Public à caractère Industriel et Commercial

EPST : Établissement Public à caractère Scientifique et Technologique

FSE : Fonds social européen

FST : Formation spécialisée transversale

GD4H : Green Data for Health

GHT : Groupements hospitaliers de territoire

HAS : Haute Autorité de santé

HCSP : Haut Conseil de santé publique

HIAP : Health in All Policies

IA : Intelligence artificielle

IFSP : Institut français de Santé Publique

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

Inria : Institut national de recherche en informatique et en automatique

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INSP : Institut national du service public

Inspé : Instituts nationaux supérieurs du professorat et de l'éducation

IOM : Institute of Medicine

IRD : Institut de recherche pour le développement

IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion Santé

IReSP : Institut pour la Recherche en Santé Publique

IRSP : Institut régional de Santé Publique

ISS : Inégalités sociales de santé

ISTS : Inégalités sociales et territoriales de santé

ITMO : Institut thématique multi-organismes

MIDAS : Models of Infectious Disease Agent Study

MISP : Médecin inspecteur de santé publique

MSA : Mutualité sociale agricole

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NHES : National Health Education Standards

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ODD : Objectifs de développement durable

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

ONG : Organisation non gouvernementale

ORS : Observatoire régional de santé

PasT : Pactes de santé territoriaux

PFUE : Présidence française du Conseil de l'Union Européenne

PHISP : Pharmacien inspecteur de santé publique

PIB : Produit intérieur brut

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'informations

PNSP : Plan national de santé publique

PRS : Projets régionaux de santé

PST 3 : Plan santé au travail

RSI : Règlement sanitaire international

SGDSN : Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale

SNDS : Système national des données de santé

SNS : Stratégie nationale de santé

SpF : Santé publique France

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

UE : Union Européenne

VAE : Validation des acquis de l'expérience

Annexe 12 : ÉTUDE SUR LA SANTE PUBLIQUE DANS LE MONDE

Regards croisés sur les systèmes de santé publique

Étude de huit systèmes de santé publique en Amérique, Asie et Europe

Jeanne BARATAUD, mastérante à Sciences Po Paris, stagiaire au HCSP

Marvin FREYNE (DGS/HCSP - HAUT CONSEIL DE SANTE PUBLIQUE)

Novembre 2021

RESUME

En réponse à la pandémie de Covid-19, la question de la réorganisation structurelle de la santé publique est au premier plan à travers le monde. N'échappant pas à ces réflexions autour de cet enjeu en France, il nous a semblé pertinent d'apporter un éclairage sur différents systèmes à l'international.

Il s'agit en effet dans cette étude de fournir un descriptif global de la santé publique de huit pays, avant de les analyser plus profondément selon certains axes pour faire dialoguer ces systèmes entre eux.

Pour ce faire, dans le cadre d'un travail réalisé à deux sur une période de deux mois entre la fin septembre et la fin novembre 2021, nous nous référons à des publications provenant de différentes bases de données, à une grille de questions diffusées à des organismes dans le monde, ainsi qu'à une série d'entretiens qualitatifs avec des acteurs de la santé publique dans les pays étudiés.

Nous observons ainsi différentes tendances d'organisation de la santé publique dans le monde, souvent différenciées par des contextes spécifiques à l'histoire des pays et aux enjeux sociaux qu'ils ont traversés. Néanmoins, au-delà de simples réponses à différentes crises, des réformes de santé publique peuvent s'étudier à travers des axes communs, permettant un rapprochement malgré les spécificités inhérentes à chaque pays.

Les systèmes de santé publique de huit pays ont été analysés dans ce travail à savoir ceux du Canada, de la Corée du Sud, de l'Espagne, des États-Unis, du Japon, du Royaume-Uni, de Singapour et de la Suède.

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude a été rendu possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous souhaitons adresser toute notre gratitude.

Nous tenons tout d'abord à témoigner notre reconnaissance au secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique, à son président le Pr. Franck Chauvin, ainsi qu'au collège de la mission « Refondation de la Santé Publique » pour l'accompagnement et l'encadrement de notre travail.

Nous souhaitons également remercier les personnes qui ont contribué à ces lignes, par la forme d'un entretien ou d'un écrit : Anneli Ambring, Maria Gabriela Barbaglia, Pierre-Henri Brechat, Thibaut Caulier, Noémie Levy, Gemma Lien, Malin Lindstrom, Neil Squires, Bernard Thomann, ainsi que tous les organismes qui ont pu éclairer notre étude.

Effectué dans un délai relativement court, cette présente recherche contient sans doute des failles, des approximations et des angles morts dont les personnes citées ne sont nullement responsables mais ont au contraire participé à en limiter l'ampleur.

PREAMBULE

La présente étude vise à offrir un panorama sur l'organisation de la santé publique dans le monde. Si les comparaisons sont difficiles d'un point de vue méthodologique entre des systèmes et des contextes nationaux différents, il s'agit de permettre une mise en perspective en étudiant plusieurs dimensions organisationnelles et structurelles de la santé publique à l'international. D'avantage encore à l'aune de la crise sanitaire que traverse le monde, il semble en effet plus que nécessaire d'interroger la santé publique pardelà les frontières et de faire dialoguer différents systèmes, pour considérer la santé publique dans une perspective globale.

Pour ce faire, huit pays à travers trois continents seront analysés. Est étudiée en ce sens l'organisation de la santé publique du Canada, de la Corée du Sud, de l'Espagne, des États-Unis, du Japon, du Royaume-Uni, de Singapour et de la Suède. Ces pays ont été sélectionnés selon des critères divers mais il s'agit globalement de trouver un équilibre entre des systèmes plus ou moins connus en France afin de faire interagir les organisations et offrir des pistes de réflexions en miroir pour la santé publique française.

Plus précisément, une attention particulière est portée à six dimensions structurantes dans chacun des pays : la gouvernance des politiques de santé publique, l'expertise, la veille sanitaire, la santé publique territoriale, la recherche et la modélisation puis la formation, la discipline et les métiers. Il ne s'agit ainsi pas de tout dire de la santé publique dans tous les pays mais bien de s'intéresser à des aspects organisationnels spécifiques de santé publique dans certains pays.

Afin de mener à bien cette étude réalisée entre fin septembre et fin novembre 2021, il a été choisi d'étudier un certain nombre de rapports et d'articles internationaux, d'envoyer une grille de questions à des organismes, des agences, et des associations dans chacun des pays et enfin de réaliser une série d'entretiens qualitatifs avec différents acteurs de la santé publique dans le monde.

I – PROFIL GENERAL DE LA SANTE PUBLIQUE DES PAYS ETUDIES

Canada

Les principales causes de mortalité au Canada pour la population totale en 2019, d'après l'agence fédérale de statistique[87], sont les tumeurs malignes, les maladies cardio-vasculaires, les accidents, les maladies cérébro-vasculaires, et les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures. Comme le reste des pays industrialisés, le Canada fait face à des enjeux de vieillissement de la population. Le gouvernement fédéral investit des sommes croissantes pour répondre à cet enjeu. Le budget 2021 propose notamment un financement de 3 milliards de dollars sur cinq ans aux provinces afin de développer les soins de longue durée[88]. Protéger les populations des effets du changement climatique et de la pandémie de Covid-19, tant sur le plan physique que mental, sont également des enjeux importants. Ces données sont mesurées à l'échelle nationale et des variations peuvent exister entre les différentes provinces.

Sur le plan historique, les populations indigènes d'Amérique du Nord sont frappées par des épidémies dès le début de la colonisation européenne au début du XVIIe siècle. Ce n'est qu'au XIXe siècle que la puissance coloniale britannique met en place de plus fortes mesures pour contrôler celles-ci (choléra, typhus, tuberculose, rougeole, etc.) avec l'instauration de bureaux sanitaires locaux et de centres de quarantaines provisoires. À partir de la confédération du Canada en 1867, le contrôle des naissances et des décès, les premières formes d'éducation à la santé et le développement d'infrastructures sanitaires sont mis en place. Les découvertes scientifiques sur l'hygiène et la transmission des maladies infectieuses accélèrent les volontés d'améliorer la santé publique. Edward Playter, un médecin de Toronto, commence à publier The Sanitary Journal, "consacré à la santé publique et à l'hygiène individuelle", en 1874. Avant la Première Guerre mondiale, ce sont principalement les villes et provinces canadiennes les plus importantes qui prennent en charge la santé publique. Ainsi, l'Ontario est le premier gouvernement à mettre en place un bureau provincial permanent de la santé (Provincial Board of Health) en 1882, inspirant par la suite les autres provinces dont le Québec cinq ans plus tard. Le bureau de la santé en Ontario diffuse notamment le vaccin contre la variole et crée le premier laboratoire de santé publique d'Amérique du Nord en 1890, afin de contrôler les épidémies en analysant les approvisionnements publics en eau. En 1894, l'Université de McGill (Québec) crée une Chaire d'Hygiène, suivie deux ans plus tard par l'Université de Toronto (Ontario). Au début du XXe siècle, des organisations nationales voient le jour, comme l'Association Canadienne pour la Prévention de la Tuberculose en 1901. En 1904, le Department of the Interior and of Indian Affairs (ministère de l'Intérieur et des Affaires indiennes) nomme un responsable sanitaire pour contrôler la santé des populations aborigènes.

En 1910 est créée la Canadian Public Health Association (Association Canadienne de Santé Publique, CPHA), qui joue encore aujourd'hui un rôle important. L'association tient sa première conférence annuelle en 1911 à l'université de McGill

[87] Statistique Canada. *Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge*. Nov. 2020.

[88] Gouvernement du Canada. *Le gouvernement du Canada finance plus de 3 000 projets visant à soutenir les aînés dans l'ensemble du Canada*. Consulté le 15 nov. 2021.

(Montréal), où se rendent le gouverneur général et le premier ministre du Canada, ainsi que le premier ministre du Québec. Après la Première Guerre mondiale est créé en 1919 le Federal Department of Health (Ministère fédéral de la santé), à la suite de la crise de la « grippe espagnole ». Le développement de la santé publique s'accélère dans les années 1920 avec des initiatives pour protéger la santé des mères et des enfants, éduquer les populations à la santé et réduire les maladies liées au lait non pasteurisé. De même, les dangers sanitaires auxquels font face les populations aborigènes sont peu à peu reconnues. Durant la Grande Dépression, des mesures de veille sanitaire pour contrôler la santé des populations immigrées sont mises en place par le ministère fédéral de la Santé. Ce dernier réduit cependant ses dépenses et laisse les gouvernements locaux répondre aux besoins des populations en matière de santé, favorisant ainsi les inégalités entre provinces. Après la Seconde Guerre mondiale, le développement industriel du pays permet de mieux financer les plans de santé publique. La professionnalisation du domaine ainsi que la recherche se poursuivent dans les universités canadiennes. La santé publique est alors reconnue comme une spécialité médicale en 1947. Dans les années 1950, les campagnes de vaccination et l'utilisation des antibiotiques mettent fin aux principales épidémies, comme celle de la poliomyélite. Dans les années 1960, dans un contexte de grands changements sociaux et d'allongement de l'espérance de vie, de nouveaux défis de santé publique émergent. Les maladies chroniques et les risques liés au « mode de vie », comme le tabac ou les infections sexuellement transmissibles, deviennent les principaux sujets de prévention. Cette décennie est marquée par la légalisation de la contraception et la prise de conscience des dangers de certains produits tels que le DDT pour l'environnement et la thalidomide pour les femmes enceintes.

Le rapport Lalonde en 1974 marque une nouvelle étape dans la santé publique, au Canada et à l'international, y compris en France[89]. Ce rapport propose une approche globale de la santé, celle des « déterminants ». Il reconnaît l'influence des politiques publiques sur la santé des populations. La Charte d'Ottawa sur la santé publique de 1986 confirme à l'échelle mondiale l'implication du pays dans la promotion de la santé. L'Agence de Santé Publique du Canada (ASPC, Public Health Agency of Canada) est créée en 2004, à la suite de la crise sanitaire du SRAS de l'année précédente. Cela fait partie d'une stratégie fédérale pour renforcer la santé publique à l'échelle nationale.

L'histoire de la santé publique est ainsi assez fournie et montre la place importance du Canada dans ce domaine. Chaque année, l'ASPC publie un plan ministériel présenté par le ou la ministre de la Santé, dans lequel sont donnés plusieurs objectifs. Le plan ministériel 2021-2022 se focalise sur la promotion des vaccins contre la Covid-19, et sur la recherche dans l'opinion publique des hésitations liées à ces derniers. L'agence lance plusieurs programmes sur la santé mentale, l'apprentissage et la garde des jeunes enfants, la prévention du suicide et le trouble du spectre de l'autisme[90]. Les sujets sur lesquels travaille l'ASPC sont divers et il est difficile d'identifier un petit nombre de priorités. À court terme, comme l'ensemble des pays frappés par la pandémie de Covid-19, l'enjeu est de contrôler la santé physique

[89] Grimaud J., Jourdain A. « Le rapport d'objectifs de santé publique. Une réelle ambition sans stratégie de mise en œuvre ? » *In : Santé publique (Vol. 16, n°4)*, 2004.

[90] Gouvernement du Canada. *Plan ministériel 2021-2022 : Agence de la santé publique du Canada*. Avril 2021.

et mentale des populations canadiennes et aborigènes vis-à-vis de la pandémie. À long terme, le Canada continue de développer la protection de la santé mentale, de surveiller les décès par surdose d'opioïdes – le pays ayant légalisé l'usage récréatif du cannabis en octobre 2018 – , de chercher à réduire les répercussions sur la santé de maladies ré-émergentes, dont les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), lutter contre la résistance antimicrobienne aux échelles nationale et mondiale, et accroître les connaissances des risques liés aux maladies infectieuses en lien avec les modifications climatiques.

Le Canada est ainsi un pays très avancé dans le domaine de la santé publique. Son rôle pionnier dans l'approche des déterminants de la santé et la promotion de la santé en a fait un modèle pour beaucoup de pays. Son contexte territorial et politique reste cependant particulier : la santé publique se déploie aux échelles fédérale, provinciale et communautaire, avec la présence de populations aborigènes.

Corée du Sud

Deux des principaux enjeux de santé publique en Corée du Sud sont le taux de suicide très élevé et le vieillissement rapide de la population. La Corée du Sud a un des taux de suicide les plus importants au monde : 24.6 suicides pour 100 000 habitants[91], ce qui est plus de deux fois supérieur à la moyenne de l'OCDE (environ 12 suicides pour 100 000 habitants). La perception des Coréens de leur propre santé est la moins bonne des pays de l'OCDE : seul un tiers de la population s'estimait en bonne ou en très bonne santé en 2019[92]. Pourtant, le taux de comportements à risques, notamment la consommation excessive d'alcool et de tabac, ainsi que le taux de cancer, ne sont pas particulièrement élevés. Par ailleurs, si la part des plus de 65 ans n'est que de 16% en 2020[93], le taux de fertilité est le plus bas du monde (0.9 enfant par femme en 2019[94]) et le vieillissement augmente à une vitesse telle que le ministère de l'Intérieur s'attend à ce que la part des plus de 65 ans soit de 47% en 2067[95], ce qui devrait largement dépasser le Japon.

Avec un développement économique exceptionnellement rapide à partir des années 1960[96] et une population jeune, l'attention a longtemps été centrée sur une conception curative de la santé, par exemple sur l'augmentation des lits d'hôpital, plutôt que sur la prévention. Sorti très pauvre de la colonisation japonaise (1905-1945) et de la Guerre de Corée (1950-1953), le pays a d'abord compté sur le développement économique pour améliorer de lui-même la santé des populations. Si le ministère des Affaires sociales est créé en 1948, il faut attendre 1976 pour que le premier système d'assurance maladie le soit, et 2000 pour son universalisation après la crise économique de 1997. Avant celle-ci primait l'idée d'autosuffisance des citoyens coréens, et d'une intervention la plus faible possible de l'État

[91] OCDE. *Taux de suicide*. Données, 2019.

[92] OCDE. *Reviews of Public Health: Korea, A healthier tomorrow*. Mars 2020.

[93] Banque Mondiale. *Population âgée de 65 ans et plus (% du total)*. 2020.

[94] Banque Mondiale. *Taux de fertilité, total (naissances par femme)*. 2019.

[95] Statistics Korea. *Population Projections for Korea (2017-2067)*. 2019.

[96] Bidet E. « La protection sociale en Corée du Sud : évolutions récentes et perspectives » *In : Revue française des Affaires sociales (Vol. 1)*, 2002 : p. 169-194.

dans la protection sociale et la santé publique. La fin du « miracle coréen »[97] et le vieillissement de la population poussent désormais la Corée du Sud à s'intéresser de près à la santé publique.

En 1995 est promulguée le National Health Promotion Act98 (loi sur la promotion de la santé nationale), dans lequel il est reconnu que « L'État ainsi que les collectivités locales doivent assumer la responsabilité d'accroître l'intérêt national pour la santé et d'améliorer la santé des citoyens. » (article 3). La loi de 1995 prévoit l'instauration d'un « fonds national de promotion de la santé » (chapitre 3 de la loi), établi en 1997, ainsi que des mesures importantes contre le tabagisme (chapitre 2). Le Ministry of Health and Welfare (ministère de la Santé et des Affaires sociales), et notamment la division de la promotion de la santé, créent des plans nationaux de promotion de la santé tous les 5 ans. Ces plans sont élaborés après consultation d'un comité délibératif composé de 15 membres maximum, dirigé et formé par le vice-ministre du ministère. Trois *National Health Plans* (Plans Nationaux de Santé) ont été rédigés : HP2010 (2002-2006 puis 2006-2010), HP2020 (2011-2016 puis 2016-2020) et HP2030 (2021-2026 puis 2026-2030). La Corée du Sud vient ainsi d'entrer dans le cinquième plan quinquennal, HP2030. HP2020 était particulièrement centré sur la santé communautaire, l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, la réduction des inégalités de santé et des risques sanitaires. Sur 19 indicateurs du HP2020, 12 ont été remplis. La consommation excessive d'alcool, l'hypertension et le diabète ont cependant augmenté dans la dernière décennie[99]. Pour le plan de santé de 2030 (HP2030), le ministère de la Santé et des Affaires sociales a développé 28 thèmes, 6 divisions et 420 indicateurs de performance, dont 37 considérés comme très importants (*leading health indicators*). Contrairement aux plans précédents préparés en un an, le ministère a commencé à préparer le HP2030 en 2017, soit trois ans avant son lancement. La tendance est ainsi à une préparation plus importante des programmes nationaux de santé publique.

Les objectifs du *National Health Plan 2030* sont regroupés dans le schéma ci-dessous, tiré de l'article de Yumi Oh, « The National Health Plan 2030: its Purpose and Directions of Development »[100].

La prévention du suicide - avec la création d'une division ministérielle dédiée en 2018 - et l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé - qui regroupe les différents sujets du HP2030 - sont les principaux objectifs du gouvernement sud-coréen en termes de santé publique.

[97] Barjot D. *Le « miracle » économique coréen (1953-2013) Réalités et limites*. Outre-Terre (Vol. 39), 2014.

[98] Korean Law Information Center. *National Promotion Act*. No. 4914, 1995.

[99] Oh Y. « The National Health Plan 2030: Its Purpose and Directions of Development » *In : Journal of Preventive Medicine & Public Health (Vol. 54, n°3)*, mai 2021.

[100] Ibid.

