



A l'attention du Professeur Franck Chauvin et
du Collège sollicité pour la mission de
« refondation » de la santé publique

CONTRIBUTION DU CLISP À LA MISSION DE « REFONDATION » DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Préambule	2
1. Formation et métiers de la santé publique	3
a. Culture de santé publique	3
b. Formation	5
c. Métiers de la santé publique	7
2. Recherche	10
a. Développement des thématiques délaissées	10
b. Processus et temporalité	11
c. Publication	12
d. Données	13
e. Communication et vulgarisation	14
f. Déconnexion entre la recherche en santé publique et la société	15
3. Gouvernance et santé publique territoriale	16
a. La santé dans toutes les politiques	16
b. Déconcentration de la gouvernance et territorialisation	16
c. Coordination	18
Propositions	19
a. Formation et métiers de la santé publique	19
b. Recherche	21
c. Gouvernance et santé publique territoriale	23



Préambule

Dans le cadre de la mission de refondation de la santé publique qui vous a été confiée par le ministre des Solidarités et de la Santé le 10 juin 2021, le Collège de liaison des internes de santé publique (CLISP), structure nationale représentative des internes de santé publique, souhaite appeler à votre attention une série de constats, accompagnée de 23 propositions. Le CLISP a mené depuis plus de six mois des réflexions sur plusieurs des thématiques abordées par la mission (initialement annoncées dans le cadre d'un potentiel Ségur de la santé publique), notamment en collaboration avec l'Alumni des internes de santé publique (AISP). Ces propositions sont issues de l'expérience des internes et anciens internes, acquise au cours de leur pratique de la santé publique au sein de différentes structures (administrations et institutions nationales, régionales et locales, établissements de santé, secteur associatif et privé).



1. Formation et métiers de la santé publique

a. Culture de santé publique

La crise sanitaire actuelle met en exergue que la notion de santé publique n'est pas aisément appréhendée par le grand public, ni même par une majorité des acteurs directs et indirects du système de santé.

En particulier, tous les professionnels de santé devraient être dotés d'une culture de santé publique solide, incluant les grands champs de la santé publique - prévention-promotion de la santé, déterminants de la santé et inégalités sociales de santé, épidémiologie, veille sanitaire, organisation et fonctionnement du système de santé, régulation de l'offre de soins, qualité et sécurité des soins, santé environnement - et les principaux enjeux actuels. Le renforcement de cette culture commune faciliterait les échanges entre professionnels et la communication de messages appropriés aux publics. Elle aiderait également à ancrer davantage la santé publique dans la pratique de chacun : développement de la prévention en soins primaires et à l'hôpital, participation aux réseaux de surveillance, éducation pour la santé et sensibilisation des patients aux facteurs de risque, engagement dans des actions de promotion de la santé, participation aux démarches d'évaluation des pratiques et dispositifs, etc^{1,2,3}.

Actuellement, les enseignements de santé publique sont hétérogènes selon les formations initiales et les territoires⁴. Ces enseignements de tronc commun doivent être enrichis et harmonisés. Les modalités d'enseignement gagneraient par ailleurs à être davantage appliquées, en anticipant la place et le rôle propre de chaque profession, ce qui permettrait d'appréhender les étapes d'une démarche de santé publique. En médecine, la réforme actuelle du deuxième cycle, par sa nouvelle structuration et ses nouveaux modes d'entrée moins standardisés, constitue une opportunité de développer ces enseignements⁵. De façon plus globale, il nous semble nécessaire d'**inclure un enseignement plus conséquent, harmonisé et obligatoire en santé publique au cours des études de santé.**

¹ Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique. 1 déc 2008;Vol. 20(5):489-500

² Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la santé. 2018;232

³ Momas I. La santé publique et le pharmacien : des enjeux primordiaux de formation. Annales Pharmaceutiques Françaises. 2009;67(1):25-31.

⁴ Vaillant L. Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé. 2018. p 52-59.

⁵ Dubois-Randé J-L, Hennion-Imbault Q. Mission deuxième cycle des études de médecine. 2017 déc.



En complément, une autre opportunité d'acculturation à la santé publique pour les étudiants en santé est représentée par la récente mise en place du service sanitaire. Celui-ci doit être une occasion de former les professionnels et futurs professionnels sur les thématiques et les moyens d'action en promotion de la santé et prévention tout en développant l'interdisciplinarité. Néanmoins, dans sa version actuelle, le service sanitaire rencontre des difficultés et une forte hétérogénéité d'implémentation locale, notamment liées à la coexistence d'objectifs pédagogiques et de santé publique. Les premières évaluations ont montré que ce dispositif est une opportunité intéressante pour acculturer les étudiants à la santé publique, et en particulier à la promotion de la santé⁶. En revanche, son positionnement comme outil de prévention auprès des populations est plus discuté. De plus, les ressources allouées à différentes échelles sont parfois insuffisantes pour garantir le cadre pédagogique du service sanitaire. Ainsi, **une définition plus précise et restreinte de ses objectifs pédagogiques nous semble souhaitable dans le cadre de la pérennisation de ce dispositif, qui devrait être entièrement axé sur la formation à la promotion de la santé**, avec un encadrement de qualité, et dans le cadre de programmes pertinents et efficaces.

