



Inspection générale
des affaires sociales

Perspectives d'organisation territoriale pour le nouvel Institut de santé publique

RAPPORT

Établi par

Anne BURSTIN

Marie DAUDE

Stéphane PAUL

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2015 -

2014-118R2

SYNTHESE

- [1] Par lettre de mission du 1er octobre 2014, la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes confiait à l'IGAS une mission d'évaluation des cellules interrégionales et régionales d'épidémiologie (CIRE). Il s'agissait d'évaluer le dispositif actuel au regard des missions des agences régionales de santé (ARS) et de faire des propositions de réorganisation. La commande visait à régler un débat ancien, mais plus aigu que par le passé, compte tenu des contraintes croissantes de moyens, sur la pertinence et l'efficience du positionnement des CIRE au sein des plateformes régionales de veille et d'alerte des ARS, à la charnière des compétences de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de celles des agences. Elle intervenait, cependant, à un moment où la question prenait potentiellement un autre tour : la création d'un nouvel Institut de santé publique résultant de la fusion de l'InVS, de l'Institut National de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), élargissait la question de l'organisation territoriale de cet Institut au-delà des seules missions de veille et d'alerte, et donc au-delà du seul champ des CIRE. La lettre de mission souligne que cet élargissement doit conduire à repenser l'articulation entre le nouvel établissement national et les ARS et à questionner la pertinence du modèle positionnant les antennes avancées d'un établissement national au sein des ARS.
- [2] La mission devait donc s'attacher plus globalement aux perspectives d'organisation territoriale du nouvel Institut, dont François Bourdillon, nouveau directeur général de l'InVS, devait parallèlement, et d'ici la fin mars 2015, préfigurer l'organisation et les missions. Ceci dans un contexte également marqué par une profonde réforme territoriale influençant nécessairement la question de l'organisation des ARS, des CIRE et de toute perspective d'organisation du nouvel Institut.
- [3] Dans son cadrage de novembre 2014, la mission proposait de séquencer ses travaux en deux temps : l'ouverture sur l'organisation plus globale du nouvel institut étendait en effet très significativement le champ des investigations en intégrant des domaines aux acteurs et aux enjeux très différents de ceux de la veille sanitaire, à savoir la prévention et la promotion de la santé et la défense sanitaire. Il a été proposé au cabinet de la Ministre, qui l'a accepté, de produire d'abord un bilan approfondi et des propositions concernant les CIRE¹ ; puis d'insérer cette réflexion sur la veille et l'alerte dans un rapport plus global concernant l'organisation territoriale du nouvel Institut ; cette deuxième phase devait intervenir à un moment où la mission disposerait d'une meilleure appréciation des ambitions du nouvel Institut et d'une meilleure vision des perspectives territoriales. Le présent rapport clôture cette deuxième phase et succède à un premier document sur le bilan et les perspectives des CIRE, dont la mission estime qu'elles ont vocation à demeurer la seule organisation territoriale propre du nouvel Institut.
- [4] Pour répondre à la question de l'organisation territoriale future du nouvel Institut de santé publique, la mission devait, conformément à sa lettre de mission :
- tirer les enseignements d'une organisation structurée de longue date et progressivement confortée, celle des CIRE ;
 - confronter ces enseignements à l'esprit des textes qui, depuis la loi du 21 juillet 2009², créant les ARS, jusqu'à l'actuel projet de loi de santé, témoignent d'une volonté forte de consolidation du pouvoir régional transversal de ces agences. Chargées d'élaborer une politique régionale de santé cohérente et performante, elles doivent, pour ce faire, conjuguer tous les leviers à leur disposition et par conséquent en disposer sans concurrence. Avant

¹ Rapport « Bilan et perspectives des CIRE » associé à celui-ci.

² Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST.

même les ARS, une organisation similaire à celle des CIRE reposant sur des délégués de l'INPES avait d'ailleurs été écartée dans le champ de la prévention³.

La logique de la réforme est donc de préserver l'unité d'action régionale et de ne pas prendre le risque de l'émiettement. C'est pour la mission une ligne directrice dans sa réflexion sur l'organisation territoriale du nouvel Institut. Dans la mesure du possible, aucun intermédiaire public local censé déployer l'action d'une institution nationale ne doit, dans le champ de la santé, concurrencer le pilotage transversal des politiques par l'ARS.

- Il s'agissait, dans ce contexte, d'apprécier l'opportunité d'une structure déconcentrée pour l'ensemble des domaines du nouvel Institut. Chacun présente aujourd'hui une structuration différente, marquée par l'histoire, mais aussi par ses caractéristiques propres qui légitiment, plus ou moins, la nécessité d'une implantation institutionnelle régionale. Il importait, tout particulièrement, de mesurer à quel point le bilan des CIRE justifiait, ou non, qu'une exception soit posée au principe d'unité d'action régionale.

Les exigences de sécurité sanitaire militent pour une articulation étroite entre Institut national et ARS dans le champ de la veille.

- [5] Soulevant à la fois des questions concrètes d'articulation au quotidien entre CIRE et cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) et un problème de pilotage de ces structures aux effectifs partagés soumis à une double autorité, scientifique de l'InVS et administrative des ARS, le modèle administratif des CIRE peut paraître par trop dérogoire, ce qui a motivé la commande ministérielle. Il pose en outre la question essentielle d'articulation entre les responsabilités respectives d'une agence nationale et d'agences régionales ayant des champs de compétences et des missions très proches que les textes ont peu contribué à clarifier. Le bilan réalisé par la mission se devait d'apprécier dans quelle mesure l'apport fonctionnel des CIRE et les enjeux propres à la veille et à l'alerte justifiaient l'atypie de ce montage administratif et s'il était, en définitive, préférable de l'amender ou de le refondre plus radicalement.
- [6] Au terme de la mission, le bilan de la valeur ajoutée des CIRE paraît l'emporter sur les dysfonctionnements et les irritations occasionnés par la dualité d'acteurs. L'étroite intrication territoriale entre les acteurs paraît, en effet, productive pour la conduite des politiques de santé, nationale comme régionales, et bénéfique à la performance globale de sécurité sanitaire.
- [7] Si le champ de la sécurité sanitaire est celui qui, seul, a vu se mettre en place et s'affirmer avec le temps un réseau territorial étroitement lié à une agence sanitaire, l'InVS, c'est qu'il présente des caractéristiques qui, plus que d'autres, légitiment une étroite imbrication des compétences nationales d'une agence et des compétences généralistes des ARS.
- [8] Dans ce secteur, en dépit de l'esprit même de la création des ARS⁴, l'hétérogénéité des approches régionales se justifierait difficilement et pourrait être dangereuse ou, à tout le moins, contre-productive : la prise en charge d'un risque se doit d'être conforme aux standards les plus récents et n'a pas à s'accommoder de variantes. Il apparaît essentiel de disposer non seulement d'une étroite coordination nationale - c'est le rôle du département des urgences sanitaires (DUS) de la Direction générale de la santé - mais aussi d'une unité d'approche scientifique et méthodologique basée sur des connaissances constamment actualisées, qui relève de l'agence d'expertise nationale et est relayée en proximité et en temps réel par les CIRE.