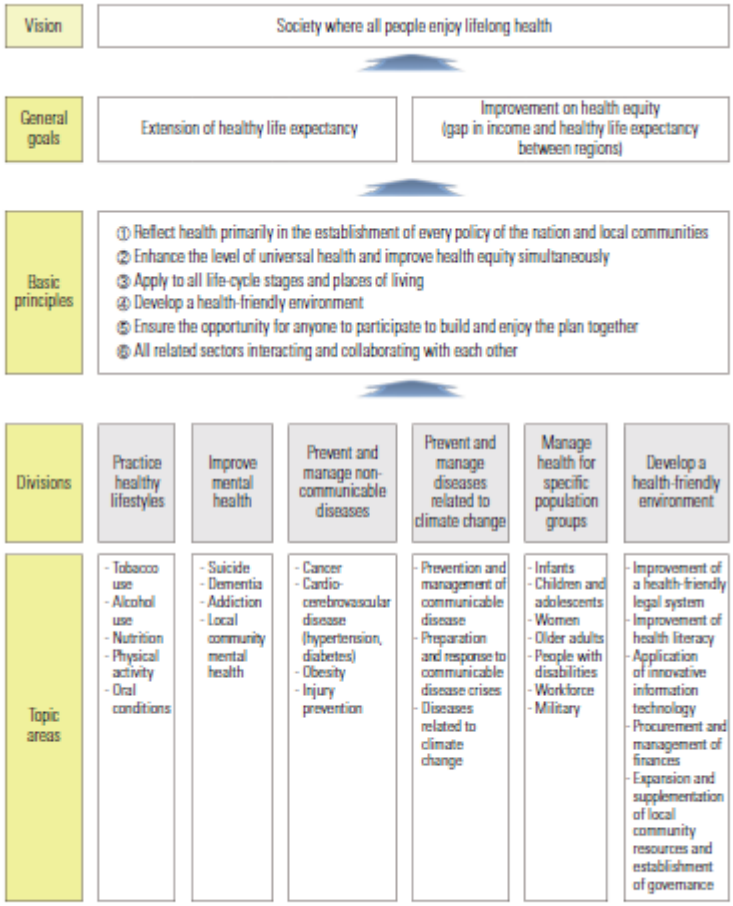


Figure 2. National Health Plan 2030 framework. Source from: Ministry of Health and Welfare. The 5th National Health plan (2021-2030). Seoul: Korea Health Promotion Institute; 2021 [19].

Espagne

En Espagne, l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée de la moyenne européenne, mais l'espérance de vie en bonne santé l'est beaucoup moins. D'après l'Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé[101], « l'espérance de vie en Espagne a augmenté de plus de quatre ans depuis 2000 pour atteindre 83,4 ans en 2017, soit 2,5 ans de plus que la moyenne de l'UE ». Avec l'augmentation de l'espérance de vie, la part de la mortalité liée à la maladie d'Alzheimer a elle aussi augmenté. Concernant les comportements à risque, la consommation de tabac et le taux d'obésité chez les adultes espagnols sont plus élevés que la moyenne européenne. La consommation excessive d'alcool est cependant la plus faible d'Europe, puisqu'elle ne concerne que 9% des adultes espagnols. Enfin, le rapport de l'observatoire européen souligne l'efficacité des interventions en matière de santé publique, puisque le taux de

[101] OCDE. *Spain: Country Health Profile 2019*. State of Health in the EU, nov. 2019.

mortalité pour des causes évitables et traitables est aussi le plus bas de l'Union Européenne.

Il est difficile de trouver des données sur la santé publique avant et sous la dictature de F. Franco (1939-1975). En 1849 est établie la *Ley de Beneficencia* (loi sur la charité) qui réglemente les professions médicales et les hôpitaux. Des premières mesures d'assistance sociale apparaissent au XXe siècle mais avant la Seconde Guerre mondiale, le système de santé publique reste peu développé. Sous la dictature de F. Franco, jusque dans le milieu des années 1960 et la Guerre Froide, le pays reste isolé, bien qu'ayant rejoint l'OMS en 1956. Le régime refuse notamment de se confronter à la vaccination contre la poliomyélite avant 1963, ce qui crée de profonds dégâts au sein de la population[102]. Cette même année est créé le système de sécurité sociale, renforcé en 1967. C'est à partir de cette époque que débute la « *reforma sanitaria* » (réforme sanitaire)[103]. Après la mort de Franco, le premier ministère de la Santé est créé en 1977 (*Ministerio de Sanidad y Seguridad Social*, Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale). La Constitution espagnole de 1978 établit pour la première fois un droit universel à la santé et confère aux pouvoirs publics, et notamment aux 17 communautés autonomes, des pouvoirs d'organisation des services de santé publique et de prévention. La *Ley General de Sanidad* (Loi Générale de la Santé, LGS) de 1986 introduit le système de santé moderne et achève la décentralisation vers les communautés autonomes. Par la suite, certaines mesures de santé publique ont été prises à l'échelle nationale, comme la stratégie lancée en 2005 pour lutter contre l'obésité, et renforcée en 2011[104]. Depuis 2010 à l'échelle nationale, les efforts ont été portés sur le renforcement des réglementations (par exemple sur la consommation du tabac et la sécurité alimentaire), ainsi que sur la prévention en fonction des déterminants de la santé.

La stratégie en santé publique pour 2020 a été lancée en 2013 par le ministère de la

[102] Tuells J., Echániz-Martinez B. The fight against polio through the NO-DO newsreels during the Francoism period in Spain. PLoS ONE (Vol. 14, n°11), nov. 2019.

[103] Perdiguero-Gil E., Cornelles J-M. « The roots of the health reform in Spain ». In : Health Care and Government Policy. Biblioteca - Estudos & Colóquios, Évora: Publicações do Cidehus, 2019.

[104] Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. *Estrategia NAOS*. Consulté le 20 nov. 2021.

Santé (*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*)[105]. Elle prévoit d'encourager des environnements et des modes de vie sains pour les enfants et les femmes enceintes et allaitant, d'encourager le bien-être émotionnel des enfants, de promouvoir un mode de vie actif et sain pour les personnes de plus de 50 ans, et de prévenir la perte d'autonomie de celles de plus de 70 ans. Par ailleurs, la gouvernance de la santé publique évolue ces dernières années : en 2018, le gouvernement national établit un programme de vaccination commun, déjà évoqué dans la loi de 2011 sur la santé publique intitulée « Health in All Policies » (La Santé dans toutes les Politiques). Plus récemment, la pandémie de Covid-19 a souligné l'importance d'un organisme national de la santé publique, au-delà des dispositifs des communautés autonomes. La ministre de la Santé Carolina Darias prévoit aussi la création d'un centre national de santé publique pour le deuxième semestre de 2022[106].

États-Unis

Sans négliger les disparités pouvant exister entre les différents États, il s'agit de se concentrer sur la santé publique des États-Unis à l'échelle fédérale. D'après les *Centers for Disease Control and Prevention* (Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies, CDC)[107], les trois principales causes de décès en 2019 sont, par ordre d'importance, les maladies cardiaques, les cancers et les accidents. De fortes inégalités entraînent des différences élevées entre les taux de mortalité chez les personnes blanches et chez les personnes noires. Par exemple, en 2019, le taux de mortalité chez les hommes noirs est de 1 093 pour 100 000 habitants, tandis qu'il est de 869 chez les hommes blancs. De manière générale, la population des Etats-Unis n'a pas une espérance de vie à la naissance particulièrement élevée : l'*Environmental Protection Agency* (Agence de Protection Environnementale, EPA)[108] relève qu'en 2016, le pays ne se situe qu'à la 37ème place parmi les 194 pays membres de l'OMS. De même, il se situe seulement à la 48ème place en termes de mortalité infantile. D'autres facteurs sont soulignés par le rapport annuel de 2020 de la *United Health Foundation*[109] comme l'augmentation de 15% du taux d'obésité entre 2011 et 2019, ainsi que l'augmentation de 23% du taux de suicide depuis 2009. Ces différents points ne sont que quelques exemples des multiples enjeux auxquels le système de santé publique américain fait face au cours de son histoire.

Tout comme au Canada, les populations aborigènes ont d'abord souffert des épidémies liées à l'arrivée des Européens. À la fin du XVIIIe siècle, les premières mesures de quarantaine et d'isolement pour endiguer les épidémies sont prises dans les grandes villes. Boston met en place le premier bureau permanent de la santé en 1799. Cela fait écho aux « Poor Laws » d'Angleterre (E. Chadwick), et pousse également le développement d'hôpitaux publics, comme à Philadelphie en 1752 et à New York en 1771. De même, la révolution sanitaire du XIXème siècle rappelle l'his-

[105] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *The Prevention and Health Promotion Strategy of the Spanish NHS*. 2013.

[106] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Gabinete de Prensa. *Notas de Prensa*. Consulté le 20 nov. 2021.

[107] CDC. *Leading Causes of Death*. 2019.

[108] EPA. « Health Status » In : Report on the Environment. Consulté en nov. 2021.

[109] United Health Foundation. « Annual Report 2020 » In : America's Health Rankings. 2020.

toire européenne. L'urbanisation et l'industrialisation favorisent les épidémies, mieux connues grâce aux progrès de la bactériologie. La prise de conscience de la responsabilité des autorités publiques dans la santé des populations émerge (Shattuck Report, 1850[110]). A la fin du siècle, 40 Etats ont mis en place des départements de santé[111]. Dès 1884, le bureau du Massachusetts rend obligatoire le signalement des maladies dangereuses pour la santé de la population. Des laboratoires de recherche et de surveillance des bactéries sont développés à l'échelle régionale et locale, et favorisent l'émergence d'une première expertise en santé publique au début du XXème siècle. Avec la Première Guerre mondiale, les départements de santé observent que de nombreux soldats ne sont pas aptes au combat malgré le développement des mesures de santé publique évoquées. Ils se tournent ainsi vers le développement des soins cliniques et de l'éducation à la santé. En 1923, C. E. A. Winslow définit la santé publique non plus seulement comme la prévention des épidémies, mais également comme le fait de « prolonger la vie et promouvoir la santé et les performances physiques »[112].

À l'échelle fédérale, les politiques en matière de santé se limitent au service hospitalier de la marine jusqu'à sa réorganisation en *Public Health Service* (Service de Santé Publique, PHS) en 1912. A la tête de celui-ci, le *Surgeon General* (chirurgien général) est chargé de coordonner les actions de santé publique des autorités locales. En 1914, le Congrès vote la loi Chamberlain-Kahn qui établit un *US Interdepartmental Social Hygiene Board* (Conseil interdépartemental d'hygiène sociale des Etats-Unis). Après la Première Guerre mondiale, le rôle de l'Etat fédéral s'accentue : le *National Institute of Health* (Institut National de Santé, NIH) est créé en 1930, à partir du *National Hygienic Laboratory* (Laboratoire National d'Hygiène) du service de santé de la marine. L'institut national du cancer est incorporé au NIH sept ans plus tard. La loi sur la sécurité sociale de 1935 prévoit une subvention fédérale aux services de santé publique régionaux, et fait du service de santé publique (PHS) dirigé par le *Surgeon General*, le conseiller direct du gouvernement[113]. En 1939, les programmes fédéraux en matière de santé publique, d'éducation et de sécurité sociale sont regroupés au sein de la *Federal Security Agency* (Agence de Sécurité Fédérale, FSA). C'est en 1944 que la loi établit clairement l'autorité du gouvernement fédéral en matière de quarantaine (*Public Health Service Act*). En 1946, le premier CDC est créé à Atlanta, pour lutter contre la malaria. En 1966, la loi instaurant Medicare et Medicaid développe le financement fédéral des programmes de santé, par exemple pour les populations les plus âgées, et incite les Etats à développer leurs stratégies en matière de santé. En 1970, l'agence de protection environnementale est fondée (EPA). Pour guider les efforts de prévention et de promotion de la santé, le Congrès créé en 1976 l'*Office of Disease Prevention and Health Promotion* (ODPHP), soit dix ans avant que la charte d'Ottawa ne généralise la « promotion de la santé ».

Cependant, les années 1970 et 1980 sont globalement marquées par une volonté de réduire les dépenses publiques de santé, ce que déplore l'important rapport de l'Institut de Médecine en 1988 intitulé

[110] Shattuck L. Report of the Massachusetts Sanitary Commission. 1850.

[111] Institute of Medicine. The Future of Public Health. Washington, DC: The National Academies Press. 1988.

[112] Ibid.

[113] NIH. *Legislative Chronology*. Consulté le 14 nov. 2021.

« *The Future of Public Health* » (Le Futur de la Santé Publique). Ensuite, le rapport du même institut, paru en 2002, souligne l'évolution du paysage de la santé publique, tant sur le développement de partenariats public-privé, de recherche sur le bioterrorisme après les attentats du 11 septembre 2001, que sur l'établissement d'objectifs nationaux de santé publique. Ainsi, en 1980[114], le *Department of Health and Human Services* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, DHHS) lance un programme national de promotion et de prévention de la santé intitulé « *Healthy People 1990* », à la suite d'un rapport du *Surgeon General*[115]. Ce programme est axé sur la baisse du taux de mortalité et l'amélioration de l'autonomie des personnes âgées. Cette initiative est reconduite tous les dix ans : « *Healthy People 2000* » est axé sur l'espérance de vie en bonne santé, la réduction des inégalités de santé et l'accès à la prévention. « *Healthy People 2010* » définit des objectifs orientés vers l'augmentation de la qualité de vie et la suppression des inégalités. Ces objectifs sont repris dans le programme « *Healthy People 2020* », aux côtés de la qualité de vie et de la création d'environnements sociaux et physiques favorisant la santé. 33.9% des objectifs de ce plan sont atteints ou dépassés[116]. A l'échelle nationale, les Etats-Unis suivent ainsi actuellement les objectifs du plan « *Healthy People 2030* », lancé en août 2020. Il s'agit du cinquième plan de ce programme, qui se base sur les enseignements des plans précédents afin de se focaliser sur « l'équité en matière de santé, les déterminants sociaux de la santé et la culture sanitaire - avec un nouvel accent sur le bien-être »[117].

Japon

Le Japon a la plus grande espérance de vie à la naissance des pays de l'OMS[118] (en moyenne 84.36 ans), et la part de plus de 65 ans la plus élevée au monde (28% en 2020)[119] ce qui rend les enjeux de vieillissement particulièrement importants. Le taux de pathologies non transmissibles (diabètes, maladies cardio-vasculaires, cancers, etc.) est également en augmentation. En 2019, elles représentaient 85% des décès[120]. Par ailleurs, si le taux de suicide n'est pas aussi important que celui de la Corée du Sud, il reste au-dessus de la moyenne de l'OCDE (14.7 suicides pour 100 000 habitants au Japon). Cependant, le taux de comportements à risque en matière de santé est globalement bas (taux d'obésité, de consommation d'alcool et de tabac en dessous de la moyenne de l'OCDE)[121]. Enfin, l'exposition aux risques

[114] US DHHS. *History of Healthy People*. Consulté le 15 nov. 2021.

[115] Richmond J. Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. 1979.

[116] Office of the Assistant Secretary for Health. *Healthy People 2020: An End of Decade Snapshot*. 2020.

[117] Voir note 28.

[118] OMS. *Espérance de vie à la naissance*. 2020.

[119] Banque Mondiale. *Population âgée de 65 ans et plus (% du total)*. 2020.

[120] Banque Mondiale. *Cause de décès, par maladies non transmissibles (% du total)*. 2019.

[121] OCDE. *Reviews of Public Health: Japan, A healthier tomorrow*. Fév. 2019.

de catastrophes naturelles et industrielles est à souligner, puisqu'elle contribue, avec les enjeux mentionnés ci-dessus, à la prise en compte de la santé publique comme enjeu central dans le pays.

De fait, l'intérêt pour la santé publique au Japon remonte à longtemps. Elle a d'abord été assez proche du système bismarckien au début du XXème siècle. C'est en 1938, pendant la guerre contre la Chine, que le ministère de la Santé et du Bien-être est créé, afin d'améliorer la santé et la constitution des hommes pour emporter la guerre. En 1946, l'article 25 de la Constitution Japonaise stipule que « Dans tous les aspects de l'existence, l'État s'efforce d'encourager et d'améliorer la protection et la sécurité sociale, ainsi que la santé publique »[122].

En 1978, les premières politiques en santé publique sont mises en place à l'échelle gouvernementale par le *Ministry of Health, Labour and Welfare* (Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales, MHLW). Elles visent notamment la mise en place des *health check-ups* (bilans de santé) obligatoires pour mesurer régulièrement l'état de santé de la population, la création de centres de soins municipaux, et la protection des travailleurs. Ces « *First-phase Measures for National Health Promotion* » (Mesures de Première Phase pour la Promotion de la Santé Nationale) annoncent les « *Second-phase Measures for National Health Promotion* » (Mesures de Seconde Phase pour la Promotion de la Santé Nationale) dix ans plus tard. En 1988, l'« *Active 80 Health Plan* » a comme objectif l'amélioration de l'autonomie et de la santé des personnes de 80 ans et plus. Le troisième grand plan de santé publique, « *Health Japan 21* » (HJ21), débuté en 2000, a pour but d'établir des priorités de santé publique au XXIème siècle. Il se focalise sur l'amélioration des modes de vie et des pathologies qui y sont liées. En 2002, la loi sur la promotion de la santé confirme la grande responsabilité confiée aux gouvernements locaux en termes de santé publique, déjà affirmée en 1947.

Un aperçu historique de l'évolution de la santé publique au Japon est proposé par Tetsuji Yokoyama dans son article « National Health Promotion Measures in Japan: Health Japan 21(the Second Term) » (2020, Department of Health Promotion, National Institute of Public Health)[123], et reproduit ci-dessous :

---

[122] Japon. Constitution du 3 novembre 1946. 1946.

[123] Yokoyama T. *National Health Promotion Measures in Japan: Health Japan 21 (the second term)*. 保健医療科学 (Vol. 69, n°1), 2020, p. 14-24.

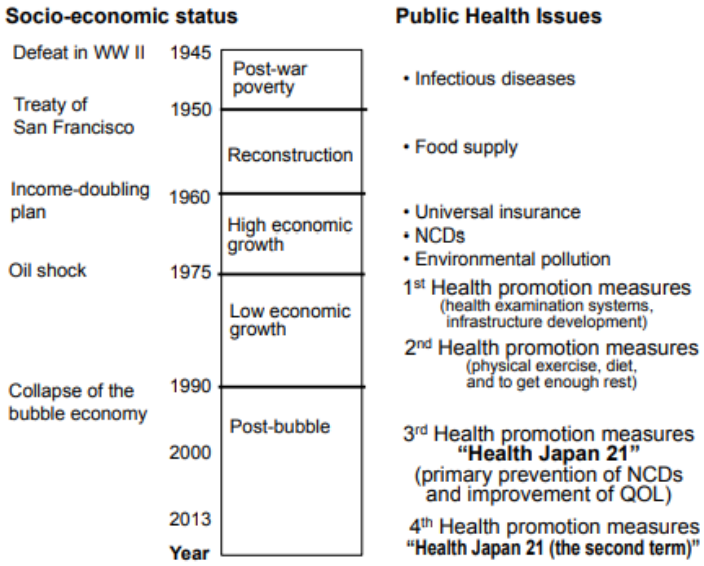


Figure 3 Changes in public health issues in post-war Japan, from the lecture material by Heizo Tanaka (partially altered)

La politique de santé publique japonaise actuelle s'inscrit dans le quatrième groupe de mesures pour la promotion de la santé nationale, soit de la deuxième partie du HJ21 (cf. schéma ci-dessus). Celle-ci débute en 2013 et se concentre sur la réduction des inégalités en santé et l'amélioration de l'environnement social, comme schématisé ci-dessous, toujours selon l'article de Tetsuji Yokoyama :

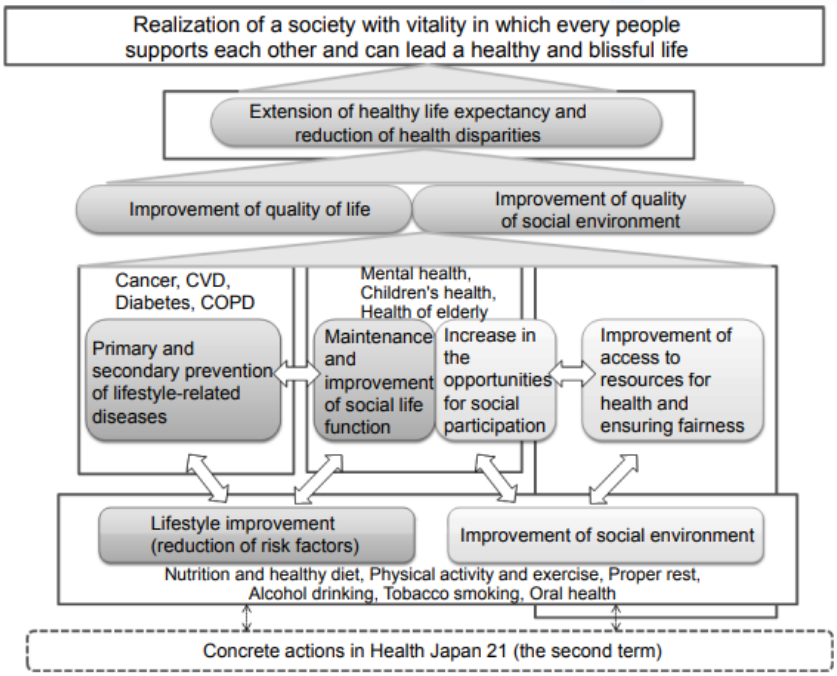


Figure 5 The whole picture of Health Japan 21 (the second term)

Source: Reference material of Health Japan 21 (the second term) (partially altered).