Au-delà des professionnels de santé, d'autres acteurs essentiels de ce système sont les élus et administrations, notamment territoriales. Là encore, nous constatons que peu d'élus sont formés à des logiques de santé publique. Or ces derniers, et en particulier les élus des collectivités territoriales, sont responsables de politiques ayant un impact direct ou indirect sur la santé de leurs concitoyens (par exemple : restauration scolaire, projet d'aménagement urbain, attractivité des professionnels de santé, etc.), y compris en cas de situation sanitaire exceptionnelle comme l'a montré la crise liée à la pandémie de Covid-19⁷. Bien qu'ils puissent s'appuyer en partie sur les compétences des personnels des services et administrations, celles-ci sont loin d'être présentes et suffisantes partout sur le territoire. Face à ce constat, nous formulons deux propositions.

D'une part, il nous paraît intéressant que **les élus notamment locaux, mobilisés sur les questions de santé publique et de politiques de santé, soient formés aux bases de la santé**

⁶ Haut Conseil de la Santé Publique. Rapport relatif à l'évaluation du service sanitaire des étudiants en santé. 2021 mars.

⁷ Arnaud J-M, Karoutchi R. Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information destinée à évaluer les effets des mesures prises ou envisagées en matière de confinement ou de restrictions d'activités relatif à la place des collectivités territoriales comme acteurs de la politique de santé publique. Sénat; 2021 juin.



publique via une formation courte, suivie tout au long du mandat, développée spécifiquement pour eux, aisément accessible et valorisable dans le but de favoriser la participation^{8,9}. Cette formation pourrait être dispensée par des instituts spécialisés en santé publique, rassemblant des professionnels de l'ensemble des champs de la santé publique, et agréés par le Conseil national de formation des élus locaux. Elle porterait sur les thématiques allant de la notion de déterminants de santé et promotion de la santé au concept d'*evidence-based public health* (EBPH) en passant par les spécificités de la gestion de crise sanitaire et l'évaluation des interventions et des politiques publiques. Elle pourrait également promouvoir les contrats locaux de santé (CLS), dispositifs vecteur de dynamiques de santé publique locales.

D'autre part, cette **culture de la santé publique doit également être renforcée chez le personnel administratif des collectivités territoriales, ainsi que de l'Etat** (en agence régionale de santé)¹⁰. Ce développement doit s'inscrire d'une part en renforçant les connaissances et compétences de bases en santé publique (à travers des formations dédiées), et d'autre part en favorisant la présence de professionnels de santé publique dans ces structures (cf. parties c. Métiers de la santé publique, et 3. Gouvernance et santé publique territoriale).

b. Formation

La formation en santé publique en France est constituée d'une offre de formations universitaires importante qui s'est développée à travers la création de masters variés abordant souvent un champ spécifique de la santé publique et s'adressant à un public large ; de rares écoles de santé publique formant à la fois selon les mêmes modalités que les formations universitaires, et ayant aussi pour mission de former les professionnels de la fonction publique admis sur concours ; et enfin du diplôme d'études spécialisées (DES) médical de santé publique permettant de former des médecins de santé publique qualifiés et compétents¹¹. Nous constatons que cette offre de formation disparate n'a en majorité pas été réfléchi à partir des besoins pour notre système de santé, que ce soit en termes de métiers, de débouchés, de qualifications ou de compétences. Or

⁸ IREPS Bretagne. Les élus, acteurs de la promotion de la santé des populations. 2016 juin.

⁹ Acar B, Schechter F, Giguët X, Morin G. La formation des élus locaux. Inspection générale de l'administration, Inspection générale des affaires sociales; 2020 janv.

¹⁰ Collin J-F, Alla F, Baudier F, Bernard C, Bourdillon F, Deugnier D, et al. Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS. Actualité et dossier en santé publique. juin 2008;63.

¹¹ Sarlon E. Les formations en santé publique. Actualité et dossier en santé publique. juin 2006;55.



des besoins précis en santé publique existent. Il nous paraît donc essentiel de **définir des objectifs de formation de professionnels de santé publique à partir d'une réflexion stratégique sur les besoins**, à la fois en termes de quantité de professionnels à former, mais aussi en termes de qualifications spécifiques. On constate par exemple l'absence de formations spécifiques à certains corps de professionnels de santé, alors qu'ils pourraient bénéficier de formations dédiées mieux adaptées à leur profession (sages-femmes, infirmiers, dentistes, pharmaciens...). Ces formations permettraient ainsi d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la santé publique tout en développant un regard propre et des compétences spécifiques à chaque profession en fonction de besoins qui devront être identifiés préalablement. Ces formations adaptées et spécifiques, intégrées dans les parcours existants, permettraient ainsi d'enrichir le travail en interprofessionnalité en santé publique. Il nous semble donc important de **promouvoir la création de filières spécifiques et adaptées aux besoins de chaque profession de santé** qui en exprime la nécessité.

Par ailleurs, pour la spécialité médicale de santé publique, il pourrait être intéressant d'analyser les différences d'insertion professionnelle des différentes générations. En effet, l'accès à la spécialité se faisait auparavant majoritairement par la voie de la qualification ordinaire. Aujourd'hui, l'accès majoritaire se fait par le DES. Une étude démographique de la profession dans ses différents domaines d'insertion permettrait d'anticiper les déficits à venir, par exemple dans les collectivités territoriales¹². Cette analyse doit se faire en lien avec un état des lieux des besoins en termes de métiers de la santé publique (cf. parties c. Métiers de la santé publique).