³ La loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 précisait en son article 79 que l'Institut "dispose de délégués territoriaux". Ceux-ci ne verront jamais le jour et cette disposition sera abrogée par la loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique.

⁴ Les différences d'approche régionales sont intrinsèquement liées au modèle même de l'ARS.

- [9] Dans d'autres sujets, dont la prévention, dont le rythme est au long cours, l'unité d'approche et l'apport d'expertise ne justifient pas une étroite imbrication fonctionnelle : des modes d'animation, réguliers et structurés, suffisent. Mais, dans le champ de la veille et de l'alerte, ce rôle peut difficilement être exercé du seul niveau national ; tant les risques de propagation nationale, que la nécessité d'agir dans l'immédiateté, imposent une accessibilité de l'expertise, une bonne connaissance des contraintes locales et une interaction sans délai qui est d'autant plus fructueuse et sûre que les équipes ont une habitude de travail en commun. Les « réunions flash », mises en place dans les plateformes qui fonctionnent bien, sont l'illustration de ces enjeux d'action rapide et de partage immédiat des enseignements de la science et du terrain.
- [10] Aussi, bien que certains acteurs régionaux estiment aujourd'hui pouvoir internaliser certaines des missions des CIRE et s'en passer, notamment en s'appuyant sur le seul Institut national, la mission estime que l'absence d'équipe dédiée aux missions d'épidémiologie d'intervention et de surveillance, comme la perte des contacts en proximité avec l'InVS fragiliseraient les politiques régionales et, en premier lieu, les politiques de veille et d'alerte. En partie préservées du flux de la gestion, et capables, par-là même, d'investir en connaissances et en compétences et de déployer des méthodologies rigoureuses, les cellules d'épidémiologie sécurisent les équipes des CVAGS. Un propos tenu par un responsable régional de la veille résume ce sentiment : « sans eux, nos pratiques seraient à risque ». Par ailleurs, le label "d'indépendance" accordé par le rattachement scientifique à l'InVS et apprécié des Directeurs généraux d'ARS constitue un atout précieux dans la gestion de dossiers sensibles : la perte d'une antenne implantée en leur sein rendrait, à cet égard, les ARS dépendantes d'un niveau interrégional ou national beaucoup moins disponible et rendrait ce soutien indépendant plus aléatoire.
- [11] Polymorphe, l'apport aux ARS d'une structure pilotée scientifiquement par l'InVS apparaît indéniable bien qu'encore optimisable, notamment par une implication plus grande de l'ARS en matière de programmation ou de pilotage des acteurs de l'observation.
- [12] De son côté, l'InVS a de plus en plus misé sur les CIRE pour garantir et amplifier l'exercice de ses propres missions de veille, de surveillance et d'alerte. L'existence d'un échelon territorial lui permet d'accroître les performances de ses dispositifs de surveillance. Les CIRE, intégrées aux points focaux régionaux, alimentent de façon majoritaire son activité de veille ; la formalisation progressive des circuits d'information comme la mobilisation fréquente du réseau facilitent un traitement efficace des alertes nationales. L'implantation régionale des CIRE permet enfin d'envisager des études ambitieuses pour améliorer les connaissances et éclairer les politiques de santé nationale ou régionales. L'absence de structure territoriale relayant les missions de l'Institut serait sans conteste préjudiciable à l'exercice de ses missions.

La préservation des atouts du système actuel pour la performance globale de sécurité sanitaire impose cependant de limiter les imperfections actuelles du dispositif juridique et administratif des CIRE.

- [13] Malgré sa valeur ajoutée généralement reconnue en termes de sécurité sanitaire, ce dispositif est, depuis quelques années, remis en question en raison des flottements autour du partage des tâches entre CIRE et CVAGS comme du fait de dysfonctionnements parfois induits par la gouvernance à deux têtes. Juxtaposant, sans les articuler, les dispositions relatives aux missions des ARS et de l'InVS, les textes actuels ne contribuent à clarifier ni les missions ni les responsabilités des différents acteurs. Ce flou est source d'inutiles tensions, accroissant les risques de redondance et générant pour les individus des craintes quant aux responsabilités encourues. Malgré la difficulté inhérente à l'exercice, il importe de clarifier missions et responsabilités d'acteurs inéluctablement solidaires dans l'activité de veille et d'alerte.

- [14] Il convient par ailleurs de simplifier la gouvernance des CIRE. Au moment où se créaient les ARS, s'est posée la question de leur devenir administratif et de leur positionnement dans le nouveau paysage régional. L'InVS s'est alors mobilisé pour obtenir leur rattachement intégral, mais la double gouvernance a été conservée. Elle s'est cependant complexifiée au fil du temps, et les concepts initiaux d'autorité hiérarchique des Directions régionales d'action sanitaire et sociale (DRASS) et fonctionnelle du Réseau national de santé publique (RNSP) se sont dilués au profit de notions de plus en plus confuses, et le copilotage nécessaire de ces structures s'est affaibli, avec une montée en puissance significative du pilotage scientifique mais aussi administratif de l'InVS. Les CIRE comportent enfin des personnels financés par l'InVS et des personnels financés par l'ARS. Cette dualité de statuts des personnels paraît aujourd'hui emporter plus d'inconvénients (notamment en matière de fonctionnement, de climat social et de pilotage des ressources) que d'atouts fonctionnels. La clarification du rattachement serait donc un progrès indéniable.
- [15] La mission a envisagé dans le rapport dédié aux CIRE plusieurs scénarios d'évolution. Elle privilégie ceux qui conservent la proximité étroite entre InVS et ARS, et a cherché à clarifier le partage des missions et des responsabilités, et à simplifier la gestion des CIRE notamment en préconisant un rattachement unique des personnels, soit aux ARS, devenant ainsi le relais de l'InVS en région, soit à l'InVS, prolongeant un mouvement d'arrimage croissant des CIRE à l'Institut.
- [16] En dépit de la simplification administrative apportée, de surcroît cohérente avec le primat du pilotage régional par l'ARS, et de son efficacité peut-être supérieure, le scénario faisant des ARS le relais de terrain de l'InVS ne paraît pas offrir toutes les garanties nécessaires au déploiement optimal de l'expertise.
- [17] La mission a donc retenu in fine le scénario du rattachement des personnels à l'InVS, tout en cherchant à revitaliser le copilotage par les ARS qui paraît indispensable à la cohérence fonctionnelle du dispositif et à la pleine mise à profit des atouts apportés par les CIRE pour l'ensemble des politiques de santé (veille certes, mais aussi prévention ou organisation des soins). Il paraît garantir un point d'équilibre optimal entre consécration du pilotage régional des politiques de santé par l'ARS et performance globale de sécurité sanitaire. Il tire la conséquence du positionnement de l'ARS en affirmant clairement sa responsabilité de première ligne dans le traitement, de bout en bout, des signaux parvenus à la plateforme régionale. Ce principe doit être inscrit dans la loi comme doit l'être l'existence des CIRE, cellules de l'InVS en région. La mise en œuvre du transfert des effectifs doit mettre à profit la réorganisation plus profonde induite par la réforme territoriale qui peut permettre des gains d'efficacité. Elle doit s'appuyer sur un modèle argumenté de définition de la masse critique d'une CIRE.