Le gouvernement japonais promulgue ainsi un plan de santé publique avec des

objectifs assez larges tous les dix ans. Chaque nouveau plan se base sur l'évaluation du précédent et des nouveaux besoins de la société, et est évalué à mi-parcours. Par exemple, le HJ21 de 2013 a fait l'objet d'une première évaluation en 2018, qui reformule les objectifs pour 2022 en comparant un certain nombre d'indicateurs mesurant les progrès effectués et les difficultés rencontrées.

Royaume-Uni

S'il est question dans cette étude de traiter de la santé publique au Royaume-Uni, une attention plus importante est accordée au contexte de l'Angleterre. Les systèmes de santé publique peuvent être différents en Ecosse, au Pays de Galle et en Irlande du Nord.

Deux des principales difficultés du Royaume-Uni en matière de santé publique sont le vieillissement de la population et les inégalités de santé persistantes. D'après l'Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé[124], l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, qui est actuellement de 81,3 ans, s'est ralentie depuis 2011, principalement en raison d'un ralentissement de l'amélioration de la mortalité à des âges plus avancés. De manière générale, les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux restent les principales causes de décès, bien que les décès dus à la maladie d'Alzheimer soient de plus en plus fréquents. Concernant les facteurs de risque, la consommation de tabac chez les personnes adultes a baissé rapidement et est plus basse que la moyenne européenne. Le taux d'obésité et la consommation excessive d'alcool sont cependant au-dessus de cette moyenne. Enfin, le rapport de l'observatoire européen souligne d'importantes inégalités socio-économiques en matière de santé, indiquant que « les personnes ayant un niveau d'éducation élevé peuvent espérer vivre plus de quatre ans de plus que celles ayant le niveau le plus bas ».

D'un point de vue historique, nous nous intéressons principalement au contexte de l'Angleterre. Les premières grandes mesures de santé publique sont prises à la fin du XIXe siècle[125]. La révolution sanitaire a lieu dans le cadre des « Poor Laws », sous l'impulsion, entre autres, d'Edwin Chadwick. En 1848, une première loi sur la santé publique est promulguée : elle établit un *Central Board of Health* (Bureau Central de la Santé) et autorise les autorités locales à nommer des *medical officers of health* (médecins hygiénistes). Vingt ans plus tard, la loi donne l'autorisation aux pouvoirs locaux de prendre des mesures plus concrètes, comme le traitement de l'eau et la protection contre les maladies infectieuses. La santé publique s'est ainsi d'abord construite au niveau des autorités locales. A l'échelle nationale, le ministère de la Santé est créé en 1919. La loi sur la santé publique est amendée en 1938 afin de créer le *Public Health Laboratory Service* (service de laboratoire de santé publique), qui dispose de plusieurs centres chargés de la prévention des épidémies. Jusqu'en 1974, la santé publique est organisée séparément du *National Health Service* (Service National de Santé, NHS), qui procure les soins de santé à la population. Elle y est ensuite intégrée en tant que

[124] European Observatory of Health Systems and Policies. *United Kingdom Country Health Profile*. State of Health in the EU, nov 2019.

[125] Rechel B., Maresso A., Sagan A., Hernández-Quevedo C., Williams G., Richardson E., Jakubowski E., Nolte E. « Organization and financing of public health services in Europe » *In : Health Policy Series (Vol. 49)*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2018.

« santé communautaire », les médecins devenant, de ce fait, responsables de la santé environnementale. Dans les années 1980, une nouvelle vision de la santé publique émerge avec la publication en 1988 du premier « rapport Acheson »[126] qui réintroduit le terme de « santé publique ». Le rapport recommande aux autorités sanitaires locales de nommer des directeurs de la santé publique et des consultants chargés du contrôle des maladies transmissibles. Cette même année, le ministère de la santé devient le *Department of Health and Social Care* (Département de la santé et des affaires sociales, DHSC). Dix ans plus tard, le « deuxième rapport Acheson »[127] se concentre sur les inégalités de santé. En 1997, Tessa Jowell est la première personne nommée ministre de la Santé publique. Elle publie un livre blanc intitulé « *Our Healthier Nation* » (Notre nation plus saine), qui identifie quatre priorités : les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les accidents, les cancers et la santé mentale. En 2010, un nouveau livre blanc du gouvernement[128] prépare la réforme de 2012-2013. Celle-ci sépare à nouveau le NHS de la santé publique, en confiant cette dernière aux autorités locales et à la nouvelle agence de santé publique *Public Health England* (PHE, Santé Publique Angleterre). Cette agence gouvernementale devient en 2021 la *United-Kingdom Health Security Agency* (Agence de Sécurité Sanitaire du Royaume-Uni, UKHSA).

Le Royaume-Uni fait actuellement face à plusieurs enjeux en termes de santé publique. La réorganisation du système de sécurité sanitaire avec la création de la nouvelle agence (UKHSA) donne un nouvel élan à la surveillance des épidémies et la collaboration des différentes nations en la matière[129]. Cela implique également de réorganiser le système de santé publique autour des autorités locales et du nouvel *Office for Health Improvement and Disparities* (Bureau pour l'amélioration de la santé et les disparités, OHID) au sein du ministère de la santé (DHSC). Ce nouveau bureau, créé en octobre 2021, souligne enfin l'ambition du pays de continuer d'étudier et de combattre les inégalités de santé, mises à nouveau en avant par la pandémie de Covid-19[130].

---

[126] Acheson D. *The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function*. London: Her Majesty's Stationery Office, 1988.

[127] Acheson D. *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report*. London: Her Majesty's Stationery Office, 1998.

[128] Department of Health and Social Care. *Healthy Lives, Healthy People: our strategy for public health in England. White Paper*. London: Department of Health, 2010.

[129] UKHSA. *Letter from Lord Bethell to Dr Jenny Harries, UKHSA chief executive*. Juil. 2021.

[130] Secretary of State for Health and Social Care, Javid S. *The hidden costs of COVID-19: the social backlog*. Speech at The Grange Community Centre in Blackpool, sept. 2021.

Singapour

D'après le *Ministry of Health*[131] (ministère de la Santé, MOH), les trois principales causes de mortalité à Singapour sont le cancer (28% des décès en 2019), la pneumonie (21%) et les cardiopathies ischémiques (19%). L'OMS estime que les maladies non-transmissibles représentent 76% des causes de décès[132]. Par ailleurs, la population singapourienne est assez jeune : en 2019, la part de 65 ans et plus n'était que de 13% de la population totale[133]. Cependant, comme le Japon et la Corée du Sud, Singapour se préoccupe de plus en plus des enjeux liés au vieillissement. Le taux de fertilité de sa population stagne à environ 1.1 enfant par femme depuis une décennie, soit le cinquième plus faible à l'échelle mondiale[134]. Le vieillissement de la population est ainsi l'enjeu principal qui pousse le gouvernement singapourien à développer la santé publique.

La prise en compte de la santé publique à Singapour est non seulement récente, mais coexiste avec la doctrine libérale de responsabilisation individuelle promulguée depuis l'indépendance de la cité-État, à la fin de la colonisation britannique en 1965.

Avant les années 1900, la médecine traditionnelle prévaut sur le territoire[135]. La médecine occidentale importée par la puissance coloniale et les premières lois sur la vaccination et l'enregistrement des naissances et des décès à la fin du XIXe siècle ne permettent pas de réduire le taux de mortalité. Plus tardif que celui établi lors de la révolution sanitaire britannique, le premier système gouvernemental d'évacuation des eaux usées date de 1906. Le premier hôpital, l'Hôpital Général de Singapour, est inauguré officiellement par le gouverneur colonial en 1926. Dans les années 1940, le développement du système de santé de Singapour est perturbé par la Seconde Guerre mondiale et l'occupation japonaise. En 1948, le gouvernement colonial approuve un plan d'une durée de dix ans pour améliorer le système de santé en termes d'infrastructures et de contrôle des épidémies. Après l'indépendance du pays en 1965, le gouvernement accentue ses efforts pour améliorer son système de santé, sans adhérer pour autant au modèle européen de l'Etat providence. La médecine occidentale supplante peu à peu la médecine traditionnelle. Des campagnes sanitaires nationales sont lancées dans les années 1960. La campagne de planification familiale est notamment très efficace avec le slogan « *Two is enough* » (Deux suffisent) : le taux de fécondité passe de plus de quatre enfants par femme en 1965 à moins de deux dans les années 1980. C'est dans cette décennie que s'engage la lutte contre le tabagisme, et le premier *National Healthcare Plan*[136] (Plan National de Santé) est adopté en 1983. Ce dernier définit une approche préventive de la gestion de la santé, en mettant en place le système de *Medisave*, un plan d'épargne national obligatoire qui

[131] Ministry of Health. *Principal Causes of Death*. 2019.

[132] OMS. *Notre travail à Singapour*. Consulté le 11 novembre 2021.

[133] Banque Mondiale. *Population âgée de 65 ans et plus (% du total)*. 2020.

[134] Banque Mondiale. *Taux de fertilité, total (naissances par femme*. 2019.

[135] National Heritage Board, Government of Singapore, « Our History of Healthcare ». Consulté le 14 nov. 2021.

[136] Centre For Public Impact (CPI). « The National Healthcare Plan in Singapore ». Consulté le 4 nov. 2021.

oblige chaque adulte actif de Singapour à épargner une partie de ses revenus pour faire face à de futures dépenses médicales.

Avec une croissance économique rapide dans les années 1970, la nation s'oriente vers un modèle basé sur la responsabilité des citoyens à subvenir à leurs besoins, y compris leurs besoins de santé[137]. Ce principe est réaffirmé en 1993 dans le deuxième objectif fondamental du *White Paper on affordable healthcare* (Livre blanc sur les soins de santé abordables) : *« to promote personal responsibility for one's health and avoid over-reliance on state welfare or medical insurance »*[138] (promouvoir la responsabilité personnelle en matière de santé et éviter une dépendance excessive à l'aide sociale de l'État ou à l'assurance maladie). Le but est ainsi de « responsabiliser » les individus et de les inciter à rester en bonne santé, afin que les dépenses de soin n'augmentent pas excessivement dans le budget de l'Etat. Cette idée guide la santé publique contemporaine du pays. Cependant, le vieillissement de la population souligne les limites de cette doctrine et les dépenses publiques ont augmenté notamment pour les soins de long durée. En 2012, le Ministère de la Santé crée le *Healthcare 2020 Masterplan,* nommé « *Healthy Living Master Plan* » (Masterplan pour une Vie Saine), afin de renforcer le système de santé (nombre de lits d'hôpitaux, couverture santé, etc.) et faire face au vieillissement de la population. Ce plan de santé publique est schématisé par le ministère de la Santé de la manière suivante[139] :

[137] Tan CC., Lam CSP., Matchar DB., Zee YK. Wong JEL. *Singapore's Health-Care System: Key Features, Challenges, and Shifts*. The Lancet (Vol. 398, Issue 10305), sept. 2021.

[138] Ministry of Health. *Affordable Health Care: A White Paper*.1993.

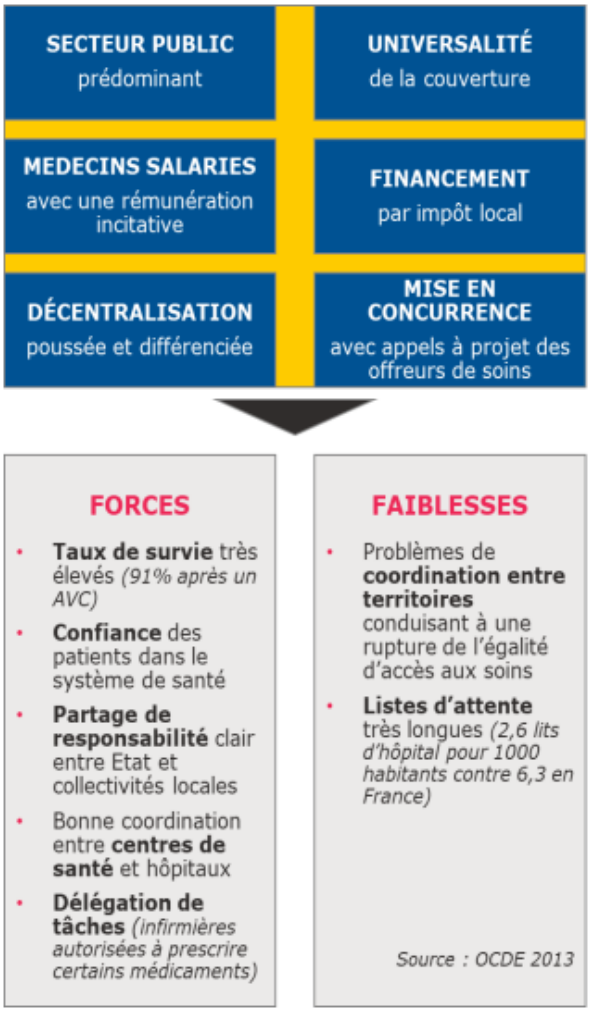
[139] Ministry of Health, Health Promotion Board. *The Healthy Living Master Plan*. Consulté le 14 nov. 2021.

Afin de bien comprendre le système de santé publique singapourien, il est important de souligner que la « responsabilisation » des individus en matière de santé passe par l'éducation et la prévention. Dès 2001, le *Health Promotion Board* (Bureau de Promotion de la Santé) est créé au sein du gouvernement afin de promouvoir des modes de vie sains au travail, à l'école et dans les communautés. De même, dans le premier Plan National de Santé de 1983, qui vise notamment à contenir les dépenses publiques en santé, l'objectif est de constituer une population saine et en bonne santé, afin de ne pas augmenter le coût des soins.

La politique actuelle en santé publique est née en 2016, avec la politique des « *Three Beyonds* » (Trois « au-delà ») du ministère de la Santé : « *Beyond Healthcare to Health, Beyond Hospital to Community, Beyond Quality to Value* » (Au-delà des soins vers la santé, Au-delà de l'hôpital vers la communauté, Au-delà de la qualité vers la valeur). Le premier « Beyond » vise à développer la promotion de la santé et la prévention. Le deuxième « Beyond » réaffirme le rôle crucial des communautés, des familles et des associations dans la protection de la santé. Le troisième « Beyond » oriente les politiques de santé vers une approche incluant mieux les territoires, la politique en matière de santé étant traditionnellement très centralisée. Singapour cherche ainsi à faire face aux enjeux de vieillissement tout en limitant l'augmentation des dépenses de santé, en accord avec les principes du masterplan de 2016.

Suède

La Suède possède la meilleure espérance de vie en bonne santé de l'Union Européenne puisque celle-ci s'élève en 2018 à 72 ans pour les femmes et presque 74 ans pour les hommes contre une moyenne européenne de 63,5 ans[140]. Plus remarquable encore, celle-ci s'élevait respectivement à 61 ans et 62 ans en 2004. En 14 ans, le pays a ainsi fait augmenter son espérance de vie en bonne santé de 11 ans pour les femmes et de 12 ans pour les hommes. Ce sont surtout les AVC, les maladies cardiovasculaires, la consommation de tabac et d'alcool qui sont en baisse continue depuis le début des années 2000[141]. Extrait d'une analyse[142] du cabinet d'expert OpusLine, le graphique suivant présente de manière générale la situation du pays en 2017.



[140] Chiffres d'Eurostat du 16/12/2020.

[141] OCDE. *Sweden: Country Health Profile 2019*. State of Health in the EU, nov. 2019.

[142] OpusLine. *Système de santé : Existe-t-il un modèle suédois ?*. Sept. 2017.

En somme, au sein de l'Union Européenne et en termes de santé publique, la Suède tient le rôle de bon élève. Ainsi, comment la Suède s'est-elle organisée pour obtenir ces résultats.

En Suède, l'État garde un rôle central en définissant des priorités et des objectifs de santé publique. C'est lui qui fixe le cap. Néanmoins, dans l'exécution de ces grandes directions de chantiers de santé publique, l'organisation s'affine. C'est en ce sens un système de santé reposant sur l'articulation d'un service public universel et d'une vive démocratie locale[143] en santé. Cette articulation s'inscrit dans la logique des réformes de décentralisation de la santé initiées depuis le milieu des années 1980 et jusqu'à la fin des années 2000. L'impulsion de la décentralisation incarnée par une série de mesures avait ainsi pour but d'assurer un meilleur contrôle de l'augmentation des dépenses en accroissant l'autonomie et la responsabilité des autorités locales dans leur champ de compétences[144]. Au-delà des très bons résultats globaux du système de santé suédois, les mesures prises ont parfois conduit à de nouveaux effets pervers ou accentués d'autre.

En effet, L'OCDE[145] pointe notamment des lacunes dans la coordination des soins aux patients ayant des besoins complexes et de manière générale la coordination des soins entre l'hôpital, les soins primaires et les autorités locales, mais également l'existence de listes d'attentes trop longues, malgré différentes mesures prises pour endiguer ces effets. Au-delà, de manière générale, les territoires de la Suède ne sont pas égaux face aux inégalités sociales et de santé qui restent un enjeu majeur pour le pays.

---

[143] Chambaretaud S., Lequet-Slama D. « Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins » *In : Études et résultats (N°214)*. DREES, janv. 2021.

[144] Vasselle A. Cazeau B. *Réformer la protection sociale : les leçons du modèle suédois*. Rapport d'information n°377, mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, juil. 2007.

[145] OCDE. La Suède : des soins de santé d'excellente qualité mais un manque de coordination, selon l'OCDE. Déc. 2013.

II – ORGANISATION DE LA SANTE PUBLIQUE

À l'aune des descriptions des profils fait précédemment, il s'agit dans ce chapitre de rentrer plus en profondeur dans l'organisation des systèmes de santé publique des pays étudiés afin de les faire dialoguer entre eux. De fait, il n'est pas question de lister les structures existantes et de tout dire sur les modes de fonctionnement de chacun des pays, mais plutôt d'illustrer les grandes tendances par des exemples nationaux particulièrement édifiants. Pour ce faire, les lignes qui suivent sont structurées en six axes : la gouvernance des politiques de santé publique, l'expertise, la formation, la discipline et les métiers, la modélisation et la recherche, la veille sanitaire, la santé publique territoriale. Si le parti pris est de diviser l'organisation de la santé publique selon ces six axes, ceux-ci restent néanmoins liées et forment système.

Gouvernance des politiques de santé publique

Au sein des gouvernements étudiés, il existe relativement peu de ministres dont la fonction tient uniquement de la santé publique. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un ministre de la Santé dont le rôle est également, voire d'abord, d'organiser le système de soin. Certains pays ont cependant des fonctions qui s'en rapprochent.

Le Royaume-Uni accorde notamment une place importante à la santé publique au sein du *Department of Health and Social Care* (ministère de la Santé et des Affaires Sociales, DHSC), bien que le ministre soit aussi celui des soins. Ainsi, le *Minister of State for Health* (ministre de la Santé), Edward Argar, dispose parmi les membres du comité exécutif ministériel d'un directeur général de la santé publique, Jonathan Marron. Plus précisément, le rôle de directeur général de la santé publique est devenu celui de directeur général de l'*Office for Health Improvement and Disparities* (Bureau pour l'Amélioration de la Santé et les Disparités, OHID)[146]. Ce nouveau bureau créé en 2021 reprend les fonctions de promotion et de protection de la santé de *Public Health England* (Santé Publique Angleterre, PHE), l'agence de santé publique démantelée suite à la gestion difficile de la pandémie de Covid-19. Les missions de l'OHID reprennent ainsi la prévention, l'alimentation, la lutte contre l'obésité, l'addiction et l'amélioration de la santé publique de manière générale. Le bureau se concentre également sur la réduction des inégalités, sujet au cœur des préoccupations des politiques de santé publique britanniques (cf. Préambule). Cependant, avec la réforme de 2021, la gouvernance de la sécurité sanitaire est donnée à la nouvelle agence créée à cet effet : *United Kingdom Health Security Agency* (Agence de Sécurité Sanitaire du Royaume-Uni, UKHSA). Directement liée à la pandémie de Covid-19, UKHSA a pour vocation d'apporter une réponse mieux coordonnée entre les quatre nations du Royaume-Uni en matière de sécurité sanitaire. En clair, avec le démantèlement de PHE, la gouvernance de la prévention et de la promotion de la santé (OHID) est désormais séparée

[146] Department of Health and Social Care, Office for Health Improvement and Disparities, Javid S. *New body to tackle health disparities will lanch 1 October, co-heaved by new Deputy Chief Medical Officer*. Sept. 2021.

de celle de la sécurité sanitaire au Royaume-Uni (UKHSA)[147].