Par ailleurs, l'enseignement universitaire de santé publique fait face à un défi majeur. Les formations universitaires sont gérées par les centres hospitaliers universitaires (CHU), ce qui induit un manque de représentativité de certains domaines de pratiques et de certaines approches dans l'enseignement et la recherche. Nous constatons en effet une méconnaissance des pratiques extrahospitalières de la santé publique - pourtant majoritaires -, une prépondérance de la recherche sur l'action, une pluridisciplinarité insuffisante, par manque de représentation de certaines disciplines et une interdisciplinarité très complexe à construire du fait des cloisonnements institutionnels. Ainsi, nous souhaitons **l'intégration de praticiens non**

¹² Guerra J, Dugué F. La carrière des médecins spécialistes de santé publique et médecine sociale titulaires du diplôme d'études spécialisées. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2019;67(2):106-13.



hospitalo-universitaires et d'enseignants-chercheurs de disciplines d'autres unités de formation et de recherche (UFR) au sein de la formation à la santé publique, en mobilisant des financements spécifiques. Il nous semble également important d'engager une réflexion sur la représentativité des sous-sections du Conseil national des universités (CNU) par rapport à l'ensemble du champ disciplinaire de la santé publique et d'identifier les rééquilibrages à opérer¹³. En corollaire, les critères et modalités de sélection des candidats aux carrières universitaires devront être révisés, après en avoir objectivé les biais actuels (ex : les points SIGAPS et types de publication).

Enfin, nous constatons, selon les territoires, une collaboration variable entre les acteurs de la formation en santé publique (universitaires et écoles dédiées) ; un rapprochement est souhaitable pour plus de cohérence. Dans certains cas, lorsque les ressources sont trop rares, des partenariats pourraient être mis en place, à la bonne échelle territoriale (interrégionale ou nationale) afin de favoriser l'accès à la formation théorique et pratique¹⁴.

c. Métiers de la santé publique

Les métiers de la santé publique sont pluriels, en lien avec la diversité des disciplines qui les composent et l'hétérogénéité des pratiques. Ceci entraîne un défaut de lisibilité des métiers de la santé publique, ainsi qu'un développement opportuniste, via une régulation par la demande. En effet, le positionnement des acteurs de santé publique (et notamment des médecins de santé publique) s'est fait au gré de la demande des différents employeurs, sans réflexion stratégique sur les besoins et la meilleure façon d'y répondre. Ces acteurs ne sont ainsi pas toujours positionnés là où les enjeux de transformation sont les plus importants (par exemple, pour le virage préventif et l'adaptation du système de santé).

Face à ce constat, il nous semble nécessaire de réaliser un état des lieux des besoins en termes de métiers de la santé publique mais aussi de nombre de professionnels nécessaires. En particulier, il est important d'**identifier les positionnements stratégiques où les compétences**

¹³ Ansoborlo M, Belart A, Faussat C, Florence A-M, de Lafforest S, Diot P. Pourquoi et comment donner un nouvel élan à la santé publique en France ? La Presse Médicale Formation. 2021;2(1):2-5.

¹⁴ Salomez J-L, Quantin C. État actuel et perspectives de la formation universitaire en santé publique en France. Actualité et dossier en santé publique. juin 2006;55.



de santé publique doivent être concentrées pour agir efficacement sur les bons leviers (par exemple, les collectivités territoriales pour l'action sur certains déterminants de santé, l'éducation nationale pour la promotion de la santé, etc.) tout en assurant un maillage territorial. Ce positionnement des acteurs de santé publique doit également être privilégié en transversalité (regard sur les projets aux étapes clés, approche globale) plutôt que par thématique ou de façon sectorielle. À partir de cet état des lieux des besoins, des référentiels métier pourront être actualisés et utilisés pour améliorer la lisibilité des métiers de la santé publique.

En complément d'un développement de la lisibilité, **un travail sur l'attractivité doit également être effectué**. En effet, les métiers de la santé publique, particulièrement de la prévention et de la médecine sociale, attirent peu, notamment par manque de valorisation des métiers. La polyvalence en santé publique, qui semble pourtant essentielle à toute approche globale et attractive pour les étudiants, est peu mise en avant dans le monde de l'emploi, bien qu'en développement croissant dans les formations. L'aspect « monothématique » de certains postes peut être rebutant pour une partie des professionnels de santé publique, qui souhaiteraient avoir la possibilité d'un exercice transversal. De même, on constate une sectorisation forte des postes, bien que les acteurs de santé publique présentent une appétence pour la diversité sectorielle et l'exercice parallèle dans des structures variées¹⁵. Cette diversité et pluralité des positions est pourtant indispensable à la logique fondamentale d'appuyer les décisions sur les pratiques de terrain, pour éviter que les stratégies en santé n'en soient déconnectées.

Ainsi, afin de renforcer l'attractivité des métiers de la santé publique, il est nécessaire :

- d'une part de lever les freins liés aux questions statutaires : favoriser les mobilités, éviter les impasses (de salaires et de statuts) en cas de poursuite de carrière dans une même institution, etc. ;
- d'autre part de revaloriser les salaires pour les professionnels, en particulier du champ de la prévention (collectivités territoriales et éducation nationale notamment), et d'embaucher plus de professionnels dans ces secteurs pour lutter contre le sous-effectif, en favorisant un exercice associant réflexion stratégique et approches de terrain.

¹⁵ Guerra J, Dugué F. La carrière des médecins spécialistes de santé publique et médecine sociale titulaires du diplôme d'études spécialisées. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2019;67(2):106-13.



Enfin, une grande partie de la main d'œuvre et des compétences de santé publique est aujourd'hui concentrée dans le secteur hospitalier¹⁶. Celles-ci se trouvent presque exclusivement présentes au service des soins curatifs et de la recherche biomédicale¹⁷. Ainsi, en attendant un rééquilibrage souhaitable, il est nécessaire de **mobiliser ces compétences aux services des territoires (approches populationnelles, lien ville-hôpital)**^{18,19}, en levant les freins institutionnels découlant des logiques intra-hospitalières rendant difficile cette mise à disposition.