L'apport du nouvel Institut dans les domaines de la prévention passe plutôt par un renforcement des liens entre Institut national et ARS.

- [18] Le champ de la prévention et de la promotion de la santé⁵ offre à l'heure actuelle une configuration bien différente et plus ouverte que le domaine structuré de la veille. Tant ses caractéristiques que la répartition plus aisée des rôles entre ARS et agence nationale incitent à développer un raisonnement différent. Les caractéristiques fortes de ce champ (temps long du déploiement et de l'impact, interventions mobilisant l'ensemble des territoires et des domaines de l'action publique, importance et diversité des acteurs associatifs et de terrain dans la mise en œuvre d'une politique moins régaliennne que la sécurité sanitaire) rendent moins impérative une interaction en proximité et, par conséquent, plus contestable toute création institutionnelle qui fragiliserait une politique qui se doit d'être unitaire et continue, pilotée fortement par le responsable régional des politiques de santé.

⁵ Voir la définition des différents concepts en page 27 de ce rapport.

- [19] La logique même de la loi HPST visant à garantir à une même autorité l'ensemble des leviers nécessaires pour conduire une politique de santé ambitieuse, en décloisonnant soins et prévention, en créant les lieux - commission de coordination des politiques de prévention - et les leviers financiers - fongibilité asymétrique - pour conforter les politiques de prévention, conduit à ce qu'aucune initiative ne soit prise qui puisse fragiliser la montée en puissance encore nécessaire des ARS en faveur de la prévention, et que le nouvel Institut appuie directement, sans intermédiaire, les ARS elles-mêmes.
- [20] Les attentes des ARS sont fortes à l'égard du nouvel Institut : elles portent sur l'élaboration et la diffusion de données probantes sur les actions efficaces, la construction de programmes opérationnels et de stratégies d'intervention à l'efficacité avérée, l'appui en matière d'évaluation et de recherche interventionnelle. Elles expriment aussi le besoin d'une meilleure articulation sur les grandes campagnes nationales de communication conçues par l'Institut.
- [21] Ces attentes sont d'autant plus vives que les relations actuelles entre INPES et ARS paraissent, de l'avis de tous, insuffisantes. La création des ARS n'a pas significativement modifié le positionnement de l'Institut, alors même que son contrat d'objectifs et de performance (COP) prévoyait le développement de son rôle de référent pour les ARS. Ce rôle devait passer par le renforcement des compétences des acteurs de terrain et par la définition d'une offre de services destinée aux ARS. Bien que certains reconnaissent l'expertise de l'INPES et l'intérêt de différents outils, la relation est cependant souvent jugée lointaine. Ce constat surprend alors que des instruments juridiques de coordination sont en place. Ainsi, en janvier 2012, l'INPES a conclu une convention cadre avec le Secrétariat général du ministère chargé des affaires sociales (SGMAS) et la DGS « relative aux modalités d'appui de l'INPES vis-à-vis des ARS » dont les éléments paraissent conformes aux attentes exprimées.
- [22] Les responsables des directions de l'INPES déplorent également la faiblesse de leurs relations avec les ARS et forment le vœu que la mise en place du futur Institut permette l'instauration de meilleures bases. La mise en place de relations fructueuses entre Institut national et ARS est, de fait, un corollaire indispensable de l'absence de création d'un échelon territorial dans ce champ. L'absolue nécessité d'une meilleure compréhension réciproque des besoins des uns et des autres impose qu'un protocole de coordination national cadre les relations du futur Institut avec les ARS et qu'il bénéficie d'échanges périodiques entre ses services et les responsables des directions des ARS en charge de la santé publique. C'est, d'ailleurs, un besoin exprimé très clairement par les équipes de terrain des ARS. La consolidation et la simplification des relations entre les agences nationales et les ARS est un sujet qui dépasse l'Institut de santé publique, mais est un préalable à une action commune efficace au profit de la prévention, comme de la veille ou de la défense sanitaires.
- [23] Insuffisamment articulé avec les ARS, l'INPES a de surcroît complexifié le jeu régional des acteurs en labellisant des pôles régionaux de compétence (PRC) en éducation et promotion de la santé, dont le bilan est très mitigé. Le pilotage, le financement et le cadrage national des PRC et l'insuffisante association des ARS comme la lourdeur de procédures de financement et d'évaluation, s'ajoutant souvent aux exigences de l'ARS pour les crédits délégués par elle, ont conduit à une grande complexité et à un manque de lisibilité dont se plaignent les acteurs. La fréquente superposition des missions des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et des PRC doit en outre inciter à préciser le rôle de ces associations régionales qui constituent souvent un interlocuteur privilégié pour les ARS. Il apparaît à la mission que le nouvel Institut ne doit plus s'immiscer de cette façon dans l'organisation régionale des acteurs et doit privilégier une posture d'expert national produisant, diffusant les savoirs et animant leur appropriation par l'ensemble des acteurs.