Au sein du comité exécutif du ministère de la santé, il existe également une directrice générale de la santé globale, Clara Swinson. Il faut également noter que le *Chief Médical Officer* (Administrateur Médical en Chef, CMO) du Royaume-Uni, autrement dit la personne chargée de l'expertise en santé publique, codirige désormais l'OHID et fait partie du comité exécutif du ministère (cf. sous-partie « Expertise »). Enfin, la responsabilité de la santé publique au Royaume-Uni est principalement celle des autorités locales, bien que le gouvernement décide du budget qui leur est alloué (cf. sous-partie « Santé publique territoriale »).

On peut citer d'autres exemples comme à Singapour, où le *Health Promotion Board* (Bureau de Promotion de la Santé, HPB) créé en 2001 au sein du *Ministry of Health* (ministère de la Santé, MOH) a pour rôle de développer des programmes qui promeuvent des modes de vie sains. Au Japon, le ministère de la santé, du travail et des affaires sociales (MHLW) distingue le *Health Service Bureau* (Bureau des Services de Santé), qui s'occupe notamment du contrôle des maladies, du *Health Policy Bureau* (Bureau de la Politique Médicale), qui s'occupe des services de soins. Le Bureau des Services de Santé supervise des divisions du contrôle du cancer et des maladies, de la lutte contre la tuberculose et les maladies infectieuses, de la lutte contre les maladies intraitables et rares. Le ministère s'appuie également sur un *Pharmaceutical Safety and Environmental Health Bureau* (Bureau de la sécurité pharmaceutique et la santé environnementale) pour l'approvisionnement en eau, la sécurité environnementale, l'évaluation des dispositifs médicaux et des produits pharmaceutiques[148].

Par ailleurs, la présence d'un directeur général de la santé publique ne garantit pas qu'il décide entièrement des politiques de santé publique.

Dans les systèmes de gouvernance décentralisés, ce sont principalement aux autorités locales que reviennent les rôles de prévention et de promotion de la santé. Cela est le cas au Japon, au Canada, aux États-Unis, en Suède et en Espagne par exemple (cf. sous-partie « Santé publique territoriale »). En Espagne, la gouvernance de la santé publique est très décentralisée et les communautés autonomes en sont responsables sur leurs territoires. À l'échelle nationale, il existe une Direction Générale de la Santé Publique au sein du ministère de la Santé. Elle assure l'aspect international de la protection de la santé, par exemple, le contrôle et la surveillance des risques liés aux mouvements internationaux de marchandises et de passagers, ainsi que la réglementation en matière de sécurité alimentaire. Elle accueille également le Centre de coordination des alertes et des urgences sanitaires, et a pour mission de coordonner les 17 départements de santé régionaux grâce au Bureau Interterritorial du système de soin espagnol[149]. Outre ces aspects, les communautés restent bien autonomes pour le reste des politiques de santé publique.

Aux États-Unis, la gouvernance de la santé publique se partage également entre les États et le gouvernement fédéral. À l'échelle fédérale, l'*Assistant Secretary for Health* (Secrétaire adjoint à la Santé, ASH) est chargé des questions de santé publique au sein du *Department of Health*

[147] UKHSA. *Letter from Lord Bethell to Dr Jenny Harries, UKHSA chief exectuve*. Juil. 2021.

[148] Ministry of Health, Labour and Welfare. *Organization Chart*. Oct. 2017.

[149] CLEISS. *Le système de santé espagnol*. Les systèmes de santé européens, 2021.

and Human Services (ministère de la Santé et des Services Sociaux, HHS). Il supervise le *Public Health Service* américain (Service de Santé Publique, PHS) et ainsi le *Public Health Service Commissioned Corps* (Corps Commissionné du Service de Santé Publique) qui comprend plus de 6500 professionnels. Cependant, les États prennent également des politiques de santé publique sur leur territoire, y compris des mesures de quarantaine et d'isolation, comme cela a été le cas durant la pandémie du Covid-19. Certains États démocrates ont ainsi pris des mesures plus fortes que la politique de santé publique du Président Trump[150].

Les politiques de santé publique sont également le fruit de collaborations interministérielles plus ou moins poussées. En Corée, après la difficile gestion de la crise du MERS-CoV en 2015, les responsabilités de préparation et de gestion de crise sanitaire ont été transférées au ministre de l'Intérieur et de la Sécurité, appuyé par un vice-ministre dédié. Le ministère de la Sécurité Alimentaire et des Médicaments (MFDS) et le ministère de l'Environnement travaillent sur les enjeux de santé alimentaire et environnementale avec le ministère de la Santé. L'OCDE estime que la collaboration interministérielle est assez bien développée[151]. La communication est particulièrement forte sur la prévention des risques. Au sein du ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MoHW), la division de la promotion de la santé est chargée de la santé publique. Cette division s'occupe principalement du contrôle du tabac, de la nutrition et de la veille sanitaire.

La gouvernance de la santé publique dépend également des structures d'expertise (cf. sous-partie « Expertise »), et de l'importance qui leur est accordée dans la prise de décision. Cela varie en fonction des structures institutionnelles, du mode d'exercice du pouvoir par les dirigeants dans des situations sanitaires variées.

Lorsqu'il existe une agence nationale de santé publique, celle-ci est généralement consultée par le ministère de la Santé dans les prises de décisions. En Suède, l'agence de santé publique (*Folkhälsomyndigheten*) est l'agence gouvernementale en charge de la santé publique nationale sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Affaires Sociales (*Socialdepartementet*). Dans le ministère de la Santé, le Bureau National de la Santé et des Affaires Sociales (*National Board of Health and Welfare*, *Socialstyrelsen*) est particulièrement responsable de la santé publique[152]. Au sein de l'agence de santé publique, le *State Epidemiologist* (Épidémiologiste d'Etat), Anders Tegnell, a joué un rôle particulièrement important dans la gestion de la pandémie de Covid-19. Au début de la crise sanitaire, le gouvernement a en effet choisi de suivre ses recommandations sur la limitation du port du masque et des confinements. Au Canada, la *Public Health Agency of Canada* (Agence de Santé Publique du Canada, ASPC) fait partie du *Health Portfolio* (Portefeuille de la Santé) du ministère de la Santé[153]. Ce portfolio est composé des agences gouvernementales associées à la prise de décision publique. Parmi celles-ci se trouvent également l'Agence canadienne d'inspection des aliments, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, l'Institut de

[150] Reich S. *COVID-19 Chaos in America: Before, During and Beyond Trump*. Centre de recherches internationales (CERI) Sciences Po, 2020.

[151] OCDE. *Reviews of Public Health: Korea, A healthier tomorrow*. Mars 2020.

[152] CLEISS. *Le système de santé suédois*. Les systèmes de santé européens, 2021.

[153] Gouvernement du Canada. *Health Portfolio*. Consulté le 15 oct. 2021.

recherche en Santé du Canada, et Santé Canada.

La prise de décision peut également varier en période de crise sanitaire. En Espagne, l'état d'urgence sanitaire a facilité la gestion de la pandémie de Covid-19. Toutes les autorités régionales de santé se sont retrouvées sous l'autorité du ministère de la Santé. Le gouvernement central a alors un contrôle quasi complet sur les politiques afin de gérer la crise[154].

En résumé, l'étude des différents systèmes de gouvernance de la santé publique montre que les prises de décisions, si elles reviennent souvent au gouvernement et au ministre de la Santé, dépendent de la présence au sein du ministère d'un responsable de la santé publique ainsi que d'une agence ou d'un institut national de santé publique chargé d'orienter ces décisions. En outre, les modèles présentés ne sont pas figés dans le temps et dépendent du mode d'exercice du pouvoir des dirigeants ainsi que des périodes de crises sanitaires. Enfin, la gouvernance peut être partagée à des degrés divers avec les autorités locales.

Expertise

Au Royaume-Uni, en Suède, au Canada et aux États-Unis, il existe un responsable de l'expertise en santé publique clairement identifiable, dont la fonction est de conseiller le gouvernement dans ses décisions.

Au Royaume-Uni, le *Chief Medical Officer* (Administrateur Médical en Chef, CMO), poste occupé par Chris Whitty depuis 2019, est responsable de l'expertise en santé publique à l'échelle nationale. Son origine remonte à 1855, lorsque Sir John Simon devient le premier « *medical officer* » (administrateur médical) du *General Board of Health* (Bureau Général de la Santé), chargé de conseiller le bureau sur les questions de santé publique, telles que les épidémies et la prévention des maladies[155]. Aujourd'hui, le CMO est le plus haut conseiller du gouvernement en matière de santé publique, hiérarchiquement supérieur au *Chief Scientific Advisor* (Conseiller Scientifique en Chef). Il représente le pays au bureau exécutif de l'OMS, et est responsable de l'ensemble des professionnels de santé publique. Il siège au comité exécutif du ministère de la santé (DHSC) et codirige depuis 2021 le Bureau pour l'Amélioration de la Santé et les Disparités (OHID). Pour construire son expertise, le CMO s'appuie sur quatre adjoints (« *deputy chief medical officers* ») et sur plus de 30 comités d'experts. Son expertise s'adresse à l'ensemble des ministères du gouvernement, celui de la santé mais aussi par exemple celui de l'environnement (*Department for the Environment, Food and Rural Affairs*, DEFRA).

En Suède, le poste d'épidémiologiste d'État (*Statsepidemiolog*) existe depuis 1955. Il était à l'origine le directeur du département d'épidémiologie du laboratoire bactériologique d'État. Le poste est transféré en 1993 à l'Institut de Contrôle des Maladies transmissibles nouvellement créé, puis intégré à l'Agence de Santé Publique (*Folkhälsomyndigheten*) créée en

[154] Lecumberri Beascoa G. *Le droit d'exception, une perspective de droit comparé: Espagne : état d'alerte : analyse approfondie*. Luxembourg : Publications Office. 2020.

[155] The Institute for Government. *Chief Medical Officer*. Déc. 2020.

2014. Ce poste est occupé par Anders Tegnell depuis 2020. Parmi l'équipe de direction de l'agence, il est notamment chef du département de l'analyse de la santé publique et du développement des données[156]. Pour construire son expertise, il s'appuie ainsi sur les connaissances de l'agence et de son département. Le Bureau National de la Santé et des Affaires Sociales (*Socialstyrelsen*) est également responsable de l'expertise sur la médecine d'urgence et la préparation aux situations de crise[157]. Pendant la pandémie de Covid-19, le gouvernement a notamment appliqué les recommandations d'A. Tegnell et a prôné au début de la crise une stratégie qui n'était pas fondée sur le port du masque et un confinement strict. Cela est notamment dû à l'absence d'état d'urgence sanitaire dans la constitution suédoise[158]. Si le rôle de l'épidémiologiste d'État a été particulièrement important durant la pandémie de Covid-19, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure cela est dû au fonctionnement des institutions ou au contexte politique et à la personnalité des dirigeants.

Au Canada, le poste de Chief Public Health Officer (Administratrice en chef de la santé publique du Canada, CPHO) est occupé par Theresa Tam depuis 2017. Ce poste est créé en même temps que l'Agence de santé publique (ASPC) en 2004, suite à la crise du SRAS, qui fait 44 morts au Canada[159]. L'administratrice en chef de la santé publique est à la tête de l'ensemble des professionnels de santé publique. Elle fait partie du comité de direction de l'agence de santé publique, et répond également au ministre de la Santé. Elle est chargée de communiquer les données officielles de santé publique à la population, ainsi que d'apporter une expertise au gouvernement dans un rapport annuel ainsi qu'en cas de crise.

Aux Etats-Unis, le poste de *Chief Medical Advisor to the President* (Conseiller Médical en chef du Président, CMA) est créé en 2019 par l'administration du Président Trump. Le CMA est conçu comme un expert en santé publique qui conseille directement le Président et siège dans son bureau exécutif. Ronny Jackson est le premier conseiller médical en chef. Il est en fait l'ancien médecin du Président Trump (*physician to the president*), chargé de l'unité de soins de la Maison Blanche, et non un expert en épidémiologie ou en santé publique. Le poste est ensuite vacant de décembre 2019 à janvier 2021, avant que le président Joe Biden assigne Anthony Fauci à ce poste. A. Fauci est également le directeur du *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* (Institut National des Allergies et des Maladies Infectieuses, NIAID), l'un des 27 instituts du *National Institute of Health* (Institut national de santé, NIH). Le conseiller médical en chef ainsi que la durée de son mandat sont choisis par le Président. Ce poste rapproche l'expertise en santé publique du Président des États-Unis. En effet, celle-ci est traditionnellement la responsabilité du *Chief Public Surgeon* (chirurgien public en chef, CPS), et ce depuis la création du service de santé publique étatsunien (PHS)[160]. Le bureau du *Chief Public Surgeon* fait partie du bureau de l'*Assistant Secretary for Health* (sous-secrétaire d'État pour la santé), qui est le principal conseiller du secrétaire d'État (ministre de la Santé) en

[156] Folkhälsomyndigheten. *Equipe de Direction*. Consulté le 26 oct. 2021.

[157] Socialstyrelsen. *Emergency Preparedness*. Consulté le 26 oct. 2021.

[158] Tegnell A. *The Swedish Public Health Response to COVID-19*. APMIS 129, nº 7, 2021.

[159] Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. *Renouvellement de la santé publique au Canada. Leçons de la crise du SRAS,* Health Canada, 2003.

[160] HHS. *History of the Office of the Surgeon General*. Consulté le 26 oct. 2021.

matière de santé publique. La création du poste de *Chief Medical Advisor*, bien qu'il existe déjà celui du *Surgeon General*, confirme ainsi l'importance du contexte politique et des besoins qui y sont liés dans l'organisation de l'expertise en santé publique. Quoi qu'il en soit, l'expertise est fortement liée à l'autorité des *Centers for Disease Control and Prevention* (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, CDC), responsable de la veille sanitaire (cf. sous-partie « Veille sanitaire »).

D'autre part, ces postes de responsables de l'expertise en santé publique sont souvent répliqués à l'échelle locale dans les systèmes décentralisés. Ainsi, Chris Whitty est le *Chief Medical Officer* du Royaume-Uni et de l'Angleterre, mais il existe trois autres CMO pour l'Irlande du Nord, l'Ecosse et le Pays de Galles. De même au Canada, il existe des administrateurs de la santé publique dans chaque province.

Lorsqu'il n'existe pas de représentant officiel de l'expertise en santé publique, celle-ci est répartie dans différents organismes et instituts de recherche, sur lesquels le gouvernement s'appuie en fonction des circonstances pour prendre des décisions.

En Espagne, l'expertise en santé publique n'est pas concentrée dans une seule organisation ou fonction. En période de crise, le gouvernement se tourne généralement vers le Centre pour la Coordination des Alertes et des Urgences sanitaires (*Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias*). Cette agence est créée en 2004 au sein du ministère de la santé. Hors période de crise, l'expertise en matière de santé publique est partagée entre le ministère et les autorités locales.

En Corée du Sud, l'Institut Coréen de Promotion de la Santé (KHPI), créé en 2011, produit des rapports de santé publique pour le ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MoHW). Il collecte par exemple, grâce à des enquêtes nationales, des données sur les comportements à risques. Le KHPI est aussi chargé de concevoir des programmes pour répondre aux attentes du ministère et d'assister les politiques de santé publique des gouvernements locaux. Il établit des comités d'experts, composés de membres de la société civile et d'experts académiques, et est aussi doté d'un comité permanent.

Au Japon, le gouvernement est conseillé par le Conseil Scientifique Japonais, qui existe depuis 1949. Sous la juridiction du Premier Ministre, le conseil est cependant indépendant. Il a pour but de promouvoir la science au sein du gouvernement, de conseiller ce dernier et d'établir un réseau de scientifiques et de chercheurs. Il est composé d'environ 210 membres et représente plus de 830 000 scientifiques. Cependant, ce conseil scientifique n'est pas spécialisé dans la santé. Certaines divisions au sein du ministère de la Santé sont tournées vers la santé publique : la division du cancer et du contrôle des maladies (*Cancer and Disease Control Division*), ou la division de la tuberculose et des maladies infectieuses (*Tuberculosis and Infectious Diseases Control Division*). Le système de santé publique étant relativement décentralisé au Japon, l'expertise est surtout réalisée à l'échelle locale, par les centres publics de santé régionaux (*hokenjo*) et les autorités municipales et préfectorales.

À Singapour, de manière générale, le ministère de la Santé (MOH) réunit des commissions temporaires qui rassemblent chercheurs, experts et acteurs privés concernés.

En résumé, on peut distinguer deux cas de figure pour l'expertise en santé publique. Dans le premier cas, un responsable de l'expertise en santé publique est clairement identifiable, et est chargé de conseiller le gouvernement. Il s'appuie sur les experts et les organisations pertinentes dans les domaines concernés pour formuler son

expertise. Les systèmes décentralisés reproduisent cette fonction à l'échelle locale. Dans le second cas, le gouvernement doit se tourner vers les agences et les différents instituts de recherche, et l'expertise est plus fractionnée. Dans les deux cas, les situations sont susceptibles de varier en fonction du contexte politique et des personnalités au pouvoir.

Veille sanitaire

Dans les pays où il existe une agence nationale de santé publique (cf. sous-parties « Gouvernance des politiques de santé publique » et « Expertise »), celle-ci est en partie responsable de la veille sanitaire.

La veille sanitaire était ainsi inscrite dans les missions de *Public Health England* (PHE) dès la réforme du système de santé britannique en 2012[161]. Elle l'est plus encore dans la définition de la nouvelle agence de sécurité sanitaire (UKHSA). Cette dernière a justement été créée au moment de la pandémie de Covid-19 pour mieux préparer le pays à la venue de nouvelles crises sanitaires liées à des épidémies. L'agence de santé publique se focalise désormais sur la sécurité sanitaire, en renforçant la collaboration des quatre nations du royaume.

Au Canada, la veille sanitaire (*health surveillance*) est également une priorité. Elle est identifiée comme « la clé de voûte d'un système de santé publique solide »[162]. Sa responsabilité est partagée entre les autorités régionales de santé et les organismes fédéraux. L'agence de santé publique (ASPC) met en place des missions de veille sur des problèmes sanitaires spécifiques, comme la maladie de Lyme ou le VIH. Elle a aussi pour rôle de permettre le dialogue et la coordination entre les acteurs locaux, par exemple grâce au Réseau pancanadien de Santé Publique (cf. sous-partie « Santé publique territoriale »).

L'agence de santé publique suédoise a aussi des responsabilités de veille sanitaire. Elle les partage notamment avec l'Institut suédois de contrôle des maladies infectieuses[163]. Celui-ci est chargé de surveiller les maladies transmissibles et d'analyser la situation épidémiologique, aux échelles nationale et internationale.

Aux États-Unis, les *Centers for Disease Control and Prevention* (Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies, CDC), ont le statut d'agence fédérale et sont responsables d'une grande partie de la santé publique du pays. Ils sont notamment la référence principale en matière de veille sanitaire, qui était leur but premier lors de leur création en 1946. Le CDC est par exemple autorisé à mettre en quarantaine les voyageurs, c'est-à-dire à « détenir, examiner et relâcher les personnes arrivant aux États-Unis et voyageant entre les États qui sont suspectées d'être porteuses de ces maladies transmissibles »[164]. Depuis 2020, la *Data Modernization Initiative* (Initiative de Modernisation des Données) des CDC vise à renforcer le système

[161] DH PHE Transition Team. *Public Health Surveillance - Towards a Public Health Surveillance Strategy for England*. Department of Health, déc. 2012. Department of Health. 2021.