¹⁶ Ferriot C, Leclère B, Colin C, Moret L. Contours et organisations des activités de santé publique au sein des centres hospitaliers universitaires français: Santé Publique. 2 mars 2021;Vol. 32(5):479-88.

¹⁷ ENSP - Module interprofessionnel de santé publique. Hôpital et santé publique : réalité ou utopie ? École nationale de la santé publique; 2007. https://documentation.ehesp.fr/memoires/2007/mip/groupe_30.pdf

¹⁸ Alla F, Cambon L. L'Hôpital, acteur de la promotion de la santé et de la prévention ? Sante Publique. 27 mars 2018;Vol. 30(1):5-6.

¹⁹ Limbourg A, Greacen T, Colin C. Dossier : Promouvoir la santé. La Santé En Action. 2013;424:18-49.



2. Recherche

a. Développement des thématiques délaissées

En santé publique, on constate l'existence d'une asymétrie des financements en fonction des disciplines, et des méthodes utilisées. A titre d'exemple, il existe beaucoup de possibilités de financement en recherche clinique et épidémiologie, mais les sources de financement sont insuffisantes en recherche sur les services de santé, susceptibles de mobiliser les sciences humaines et sociales ou économiques. Les moyens alloués ne sont pas forcément investis là où les marges d'amélioration pourraient être les plus importantes aujourd'hui : par exemple, la mise en place de procédures de soins complexes et coûteuses (par exemple, de traitements médicamenteux lourds aux bénéfices incertains) en comparaison au développement de la promotion de la santé, de l'adhésion ou de la sécurisation des parcours de soins.

Ainsi, la recherche gagnerait à être développée dans de nombreuses disciplines et thématiques, au rôle crucial mais où les approches fondées sur les données probantes restent trop rares²⁰ :

- promotion de la santé et prévention ;
- inégalités socio-territoriales de santé ;
- soins primaires et soins communautaires ;
- travail social, soutien de la parentalité, liens éducation-santé ;
- rôle des usagers et patients partenaires ;
- services de santé, recherche interventionnelle, recherche-action (notamment en promotion de la santé) ;
- recherche translationnelle²¹ ;
- éthique en santé ;
- santé environnement.

Il nous semble donc important de **renforcer les financements dans ces thématiques et de proposer plus d'appels d'offres intégrant différentes disciplines**. Ce développement pourrait s'intégrer dans la définition de priorités de recherche découlant des grands enjeux de transformation actuels et aboutissant à un investissement croissant.

²⁰ Chêne G, Benamouzig D, Alberti C, Alla F. Recherche en santé publique : l'impérieuse nécessité d'une politique à la hauteur des enjeux. Santé Publique. 2017;29(1):5.

²¹ Ogilvie D, Craig P, Griffin S, Macintyre S, Wareham NJ. A translational framework for public health research. BMC Public Health. 2009;9:116.



Parmi ces priorités, la recherche sur les services de santé ainsi que la recherche interventionnelle gagneraient en particulier à être soutenues (développement des compétences spécifiques, renforcement des interactions entre disciplines et équipes, financements pluriannuels), en anticipant les liens avec l'évaluation des politiques publiques de santé²². Ce soutien doit se faire de manière équilibrée aux différentes étapes de la chaîne d'expérimentation : études pilotes, faisabilité, validation d'une logique d'intervention, processus d'implantation et conséquences en termes de transposabilité, recherche évaluative, évaluation des interventions complexes, généralisation (sur une thématique connexe, on peut citer en exemple le financement et la méthodologie mise en place pour le Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse²³).

De façon générale, le développement de la recherche doit se faire en lien avec le terrain, en développant auprès des acteurs de terrain la culture de l'évaluation et du transfert de connaissances (à travers une démarche de capitalisation des expériences, par exemple), et en sensibilisant les acteurs de la recherche à l'importance de s'adapter aux problématiques de terrain et de permettre la participation des acteurs de terrain aux démarches de recherche²⁴.

Enfin, cette diversification des domaines de recherche doit aussi passer par une évolution au sein du milieu hospitalo-universitaire. Nous souhaitons voir à l'hôpital **la création de services de santé publique transversaux, et ouvrant la recherche à des professionnels non hospitaliers**²⁵. Il nous semble également indispensable de lever les freins institutionnels à l'interdisciplinarité en créant des liens plus forts entre UFR d'une même université ou d'universités différentes.

b. Processus et temporalité

La crise a permis d'accélérer les processus administratifs permettant de produire des études. Ceci a été très appréciable car le temps de la recherche s'est rapproché du temps de la décision. Habituellement, les procédures administratives qui entourent un projet de recherche (passage en comité de protection des personnes (CPP), déclaration à la Commission nationale de

²² Alla F, Kivits J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique*. 2015;Vol. 27:303-4.

²³ <https://www.experimentation-fej.injep.fr/10-l-experimentation.html>

²⁴ Société française de santé publique. Quels besoins des acteurs de terrain en promotion de la santé en matière de transfert de connaissances ? 2016.

²⁵ Jolivet A, Agostini C, Manca M-F, Carod J-F, Launay J-F, Brunet J, et al. Le département de santé publique du centre hospitalier de l'ouest guyanais : un retour d'expérience à cinq ans. *Santé Publique*. 2020;32:199.



l'informatique et des libertés (CNIL), recherches de financement, etc.) sont très chronophages et lentes, ce qui peut dissuader des équipes de monter des projets, et retarder la production de résultats utiles à la prise de décision.