- [24] L'amélioration de l'action publique en prévention et en promotion de la santé appelle donc de nouvelles relations entre les acteurs et une animation territoriale dynamisée. Ceci ne nécessite ni la création d'une structure supplémentaire ni la mise en place, au sein ou à côté des ARS, d'une entité spécifiquement rattachée au futur Institut mais une définition plus précise des missions de chaque institution et l'établissement entre elles de liens plus fructueux.
- [25] Pour impulser des politiques de prévention ambitieuses et efficaces, les ARS doivent disposer de référentiels et d'outils méthodologiques fiables, élaborés et diffusés par le futur Institut. De leur côté, les effecteurs qui constituent « la première ligne » ont besoin de recourir à l'appui méthodologique que fournissent les acteurs de « la seconde ligne » et tout particulièrement les IREPS ; encore faut-il que ces dernières puissent trouver au niveau national les données et supports dont elles ont besoin pour intervenir efficacement en soutien aux initiatives locales. L'élévation du niveau d'expertise des acteurs, notamment des ARS et des IREPS, constitue donc une mission majeure pour le futur Institut. Il lui revient comme garant de la qualité des actions conduites, d'identifier, d'analyser et de synthétiser toute la production française et internationale relative aux données probantes et aux interventions efficaces, pour la transformer en stratégies d'intervention opérationnelles qui donneront lieu à autant de référentiels de formation ou d'outils de déclinaison. Il lui appartient aussi de favoriser la remontée et le partage des savoirs « expérientiels » des acteurs de terrain, de travailler à la « transférabilité » des enseignements de ces expériences, de contribuer au développement de la recherche interventionnelle.
- [26] Il n'est pas souhaitable en revanche que son positionnement puisse le conduire à interférer avec l'action régionale des ARS. L'ordonnance en cours de rédaction sur les missions du nouvel Institut doit, à cet égard, être rédigée de façon à éviter les chevauchements de compétences et à affirmer son rôle de référence et d'animation nationales.
- [27] Dans le schéma où le futur Institut met à disposition l'expertise nécessaire à des interventions efficaces et où les ARS déterminent les priorités régionales et pilotent les acteurs, les IREPS (ou les institutions qui leur sont assimilées) peuvent jouer un rôle irremplaçable en renforçant leurs compétences sur un domaine précisément circonscrit : l'appui méthodologique, la diffusion de la connaissance et des outils, l'aide au montage, à la conduite et à l'évaluation des projets. De fait, la mission première des IREPS paraît d'être en partenariat avec les ARS pour adapter aux contextes régionaux les informations et les outils produits par le futur Institut. Un travail d'appropriation des connaissances nationales demeurera toujours nécessaire, et prioritairement au sein des ARS. Ensuite, les stratégies d'intervention doivent également prendre en considération l'analyse des forces et faiblesses du contexte. Pour tout ceci, l'ARS doit pouvoir s'appuyer sur un partenaire méthodologiquement armé. La deuxième mission des IREPS est d'être, en tant que plateformes-ressources, à l'interface des ARS et des promoteurs locaux pour garantir la qualité des projets.
- [28] La consécration d'un tel rôle suppose que les relations entre l'ARS et l'IREPS mais également entre cette dernière et les acteurs locaux s'établissent dans la clarté. Pour ce faire, l'IREPS ne doit pas se situer sur le même terrain que les autres associations de prévention, afin d'éviter toute concurrence délétère. D'abord, il paraît opportun de mettre fin aux activités des PRC ; ensuite, les IREPS devraient, dans la mesure du possible, être entièrement dédiées aux fonctions de deuxième ligne et ne plus intervenir en tant qu'effecteurs d'actions pour éviter un positionnement ambivalent.
- [29] Au niveau national, la production du nouvel Institut va à la fois nourrir la fonction de pilotage régional dévolue aux ARS et la fonction de référent méthodologique régional qui appartient aux IREPS ; localement, une relation de grande proximité doit exister entre ARS et IREPS pour élever le niveau de qualité des actions locales. Pour organiser dans la clarté la relation Institut, ARS, IREPS, un dispositif conventionnel tripartite devrait être mis en place

- [30] En ce qui concerne le troisième domaine d'intervention du futur Institut, la défense sanitaire, moins approfondi par la mission, il apparaît également souhaitable de renforcer mais aussi de rééquilibrer la relation actuelle entre l'EPRUS et les ARS. Il importe aussi de mettre à profit la fusion pour ouvrir ces sujets et l'animation consécutive des équipes en charge de la défense sanitaire et de la gestion de crise des ARS vers une meilleure articulation avec la veille et la communication en direction du grand public.
- [31] Structure créée avec une finalité essentiellement nationale, l'EPRUS répond au besoin de rassembler au sein d'un même opérateur les capacités de réponse sanitaires humaines et matérielles de l'État en cas de crise sanitaire d'ampleur. C'est d'abord la relation avec le niveau national qui a par conséquent été pensée, notamment au travers d'une convention nationale de 2009. Contrairement à ce qui a été mis en place pour la veille sanitaire, avec des CIRE distinctes des ARS, mais fonctionnellement imbriquées avec celles-ci, ou pour la prévention et la promotion de la santé, avec des liens surtout tissés avec un réseau associatif important, la défense sanitaire n'a pas fait l'objet d'une organisation territoriale spécifique après la création de l'EPRUS. C'est donc l'ARS, et plus spécifiquement, l'ARS "de zone", qui est l'interlocuteur direct de l'EPRUS en région, et qui a conventionné avec lui. Les sept ARS de zone métropolitaines ont, en général, créé un service en charge de la défense sanitaire, souvent intégré à la direction de la santé publique (DSP) aux côtés de la plateforme de veille. Ces cellules se sont également développées dans les autres ARS. Elles sont chargées de l'élaboration des différents "plans d'intervention", et sont les correspondants des ARS de zone.
- [32] Alors que les premières circulaires ont mis l'accent sur "l'appui" que devaient apporter les ARS au nouvel établissement, les textes ont évolué et traitent désormais plus du "soutien" que l'EPRUS doit apporter aux ARS. Si les textes prévoient ainsi une montée en charge de l'appui de l'EPRUS aux ARS, et si toutes les ARS semblent satisfaites du rôle d'interface joué par les ARS de zone, il est apparu à la mission que les liens ARS/EPRUS, y compris dans les zones de défense, devaient être étoffés. Dans la perspective de la création de nouvel Institut, les liens que l'EPRUS entretient avec les ARS pourraient par ailleurs être consolidés pour tenir compte d'un "continuum" entre les missions d'appui à la gestion de crise de l'EPRUS et les missions exercées aujourd'hui par l'INPES et l'InVS.
- [33] L'EPRUS ne serait plus vu uniquement comme un établissement "gestionnaire" chargé de fournir des ressources humaines et des produits en cas de crise, mais aussi comme un réel "fournisseur d'expertise", dans l'esprit du décret de 2013 qui créait en son sein des commissions destinées à émettre des recommandations sur l'organisation de la gestion de crise et la formation. En animant le réseau des ARS et par des formations régulières sur la gestion de crise, l'EPRUS devrait développer ce rôle d'expert. Renover l'articulation des relations EPRUS/ARS devrait également amener à réfléchir sur le devenir de la réserve sanitaire : la décision de mobilisation pourrait être à terme dévolue aux ARS, en lien avec l'EPRUS, de façon à ce que celles-ci puissent avoir une véritable vision des ressources sur leur territoire.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION	13
1 UN CONTEXTE ET DES ENJEUX TRES DIFFERENTS POUR LES TROIS DOMAINES D'INTERVENTION DU FUTUR INSTITUT	15
1.1 UNE ORGANISATION PERFECTIBLE MAIS GARANTISSANT D'ORES ET DEJA L'APPORT DE L'INVS AUX ARS EN MATIERE DE VEILLE ET ALERTE	15
1.1.1 Un réseau de CIRE garantissant l'apport de l'InVS aux ARS et confortant l'exercice des missions nationales de veille et alerte	16
1.1.1.1 Une contribution aux politiques régionales dont la perte serait problématique	16
1.1.1.2 Un rôle de plus en plus marqué dans la veille et la surveillance nationales a conduit à arrimer plus fortement les CIRE à l'InVS	20
1.1.2 Un dispositif qui doit cependant évoluer pour réduire les points de friction	22
1.1.2.1 Des difficultés de fonctionnement occasionnées par l'insuffisante clarté des missions et des responsabilités	22
1.1.2.2 Un modèle administratif à simplifier sans renoncer à un véritable co-pilotage.....	24
1.2 UN DEFICIT D'EXPERTISE ET D'ANIMATION EN PREVENTION/PROMOTION DE LA SANTE 27	
1.2.1 Un domaine méritant une structuration dans la durée et qui représente un enjeu majeur de montée en puissance pour les ARS.....	28
1.2.1.1 Une politique au long cours reposant sur une grande diversité d'acteurs.....	28
1.2.1.2 Un champ d'action qui doit demeurer prioritaire pour les ARS	31
1.2.2 Des relations trop ténues entre ARS et INPES, et un positionnement à clarifier avec le réseau associatif.....	33
1.2.2.1 Une collaboration insuffisamment dynamique entre ARS et INPES	33
1.2.2.2 Une intervention nationale source de confusion auprès des acteurs régionaux de la prévention	34
1.2.3 Un besoin d'expertise et de cohérence plus que de structuration territoriale nouvelle.....	35
1.2.3.1 Un élan décisif attendu pour l'expertise en prévention/promotion de la santé	36
1.2.3.2 Une meilleure coordination souhaitée sur les grandes campagnes	37
1.2.3.3 Une clarification du jeu des acteurs sur le territoire régional.....	38
1.3 UNE RELATION PEU NOURRIE ENTRE EPRUS ET ARS.....	38
1.3.1 Un établissement de "gestion" créé pour répondre d'abord à un besoin national.....	39
1.3.2 Une organisation territoriale non spécifique et des textes qui sont passés d'une notion d'appui des ARS à l'établissement à celle d'un soutien de l'établissement aux ARS	41
1.3.2.1 Une mission originelle "d'appui" des ARS à l'EPRUS prévue par les textes qui n'a pas mené à une organisation territoriale spécifique.....	41
1.3.2.2 L'évolution des textes pour prendre en compte de façon plus significative le besoin des ARS	45
1.3.3 Des liens ARS / EPRUS à renforcer sur la gestion de crise, voire au-delà.....	46
1.3.3.1 Des liens peu développés.....	46
1.3.3.2 Des liens à renforcer au-delà de la gestion de crise.....	47