[162] ASPC. *Surveillance*. Consulté le 16 novembre 2021.

[163] CLEISS. *Le système de santé suédois*. Les systèmes de santé européens, 2021.

[164] Code of Federal Regulations. « 42 CFR Part 70 – INTERSTATE QUARANTINE » *In : Chapter I – Public Health Service, Department of Health and Human* Services. Août 2020.

d'alertes précoces, de préparation aux pandémies et la standardisation et l'intégration des données à l'échelle nationale[165]. Cependant, dans le système politique présidentiel étatsunien, le rôle du CDC varie en fonction de l'administration au pouvoir. Son autorité a notamment été questionnée sous l'administration du Président Trump[166].

Il existe également un centre de contrôle des maladies en Corée du Sud. Les missions principales du *Korean Centre for Disease Control* (Centre Coréen de Contrôle des Maladies, KCDC) sont la surveillance épidémiologique, celle des maladies non-transmissibles, ainsi que la résistance antimicrobienne. Le centre travaille également à développer des vaccins et à améliorer les réponses aux épidémies et à l'émergence de nouvelles pathologies.

Sans agence nationale de santé publique, la veille sanitaire revient ainsi des instituts nationaux de surveillance des maladies. C'est par exemple le cas à Singapour et en Espagne.

A Singapour, le *National Center for Infectious Diseases* (Centre National pour les Maladies Infectieuses, NCID) contient à la fois des départements de veille sanitaire, dont le laboratoire national de santé publique créé en 2009, et autour de 330 lits pour accueillir une population touchée par des maladies infectieuses. Depuis l'épidémie de SRAS en 2003, puis l'épidémie de grippe H1N1 en 2009, Singapour a beaucoup développé son système de veille et de préparation aux épidémies[167]. Le pays a stocké en grand nombre des équipements de protection pour les soignants, de matériel médical et de respirateurs en vue d'une prochaine épidémie[168].

En Espagne, l'Institut de santé Carlos III (ISCIII), déjà responsable de la recherche en santé publique (cf. sous-partie « Recherche et modélisation »), accueille le Centre national d'épidémiologie. Le décret royal 2210/1995 du 28 décembre 1995 crée le Réseau National de Surveillance Epidémiologique (*Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica*, RENAVE), et établit une liste des maladies transmissibles devant être déclarées. La veille sanitaire nationale en Espagne est ainsi pour le moment principalement centrée sur les maladies infectieuses[169].

L'Espagne est d'ailleurs un des exemples qui montrent que la veille sanitaire s'effectue aussi à l'échelle locale pour les systèmes décentralisés. Les départements de santé des communautés autonomes en sont effectivement responsables sur leurs territoires. Cependant, cela engendre des disparités régionales, par exemple en matière de dépistage du cancer. De plus, il ne semble pas exister d'évaluation complète des différentes stratégies territoriales et de leurs impacts sur la santé de la population espagnole[170].

Le Japon est également un exemple de système décentralisé. Les centres publics de santé (*Hokenjo*) accueillent le public à l'échelle locale, réalisent des soins et font

[165] CDC. *CDC's Data Modernization Initiative*. Mars 2021.

[166] The Lancet. « Reviving the US CDC » *In : The Lancet (British edition) (Vol.395, n°10236)*. 2020

[167] Ministry of Health. *Being Prepared for a Pandemic*. Consulté le 20 nov. 2021.

[168] Tan CC., Lam CSP., Matchar DB., Zee YK. Wong JEL. *Singapore's Health-Care System: Key Features, Challenges, and Shifts*. The Lancet (Vol. 398, Issue 10305), sept. 2021.

[169] Mayoral Cortes JM., Aragonés Sanz N., Godoy P., Sierra Moros MJ., Cano Portero R., González Moran F., Pousa Ortega Á. *Chronic diseases as a priority for the public health surveillance system in Spain*. Gaceta Sanitaria (Volume 30, Issue 2), avril 2016.

[170] European Observatory on Health Systems and Policies. « Spain, Health system review » *In : Health Systems in Transition (Vol. 20, n°2)*, 2018.

en même temps état de la surveillance de la santé de la population. De fait, ce n'est qu'en 1999 que le terme de « surveillance » (veille) apparaît dans la loi de contrôle des maladies infectieuses, après l'infection de milliers de personnes à Osaka de la souche d'Escherichia coli 0157 en 1996. Depuis le milieu de cette décennie, un système digital de surveillance et d'alerte pour les maladies infectieuses est mis en place. Il s'agit du programme de « Veille Nationale Épidémiologique des Maladies Infectieuses » (*National Epidemiological Surveillance of Infectious Diseases*, NESID). Ce programme s'appuie sur un solide réseau de 5000 hôpitaux, 500 *Hokenjo*, 81 laboratoires et 40 stations de quarantaine dans les ports et les aéroports. Si, en raison de l'organisation du système de santé japonais, la veille sanitaire s'effectue d'abord à l'échelle locale, les acteurs sont amenés à collaborer entre eux pour la surveillance des maladies infectieuses via le NESID depuis les années 1990.

Pour des problématiques de santé publique plus spécifiques, des organismes peuvent être créés, comme l'organisme de Surveillance Japonaise des Infections Nosocomiales (*Japan Nosocomial Infections Surveillance*, JANIS) en 2000.

Cependant, l'OCDE[171] estime qu'au-delà des maladies infectieuses, le Japon manque d'un système plus complet d'analyse des données récoltées lors des nombreux bilans de santé de la population. Un tel système national pourrait améliorer la veille sanitaire, la recherche et les politiques publiques.

Même dans les systèmes décentralisés, une solide coopération à l'échelle nationale en termes de veille sanitaire est ainsi pertinente.

La coopération internationale pour surveiller les épidémies et les pandémies est également primordiale.

Cette préoccupation est d'autant plus relancée avec la pandémie de Covid-19. Le Canada en est un bon exemple. Le Global Public Health Intelligence Network (Réseau Mondial d'Information sur la Santé Publique, GPHIN), est un système d'alerte précoce et de collaboration internationale pour surveiller les potentiels menaces pour la santé publique dans le monde entier, y compris les menaces chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires. Ce réseau de professionnels est fondé en 1997 par le gouvernement du Canada, avec le soutien de l'OMS, et a son siège au sein de l'agence de santé publique du Canada (ASPC). Cependant, en raison de manque de financement, de sous-effectifs et d'une difficile organisation interne, le GPHIN n'a pas alerté assez tôt sur la pandémie de Covid-19172. Le gouvernement a ainsi commandé une évaluation de ce dispositif et le réseau a repris ses publications en 2020.

La pandémie de Covid-19 a également poussé le gouvernement de Singapour, via la Fondation Nationale de la Recherche (NRF), à inclure un programme de surveillance national et régional dans le plan de financement RIE2025 (cf. sous-partie « Recherche et modélisation »). Le *National Program for Research in Epidemic Preparedness And REsponse* (Programme National de Recherche sur la Préparation et la Réponse aux Epidémies, PREPARE) prévoit ainsi de renforcer la collaboration avec les pays de la région de l'Asie du Sud-Est en matière de veille sanitaire. La pandémie de Covid-19 a de fait renforcé la dimension internationale de la veille sanitaire.

[171] OCDE. Reviews of Public Health: Japan, A healthier tomorrow. Fév. 2019.

[172] Brewster M. Canada's Pandemic Warning System Was Understaffed and Unready When COVID Hit, Review Finds. CBC, juil. 2021.

Par ailleurs, le système de veille sanitaire à Singapour est intéressant à étudier pour son utilisation poussée des technologies numériques. Une attention particulière est portée aux soignants. Depuis l'épidémie de SRAS en 2003, l'hôpital Tan Tock Seng (TTSH) de Singapour met en place des tests d'ajustement systématiques des respirateurs N95 pour les soignants, ainsi qu'un système en ligne de surveillance sanitaire du personnel médical des hôpitaux. Les tests d'ajustement sont des tests pour vérifier que les équipements de protection, notamment les masques, sont opérationnels et correspondent aux normes sanitaires en vigueur. Le 11 novembre 2019, les différents systèmes de surveillance du personnel médical ont été intégrés dans une plateforme unique intranet, le "système de surveillance de la santé du personnel" (S3), pour l'ensemble du pays. Concrètement, un service au sein du département d'épidémiologie clinique de l'hôpital est chargé de surveiller la température des soignants ainsi que leurs signalements de maladies, en particulier pour les soignants exposés aux patients atteints du Covid-19. Cela signifie que les soignants prennent leur température deux fois par jour, et doivent signaler s'ils sont malades. Ils indiquent ces données, ainsi que les résultats des tests d'ajustement et d'éventuelles déclarations de voyages, via la plateforme intranet nationale S3. S'ils n'ont pas accès à l'intranet, ils peuvent également remplir un formulaire dédié sur le site du ministère de la Santé. Les soignants sont ensuite classés selon leur niveau de risque de contracter la maladie, et appelés quotidiennement par le service de l'hôpital chargé de la veille sanitaire du personnel médical. L'objectif est de stopper les chaînes de contagion qui partent d'un malade et se transmettent au reste de la société via les soignants contaminés.

Une étude réalisée en 2020 à l'hôpital TTSH de Singapour (Htun et al., « Responding to the COVID-19 Outbreak in Singapore ».) a montré l'importance de la veille sanitaire pour les soignants pour stopper et prévenir les chaînes de transmission en cas d'épidémie. Entre le 23 janvier 2020 et le 23 février 2020, la surveillance du campus TTSH/ NCID a porté sur 10 583 personnes, employées ou non par TTSH, grâce à la plateforme intranet nationale S3.

Ce système de veille et de contrôle des chaînes de contagion a participé à la limitation du nombre de décès liés à la pandémie de Covid-19 : 162 décès pour 5,69 millions d'habitants (octobre 2021). De plus, le système digital TraceTogether, développé dès mars 2020, a notamment inspiré TousAntiCovid en France. L'utilisation des technologies numériques dans la veille sanitaire à Singapour a de fait prouvé son efficacité.

Finalement, on peut distinguer de grandes tendances dans les systèmes de veille sanitaire des pays étudiés. Des agences de santé publique ont une responsabilité dans la surveillance de l'état de santé des populations. Mais des instituts nationaux spécifiques peuvent aussi se voir confier cette mission de veille, parfois uniquement pour les maladies infectieuses ou pour des thématiques spécifiques. En d'autres termes, il n'existe pas de modèle unique et la responsabilité peut être partagée, y compris avec des organismes locaux. Enfin, la pandémie de Covid-19 a renouvelé le besoin de coopération internationale en matière d'alerte comme cela a été le cas en Europe.

Santé publique territoriale

Il est possible de distinguer schématiquement des modèles principalement centralisés, où la santé publique s'organise autour des autorités nationales qui la diri-

gent et l'orientent, et des systèmes principalement décentralisés, où les autorités locales jouent un rôle prépondérant.

Dans les systèmes centralisés, on trouve notamment la Corée du Sud et Singapour. Dans ces deux pays, les politiques de santé publique sont ainsi fixées par le gouvernement et appliquées ensuite sur le territoire.

En Corée du Sud, le gouvernement et les ministères concernés, notamment celui de la santé et de l'action sociale (MoHW), décident des politiques de santé publique à l'échelle nationale, en termes de planification, de gestion des ressources et des moyens techniques, de la législation et du financement[173]. Le ministère de la Santé et de l'action sociale (MoHW) développe des plans de santé sur cinq ans, pour identifier par exemple des zones géographiques plus vulnérables ou des besoins en matière d'éducation à la santé. Les centres de santé régionaux et municipaux développent des plans annuels, et doivent en rendre compte au gouvernement central. En outre, les gouvernements locaux ont un rôle variable dans les politiques de santé publique. Ainsi, le département de promotion de la santé du ministère (HPB) finance et met en place les campagnes les plus importantes comme celles contre le tabagisme. Les 34 centres de santé régionaux et les 254 centres municipaux ont en charge les campagnes de prévention de plus petite ampleur et de moindre priorité. Les responsabilités de prévention et de gestion des accidents chimiques ont été de plus en plus centralisées après la fuite d'acide fluorhydrique en 2012, transférées au ministère de l'Environnement. Cependant, les gouvernements locaux continuent de jouer un rôle assez important dans la santé environnementale (évacuation en cas d'accident chimique, vérification de la santé des citoyens concernés, etc.). Le système de santé publique coréen est ainsi un système mixte, en fonction des domaines concernés, mais qui reste dans l'ensemble centralisé puisque les grandes décisions viennent du gouvernement national.

Ces dernières années, la Corée du Sud a pris toutefois des mesures pour équilibrer la centralisation et l'autonomie locale en matière de santé publique. Par exemple, le gouvernement pousse les autorités locales et les communautés à créer leurs propres programmes de santé publique, afin de répondre à leurs besoins spécifiques. En 2018, le ministère a établi pour la première fois un comité pour évaluer les plans de santé régionaux. Les gouvernements régionaux évaluent à leur tour les plans municipaux. Des universitaires des principales universités locales soutiennent ces programmes et évaluent leurs processus et leurs résultats. Sur la base de ces évaluations, le gouvernement organise un concours annuel qui récompense le meilleur programme local de promotion de la santé, dont les pratiques sont ensuite promues et diffusées. L'OCDE estime ainsi qu'il existe une bonne balance entre le niveau local et national.

IL faut noter qu'au moins 50% de la population vit dans l'aire métropolitaine de Séoul. Le gouvernement de la capitale a de fait un pouvoir particulier et a une politique de santé publique relativement bien développée. Dans certains cas, la ville va même plus loin que le gouvernement central : la consommation d'alcool est par exemple interdite dans 22 de ses parcs, bien qu'aucune sanction ne puisse être mise en place car la loi nationale ne soutient pas cette interdiction.

[173] OCDE. Reviews of Public Health: Korea, A healthier tomorrow. Mars 2020.

Singapour est un deuxième modèle de santé publique centralisé, et le gouvernement est à l'origine de la majorité des décisions en termes de politiques publiques, de législation, de financement, d'innovation et de recherche. Malgré ses efforts et en raison du vieillissement de la population, le gouvernement a du mal à contenir l'augmentation des dépenses publiques de santé. Ainsi, les familles et les associations communautaires et locales jouent traditionnellement un rôle important dans la prise en charge des personnes âgées. Cependant, les familles ont de moins en moins de temps pour prendre en charge leurs aînés, et les associations sont surchargées. Les dépenses publiques augmentent donc pour augmenter la capacité des soins de long terme[174].

Le pays prend cependant lui aussi des mesures pour décentraliser sa politique de santé. Dans le plan de restructuration de la santé de 2016 (cf. partie I, « Singapour »), le troisième « Beyond », intitulé « *beyond quality to value* » (au-delà de la qualité vers la valeur), oriente les politiques de santé vers une approche plus régionale. Singapour sépare ainsi son territoire en 3 régions depuis 2017 afin de laisser plus de place aux communautés, dans une stratégie de plus grande proximité territoriale. Malgré cela, la santé publique reste la mission du gouvernement central.

Le reste des pays étudiés laissent plus de responsabilité aux gouvernements locaux. L'exemple le plus frappant est sans doute l'Espagne, où la gouvernance de la santé publique est transférée aux 17 communautés autonomes dans les années 1970 - 1980. Le ministère espagnol de la Santé (*Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*, MSSSI), a la responsabilité de seulement certains domaines. Il est notamment responsable de l'aspect international de la santé publique, comme l'alerte sur les épidémies et la surveillance de la santé des voyageurs provenant de l'étranger ou entre des communautés autonomes différentes. Il est aussi responsable de la régulation en matière de sécurité alimentaire, et de la coordination entre les gouvernements régionaux[175]. Ce système décentralisé favorise cependant des disparités régionales (cf. sous-partie « Veille sanitaire »). À partir des années 2010, le royaume lance une politique de recentralisation de la santé publique, qui vise notamment à mieux contrôler et répartir les financements en les centralisant. Ainsi, c'est désormais le ministère des Finances qui a le contrôle sur les dépenses de santé, puisqu'il décide de son accès par les communautés autonomes. La tendance à la centralisation de la santé publique semble s'accentuer avec le projet d'une agence de santé publique nationale (cf. partie I, « Espagne »).

Au Royaume-Uni, bien qu'il existe un certain nombre d'organismes de gouvernance, d'expertise et de veille à l'échelle nationale (OHID, UKHSA), les gouvernements locaux n'en gardent pas moins leur souveraineté pour garantir la santé de leurs populations. Les organismes nationaux assistent et coordonnent les gouvernements des quatre nations du royaume, et les autorités locales à l'intérieur de celles-ci. En Angleterre, les tableaux de bords de santé publique élaborés par l'agence de santé publique pour les mairies en sont un exemple (cf. sous-partie « Recherche et modélisation »). Cette décentralisation est actée par la réforme de la santé de 2012 (Health and Social Care

[174] Tan CC., Lam CSP., Matchar DB., Zee YK. Wong JEL. *Singapore's Health-Care System: Key Features, Challenges, and Shifts*. The Lancet (Vol. 398, Issue 10305), sept. 2021.

[175] European Observatory on Health Systems and Policies. « Spain, Health system review » *In : Health Systems in Transition (Vol. 20, n°2)*, 2018.

Act)[176]. Dès lors, les conseils de comtés et de métropoles ont la responsabilité légale de définir des priorités locales de santé publique et d'y consacrer un budget, notamment pour les services de santé sexuelle et reproductive, ou pour la réduction de consommation de drogues et d'alcool. Ces priorités doivent être validées par les *Health and Wellbeing Boards* (Bureaux de la Santé et du Bien-être), constitués des acteurs locaux concernés (associations, représentants des gouvernements, médecins, etc.). L'autorité de ces bureaux dépend des régions concernées, mais reste surtout formelle. Les autorités locales doivent également nommer des directeurs de santé publique, qui doivent produire un rapport annuel des politiques locales afin d'améliorer les stratégies de santé publique. En Angleterre, PHE recensait 135 directeurs locaux de la santé publique en septembre 2021[177]. Cependant, bien que la plupart des fonctions de santé publique soient transférées aux autorités locales, les soins primaires tels que le dépistage, la vaccination et les services pour les jeunes enfants restent la responsabilité du NHS.

En Suède, la santé publique et les services de soins sont aussi la responsabilité des autorités locales. Le ministère de la Santé et des affaires sociales définit une politique globale de santé publique, travaillant de concert avec les autorités locales. Les politiques de ces dernières sont également coordonnées par l'agence de santé publique, qui produit des données comparatives sur les disparités régionales[178]. Cependant, le financement et l'organisation des services dépend des conseils de comtés et des régions[179]. Ceux-ci possèdent la majorité des infrastructures de santé (hôpitaux, cliniques de soins primaires), et peuvent financer des prestataires de soins privés, ce qui peut entraîner des disparités entre régions. Les conseils de comtés ont un rôle important dans les politiques concernant la consommation d'alcool, de drogues et de tabac. Certains conseils de comté, comme celui de Stockholm, disposent d'unités spéciales de santé publique. Chaque conseil de comté ou région dispose d'un médecin responsable des maladies infectieuses. Les autorités municipales sont responsables du bien-être des populations, et fournissent les services de garde d'enfants, d'éducation et de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Les conseils de comté et les municipalités sont représentés au niveau national par l'Association suédoise des autorités locales et des régions (*Sveriges Kommuner och Regioner*, SKR), qui participe au nom de ses membres aux discussions sur les politiques relatives aux questions de santé publique. Le système de santé et de santé publique suédois est ainsi décentralisé mais assez bien intégré[180].

En Amérique du Nord, il a été décidé, du fait de la taille des territoires et de l'autonomie historique des provinces canadiennes et des États étasuniens que la santé publique serait en grande partie décentralisée. Au Canada, chaque province est responsable de la santé de sa popula-

---

[176] Department of Health and Social Care. *The new public health role of local authorities*. Oct. 2012.

[177] Public Health England. *Directors of public health in England*. Sept. 2021.

[178] Folkhälsomyndigheten. *Regional Comparisons Public Health 2019*. Nov. 2020.