Cependant, l'engouement et l'empressement concernant la recherche sur la Covid-19, y compris via des financements dédiés, et la course à la publication sur le sujet, ont provoqué la multiplication de petites études, sans coordination. Ceci a abouti à un foisonnement d'études de moindre qualité, souvent monocentriques et redondantes. Il paraît essentiel, en cas de nouvelle crise sanitaire, de mieux organiser la recherche pour permettre une meilleure coordination des études et ainsi aboutir à des études de qualité, essentielles pour répondre à une problématique urgente. Cela peut notamment passer par la **préparation d'une stratégie spécifique aux temps de crise**²⁶.

En dehors des crises, il serait intéressant de **permettre la pérennisation d'une telle temporalité, tout en améliorant la coordination des projets**. Il faudrait donc investir des moyens humains et financiers suffisants : les membres des commissions CPP n'ont par exemple pas de temps dédié et indemnisé à ce jour pour l'examen des projets. Les solutions pourraient être de flécher un temps beaucoup plus conséquent à cet usage, ou de multiplier de manière considérable le nombre de CPP sur le territoire pour garantir le maintien d'une qualité des prises en charge malgré une accélération des démarches. En parallèle, il nous semble essentiel de renforcer le passage par des comités scientifiques pour éviter la multiplication d'études mobilisant des ressources et dont les résultats ne seront pas exploitables. La coordination doit aussi passer par la création et le renforcement de réseaux de recherche, permettant d'identifier facilement les équipes référentes.

c. Publication

Il existe aujourd'hui une problématique sur l'accessibilité aux données de la science et en particulier aux publications en santé. Ces publications devraient être plus facilement accessibles à l'ensemble des chercheurs, et même à la population générale.

Aujourd'hui, dans le domaine de la recherche, seules les publications sont valorisées, et ceci en

²⁶ Cour des comptes. Le financement de la recherche publique dans la lutte contre la pandémie de Covid-19. 2021.



termes de quantité plutôt que de qualité. Les décomptes des points SIGAPS entrent en jeu dans les financements des établissements de santé ainsi que dans l'accès à la qualification de « CHU » d'un centre hospitalier, voire dans l'évolution des carrières hospitalo-universitaires. Bien que permettant de compenser en partie les coûts de la recherche et de participer à la valorisation des études, ce système engendre une pression importante sur les chercheurs et une course à la publication qui est délétère quant à la qualité et à la pertinence de la recherche²⁷.

Ceci s'accompagne de difficultés à publier les études « négatives » ou consacrées à des sujets moins en vue, qui entrent plus difficilement dans la ligne éditoriale des grandes revues, que ce soit par utilisation de méthodologies inhabituelles ou par l'abord de thématiques peu courantes. Tout ceci résulte en un biais de publication qui empêche l'innovation en recherche. Pour faciliter l'accès aux publications et limiter les biais, il est important de **soutenir et renforcer le mouvement de publication en open access, ainsi que les initiatives du type « Archives ouvertes HAL »**.

d. Données

Un enjeu majeur aujourd'hui est de conjuguer la protection des données tout en promouvant leur accès. Il faut soutenir les actions de type *open data* (initiatives sur le système national des données de santé (SNDS) par exemple) mais s'assurer de la protection de ces données. Afin d'en faciliter l'accès, il est nécessaire de **proposer des formations au SNDS pour chaque établissement de santé**. De façon plus générale, il est important de favoriser l'accès aux données actuellement non exploitées ni partagées²⁸.

Par ailleurs, il existe à ce jour des initiatives de type *data papers* qui sont des publications de jeu de données. Ceci permet de vérifier la validité des études menées sur ces jeux de données, et rend possible la réutilisation de ces données pour des études complémentaires. Ces mutualisations sont un gain en efficacité en évitant de recueillir plusieurs fois les mêmes types de jeux de données²⁹. Ces initiatives sont à promouvoir (par exemple en les rendant obligatoires dans les appels à candidature), cependant à ce jour le règlement général sur la protection des données

²⁷ Cour des comptes. Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale. 2017.

²⁸ Elbaum M, Morelle A, Minault B, Ribieras H. Les cohortes pour les études et la recherche en santé. Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'Éducation, du Sport et de la Recherche; 2020.

²⁹ Moatti J-P, Spira A, Manoux AS, Thiebaut R. Reconnaître la spécificité de la recherche en santé publique pour améliorer son impact scientifique, sanitaire et sociétal. Santé Publique 2012;24:383.



(RGPD) limite la publication de telles données. Une réflexion sur la conjugaison de ces deux problématiques doit être menée. En revanche, il est important de **favoriser et soutenir dès maintenant le partage de codes en open source ainsi que d'outils d'analyse.**

Bien qu'utile, la création d'entrepôts de données dans les hôpitaux soulève par ailleurs des questions éthiques : leur utilisation doit être au service de la santé et non pas à but commercial, et l'accès à ces données doit être réfléchi. Une réflexion approfondie sur ces questions s'impose.

e. Communication et vulgarisation

La crise liée à la pandémie de Covid-19 a mis en lumière les difficultés rencontrées en France concernant la communication sur la recherche et la santé en général. Un effort de vulgarisation et de dissémination des résultats est essentiel et doit être privilégié hors des périodes de crise pour favoriser l'adhésion et la confiance des citoyens envers le monde de la recherche. En effet, cette crise a mis en évidence l'image dégradée qu'a le monde de la recherche auprès du grand public, ainsi que le manque de compréhension du fonctionnement de la recherche, de sa temporalité et de sa méthodologie, et ceci y compris chez les soignants. Cette mauvaise image a de plus été exploitée par quelques personnalités médiatiques qui ont polarisé le débat. Les médias ont parfois eu, lors de cette crise, une démarche plus commerciale qu'informative, ce qui a nui à la lisibilité des projets portés par les chercheurs.