2	UNE STRUCTURATION TERRITORIALE ALLANT AU-DELA DES CIRE N'EST PAS SOUHAITABLE SOUS RESERVE DE DYNAMISER LES RELATIONS ENTRE AGENCE NATIONALE ET ARS.....	48
2.1	UN PREALABLE : FACILITER LES RELATIONS ENTRE AGENCES NATIONALES ET ARS.....	49
2.2	LES EXIGENCES DE SECURITE SANITAIRE MILITENT POUR UN MAINTIEN D'UNE ARTICULATION TERRITORIALE ETROITE ENTRE AGENCE NATIONALE ET ARS DANS LE CHAMP DE LA VEILLE	51
2.2.1	Les enjeux de réactivité et d'unité d'approche propres à la sécurité sanitaire justifient le maintien d'une organisation <i>ad hoc</i> conciliant cohérence scientifique nationale et gestion régionale.....	51
2.2.2	Un scénario faisant des ARS le relai de terrain de l'InVS n'offre pas toutes les garanties nécessaires au déploiement optimal de l'expertise	52
2.2.3	Le scénario privilégié par la mission cherche à clarifier les responsabilités, simplifier la gestion et garantir un équilibre entre performance globale de sécurité sanitaire et pilotage régional des politiques de santé	54
2.2.3.1	Les grandes lignes de l'organisation préconisée.....	54
2.2.3.2	Les conditions concrètes de déploiement.....	56
2.3	L'APPORT DU NOUVEL INSTITUT DANS LES DOMAINES DE LA PREVENTION ET DE LA GESTION DE CRISE PASSE PLUTOT PAR UN RENFORCEMENT DES LIENS ENTRE AGENCE NATIONALE ET ARS.....	57
2.3.1	Une relation renforcée entre l'Institut national, les ARS et les IREPS qui doit conforter l'implication des ARS dans le pilotage de la politique de prévention et de promotion de la sante.....	57
2.3.1.1	Une mission majeure pour le futur Institut : l'élévation du niveau d'expertise des acteurs.....	58
2.3.1.2	Un rôle de pilotage dévolu aux ARS qu'il s'agit de renforcer.....	62
2.3.1.3	Les IREPS, positionnées en 2 ^{ème} ligne pour garantir la qualité des projets locaux	66
2.3.1.4	La nécessité d'une précision des missions dans la future ordonnance et d'un système conventionnel qui donne vie à une relation renforcée entre le futur Institut, les ARS et les IREPS	69
2.3.2	Dynamiser la relation nouvel Institut-ARS dans le champ de la défense sanitaire et l'articuler aux autres domaines (prévention et veille)	70
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	73
	LETTRE DE MISSION.....	77
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	79
	SIGLES UTILISES	119

INTRODUCTION

- [34] Par lettre de mission du 1er octobre 2014, la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a confié à l'IGAS une mission d'évaluation des Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) et de proposition d'évolution. Il s'agit d'évaluer le dispositif actuel et ses forces et faiblesses, notamment au regard du positionnement des CIRE vis-à-vis des agences régionales de santé (ARS) et de leurs missions, et de faire des propositions de réorganisation. La lettre de mission élargit le champ d'investigation de la mission en ses dernières lignes, puisqu'elle évoque la création du nouvel Institut de santé publique résultant de la fusion⁶ de l'Institut de veille sanitaire (InVS), autorité scientifique des CIRE, de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et de l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS), et la question de son organisation territoriale, au-delà donc des seules missions de veille et d'alerte, et du seul champ des CIRE. La lettre de mission souligne que cet élargissement doit conduire à repenser l'articulation entre ce nouvel établissement national et les ARS et à questionner la pertinence du modèle positionnant les antennes avancées d'un établissement national au sein des ARS.
- [35] Au vu de l'importance du champ de la lettre de mission, il a été proposé au cabinet de la Ministre, qui l'a accepté, de produire d'abord un bilan et des propositions concernant les CIRE, qui font l'objet d'un premier rapport (Tome 1 et trois annexes), puis d'insérer cette réflexion sur la veille et l'alerte dans un travail plus global concernant l'organisation territoriale globale du nouvel Institut, qui fait l'objet du présent rapport (Tome 2 et une annexe). Les deux phases constituent néanmoins un ensemble indissociable : le bilan des CIRE nourrit le jugement sur d'éventuelles antennes avancées élargies et à l'inverse, la réflexion sur la refondation nécessaire des liens entre agence nationale et ARS aurait pu remettre en cause l'existence même des CIRE.
- [36] La mission composée pour cette seconde phase d'Anne BURSTIN, Marie DAUDE et Stéphane PAUL a effectué neuf déplacements. Les premiers correspondant à la première phase d'investigation ont surtout été focalisés sur la veille et l'alerte (sept CIRE rencontrées), les seconds plus axés sur les questions de prévention et de promotion de la santé (quatre rencontres avec le réseau d'éducation pour la santé ou d'autres associations locales de prévention). Les questions de défense sanitaire ont été abordées avec l'EPRUS et dans plusieurs déplacements, mais de façon moins approfondie. Au total, la mission aura échangé sur l'un ou l'autre champ avec onze ARS⁷. Elle s'est attachée, tout au long de ses investigations, à prendre en compte les perspectives de la réforme territoriale⁸ en cours et les travaux menés par François Bourdillon, directeur général de l'InVS et préfigurateur du futur Institut⁹.