[179] Rechel B., Maresso A., Sagan A., Hernández-Quevedo C., Williams G., Richardson E., Jakubowski E., Nolte E. « Organization and financing of public health services in Europe » *In : Health Policy Series (Vol. 49)*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2018.

[180] Tikkanen R., Osborn R., Mossialos E., Djordjevic A., Wharton GE. *International Health Care System Profiles – Sweden*. The Commonwealth Fund, juin 2020.

tion, des services de soins et de la gouvernance de la santé publique locale. L'organisation de la santé publique dépend ainsi des provinces et des grandes métropoles qui possèdent des départements dédiés (Toronto, Montréal, etc.). Chaque province dispose de son propre administrateur en chef de la santé publique, responsable de l'expertise et dont l'importance varie en fonction du territoire et du contexte politique. La politique décentralisée doit être coordonnée à travers le réseau pancanadien de santé publique, dirigé par « un conseil de 17 membres composé de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, y compris l'administrateur en chef de la santé publique du Canada et des hauts dirigeants du gouvernement responsables de la santé publique »[181]. Il est cependant difficile d'évaluer l'efficacité de cette coordination dans les faits. Aux États-Unis, les États sont eux aussi responsables de leur politique de santé publique. Les structures et l'organisation varie grandement en fonction du territoire[182]. La coordination des politiques de santé publique dépend surtout de l'accord des administrations locales et municipales concernant les politiques du gouvernement fédéral, comme cela a été le cas durant la pandémie de Covid-19 (cf. sous-partie « Gouvernance des politiques de santé publique »).

Le Japon est également un modèle décentralisé intéressant à étudier. Le gouvernement donne des directives globales sur le long-terme, d'après l'article 7 de la loi sur la promotion de la santé promulguée en 2002[183]. C'est néanmoins aux administrations locales de les mettre en place, avec une grande autonomie (art. 8). Ainsi, le plan de santé publique établi en 2013 par le gouvernement, « Health Japan 21 », donne des objectifs de prévention à l'échelle nationale, mais confie la réalisation d'objectifs précis aux autorités locales en fonction de leurs situations. Le ministère de la Santé émet par exemple des recommandations en matière de vaccination, et les centres publics locaux de santé (*Hoken-Jo*) établissent les priorités dans ce domaine à l'échelle locale. Au nombre de 494 en 2010[184], il doit en principe, d'après la Loi sur la Santé Communautaire de 1947, y avoir un *Hoken-Jo* pour 300 000 habitants. En réalité, plusieurs centres couvrent environ 1 million d'habitants, notamment dans les grandes agglomérations. Ces centres sont responsables dans leurs communautés de la prévention, de l'éducation à la santé, de la sécurité alimentaire, de l'assainissement des lieux de vie et de l'environnement, des statistiques sur la santé communautaire, et de toute autre question relative à la santé publique locale. Parmi ces missions, le contrôle des maladies infectieuses est l'un des rôles les plus importants. Les gouvernements préfectoraux et municipaux décident du budget de ces centres et des programmes de santé publique en concertation avec les acteurs concernés.

Les responsabilités sont ainsi réparties aux échelles nationales et locales, entre différents ministères, au sein des centres de santé publique et auprès des acteurs privés, y compris les lieux de travail. La tendance actuelle du gouvernement est d'ailleurs de se reposer sur les gouvernements locaux pour assurer la santé publique, afin de ne pas augmenter les dépenses de

[181] Réseau pancanadien de Santé Publique. *A propos*. Consulté le 16 nov. 2021.

[182] Institute of Medicine. *The Future of Public Health*. Washington, DC: The National Academies Press. 1988.

[183] Japon. *Health Promotion Act*. Août 2002.

[184] Katsuda N., Hinohara Y., Tomita K., Hamajima N. *Structure and roles of public health centers (hokenjo) in Japan*. Nagoya J Med Sci, fév. 2011.

l'État dans ce domaine. L'État n'est en effet pas vu comme un État providence au sens des pays européens, et compte beaucoup plus sur les corps intermédiaires comme les entreprises, communautés et familles, pour assurer la solidarité et la santé. Cependant, les pouvoirs locaux ne disposent pas des mêmes ressources. De ce fait, l'OCDE recommande que le gouvernement joue un rôle dans la réduction des inégalités territoriales, en favorisant l'échange de bonnes pratiques et d'informations entre les territoires[185]. Dans cette dynamique, le ministère de la santé, du travail et des affaires sociales a chargé l'Institut national de l'innovation biomédicale, de la santé et de la nutrition de fournir des indicateurs de comparaison territoriale de réalisation des objectifs du plan « Health Japan 21 »[186].

Ainsi, il ne semble pas y avoir de modèle idéal concernant la centralisation ou la décentralisation des politiques de santé publique. Cela dépend de l'histoire et de l'organisation plus générale du pays. Globalement, le risque des modèles centralisés est de ne pas assez adapter la santé publique aux territoires et aux communautés concernées. Le risque des modèles décentralisés est de laisser place à des inégalités régionales, engendrées par une trop faible intégration et coordination. Les pays étudiés développent cependant généralement des initiatives pour limiter ces deux types de risques.

Recherche et modélisation

Peu de recherches semble être faites sur la modélisation en matière de santé publique, qu'il s'agisse de prévisions ou d'observations, en partie pour des raisons de protection des données.

En Corée du Sud et aux États-Unis, il existe des services digitaux nationaux pour rassembler et modéliser les informations de santé publique. Le Public Health System Information (Système d'Information de Santé Publique, PHIS) coréen, lancé en 2005, rassemble les données des centres de soin dans une plateforme nationale standardisée. Il fournit un dossier médical numérique pour chaque patient, ainsi qu'une approche standardisée pour 47 objectifs de santé publique (éducation à la nutrition, vaccination, etc.). Ces données sont utilisées par le ministère de la santé et de l'action sociale et par les gouvernements locaux pour formuler et améliorer leurs politiques publiques. Le système est lancé entre 2005 et 2009 et son introduction dans tous les centres de santé publics est complétée en 2012[187].

Aux États-Unis, le PHIS est une initiative du ministère de l'Agriculture (*US Department of Agriculture*) et du Service d'Inspection et de Sécurité Alimentaire (*Food Safety and Inspection Service*, FSIS). Ce système digital vise à récolter les informations sur la sécurité alimentaire auprès des industriels afin de les surveiller et de les analyser pour la santé publique[188].

---

[185] OCDE. Reviews of Public Health: Japan, A healthier tomorrow. Fév. 2019.

[186] National Institute of Health and Nutrition. Health Japan 21 (the second term). Analysis and Assessment Project. Consulté le 20 nov. 2021.

[187] OCDE. Reviews of Public Health: Korea, A healthier tomorrow. Mars 2020.

[188] USDA. *Public Health Information System*. Consulté le 18 nov. 2021.

De manière générale, la modélisation des soins de santé est plus visible que la modélisation en santé publique.

Certains pays se sont inspirés du Dartmouth Atlas étatsunien pour modéliser les données des services de soins et des pratiques médicales, sans équivalent comparable pour la santé publique. Le Dartmouth Atlas est un outil de suivi des données de santé à l'échelle nationale aux États-Unis. Le but est de permettre aux professionnels, aux décideurs et aux populations d'avoir accès à des cartes interactives où les données sont lisibles, sûres et comparables[189]. Ce projet a inspiré l'Atlas des Variations dans la Pratique Médicale en Espagne (Atlas VPM)[190]. Développé en 2002 par l'Institut Aragon des Sciences de la Santé, le but est « d'analyser les systèmes de soins de santé en tant que facteur déterminant de la santé des individus et des populations »[191]. Le *Dartmouth Atlas* a également inspiré l'atlas du NHS au Royaume-Uni[192]. Il s'agit également de cartes interactives et de rapports sur les services de soins de santé à l'échelle nationale, destinés à éclairer les politiques de santé. Ce service est ainsi plus orienté vers les soins que vers la santé publique, mais participe de fait à cette dernière et bénéficie du soutien et de la participation de l'Agence de Sécurité Sanitaire (UKHSA). Par ailleurs, l'agence de santé publique d'Angleterre (PHE), démantelée en 2021, rassemble sur son site les « données et les outils d'analyse » en santé publique[193]. Les ressources y sont classées par thèmes, comme les inégalités de santé, la protection de la santé ou encore la santé mentale. Pourtant, bien que les données de santé publique y soient présentées, elles ne sont pas encore modélisées ensemble. Le but de l'agence à long terme est de rassembler toutes ces données et leur contenu analytique, mais cet objectif ne semble pas encore avoir été atteint autrement que par les atlas du NHS.

Si les données en santé publique à l'échelle du Royaume-Uni sont mêlées aux données liées aux soins et aux pratiques médicales, il n'en va pas de même à l'échelle locale. PHE produit en effet des tableaux de bords appelés « profils de santé des autorités locales » (« *Local Authority Health Profiles* »), qui synthétisent des données de santé publique comme le taux de suicide, les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'espérance de vie, etc. Ces données modélisées sont centrées sur les villes et permettent ainsi aux mairies de se saisir des principales problématiques de santé publique de leur population[194].

Le modèle britannique de modélisation à l'échelle locale ne semble pas être répliqué dans beaucoup d'autres pays. Dans la plupart des cas, la modélisation est visible de manière plus épisodique. Les rapports commandés par les gouvernements sur une vision générale de la santé publique ou sur des points précis, grâce à des enquêtes nationales et des travaux de recherche, donnent l'occasion d'effectuer des modélisations.

Pour ce qui est de la recherche, les situations divergent également beaucoup en

[189] The Dartmouth Institute of Health Policy and Clinical Practice. *The Dartmouth Atlas of Health Care*. Consulté en oct. 2021.

[190] The Dartmouth Institute of Health Policy and Clinical Practice. *International Health Atlases*. Dartmouth Atlas Project, consulté le 16 nov. 2021.

[191] Atlas VPM. *Our Research Group*. Consulté le 16 nov. 2021

[192] NHS. *Atlases*. Consulté le 16 nov. 2021.

[193] UKHSA. *PHE data and analysis tools*. Consulté le 16 nov. 2021.

[194] Public Health England. *Local Authority Health Profiles*. Consulté le 16 nov. 2021.

fonction des pays. Elles dépendent notamment des instituts de recherches ou des universités et de leurs financements.

En Espagne, l'Institut de santé Carlos III (ISCIII) finance des projets de recherche dans le cadre de la stratégie en santé publique pour 2020 lancée en 2013. Ce dernier comprend certains thèmes de santé publique, et notamment le financement de CiberEsp, un réseau de recherche au niveau national sur l'épidémiologie et la santé publique. La mission de celui-ci est de créer une structure de recherche stable en réseau, afin d'établir les bases essentielles du développement de politiques de santé publique[195].

Aux États-Unis, les Instituts Nationaux de Santé (NIH) ont participé dès la fin du XIXème siècle au développement de la santé publique. Ils jouent encore aujourd'hui un rôle primordial dans la recherche, et ont le statut d'agence gouvernementale, placée sous la tutelle du ministère de la santé (HHS). L'agence est constituée plus précisément de 27 centres et instituts de recherche, chacun spécialisé dans un domaine spécifique, comme l'Institut National du Cancer (1937), l'Institut National de la Santé Mentale (1949), ou encore l'Institut National du Vieillissement (1974). Chaque centre est la référence nationale en termes d'expertise et de recherche en santé publique.

En Suède, ce sont les universités qui sont les principales actrices de la recherche en santé publique. Le gouvernement subventionne directement les établissements d'enseignement supérieur, et la Suède est le troisième pays de l'OCDE en 2018 en termes de part de son PIB consacré à la recherche (3,31%), derrière Israël et la Corée du Sud (4,52%)[196].

Au Canada, l'agence de santé publique (ASPC) finance depuis leur création en 2005 six Centres de Collaboration National en santé publique (CCN), spécialisés dans la santé autochtone, les déterminants de la santé, la santé environnementale, les maladies infectieuses, les méthodes et outils, et les politiques publiques et la santé. Les CCN ont pour mission de promouvoir l'utilisation de la recherche scientifique et d'autres savoirs pour renforcer les programmes, les pratiques et les politiques de santé publique.

Il est important de noter que la recherche en santé publique est toujours le travail de plusieurs structures, non d'une seule.

En Corée du Sud, beaucoup d'institutions produisent de la recherche, et il est difficile d'identifier une unique structure chargée de la recherche en santé publique. Par exemple, l'Institut National Coréen de la Santé (KNIH) est en charge de la recherche dans les domaines des maladies infectieuses, des maladies chroniques et de la recherche génomique[197]. Parallèlement, pour l'élaboration du « *Health Plan 2030* », un groupe de travail est formé en 2018 pour analyser l'espérance de vie en bonne santé du pays. Dans les plans précédents, les données de l'OMS étaient utilisées[198]. Les universités jouent également leur rôle : le département des sciences de la santé publique de l'Université de Corée a produit 1140 articles depuis sa création en 1984[199]. La recherche en santé publique concerne de fait plusieurs institutions.

---

[195] CiberEsp, ISCIII. *Missions and Objectives*. Consulté le 16 novembre 2021.

[196] CurieXplore. *Fiche Suède*. 9 nov. 2021.

[197] KNIH. *Research*. Consulté le 26 nov. 2021.

[198] Oh Y. « The National Health Plan 2030: Its Purpose and Directions of Development » *In : Journal of Preventive Medicine & Public Health (Vol. 54, n°3)*, mai 2021.

[199] Korea University, Department of Public Health Sciences. *Research Output*. Consulté le 26 nov. 2021.

Les organismes mobilisés dépendent aussi du domaine de recherche en question. Au Japon, la recherche en maladies infectieuses est effectuée par les grandes universités du pays (Tokyo, Osaka, Hokkaido, Kyoto) et par l'Institut National des Maladies Infectieuses (*National Institute of Infectious Diseases*, NIID). Le rapport d'Ambassade de France de 2017 sur la lutte contre les maladies infectieuses au Japon indique que « pour la période 2006-2016, avec plus de 23 000 publications scientifiques, le Japon se classe au 6ème rang mondial dans les domaines des Maladies infectieuses-Microbiologie Virologie derrière les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Chine et la France. »[200]. Des organismes spécialisés peuvent donc être mobilisés, plus souvent qu'un centre général et unique de recherche en santé publique.

Le développement de la recherche est également plus ou moins poussé par les autorités nationales et locales en fonction des besoins en santé publique.

Avec la Loi de Promotion de la Santé Publique de 2002, le gouvernement japonais a par exemple encouragé expressément la recherche en santé publique, afin de développer ce domaine de manière générale. A Singapour, la recherche en santé publique est poussée par le gouvernement par le prisme de l'innovation. Le Premier Ministre, qui dirige directement la *National Research Foundation* (Fondation Nationale de la Recherche, NRF), est également à la tête du *Research, Innovation and Enterprise Council* (Conseil de l'Innovation, de la Recherche et de l'Entreprise, RIEC). Ce dernier conseille le gouvernement sur la politique de recherche et d'innovation publique. La NRF établit un plan quinquennal de financement pour la recherche, l'innovation et l'éducation. Le financement dans le domaine scientifique est ainsi maintenu chaque année, et doit se maintenir à 1% du PIB jusqu'en 2025[201]. La NRF soutient des initiatives comme le *National Innovation Challenge on Active and Confident Ageing* (Challenge Àpour un Vieillissement Actif et Confiant), qui valorise l'innovation dans le domaine du vieillissement de la population singapourienne[202]. Singapour investit ainsi dans son système de soin et de santé publique et le valorise en tant que marqueur de développement et d'innovation.

Les autorités locales des systèmes décentralisés jouent également un rôle dans la recherche. Au Royaume-Uni, les pouvoirs publics locaux peuvent subventionner des programmes de recherches sur des thèmes spécifiques. Cependant, celle-ci est principalement le fait des départements de santé publique des universités. À l'échelle nationale, les agences de santé publique PHE puis UKHSA collaborent avec les pouvoirs locaux et les universités, tout en produisant leur propre recherche. De 2008 à 2018, les Centres d'excellence de recherche en santé publique de la *UK Clinical Research Collaboration* (collaboration en matière de recherche clinique, UKCRC) sont créés afin mettre en place une infrastructure de recherche en santé publique à l'échelle du Royaume-Uni[203]. Il existe également le *National Institute for Health Research* (Institut National pour la Recherche en Santé, NIHR), présidé par le *Chief Scientific Advisor* (Conseiller Scientifique en Chef) du ministère de la santé (DHSC). Le NIHR dispose d'un programme

[200] Dutruel T. *Le Japon dans la Lutte contre les Maladies Infectieuses : Acteurs Clés et Principales Initiatives*. Rapport d'Ambassade de France au Japon, Service pour la Science et la Technologie, juil. 2017.

[201] NRF. *RIE2025 Plan*. Déc. 2020.

[202] NRF. *National Innovation Challenge on Active and Confident Ageing*. Consulté le 26 nov. 2021.

[203] UKCRC Public Health Research Centres of Excellence. *Final Report*. 2018.

spécifique et d'une école de recherche en santé publique. Au début de la pandémie de Covid-19, le conseiller scientifique en chef initie le programme « *Covid19 Genomics UK Consortium* » (Consortium britannique de génomique Covid19, COG-UK). Celui-ci organise une collaboration entre des experts scientifiques et les autorités de santé britanniques et internationales pour le séquençage de la Covid-19. Ce programme est aujourd'hui un des plus performants en la matière. Le soutien des autorités gouvernementales en matière de recherche en santé publique est donc efficace.

En définitive, dans l'ensemble des pays étudiés, la modélisation en santé publique n'est ni constante ni systématique. Il est en outre difficile de connaître son fonctionnement, et malgré la présence d'initiatives nationales qui se démarquent, peu de sources sont disponibles sur ce sujet. Les structures de recherche sont elles aussi hétérogènes. Les gouvernements et les agences de santé publique peuvent financer des centres de recherche. Additionnellement, chaque institut et université peut produire de la recherche dans différents domaines. Il existe en effet une multitude d'organismes dans chaque pays, et il aurait également été possible de citer des associations et des fondations privées. Les exemples cités dans cette sous-partie ne sont de fait pas exhaustifs.

Formation, discipline et métiers

Tous les pays étudiés proposent des études supérieures en santé publique, ainsi qu'une spécialisation en médecine. La discipline est ainsi globalement assez reconnue en tant que telle. Le Canada en est l'illustration. La santé publique est officiellement reconnue comme une spécialité en médecine depuis 1947, et fait partie de l'offre de formation de la plupart des universités[204].

La formation en santé publique est cependant moins développée dans d'autres pays, notamment en Espagne. Si la santé publique peut être proposée dans les études supérieures espagnoles, elle ne fait pas l'objet d'un diplôme. Il s'agit d'un cours de troisième cycle (niveau doctorat) d'un ou de deux ans, auquel on peut accéder à partir de différents diplômes de médecine (soins infirmiers, psychologie) et d'autres formations (travail social, éducation sociale, sciences politiques). Il est proposé dans quelques universités. Dans la formation en médecine, il existe une spécialité de 4 ans sur la médecine préventive et la santé publique, enseignée dans différentes universités dans toutes les communautés autonomes.

D'après le rapport de l'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé sur le système de santé espagnol, les principaux agents de la santé publique sont les médecins et infirmiers s'occupant des soins primaires. La prévention et la promotion de la santé sont intégrées dans le cadre de leur activité régulière[205]. Les soins primaires couvrent ainsi aussi bien les activités de soin, la prévention et le soutien social. Dans ce cadre-là, peu d'informations sont disponibles sur les professions et les professionnels de santé publique en tant que tels. Des associations comme la SESPAS (Association Espagnole

[204] Association Canadienne de Santé Publique. *La santé publique : une histoire canadienne*. 2010.

[205] European Observatory on Health Systems and Policies. « Spain, Health system review » *In : Health Systems in Transition (Vol. 20, n°2)*, 2018.

pour la Santé Publique et les Soins, qui travaille au sein de l'Association Européenne de Santé Publique), déplorent le manque de professionnalisation et de reconnaissance de cette discipline à l'échelle nationale.