Il faut cependant reconnaître qu'il y a eu au cours de cette crise, des tentatives de vulgarisation scientifique, qu'il semble essentiel de valoriser, de soutenir et de pérenniser hors période de crise, car c'est à ce moment que l'on peut espérer avoir le plus d'impact sur ces sujets.

Ainsi, il nous semble important de **renforcer la communication, à destination des décideurs et du grand public, par le développement de pôles dédiés au sein des institutions, et d'harmoniser les moyens de vulgarisation pour que toutes les équipes et chercheurs puissent bénéficier d'une formation et d'un accompagnement de professionnels compétents**, facilitant la dissémination de l'information et le partage de connaissances³⁰. Nous pensons également qu'il est nécessaire de favoriser et d'améliorer la vulgarisation et la communication réalisées par les journaux et médias via des formations spécifiques des

³⁰ Cambon L, Alla F. Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France. Santé Publique. 2013;25:757.



professionnels de ces secteurs, ainsi qu'un accès facilité à des experts qualifiés dans les différents domaines.

Au-delà de ces enjeux, les difficultés de vulgarisation sont à mettre en lien avec deux thématiques : la formation à l'esprit critique et la littératie en santé. En effet, tous ces éléments mettent en avant un besoin de vulgarisation des démarches scientifiques mais aussi un manque de formation des citoyens en analyse de l'information, sources d'informations et esprit critique face à des flux d'informations toujours plus importants.

f. Déconnexion entre la recherche en santé publique et la société

Il paraît essentiel de développer la place des patients, usagers et citoyens dans la recherche. Cela peut passer par le développement des approches issues de mouvements comme les sciences participatives ou encore la santé communautaire. On peut citer l'exemple des initiatives liées aux « patients chercheurs » ou des dispositifs qui intègrent l'identification des besoins par les acteurs de la société civile (par exemple, ComPaRe, la Communauté de Patients pour la Recherche de l'AP-HP). **Il s'agit ainsi de promouvoir l'utilisation de techniques participatives et collaboratives, de développer la recherche autour de la pair-aidance et des patients-partenaires^{31,32}.**

Au-delà des enjeux démocratiques et de justice sociale à impliquer les patients dans la recherche, de nombreux impacts positifs s'en dégagent : meilleure qualité et pertinence des travaux, appui pour la levée de financements, facilitation du recrutement des patients, autonomisation des participants puis des personnes bénéficiant des résultats de la recherche par une meilleure compréhension des enjeux, meilleure application des résultats de la recherche dans la pratique, légitimité et crédibilité accrue.

³¹ Merle R, Casagrande A, Pariset A, Pépin J-L, Palombi O, Debru R, et al. Rôles des patients dans le système de santé, la formation et la recherche en santé : une perspective française. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2021;S0398762021002133.

³² Mougeot F, Robelet M, Rambaud C, Occelli P, Buchet-Poyau K, Touzet S, et al. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique* 2018;30:73



3. Gouvernance et santé publique territoriale

a. La santé dans toutes les politiques

Avant toute chose, il nous semble essentiel d'**ancrer la santé dans toutes les politiques publiques**. Il est nécessaire que ce principe soit traduit dans des règles de fonctionnement concrètes, pour systématiser la mobilisation d'une approche de santé publique et renforcer la cohérence entre les actions³³. Cela doit se faire à toutes les échelles de décisions. Au niveau national, le développement d'une mission interministérielle de santé pourrait permettre de mieux inclure les considérations sanitaires dans les décisions³⁴. Ce principe doit également se traduire à l'échelle régionale et locale, en renforçant les services de santé communaux et intercommunaux et leur rôle consultatif dans les décisions au-delà du périmètre sanitaire direct. Les études d'impact sur la santé, dans le cas de nouveaux projets, sont une illustration d'approches possibles³⁵ : la généralisation de ce principe ne saurait cependant s'y limiter.

b. Déconcentration de la gouvernance et territorialisation

Un virage a déjà été amorcé avec la création des ARS (agences régionales de santé) par la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoire) en 2009, puis plus récemment avec l'émergence des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui structurent les professionnels de santé à un niveau d'action territoriale, et doivent englober l'ensemble de la population (et non uniquement les patients)³⁶. Il s'agit ainsi d'un dispositif de santé publique. D'autres dispositifs territoriaux existent, notamment les CLS, impulsés par les élus territoriaux. Ceux-ci sont tout particulièrement centrés autour de la population d'un territoire, en s'intéressant à la santé et non pas uniquement à l'offre de soins. Ces deux types de dispositifs gagneraient à être développés sur l'ensemble du territoire, mais nécessitent une meilleure délimitation de leur périmètre et de leurs objectifs, harmonisée sur l'ensemble du territoire national. **Il nous semble donc essentiel de**

³³ Tabuteau D. Loi de santé publique et politique de santé. Santé Publique. 2010;22(2): 253.

³⁴ Inspection générale des affaires sociales. Stratégie nationale de santé - Synthèse des débats régionaux. 2014.

³⁵ Valentini H, Saint-Pierre L. L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques. Santé Publique. 2012;24(6):479.

³⁶ Fauchier-Magnan E, Wallon V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Inspection générale des affaires sociales; 2018.



réfléchir à l'articulation entre les dispositifs présents à l'échelle du territoire : CPTS, CLS, mais également DAC (dispositif d'appui à la coordination), MSP (maison de santé pluriprofessionnelle), ESP (équipe de soins primaires), voire associations locales.