⁶ L'article 42 du projet de loi santé dont l'examen en première lecture à l'Assemblée Nationale a débuté le 31 mars prévoit cette fusion et renvoie ses modalités à une ordonnance. Cette création devrait être effective pour le premier semestre 2016.

⁷ Ile-de-France, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Franche-Comté, Bourgogne, Alsace, Lorraine. Ont été par ailleurs rencontrés à Paris les DG des ARS des DOM, le DG de l'ARS de Corse, la DG de l'ARS Pays de la Loire, et les directeurs de la santé publique des ARS Picardie et Bretagne.

⁸ Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral. La loi substitue à compter du 1er janvier 2016 aux 22 régions métropolitaines existantes 13 régions, constituées par l'addition de régions, sans modification des départements qui les composent. Une mission inter-inspections a été mandatée par lettre du Premier Ministre en date du 18 septembre 2014, afin de définir les grandes lignes de cette nouvelle organisation et de déterminer la méthode de conduite de la réforme.

⁹ Lettre de mission de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, en date du 25 septembre 2014. Un premier rapport d'étape devait être rendu fin mars 2015, le rapport final de préfiguration étant attendu pour fin juin. Afin de garantir l'échange d'informations nécessaire à la progression tant des travaux de préfiguration que des réflexions de la mission IGAS, plusieurs points intermédiaires ont été organisés avec F Bourdillon.

- [37] A l'issue de ces déplacements et de nombreuses rencontres collectives (bureau et séminaire des directeurs généraux d'ARS, club veille et sécurité sanitaire (club "VSS"), comité de direction du Département de coordination des alertes et des régions (DCAR) de l'InVS réunissant l'ensemble des responsables de CIRE...), institutionnelles (InVS, INPES, EPRUS, Direction générale de la santé (DGS), Secrétariat Général du ministère des affaires sociales (SGMAS)...), ou individuelles, la mission estime que le contexte et les enjeux très différents des domaines de compétences du nouvel Institut justifient que des solutions organisationnelles distinctes soient adoptées (I). Qu'une organisation territoriale allant au-delà des actuelles CIRE n'est pas souhaitable sous réserve de dynamiser la relation entre l'agence nationale et les ARS (II).
- [38] Le rapport sur les CIRE qui fait l'objet d'un premier tome comprend trois annexes, le présent rapport comprend une annexe sur la prévention-promotion de la santé.

1 UN CONTEXTE ET DES ENJEUX TRES DIFFERENTS POUR LES TROIS DOMAINES D'INTERVENTION DU FUTUR INSTITUT

[39] Pour répondre à la question de l'organisation territoriale future du nouvel Institut de santé publique, la mission devait conformément à sa lettre de mission :

- Tirer les enseignements d'une organisation structurée de longue date et progressivement confortée, celle des CIRE.
- Confronter ces enseignements à l'esprit des textes qui, depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009¹⁰ créant les ARS jusqu'à l'actuel projet de loi de santé, témoignent d'une volonté forte de consolidation du pouvoir régional transversal de ces agences. Chargées d'élaborer une politique régionale de santé cohérente et performante, elles doivent, pour ce faire, conjuguer tous les leviers à leur disposition et par conséquent en disposer sans concurrence. La logique de la réforme est donc de préserver l'unité d'action régionale et de ne pas prendre le risque de l'émiettement (cf. 2 *infra*). Avant même les ARS, une organisation similaire à celle des CIRE reposant sur des délégués de l'INPES avait d'ailleurs été écartée dans le champ de la prévention¹¹.
- Apprécier, dans ce contexte, l'opportunité de structures déconcentrées du nouvel Institut, et, tout particulièrement, de mesurer à quel point le bilan des CIRE justifiait, ou non, qu'une exception soit posée et que l'existant soit au moins partiellement conservé.

[40] Chacun des domaines du nouvel Institut présente aujourd'hui une structuration différente, marquée par l'histoire mais aussi par ses caractéristiques propres qui légitiment plus ou moins la nécessité d'une implantation institutionnelle régionale. En partant d'une "table rase", peut-être aurait-il paru judicieux d'appliquer à tous les domaines d'intervention un raisonnement homothétique... Pourtant, si le champ de la sécurité sanitaire est celui qui, seul, a vu se mettre en place et s'affirmer avec le temps un réseau territorial étroitement lié à une agence sanitaire, l'InVS, c'est que ce domaine présente des caractéristiques qui, plus que d'autres, légitiment une étroite imbrication des compétences nationales d'une agence et des compétences généralistes des ARS.

1.1 Une organisation perfectible mais garantissant d'ores et déjà l'apport de l'InVS aux ARS en matière de veille et alerte

[41] Depuis le début des années 1990, le champ de la veille et de l'alerte comporte un acteur atypique, implanté fonctionnellement au sein des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), puis des ARS, mais piloté scientifiquement, et de plus en plus administrativement, par une agence nationale d'expertise, RNSP¹² puis InVS : les cellules interrégionales d'épidémiologie d'intervention, aujourd'hui plus souvent qualifiées de cellules de l'InVS en région.

¹⁰ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST.

¹¹ La loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 précisait en son article 79 que l'Institut "dispose de délégués territoriaux". Ceux-ci ne verront jamais le jour et cette disposition sera abrogée par la loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique.

¹² En juin 1992, le Réseau national de santé publique (RNSP), groupement d'intérêt public entre l'Etat, l'INSERM et l'Ecole Nationale de santé Publique, est créé afin de coordonner, d'animer et de renforcer les activités de surveillance et d'intervention épidémiologiques des organismes en charge de la politique de santé publique. L'arrêté du 17 juin 1992 qui crée le GIP en portant approbation de sa convention constitutive précise qu'il a "pour mission générale d'améliorer la connaissance, l'observation et la surveillance épidémiologique ainsi que de développer l'aide à la décision pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique". Cette mission s'exerce dans deux domaines prioritaires de santé publique : les maladies transmissibles et la santé environnementale.

[42] A la charnière entre une agence nationale d'expertise et des agences régionales, les CIRE illustrent tous les défis de l'articulation quotidienne entre des compétences nationales et des compétences régionales insuffisamment clarifiées et posent question depuis des années. Pourtant, pour la mission, le bilan de leur valeur ajoutée paraît l'emporter sur les dysfonctionnements et les irritations occasionnés par la dualité d'acteurs. L'étroite intrication territoriale entre les acteurs paraît en effet productive pour la conduite des politiques de santé nationale comme régionales et bénéfique à la performance globale de sécurité sanitaire dans un secteur où, moins que dans d'autres, l'hétérogénéité des approches régionales se justifie.

[43] Cette sous-partie 1.1 constitue une synthèse du bilan plus approfondi présenté dans le tome précédent "Bilan et perspectives des CIRE", auquel il convient de se reporter pour une analyse complète du dossier des CIRE.