De même, au Japon, la santé publique est une matière obligatoire dans le diplôme national de médecine, et il existe quelques écoles supérieures de santé publique dans le pays. Cependant, le pays manque de médecins en santé publique, et le ministère de la santé offre des promotions et organise des conférences sur le sujet afin de promouvoir la discipline. En effet, les centres publics de santé (hokenjo), qui jouent un rôle primordial dans la protection de la santé des populations et la délivrance des soins à l'échelle locale, doivent être dirigés selon la loi par un médecin ayant des qualifications en santé publique[206]. La professionnalisation et le recrutement sont de fait des enjeux majeurs.

En ce qui concerne les modalités de formation, certains pays ont une école nationale de santé publique. Pour ne citer que celle-ci, Singapour dispose de la *Saw Swee Hock School Of Public Health*, fondée en octobre 2011. L'école était auparavant un département de la *National University of Singapore* (Université Nationale de Singapour, NUS). L'école collabore avec des partenaires internationaux, dont la *London School of Hygiene & Tropical Medicine* (École d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres, Royaume-Uni).

D'autres pays fonctionnent avec un système d'accréditation des formations universitaires. Aux États-Unis, le système d'accréditation débute au milieu des années 1940, lorsque dix écoles de santé publique sont reconnues par l'*American Public Health Association* (Association Américaine de la Santé Publique, APHA)[207]. De 1945 à 1973, l'APHA procède à l'accréditation de la formation professionnelle supérieure en santé publique, d'abord presque exclusivement dans les écoles de santé publique, puis dans d'autres collèges et universités. En 1974, l'APHA et l'*Association of Schools of Public Health* (Association des Ecoles de Santé Publique, ASPH), l'organisation nationale représentant les doyens, le corps professoral et les étudiants des écoles de santé publique agréées, créent le *Council on Education for Public Health* (Conseil sur l'Éducation à la Santé Publique, CEPH), qui prend le relai de la certification[208]. En 1989, le *Certified Health Educator Specialist examination* (examen de Spécialiste Certifié en Éducation à la Santé, CHES) est créé. Cette accréditation est donnée par la *National Commission for Health Education Credentialing* (Commission nationale d'accréditation en matière d'éducation à la santé, NCHEC), à un niveau de bachelor et à un niveau de master (Master CHES)[209]. Il existe également depuis 2005 le *National Board of Public Health Examiners* (Bureau National d'Examinateurs en Santé Public, NBPHE), qui délivre un certificat de santé publique (*Certified in Public Health*, CPH). Il n'y a ainsi pas une mais plusieurs accréditations en santé publique aux Etats-Unis. Cependant, seule la certification du CEPH est reconnue par le gouvernement fédéral afin de rejoindre le *Commissioned Corps of the*

[206] OCDE. Reviews of Public Health: Japan, A healthier tomorrow. Fév. 2019.

[207] APHA. *Our History*. Consulté le 26 oct. 2021.

[208] CEPH. *About us*. Consulté le 26 oct. 2021.

[209] Sohn A., Burzo J. « The United States CHES Program: The Role and Development of the Modern Health Educator » In : Korean Journal of Health Education and Promotion (Vol. 27, n° 5). 2010, p. 63-71.

U.S. Public Health Service (Corps des officiers du service de santé publique des États-Unis)[210].

Le système de certification étatsunien s'étend également au Canada. En 2012, le département de santé publique de l'Université d'Alberta est la première formation canadienne à être accréditée par le CEPH étatsunien. Aujourd'hui, d'autres universités le sont également, comme l'Université de Montréal (Québec), l'Université Simon Fraser (Colombie Britannique), et la *Western University* (Ontario)[211].

En outre, certaines agences ou instituts nationaux peuvent délivrer des formations complémentaires en santé publique.

La Corée du Sud a établi sa propre certification de *Korean Certified Health Education Specialist* (Spécialiste Coréen Certifié en Éducation à la Santé, KCHES) en 2010, s'inspirant directement du modèle étatsuniens[212]. Cependant, lorsque l'accréditation est délivrée par un organisme dédié aux États-Unis (NCHEC), c'est le *Korea Health Promotion Institute* (Institut Corée de Promotion de la Santé, KHPI) qui délivre les diplômes d'éducateurs à la santé (*health educators*). Leur rôle est d'informer les membres de la communauté sur les services de santé et les comportements qui favorisent le bien-être. En 2018, des membres du KHPI se déplacent à New-York pour échanger avec les membres de la NCHEC afin d'échanger sur ces deux systèmes[213]. Outre les examens des éducateurs à la santé, le KHPI organise également des formations sur des enjeux de santé publique spécifiques. A l'issue de celles-ci, des certifications sont délivrées, pour devenir par exemple un spécialiste certifié sur la prévention et de la lutte contre l'alcoolisme[214].

Au Canada, l'agence nationale de santé publique (ASPC) donne des informations sur la formation en indiquant les principales universités où obtenir un diplôme, ainsi que les compétences nécessaires à la pratique de la santé publique. L'agence propose également des formations de deux ans pour les professionnels de santé, afin de travailler sur l'épidémiologie de terrain (*Canadian Field Epidemiology Program*), et une formation de trois semaines pour acquérir les compétences essentielles pour la veille et les épidémies (*Surveillance and Outbreak Core Skills*)[215].

Les deux pays visiblement les plus avancés dans la professionnalisation de la santé publique sont les États-Unis et le Royaume-Uni. Ils possèdent en effet tous deux des sites à l'échelle nationale, nommés *« Public Health Jobs »*, qui recensent et mettent en valeur les offres d'emploi en santé publique.

Le site *« Public Health Jobs »* du Royaume-Uni est en partie soutenu par l'agence nationale de santé publique (PHE), démantelée en 2021. Le site offre des informations sur la définition de la santé publique et les

---

[210] Commissioned Corps of the U.S. Public Health Service. *Public Health Professional*. Consulté le 26 oct. 2021.

[211] CEPH. *List of Accredited Schools and Programs*. Consulté le 26 oct. 2021.

[212] Lee J-Y., Winkelman SB., Kim J. The Creation and Implementation of the Newly Implemented Korean Health Education Specialist Certification. Global Health Promotion (Vol 22. n°1), 2015.

[213] CEPH. *An International Perspective: NCHEC hosts Korea Health Promotion Institute visit to United-States*. Consulté le 26 oct. 2021.

[214] OCDE. Reviews of Public Health: Korea, A healthier tomorrow. Mars 2020.

[215] ASPC. *Programme canadien d'épidémiologie de terrain* & *Aptitudes essentielles pour la surveillance et l'investigation des éclosions*. Consultés le 26 oct. 2021.

carrières qui y sont liées. Il fait la différence entre la « *core public health workforce* » (main d'oeuvre principale de la santé publique), pour qui la santé publique est le cœur du métier, et la « *wider public health workforce »,* (le personnel de santé publique au sens large), qui, par son activité, peut contribuer à améliorer la santé de la population (police, pharmacien, urbaniste…). Un certain nombre d'informations sur les métiers de la santé publique sont également accessibles sur les sites du NHS[216] et du service de carrière du gouvernement[217].

Il existe différents registres des professionnels de santé publique au Royaume-Uni. Les professionnels médicaux sont enregistrés au *General Medical Council* (Conseil Général Médical). Les professionnels sans formation médicale sont inscrits au *UK Public Health Register* (Registre Britannique de la Santé Publique, UKPHR). Les personnes inscrites soumettent un dossier attestant de leurs connaissances et de leurs expériences et peuvent être amenées à passer un examen. L'admission au registre, qui doit être renouvelée régulièrement afin de mettre à jour leurs qualifications dans une logique de développement professionnel continu (DPC), est de plus en plus demandée par les employeurs. Les professionnels de la santé environnementale doivent eux s'inscrire à l'*Environmental Health Registration Board* (Bureau du Registre de la Santé Environnementale, EHRB). Pendant la pandémie de Covid-19, l'UKPHR a invité les employeurs à nommer leur « *public health heroes* » (« héros de la santé publique »), afin de leur apporter une plus grande reconnaissance en les inscrivant dans la « *Heroes Gallery* » (« galerie des héros »). En janvier 2019, David Kidney, directeur général de l'UKPHR, affirme que 100% des postes de formation spécialisée en santé publique sont remplis au Royaume-Uni, avec 9 candidats par place et un âge moyen de 32 ans. En moyenne depuis 2014, il y a 84 nouveaux professionnels enregistrés chaque année[218]. De plus, la *Faculty of Public Health* (Faculté de Santé Publique) regroupe dans ses membres les professionnels médicaux et non médicaux. La Faculté offre également des formations et des diplômes de santé publique, et regroupe près de 4 000 professionnels au Royaume-Uni et dans le monde entier[219]. De nombreux efforts sont ainsi faits au Royaume-Uni pour mettre en valeur les professionnels de la santé publique.

Aux États-Unis, le site « Public Health Jobs » est soutenu par l'association américaine de santé publique (APHA) et l'association des écoles de santé publique (ASPH). Il s'agit là encore d'une mise en valeur importante des métiers de la santé publique et de leurs spécificités : le site regroupe ainsi 21 catégories différentes. Par ailleurs, l'APHA recense sur son propre site plus de 62 000 offres d'emplois220. De son côté, le site du ministère de la Santé et des Services Sociaux (HHS) recense un peu moins de 500 offres d'emplois dans le champ de la santé publique[221].

En l'absence de sites dédiés dans les pays étudiés, les offres d'emploi sont moins visibles et plus parsemées. L'asso-

---

[216] NHS. *Roles in public health*. Consulté le 27 oct. 2021.

[217] National Careers Service. *Health Promotion Specialist*. Consulté le 27 oct. 2021.

[218] United Kingdom Public Health Register (UKPHR). *UKPHR Public Health Heroes Gallery* & *Understanding the UK's public health workforce*. Consultés le 15 nov. 2021.

[219] Faculty of Public Health. *About us*. Consulté le 15 nov. 2021.

[220] APHA. *Professional Development*. Consulté le 15 nov. 2021.

[221] HHS. *Job Search*, avec le mot clé « public health ». Recherche effectuée le 14 nov. 2021.

ciation Canadienne de Santé Publique relaie ainsi certaines offres d'emplois en santé publique, mais cela reste très limité[222]. Ce sont surtout à partir des universités et directement auprès des employeurs locaux que les étudiants en santé publique cherchent des emplois.

Enfin, pour de nombreux pays, les informations sur les professionnels de santé publique sont rares. Cela peut être interprété comme un indicateur de la faible professionnalisation du domaine.

Le cas de l'Espagne a déjà été évoqué plus haut. On peut également mentionner celui de la Suède. Le Bureau national de la santé et de la protection sociale (*Socialstyrelsen*) délivre des licences aux médecins, dentistes et autres personnels de santé et tient à jour des registres de données sanitaires et de statistiques officielles. Malgré cela, il existe peu d'informations précises sur les professionnels de la santé publique, ni d'estimation de leur nombre. Le pays ayant adopté une approche liée aux déterminants de la santé dans les années 1990-2000, il est difficile de délimiter l'ensemble des professionnels contribuant à la protection de la santé publique aux échelles nationale et locale. Par exemple, l'Agence nationale de Santé Publique emploie environ 500 personnes, mais cela n'est pas représentatif de l'ensemble des acteurs concernés. Malgré l'intérêt croissant pour la santé publique, peu de postes sont ouverts pour la médecine sociale, spécialité la plus concernée par la santé publique. D'après le Bureau de la santé et de la protection sociale, cette spécialité ne compte en 2005 qu'environ 100 spécialistes, dont 80% ont plus de 50 ans[223].

En somme, la santé publique dans les pays étudiés peut être considérée comme une discipline reconnue, dans la mesure où elle fait l'objet de formations universitaires et de spécialisations médicales. Cependant, le manque de données sur les professionnels ou, à l'inverse, la mise en valeur importante des emplois de celles et ceux qui les occupent montre que le degré de professionnalisation varie d'un pays à un autre. Les modalités de formation varient également, et peuvent prendre la forme d'écoles nationales de santé publique, de systèmes d'accréditations, et de formations par des organismes dédiés ou des agences et instituts nationaux de santé publique.

[222] CPHA. *Job Board*, qui regroupait 15 offres d'emplois le 15 nov. 2021.

[223] Burström B., Sagan A. « Sweden - Organization and financing of public health services in Europe – Country reports » *In : Health Policy Series (Vol. 49)*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2018.

III - CONCLUSION

Il s'agissait de produire une présentation générale de la santé publique dans les pays étudiés, avant de les mettre en relation sur plusieurs aspects pour aborder la santé publique dans une perspective globale et transversale. Si les contextes peuvent être très variés et parfois difficiles à rapprocher au regard d'ancienneté plus ou moins grande des politiques de santé publique, d'une organisation décentralisée ou centralisée, et de contextes culturels et politiques hétérogènes, de grandes tendances peuvent tout de même se dégager.

Amplifiée en réponse à la pandémie de Covid-19, une attention accrue est portée à travers le monde à la santé publique. Deux ans après le début de la crise sanitaire à l'échelle internationale, des modifications structurelles ont lieu dans de nombreux pays. Il serait ainsi intéressant de poursuivre les efforts de cette présente étude en approfondissant la recherche sur la santé publique dans une perspective internationale.

Conscients des limites de cet écrit, nous espérons néanmoins que celui-ci puisse servir de base pour une réflexion sur la santé publique en France par rapport à d'autres cadres de référence dans le monde.

TABLEAU INDICATIF DE LA POPULATION, DE L'ESPERANCE DE VIE ET DE L'ESPERANCE DE VIE EN BONNE SANTE DES PAYS ETUDIES

Pays / Données	Population totale (millions d'habitants en 2020, Banque Mondiale)	Espérance de vie à la naissance, homme / femme (OMS, 2019)	Espérance de vie en bonne santé à la naissance homme / femme (OMS, 2019)
Canada	38.01	80 / 84	71 / 72
Corée du Sud	51.78	80 / 86	71 / 75
Espagne	47.35	80 / 85	71 / 73
États-Unis	329.5	76 / 80	65 / 67
Japon	125.8	81 / 86	73 / 76
Royaume-Uni	67.22	79 / 82	70 / 71
Singapour	5.69	81 / 85	72 / 75
Suède	10.35	80 / 83	72 / 72

LISTE DES ACRONYMES

Général

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UE : Union Européenne

Canada

ASPC : Agence de Santé Publique du Canada

CCN : Centres de Collaboration Nationale en santé publique

CPHA : Canadian Public Health Association (Association Canadienne de Santé Publique)

CPHO : Chief Public Health Officer (Administratrice en chef de la santé publique du Canada)

GPHIN : Global Public Health Intelligence Network (Réseau Mondial d'Information sur la Santé Publique)

Corée du Sud

KCDC : Korean Centre for Disease Control (Centre Coréen de Contrôle des Maladies)

KCHES : Korean Certified Health Education Specialist (Spécialiste Coréen Certifié en Éducation à la Santé)

KHPI : Korea Health Promotion Institute (Institut Corée de Promotion de la Santé)

KNIH : Korea National Institute of Health (Institut National de Santé de Corée)

MoHW : Ministry of Health and Welfare (Ministère de la Santé et de l'Action sociale)

PHIS : Public Health System Information (Système d'Information de Santé Publique)

Espagne

ISCIII : Instituto de Salud Carlos III (Institut de santé Carlos III)

MSSSI : Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Ministère de la Santé, de la Consommation et des Affaires Sociales)

RENAVE : Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Réseau National de Surveillance Epidémiologique)

SESPAS : Sociedad Espanola de Salud Publica y Administracion Sanitaria (Société espagnole de santé publique et d'administration de la santé)

États-Unis

APHA : American Public Health Association (Association Américaine de la Santé Publique)

ASPH : Association of Schools of Public Health (Association des Ecoles de Santé Publique)

CDC : Centers for Disease Control and Prevention (Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies)

CEPH : Council on Education for Public Health (Conseil sur l'Éducation à la Santé Publique)

CHES : Certified Health Educator Specialist examination (examen de Spécialiste Certifié en Éducation à la Santé)

CMA : Chief Medical Advisor (Conseiller Médical en chef)

EPA : Environmental Protection Agency (Agence de Protection Environnementale)

HHS (DHHS) : Department of Health and Human Services (Ministère de la Santé et des Services Sociaux)

NCHEC : National Commission for Health Education Credentialing (Commission Nationale d'Accréditation en matière d'Education à la Santé).

NIH : National Health Institute (Institut National de la Santé)

PHS : Public Health Service (Service de Santé Publique)

Japon

JANIS : Japan Nosocomial Infections Surveillance (Surveillance Japonaise des Infections Nosocomiales)

MHLW : Ministry of Health, Labour and Welfare (Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales)

NESID : National Epidemiological Surveillance of Infectious Diseases (Veille Nationale Épidémiologique des Maladies Infectieuses)

NIID : National Institute of Indectious Diseases (Institut National des Maladies Infectieuses)

Royaume-Uni

CMO : Chief Médical Officer (Administrateur Médical en Chef)

DHSC : Department of Health and Social Care (Département de la Santé et des Affaires sociales)

NHS : National Health Service (Service Nationale de Santé)

NIHR : National Institute for Health Research (Institut National pour la Recherche en Santé)

OHID : Office for Health Improvement and Disparities (Bureau pour l'Amélioration de la Santé et les Disparités)

PHE : Public Health England (Santé Publique Angleterre)

UKCRC : UK Clinical Research Collaboration (Collaboration en matière de Recherche Clinique du Royaume-Uni)

UKHSA : United-Kingdom Health Security Agency (Agence de Sécurité Sanitaire du Royaume-Uni)

UKPHR : United-Kingdom Public Health Register (Registre de la Santé Publique du Royaume-Uni,

Singapour

HPB (Singapour) : Health Promotion Board (Bureau de Promotion de la Santé)

MOH : Ministry Of Health (Ministère De la Santé)

NCID : National Center for Infectious Diseases (Centre National pour les Maladies Infectieuses)

NRF : National Research Foundation (Fondation Nationale de la Recherche)

NUS : National University of Singapore (Université Nationale de Singapour)

RIEC : Research, Innovation and Enterprise Council (Conseil de l'Innovation, de la Recherche et de l'Entreprise)

PREPARE : Program for Research in Epidemic Preparedness And REsponse (Programme National de Recherche sur la Préparation et la Réponse aux Epidémies)

TTSH : Tan Tock Seng Hospital (Hôpital Tan Tock Seng)

Suède

SKR : Sveriges Kommuner och Regioner (Association suédoise des autorités locales et des régions)

BIBLIOGRAPHIE

Canada

- ASPC. *Aptitudes essentielles pour la surveillance et l'investigation des éclosions*. Consulté en oct. 2021.
- ASPC. *La santé publique : une histoire canadienne*. 2010.
- ASPC. *Programme canadien d'épidémiologie de terrain*. Consulté en oct. 2021.
- ASPC. *Surveillance*. Consulté en novembre 2021.
- Borde V. *Pour une santé publique forte*. L'actualité, mars 2021.
- Brewster M. *Canada's Pandemic Warning System Was Understaffed and Unready When COVID Hit, Review Finds*. CBC, juil. 2021.
- CPHA. *A public health approach to population mental wellness*. Mars 2021.
- CPHA. *Job Board*. Consulté en nov. 2021.
- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. *Profils des systèmes de santé publique dans les provinces et territoires du Canada*. Oct. 2021.
- Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. *Renouvellement de la santé publique au Canada*. Leçons de la crise du SRAS, Health Canada, 2003.
- Gouvernement du Canada. *Health Portfolio*. Consulté en oct. 2021.
- Gouvernement du Canada. *Le gouvernement du Canada finance plus de 3 000 projets visant à soutenir les aînés dans l'ensemble du Canada*. Consulté en nov. 2021.
- Gouvernement du Canada. *Plan ministériel 2021-2022 : Agence de la santé publique du Canada*. Avril 2021.
- Gouvernement du Canada. *The Federal Strategy*. Sept. 2004.
- Grimaud J., Jourdain A. « Le rapport d'objectifs de santé publique. Une réelle ambition sans stratégie de mise en œuvre ? » *In : Santé publique (Vol. 16, n°4)*, 2004.
- Lalonde M. *Nouvelle perspective de la santé des canadiens*. Avril 1974.
- L'Observatoire des séniors. *Le Canada doit s'adapter au vieillissement de sa population*. Déc. 2017.
- Réseau pancanadien de Santé Publique. *A propos*. Consulté en nov. 2021.
- Statistique Canada. *Tableau 13-10-0394-01, Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge*. Nov. 2020.