Les CLS semblent prometteurs pour le développement d'une santé publique territoriale, rassemblant ARS, élus locaux mais aussi professionnels de santé, acteurs du secteur médico-social ou encore usagers^{37,38}. Néanmoins ce dispositif doit encore être renforcé et précisé. D'une part, son financement reste encore fragile, reposant notamment sur les fonds d'intervention régionaux (FIR) des ARS, là où les CPTS bénéficient d'un financement pérenne via l'Assurance Maladie. Cette pérennisation permettrait de soutenir un déploiement large et un maillage territorial exhaustif pour couvrir l'ensemble de la population. D'autre part, le développement des CLS doit s'accompagner : 1) de moyens suffisants pour en faire des leviers locaux de prévention (notamment pouvoir toucher des publics à des échelles suffisantes), 2) d'un appui pour en améliorer la qualité en termes de conception et d'ingénierie, 3) d'une évaluation documentée de leurs résultats. **Au total, il nous paraît particulièrement important que les CLS bénéficient d'une politique publique nationale en soutien des ARS et collectivités**, précisant leurs contours et renforçant leur place comme outil de santé publique territorial.

Au-delà de ces dispositifs, il est important de clarifier les missions de chacun (collectivités territoriales par exemple) et d'éviter la multiplication de structures ayant les mêmes rôles, qui entraîne une inefficacité et des inégalités territoriales. **Cela doit s'accompagner de la formation de tous les acteurs et le développement des compétences en regard de leurs missions.** Cette évolution pourrait s'appuyer sur la création d'une entité de santé publique territoriale polyvalente opérationnelle avec des missions de soutien méthodologique, d'expertise en santé publique, de coordination, etc.

Il nous semble également important de pouvoir faciliter et structurer la mutualisation des connaissances et des expériences, à travers des démarches de capitalisation. Il est par ailleurs nécessaire de renforcer la transparence sur les actions menées et sur leur évaluation (via une publication systématique des résultats des évaluations de dispositifs par exemple), en garantissant leur indépendance vis-à-vis du commanditaire.

³⁷ Haschar-Noé N, Slaméro E. Le Contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. La Santé En Action 2014;428.

³⁸ El Ghazi L. Les politiques municipales de santé publique. Les Tribunes de la santé 2012;n° 34:19.



c. Coordination

À l'échelle de la santé publique territoriale, on observe un empilement de structures, et une démultiplication des métiers. Ainsi, un manque identifié par tous les acteurs est le déficit de coordination, et d'une gouvernance claire du système de santé³⁹. Ceci est notamment lié à un positionnement des acteurs de santé publique au sein de la gouvernance qui ne permet que rarement de déployer une démarche de santé publique de bout en bout, car les cloisonnements et logiques administratives prévalent.

Il est donc nécessaire de revoir et retravailler la coordination de la santé à toutes les échelles pour une meilleure lisibilité et fluidité du système de santé, en éclaircissant les missions des différentes administrations (collectivités territoriales entre elles par exemple).

En parallèle doit s'opérer une évolution des administrations de santé vers des structures de santé publique, via une meilleure acculturation des agents (et en particulier des décideurs), et le recrutement de plus de professionnels de santé publique, particulièrement au sein des agences régionales de santé (ARS)⁴⁰. Il est particulièrement important de positionner les professionnels de santé publique là où sont les besoins, permettant d'activer des leviers en termes de santé des populations tout en prenant en compte la relative rareté de ces professionnels. Ces évolutions doivent aboutir, au sein des institutions de santé, à développer des logiques de fonctionnement étayées sur une approche de santé publique : identification des besoins, prise en compte des données probantes, évaluation des résultats...

³⁹ Jabot F, Loncle P. Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers. Santé Publique 2007;19:21.

⁴⁰ Firmin Le Bodo A, Grelier J-C. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé. 2021.



Propositions

a. Formation et métiers de la santé publique

Proposition n°1 : Inclure au cours des études de santé un enseignement harmonisé en santé publique, plus conséquent, plus opérationnel et obligatoire. En médecine, s'appuyer sur la réforme du deuxième cycle pour développer un enseignement favorisant l'acculturation à la santé publique.

Proposition n°2 : Redéfinir clairement les objectifs du service sanitaire pour se focaliser sur la formation des futurs professionnels de santé à des compétences théoriques et pratiques de promotion de la santé incluant la prévention, et favoriser l'interdisciplinarité.

Proposition n°3 : Créer une formation courte, spécifique aux élus, suivie tout au long du mandat, abordant les thématiques nécessaires à la compréhension des enjeux de santé publique. Renforcer en parallèle la culture de la santé publique chez le personnel administratif des collectivités territoriales et de l'Etat.

Proposition n°4 : Créer des formations de santé publique spécifiques et adaptées pour les professionnels de santé qui n'en disposent pas actuellement, afin de promouvoir un développement des compétences de santé publique en cohérence avec leurs missions et d'enrichir le travail en interprofessionnalité.

Proposition n°5 : Intégrer des praticiens non universitaires et des enseignants-chercheurs de disciplines d'autres UFR au sein de la formation universitaire à la santé publique et engager une réflexion sur la représentativité des sous-sections du CNU par rapport à l'ensemble du champ disciplinaire de la santé publique, en identifiant les rééquilibrages à opérer.



Proposition n°6 : Encourager les collaborations entre instituts et filières de formation en santé publique et réaliser des mutualisations à la bonne échelle territoriale (interrégionale ou nationale) pour la formation théorique et pratique lorsque les ressources sont trop rares.