1.1.1 Un réseau de CIRE garantissant l'apport de l'InVS aux ARS et confortant l'exercice des missions nationales de veille et alerte

[44] Le point de départ de la lettre de mission de l'IGAS était l'avis unanime des acteurs (InVS, ARS, Ministère de la santé) quant à la nécessité d'évaluer un modèle dont il paraissait acquis qu'il doive évoluer en dépit d'une contribution incontestée des CIRE à la veille et à la surveillance sanitaires. Posant des questions concrètes d'articulation au quotidien entre CIRE et cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS), et de pilotage de structures aux effectifs partagés et soumises à une double autorité, scientifique de l'InVS et administrative des ARS, le modèle administratif des CIRE paraissait par trop dérogatoire et instable. Le bilan réalisé par la mission se devait toutefois d'apprécier dans quelle mesure l'apport fonctionnel des CIRE et les enjeux propres à la veille et l'alerte justifiaient l'atypie d'un montage administratif dérogeant aux règles classiques d'organisation et s'il était, en définitive, préférable de l'amender ou de le refondre plus radicalement.

[45] Le bilan fonctionnel présenté plus complètement dans le rapport "Bilan et perspectives des CIRE" et son annexe 2 "Activité des CIRE" met, tout d'abord, en lumière, la nécessité d'examiner l'intérêt de ce montage conjointement pour les ARS et pour l'InVS : dès leur création en 1995, les CIRE venaient en effet "renforcer les capacités de surveillance et d'intervention des services déconcentrés", mais aussi, "démultiplier le caractère opérationnel du RNSP"¹³. Elles furent d'emblée positionnées à la charnière de deux acteurs, devant bénéficier à l'un comme à l'autre, et toute évolution éventuelle doit considérer l'impact sur chacun, au risque sinon de menacer sa performance. L'état des lieux souligne la réalité de l'apport actuel aux ARS et le caractère de plus en plus important de ce réseau pour les missions de l'InVS.

1.1.1.1 Une contribution aux politiques régionales dont la perte serait problématique

[46] Les CIRE contribuent de façon évidente et prééminente aux politiques régionales de sécurité sanitaire par leur insertion au sein des plateformes régionales de veille ou leurs travaux d'études sur des sujets relatifs à la veille (sites pollués, clusters de cancers ...). Elles ont également, au travers des dispositifs de surveillance qu'elles animent et exploitent, un apport parfois mésestimé aux politiques régionales de prévention voire d'organisation des soins.

¹³ Circulaire DGS-DAGPB n°16 du 28 février 1995 qui donne les résultats de l'appel d'offre lancé en 1994 auprès des DRASS.

- [47] Les plateformes régionales de veille, qui regroupent la CIRE et la CVAGS pour traiter les signaux parvenus à un point focal régional les centralisant, ont constitué une étape importante dans le renforcement et la professionnalisation de la veille sanitaire en région, et dans son prolongement, dans l'optimisation des organisations de gestion de crise. Les bénéfices propres de la régionalisation et de l'instauration d'un point focal sont réels. Mais les interlocuteurs s'accordent à reconnaître que l'appui des professionnels de la CIRE désormais directement placés au même niveau territorial que les services chargés de coordination de la veille a contribué à cette réactivité et à cette professionnalisation.
- [48] Leur proximité a permis, pendant la phase de montée en charge, de faire face à la masse des signaux reçus : en routine, les CIRE contribuent à instruire environ 20 % des signaux susceptibles de constituer une menace sanitaire¹⁴, et se focalisent sur les cas complexes, inhabituels ou émergents ainsi que sur les alertes d'ampleur nationale.
- [49] Les CIRE ont aussi contribué à la formalisation des processus de fonctionnement des plateformes et à la montée en compétences d'une partie des équipes des CVAGS. Conformément à leur professionnalisme propre, elles ont outillé les plateformes (questionnaires d'investigation, méthodologies et outils informatisés d'enquêtes...) et se sont souvent beaucoup impliquées dans la rédaction de conduites à tenir face aux différents types de signaux, profitant de cette protocolisation pour décliner les principes scientifiques et méthodologiques dont elles sont les garantes. A côté des professionnels expérimentés des CVAGS, les équipes des CIRE ont pris part à la formation des professionnels d'astreinte ou des nouveaux venus à la veille, la nécessité de disposer de plusieurs lignes de veille ayant parfois conduit à un élargissement du vivier au-delà des fonctionnaires rodés à l'exercice.
- [50] Au-delà de cette participation à la structuration des plateformes régionales, l'apport des CIRE aux ARS se décline dans leurs trois activités principales que sont la surveillance, en général légèrement dominante, sauf dans quelques grandes régions (Ile de France, Rhône-Alpes), la veille et l'alerte et enfin les études. Il est naturellement dépendant du dynamisme de la CIRE, faute duquel sa contribution peut en effet paraître insuffisante et conduire à une remise en cause de l'intérêt de la dualité d'acteurs au sein des plateformes régionales de veille et d'alerte. Dans quelques régions visitées ou auditionnées par la mission, un constat de valeur ajoutée faible a parfois été porté, en lien notamment avec des CIRE aux équipes affaiblies. Mais, en dépit de quelques frictions ou insatisfactions ponctuelles, les acteurs des ARS ont, le plus souvent, mis en avant l'apport des épidémiologistes des CIRE.
- [51] Le rapport dédié aux CIRE détaille les facettes de leur valeur ajoutée pour les politiques régionales. De façon synthétique, on peut noter ici que :
- Dans le champ de la veille et de l'alerte : la rigueur des méthodes épidémiologiques proposées et l'apport de connaissances pointues accroissent les chances d'élucidation des causes de l'alerte, ce qui est source, sur le moyen terme, d'efficacité plus grande dans la maîtrise des risques, mais, aussi, parfois d'une efficacité supérieure des acteurs. Différents cas soumis à la mission ont montré que l'implication précoce de l'équipe d'épidémiologistes permet parfois d'éviter des décisions de gestion inopportunes¹⁵. Les synergies entre veille et surveillance permettent en outre de mettre en perspective des signaux apparemment isolés et de repérer plus précocement les cas groupés et les menaces. Au-delà des apports intellectuels et méthodologiques, la mobilisation du réseau des CIRE et la cascade de renforts organisée par le DCAR constituent un appui précieux pour les régions confrontées à une alerte d'ampleur (Ex fréquent des Antilles, mais aussi des régions confrontées plus ponctuellement à des émergences).

¹⁴ Cf l'analyse de l'activité dans l'annexe 2 du rapport dédié au Bilan et perspectives des CIRE.

¹⁵ Ainsi, l'exemple, cité par une CIRE, de la décision de l'ARS de lancer une campagne de vaccination consécutive suite à une alerte d'hyperendémie d'infection invasive à méningocoque B. L'intervention, dans un second temps seulement, de la CIRE a conduit à l'annulation de l'arrêt initial d'extension de la zone de vaccination, les investigations plus approfondies ayant montré que la souche en cause n'était pas éligible à la vaccination.