Corée du Sud

- Amblard F. *Comment la démocratie coréenne a-t-elle dompté Covid-19 ?*. Avril 2020.
- Barjot D. *Le « miracle » économique coréen (1953-2013) Réalités et limites*. Outre-Terre (Vol. 39), 2014.
- Bidet E. « La protection sociale en Corée du Sud : évolutions récentes et perspectives » *In : Revue française des Affaires sociales (Vol. 1)*, 2002 : p. 169-194.
- Joh H-K., Kim H-J., Kim Y-O., Lee J-Y., Cho B-L., Lim C-S., Jung, S-E. *Health promotion in young adults at a university in Korea, A cross-sectional study of 625 participants in a university*. Medicine (Vol. 96), fév. 2017.
- Korean Law Information Center. *National Promotion Act*. No. 4914, 1995.
- KNIH. *Research*. Consulté en nov. 2021.
- Korea University, Department of Public Health Sciences. *Research Output*. Consulté en nov. 2021.
- Kwon S., Lee T-J., Kim C-Y. « Republic of Korea Health System Review » *In : Health Systems in Transition (Vol. 5, n°4)*. Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. 2015.
- Lee J-Y., Winkelman SB., Kim J. *The Creation and Implementation of the Newly Implemented Korean Health Education Specialist Certification*. Global Health Promotion (Vol 22. n°1), 2015.
- Park K., Kim D-S., Park D-J., Lee S-K. *Tobacco control in Korea*. Med Law, 2004.
- OCDE. « Korea and the preparedness phase » *In : Federalism and Public Health Decentralisation in the Time of COVID-19*. 2021.
- OCDE. *Reviews of Public Health: Korea, A healthier tomorrow*. Mars 2020.
- Oh Y. « The National Health Plan 2030: Its Purpose and Directions of Development » *In : Journal of Preventive Medicine & Public Health (Vol. 54, n°3)*, mai 2021.
- Sohn A., Burzo J. « The United States CHES Program: The Role and Development of the Modern Health Educator » *In : Korean Journal of Health Education and Promotion (Vol. 27, n° 5)*. 2010, p. 63-71.
- Statistics Korea. *Population Projections for Korea (2017-2067)*. 2019.
- Yoon K., Park S., Choi S., Lee M. *A proposal for public health information system-based health promotion services*. MDPI, mars 2020.

Espagne

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. *Estrategia NAOS*. Consulté en nov. 2021.
- Atlas VPM. *Our Research Group*. Consulté en nov. 2021
- CiberEsp, ISCIII. *Missions and Objectives*. Consulté en nov. 2021.
- CLEISS. *Le système de santé espagnol*. Les systèmes de santé européens, 2021.
- Data Science for Health Services and Policy Research of the Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. *Atlas of Variations in Medical Practice in the National Healthcare System*. Consulté en nov. 2021.
- Diurni A. « Les systèmes de santé en Italie et en Espagne » *In : Les Tribunes de la santé (Vol. 51, n°2)*, juil. 2016 : p. 23-36.
- European Observatory on Health Systems and Policies. « Spain, Health system review » *In : Health Systems in Transition (Vol. 20, n°2)*, 2018.
- Lecumberri Beascoa G. *Le droit d'exception, une perspective de droit comparé: Espagne : état d'alerte : analyse approfondie*. Luxembourg : Publications Office. 2020.
- Mayoral Cortes JM., Aragonés Sanz N., Godoy P., Sierra Moros MJ., Cano Portero R., González Moran F., Pousa Ortega Á. *Chronic diseases as a priority for the public health surveillance system in Spain*. Gaceta Sanitaria (Volume 30, Issue 2), avril 2016.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Gabinete de Prensa. *Notas de Prensa*. Consulté en nov. 2021.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *The Prevention and Health Promotion Strategy of the Spanish NHS*. 2013.
- OCDE. *Spain: Country Health Profile 2019*. State of Health in the EU, nov. 2019.
- Perdiguero-Gil E., Cornelles J-M. « The roots of the health reform in Spain ». *In : Health Care and Government Policy*. Biblioteca - Estudos & Colóquios, Évora: Publicações do Cidehus, 2019.
- Tuells J., Echániz-Martinez B. *The fight against polio through the NO-DO newsreels during the Francoism period in Spain*. PLoS ONE (Vol. 14, n°11), nov. 2019.

États-Unis

- APHA. *Our History*. Consulté en oct. 2021.
- APHA. *Professional Development*. Consulté en nov. 2021.

- CDC. *CDC's Data Modernization Initiative*. Mars 2021.
- CDC. *Healthy People 2010*. Consulté en nov. 2021.
- CDC. *Healthy People 2020*. Consulté en nov. 2021.
- CDC. *Healthy People 2030*. Consulté en nov. 2021.
- CDC. *Leading Causes of Death*. 2019.
- CDC. *Legal Authorities for Isolation and Quarantine*. Sept. 2021.
- Code of Federal Regulations. « 42 CFR Part 70 – INTERSTATE QUARANTINE » *In : Chapter I – Public Health Service, Department of Health and Human* Services. Août 2020.
- Commissioned Corps of the U.S. Public Health Service. *Public Health Professional*. Consulté en oct. 2021.
- EPA. « Health Status » *In : Report on the Environment*. Consulté en nov. 2021.
- HHS. *History of the Office of the Surgeon General*. Consulté en oct. 2021.
- HHS. *Job Search*. Consulté en nov. 2021.
- Institute of Medicine. *The Future of Public Health*. Washington, DC: The National Academies Press. 1988.
- Institute of Medicine. *The Future of Public's Health in the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press. 2002.
- Lee B., Dupervil B., Deputy NP., et al. « Protecting Privacy and Transforming COVID-19 Case Surveillance Datasets for Public Use » *In : Public Health Reports*. 2021.
- NIH. *Legislative Chronology*. Consulté le 14 nov. 2021.
- Office of the Assistant Secretary for Health. *Healthy People 2020: An End of Decade Snapshot*. 2020.
- Reich S. *COVID-19 Chaos in America: Before, During and Beyond Trump*. Centre de recherches internationales (CERI) Sciences Po, 2020.
- Richmond J. *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. 1979.
- Shattuck L. *Report of the Massachusetts Sanitary Commission*. 1850.
- Shoaf K., Kelley M., O'Keefe K., Arrington K., Prelip M. « Enhancing emergency preparedness and response systems: correlates of collaboration between local health departments and school districts » *In : Public health reports (Vol. 129, suppl 4.)*, 2014, p. 107-113.

- The Dartmouth Institute of Health Policy and Clinical Practice. *The Dartmouth Atlas of Health Care*. Consulté en oct. 2021.
- The Dartmouth Institute of Health Policy and Clinical Practice. *International Health Atlases*. Dartmouth Atlas Project, consulté en nov. 2021.
- The Lancet. « Reviving the US CDC » *In : The Lancet (British edition) (Vol.395, n°10236)*. 2020
- United Health Foundation. « Annual Report 2020 » *In : America's Health Rankings*. 2020.
- USDA. *Public Health Information System*. Consulté en nov. 2021.

Japon

- Dutruel T. *Le Japon dans la Lutte contre les Maladies Infectieuses : Acteurs Clés et Principales Initiatives*. Rapport d'Ambassade de France au Japon, Service pour la Science et la Technologie, juil. 2017.
- Heimburger J-F. *Le Japon, « modèle » en matière de prévention des catastrophes ?*. Lettre du Centre Asie (n° 77), juin 2019.
- Japon. Constitution du 3 novembre 1946. 1946.
- Japon. *Health Promotion Act*. Août 2002.
- Katsuda N., Hinohara Y., Tomita K., Hamajima N. *Structure and roles of public health centers (hokenjo) in Japan*. Nagoya J Med Sci, fév. 2011.
- Kawakami N., Tsutsumi A. *The Stress Check Program: a new national policy for monitoring and screening psychosocial stress in the workplace in Japan*. J Occup Health. 2016.
- Kumagai K. *Rethinking the Role of the School Psychologist in Japan; Comparison With School Psychologists' Work in Other Countries*. The Annual Report of Educational Psychology in Japan (Vol. 47), 2008, p. 223-230.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. *Organization Chart*. Oct. 2017.
- National Institute of Health and Nutrition. *Health Japan 21 (the second term). Analysis and Assessment Project*. Consulté en nov. 2021.
- Nishio A., Kakimoto M., Horita R., Yamamoto M. *Compulsory educational mental health support system in Japan*. Peaditric International (Vol. 62, Issue 5), mai 2020, p. 529-534.

- OCDE. *Reviews of Public Health: Japan, A healthier tomorrow*. Fév. 2019.
- Sala A. « Le Japon face à l'épidémie, Gestion de crise et responsabilité civique » *In : Dossier : Les visages de la pandémie*. La Vie des idées, avril 2020.
- Studer JR. *The School Counselor as an Emerging Professional in the Japanese Educational System*. International Education (Vol. 37, Issue 2), 2008.
- Yokoyama T. *National Health Promotion Measures in Japan: Health Japan 21 (the second term)*. 保健医療科学 (Vol. 69, n°1), 2020, p. 14-24.

Royaume-Uni

- Acheson D. *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report*. London: Her Majesty's Stationery Office, 1998.
- Acheson D. *The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function*. London: Her Majesty's Stationery Office, 1988.
- CLEISS. *Le système de santé britannique*. Les systèmes de santé européens, 2021.
- Chambaretaud S., Lequet-Slama D. « Le système de santé britannique : éléments d'analyse et réformes » *In : Dossiers solidarité et santé (N°3)*. DREES, sept. 2002.
- Department of Health and Social Care. *Chief Medical Officer annual report 2021*. Juin 2021.
- Department of Health and Social Care, Hancock M. *The future of public health*. Août 2020.
- Department of Health and Social Care. *Healthy Lives, Healthy People: our strategy for public health in England*. White Paper. London: Department of Health, 2010.
- Department of Health and Social Care, Office for Health Improvement and Disparities, Javid S. *New body to tackle health disparities will lanch 1 October, co-heaved by new Deputy Chief Medical Officer*. Sept. 2021.
- Department of Health and Social Care. *The new public health role of local authorities*. Oct. 2012.
- DH PHE Transition Team. *Public Health Surveillance - Towards a Public Health Surveillance Strategy for England*. Department of Health, déc. 2012.
- European Observatory of Health Systems and Policies. *United Kingdom Country Health Profile*. State of Health in the EU, nov 2019.
- Faculty of Public Health. *About us*. Consulté en nov. 2021.

- Faculty of Public Health. *Careers in Public Health*. Consulté en nov. 2021.
- Faculty of Public Health. *UK Faculty of Public Health Strategy 2020-2025*. Consulté en nov. 2021.
- General Medical Council. *The medical register*. Consulté en nov. 2021.
- Ghani I. *Current routes to public health leadership roles and flexibilites within them*. Juin 2020.
- National Careers Service. *Health Promotion Specialist*. Consulté en oct. 2021.
- NHS. *Atlases*. Consulté en nov. 2021.
- NHS. *Roles in public health*. Consulté en nov. 2021.
- Newton J. *The burden of disease and what it means in England*. Sept. 2015.
- OCDE. *United Kingdom: Country Health Profile 2019*. State of Health in the EU, nov. 2019.
- Office for National Statistics. *Main figures*. Consulté en nov. 2021.
- Public Health England, Department of Health & Social Care. *Directors of Public Health in Local Government - Roles, Responsibilities and Context*. Janv. 2020.
- Public Health England. *Directors of public health in England*. Sept. 2021.
- Public Health England. *Local Authority Health Profiles*. Consulté le 16 nov. 2021.
- Public Health England. *Public Health Profiles*. Consulté en nov. 2021.
- Public Health Jobs. *Are You Thinking of a Career in Public Health ?*. Consulté en nov. 2021.
- Public Health Jobs. *Jobs Roles in Public Health*. Consulté en nov. 2021.
- United Kingdom Public Health Register. *UKPHR Public Health Heroes Gallery*. Consulté en nov. 2021.
- United Kingdom Public Health Register. *Understanding the UK's public health workforce*. Consulté en nov. 2021.
- UKCRC Public Health Research Centres of Excellence. *Final Report*. 2018.
- UKHSA. *Letter from Lord Bethell to Dr Jenny Harries, UKHSA chief exectuve*. Juil. 2021.
- UKHSA. *PHE data and analysis tools*. Consulté en nov. 2021.
- Rechel B., Maresso A., Sagan A., Hernández-Quevedo C., Williams G., Richardson E., Jakubowski E., Nolte E. « Organization and financing of public health services in Europe » *In : Health Policy Series (Vol. 49)*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2018.

- Secretary of State for Health and Social Care, Javid S. *The hidden costs of COVID-19: the social backlog*. Speech at The Grange Community Centre in Blackpool, sept. 2021.
- Socialstyrelsen. *Emergency preparedness*. Consulté en oct. 2021.
- Tegnell A. « The Swedish public health response to COVID-19 » *In : Special Issue: Pandemics: Past, now, and in the future (Vol. 129, Issue 7*). Journal of Pathology, Microbiology and Immunology, juin 2021.
- The Institute for Government. *Chief Medical officer*. Déc. 2020.

Singapour

- Centre For Public Impact. *The National Healthcare Plan in Singapore*. Consulté en nov. 2021.
- EHESP. *Communiqué de presse : L'EHESP et la National University of Singapore signent un accord de coopération universitaire et scientifique en santé publique*. Juil. 2018.
- Htun HT., Lim DW., Kyaw WM. Loh W-NJ., Lee LT., Ang B., Chow A. *Responding to the COVID-19 Outbreak in Singapore: Staff Protection and Staff Temperature and Sickness Surveillance Systems.* Clinical Infectious Diseases (Vol. 71, Issue 8), oct 2020, p. 1947-1952.
- Levy N., Lessigny C., Chamuzeau A. *L'Écosystème de la Santé et la Recherche Biomédicale à Singapour*. Ambassade de France à Singapour, Service de coopération et d'action culturelle – Institut français de Singapour, sept. 2021.
- Levy N. *Note de contexte* – L'écosystème de la santé et de la recherche biomédicale à Singapour. Ambassade de France à Singapour, Service de coopération et d'action culturelle – Institut français de Singapour, sept. 2021.
- Ministry of Finance. *Our Fiscal Strategy*. Consulté en nov. 2021.
- Ministry of Health. *Affordable Health Care: A White Paper*.1993.
- Ministry of Health. *Being prepared for a pandemic*. Avril 2014.
- Ministry of Health, Health Promotion Board. *The Healthy Living Master Plan*. Consulté en nov. 2021.
- Ministry of Health. *MOH Pandemic readiness and response plan for influenza and other acute respiratory diseases*. Avril 2014.
- Ministry of Health. *Principal Causes of Death*. 2019.

- National Centre for Infectious Disease. *Pandemic Preparedness*. Consulté en nov 2021.
- National Heritage Board, Government of Singapore. *Our History of Healthcare*. Consulté en nov. 2021.
- NRF. *National Innovation Challenge on Active and Confident Ageing*. Consulté en nov. 2021.
- NRF. *RIE2025 Plan*. Déc. 2020.
- Ng KG. *Three-cluster healthcare system should not be further reviewed : Ong Ye Kung*. The Straits Times, mai 2021.
- OMS. *Notre travail à Singapour*. Consulté le 11 novembre 2021.
- Sim JXY., Conceicao EP., Wee LE., Aung MK., Seow SYW., Teo RCY., Goh JQ., et al. *Utilizing the Electronic Health Records to Create a Syndromic Staff Surveillance System during the COVID-19 Outbreak*. American Journal of Infection Control (Vol. 49, n°6), juin 2021.
- Tan CC., Lam CSP., Matchar DB., Zee YK. Wong JEL. *Singapore's Health-Care System: Key Features, Challenges, and Shifts*. The Lancet (Vol. 398, Issue 10305), sept. 2021.
- Tan JB., Cook MJ., Logan P., Rozanova L. Wilder-Smith A. *Singapore's Pandemic Preparedness: An Overview of the First Wave of COVID-19.* International Journal of Environmental Research and Public Health (Vol. 18, n° 1), janv. 2021.
- Thomas JS., Ong SE., Chia KS., Lee HP. *A Brief History of Public Health in Singapore*. Singapore's Health Care System. 2016.
- Venkatachalam I., Conceicao EP., Aung MK., How MKB., Wee LE., Sim JXY., Tan BH., Ling ML. *Healthcare Workers as a Sentinel Surveillance Population in the Early Phase of the COVID-19 Pandemic*. Singapore Medical Journal, juin 2021.
- Wong JEL., Leo YS., Tan CC. *COVID-19 in Singapore—Current Experience : Critical Global Issues That Require Attention and Action*. JAMA (Vol. 323, n° 13), avril 2020, p. 1243-1244.

Suède

- Blanche Leridon. Réforme du système de santé suédois : le "modèle de Stockholm" doit-il être envié ?. Institut Montaine, fév. 2017.

- Burström B., Sagan A. « Sweden - Organization and financing of public health services in Europe – Country reports » *In : Health Policy Series (Vol. 49)*. European Observatory on Health Systems and Poicies, 2018.
- CLEISS. *Le système de santé suédois*. Les systèmes de santé européens, 2021.
- CurieXplore. *Fiche Suède*. 9 nov. 2021.
- Chambaretaud S., Lequet-Slama D. « Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins » *In : Études et résultats (N°214)*. DREES, janv. 2021.
- European Observatory on Health Systems and Policies. *Organization and financing of public health services in Europe*. Health Policy Series (Vol. 49), 2018.
- Folkhälsomyndigheten. *Equipe de Direction*. Consulté en oct. 2021.
- Folkhälsomyndigheten. *Regional Comparisons Public Health 2019*. Nov. 2020.
- Government Offices of Sweden. *Objectives for health and medical care policy*. 2020.
- Government Offices of Sweden. *Sweden's work on global health - implementing the 2030 Agenda*. 2018.
- Linell A., Richardson M., Wamala S. *The Swedish National Public Health Policy Report 2010*. Scandinavian Journal of Public Health (Vol. 41, Issue 10), fév. 2013.
- OCDE. *La Suède : des soins de santé d'excellente qualité mais un manque de coordination, selon l'OCDE*. Déc. 2013.
- OCDE. *Sweden: Country Health Profile 2019*. State of Health in the EU, nov. 2019.
- OpusLine. *Système de santé : Existe-t-il un modèle suédois ?*. Sept. 2017.
- Le Monde. *Covid-19 : « En Suède, ce sont les agences publiques de santé qui font les recommandations, et les politiques suivent »*. Le Monde, nov. 2020.
- Socialstyrelsen. *Emergency Preparedness*. Consulté en oct. 2021.
- Tegnell A. *The Swedish Public Health Response to COVID-19*. APMIS 129, n° 7, 2021.
- Tikkanen R., Osborn R., Mossialos E., Djordjevic A., Wharton GE. *International Health Care System Profiles – Sweden*. The Commonwealth Fund, juin 2020.
- Vasselle A. Cazeau B. *Réformer la protection sociale : les leçons du modèle suédois*. Rapport d'information n°377, mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, juil. 2007.

Documentation auxiliaire

- Banque Mondiale. *Cause de décès, par maladies non transmissibles (% du total)*. 2019.
- Banque Mondiale. *Population âgée de 65 ans et plus (% du total)*. 2020.
- Banque Mondiale. *Taux de fertilité, total (naissances par femme)*. 2019.
- CEPH. *About us*. Consulté en oct. 2021.
- CEPH. *An International Perspective NCHEC hosts Korea Health Promotion Institue visit to United States*. Consulté en oct. 2021.
- CEPH. *List of Accredited Schools and Programs*. Consulté en oct. 2021.
- Gendre A., Zürcher K., Reber A., Ducros C., Cornuz J. *Gestion de la pandémie COVID-19 et politiques de prévention*. Swiss Medical Forum, juil. 2020.
- OCDE. *France : Profils de santé par pays 2019*. Nov. 2019.
- OCDE. *Taux de suicide*. Données, 2019.
- OMS. *Charte d'Ottawa*. Nov. 1986.
- OMS. *Espérance de vie à la naissance*. 2020.
- Shimizu M., Tanaka H. *The Status of Environmental Education in Sweden – A comparative Study between Sweden and Japan*. Journal of International Development and Cooperation (Vol. 6, Issue 1), mars 2000.