Proposition n°7 : Réaliser un état des lieux des besoins en termes de métiers de santé publique mais aussi du nombre de professionnels nécessaires, identifier les positionnements stratégiques où les compétences de santé publique doivent être concentrées pour agir efficacement sur les bons leviers (notamment sur des postes en transversalité) tout en assurant un maillage territorial et utiliser des référentiels métier pour améliorer la lisibilité du milieu.

Proposition n°8 : Lever les freins liés aux questions statutaires afin de renforcer l'attractivité des métiers de la santé publique : favoriser les mobilités, éviter les impasses (de salaires et de statuts) en cas de poursuite de carrière dans une même institution.

Proposition n°9 : Revaloriser les salaires pour les professionnels dans le champ de la prévention, et embaucher plus de professionnels dans ces secteurs pour lutter contre le sous-effectif, en favorisant la transversalité et un exercice associant réflexion stratégique et approches de terrain, notamment pour les carrières médicales.

Proposition n°10 : En attendant un rééquilibrage souhaitable, mobiliser les compétences présentes au niveau hospitalo-universitaire au service des territoires (approches populationnelles, lien ville-hôpital), en levant les freins institutionnels découlant des logiques intra-hospitalières rendant difficile cette mise à disposition.



b. Recherche

Proposition n°11 : Définir des priorités de recherche découlant des grands enjeux de transformation actuels, intégrant davantage l'interdisciplinarité et les thématiques actuellement délaissées (promotion de la santé et prévention, inégalités socio-territoriales de santé, soins primaires et soins communautaires, travail social, soutien de la parentalité, liens éducation-santé, rôle des usagers et patients partenaires, services de santé, recherche interventionnelle, recherche-action, recherche translationnelle, éthique en santé, santé environnement), et y investir de façon croissante en renforçant les financements et proposant des appels à projets.

Proposition n°12 : Soutenir de façon équilibrée les différentes étapes de la chaîne d'expérimentation dans les domaines de la recherche interventionnelle et de la recherche sur les services de santé : études pilotes, faisabilité, validation d'une logique d'intervention, processus d'implantation et conséquences en termes de transposabilité, recherche évaluative, évaluation des interventions complexes, généralisation. Anticiper et développer les liens entre recherche interventionnelle et évaluation des politiques publiques de santé.

Proposition n°13 : Renforcer le lien entre terrain et recherche, en développant auprès des acteurs de terrain la culture de l'évaluation et de la capitalisation, et en sensibilisant les acteurs de la recherche à l'importance de s'adapter aux problématiques de terrain.

Proposition n°14 : Diversifier les domaines de recherche à l'hôpital via des services de santé publique transversaux, et ouvrir la recherche à des professionnels non hospitaliers, par exemple sur le modèle de la médecine générale.



Proposition n°15 : Préparer une stratégie spécifique à la recherche en temps de crise, et, de façon générale, améliorer la coordination et la qualité des études en renforçant le passage par des comités scientifiques et en développant des réseaux de recherche qui permettraient d'identifier facilement des équipes référentes.

Proposition n°16 : Développer un accès facilité aux données et résultats d'étude : soutenir et renforcer les publications en open access et initiatives du type « Archives ouvertes HAL » ; favoriser le partage de données et de codes en *open source* et d'outils d'analyse ; proposer des formations au SNDS pour chaque établissement afin d'en faciliter l'accès, et favoriser l'accès aux données actuellement non exploitées ni partagées.

Proposition n°17 : Renforcer la communication du monde de la recherche par le développement de pôles dédiés au sein des institutions et harmoniser les moyens de vulgarisation pour que toutes les équipes puissent bénéficier d'une formation et d'une aide. Parallèlement, favoriser et améliorer la vulgarisation et la communication réalisées par les journaux et médias grands publics via des formations spécifiques ainsi qu'un accès facilité à des experts reconnus dans leurs spécialités.

Proposition n°18 : Promouvoir le développement de compétences d'appropriation de la démarche et des résultats scientifiques chez l'ensemble de la population, et renforcer le niveau de littératie en santé.

Proposition n°19 : Développer les approches issues de mouvements comme les sciences participatives et l'engagement des patients et usagers dans la recherche, intégrer l'identification des besoins par les acteurs de la société civile.



c. Gouvernance et santé publique territoriale

Proposition n°20 : Traduire dans des règles de fonctionnement concrètes le principe de “santé dans toutes les politiques publiques”, pour systématiser la mobilisation d’une approche de santé publique et renforcer la cohérence entre les actions.

Proposition n°21 : Réfléchir à l’articulation entre les dispositifs présents à l’échelle du territoire : CPTS, CLS, DAC, MSP, ESP, associations, etc. Concernant les CLS, définir une politique publique nationale en soutien des ARS et collectivités, précisant leurs contours et renforçant leur place comme outil de santé publique territorial.

Proposition n°22 : Clarifier les missions de chacun en s’appuyant sur la formation de tous les acteurs et le développement des compétences en regard de leurs missions, et réfléchir à la création d’une entité de santé publique territoriale polyvalente opérationnelle avec des missions de soutien méthodologique, d’expertise en santé publique, de coordination, etc.

Proposition n°23 : Revoir et retravailler la coordination de la santé à toutes les échelles pour une meilleure lisibilité et fluidité du système de santé en éclaircissant les missions des différentes administrations et via le recrutement de plus de professionnels de santé publique positionnés là où sont les besoins, permettant d’activer des leviers en termes de santé des populations tout en prenant en compte la relative rareté de ces professionnels.



president@clisp.fr



clisp.fr



[@CLISPfr](https://twitter.com/CLISPfr)