- [52] Dans le champ de la surveillance, la capacité des systèmes pilotés par l'InVS à orienter et évaluer les politiques conduites régionalement est réelle¹⁶ et a profité d'un mouvement accentué de régionalisation des dispositifs destiné à la fois à fiabiliser les données mais aussi à potentialiser leur apport pour les décideurs régionaux. « La régionalisation de la surveillance épidémiologique » constitue l'une des priorités stratégiques de l'InVS, inscrite dans l'orientation stratégique n°2 du Contrat d'objectifs et de performance (COP), afin de « renforcer la sécurité sanitaire et d'être en capacité de produire les indicateurs utiles à la prise de décision locale »¹⁷.
- [53] Différentes expériences régionales soulignent le potentiel des données de surveillance pour guider les politiques de santé : le programme national de surveillance des Infections respiratoires aiguës (IRA) et Gastro-entérites aiguës (GEA) en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) mis en place par l'InVS à la demande du ministère de la santé est une illustration intéressante de cette valorisation possible. Il s'agit en quantifiant ces infections de concourir à une gestion appropriée par les établissements médico-sociaux, en leur permettant de mettre en place les mesures barrière nécessaires à prévenir l'extension de l'épidémie dès son signalement. Le bilan de ce programme en Bourgogne a montré que l'action conduite par les ARS et les ARLIN¹⁸ pour accompagner les enseignements de la surveillance avait conduit à une nette amélioration des pratiques et à une réduction des délais de déploiement des actions visant à limiter l'extension de l'épidémie. Dans d'autres régions, la régionalisation du suivi des maladies à déclaration obligatoire permet un suivi plus régulier de l'efficacité des politiques conduites (rougeole et vaccination ...).
- Qu'elles résultent d'une alerte initiale qui mérite des investigations prolongées, d'une saisine de l'ARS sur un sujet de préoccupation régionale ou de la déclinaison d'un programme national inter-CIRE, les études potentialisent pleinement la valeur ajoutée d'une structure adossée à une agence nationale d'expertise grâce à une forte implication des départements scientifiques de l'InVS auprès des cellules régionales, pour le pilotage parfois, pour la validation des travaux toujours. C'est dans cet exercice que joue le plus fortement l'indépendance de l'expertise utile au décideur local pour conforter ses positions face au préfet, aux élus ou aux associations et pour organiser une répartition de la parole dans les réunions publiques ou devant les media. Le domaine de la santé environnementale mobilise particulièrement les CIRE (sites pollués, clusters de cancers ...).
- [54] Les atouts de l'implantation au sein des ARS de l'antenne d'une agence nationale d'expertise ne sont pas tous valorisés de façon homogène au sein des ARS. Les équipes de veille et alerte sont très sensibles à l'appui méthodologique et scientifique, comme au renfort éventuel des épidémiologistes des CIRE. Les directions générales des ARS soulignent plus souvent l'intérêt d'avoir à leurs côtés un acteur pouvant se prévaloir de l'expertise indépendante de l'InVS dans des dossiers médiatiques ou sensibles politiquement. L'apport des dispositifs de surveillance pourrait être accru par un investissement plus systématique des ARS dans la programmation des CIRE et par son articulation au sein d'une politique régionale d'observation.

¹⁶ Par exemple dans le champ de la vaccination ou de la lutte contre le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

¹⁷ Note au Directeur général de la santé, 12 février 2015.

¹⁸ Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales.

- [55] Aujourd'hui, plusieurs acteurs participent à l'observation régionale : les CIRE, les services statistiques qu'ont confortés certaines ARS¹⁹ et les Observatoires régionaux de la santé mais aussi des acteurs divers comme la médecine scolaire ou les PMI²⁰... Il a semblé nécessaire à la mission que se structurent en région, autour de l'ARS, des "plateformes de l'observation", comme c'est déjà le cas en Picardie ou à la Réunion, ou qu'à tout le moins l'ARS renforce son pilotage, ce qui permettrait de coordonner les études produites et de mutualiser les données utilisées, afin venir en appui aux politiques régionales de santé. Le nouvel Institut devra être partie prenante de cette politique d'observation, dans la continuité de ce qui se fait aujourd'hui, la FNORS²¹ ayant signé une convention à la fois avec l'InVS²² et avec l'INPES²³. Cette contractualisation devra se faire en lien avec la DGS²⁴ et la DREES²⁵.
- [56] Bien que certains acteurs régionaux estiment aujourd'hui pouvoir internaliser certaines de leurs missions et se passer de CIRE en s'appuyant sur le seul Institut national, la mission estime que l'absence d'équipe dédiée aux missions d'épidémiologie d'intervention, de surveillance et d'études, comme la perte de contacts en proximité avec l'InVS, fragiliseraient les politiques régionales et en premier lieu les politiques de veille et alerte. En partie préservées du flux de la gestion et capables par-là même d'investir en connaissances et compétences et de déployer des méthodologies rigoureuses, les cellules d'épidémiologie sécurisent les équipes de CVAGS, a fortiori les moins expérimentés d'entre eux²⁶. Deux citations de responsables régionaux de la veille résument ce sentiment que l'absence de CIRE les exposerait : « sans eux, nos pratiques seraient à risque » ; « la CIRE est une structure qui sans arrêt nous interpelle, cela crée parfois du conflit mais *in fine* c'est nécessaire ». Par ailleurs, le label d'indépendance revêtu par le rattachement scientifique à l'InVS constitue un atout précieux dans la gestion de dossiers sensibles : la perte d'une antenne implantée en leur sein rendrait à cet égard les ARS dépendantes d'un niveau interrégional ou national beaucoup moins disponible et rendrait ce soutien indépendant plus aléatoire.
- [57] Polymorphe, l'apport aux ARS d'une structure pilotée scientifiquement par l'InVS apparaît indéniable bien qu'encore optimisable, notamment par une vigilance plus grande de l'ARS en matière de programmation ou de pilotage des acteurs de l'observation. Certains considèrent cependant qu'il s'agit d'un luxe que les institutions publiques ne peuvent plus s'offrir dans un contexte de ressources contraintes.

¹⁹ Qui sont un interlocuteur privilégié de la DREES en région.

²⁰ Protection maternelle et infantile. Cf l'annexe 2 du tome 2 sur les CIRE.

²¹ Fédération Nationale des Observatoires régionaux de santé.

²² Une convention a été signée en 2014 entre l'InVS et la FNORS (après une première convention signée en 2009), essentiellement autour du projet "Score-Santé", site d'information mettant à disposition des décideurs, des professionnels de santé et de la population, des données en santé.

²³ Une convention a été établie entre la FNORS et l'INPES sur la période 2008-2009. Elle n'a pas été renouvelée formellement, mais des échanges se poursuivent par le biais de subventions sur le Baromètre Santé ou autour du projet "Score -Santé".

²⁴ Une convention a été signée le 19 novembre 2013 entre la FNORS et la DGS sur le portail Score-Santé (pour la période 2013-2015).

²⁵ Les relations entre la FNORS et la DREES existent depuis très longtemps puisque c'est la DREES qui a souhaité dès sa création que la "Santé observée" développée par les ORS et leur Fédération fusionne avec la « Base régionale de santé publique » (BRSP) développé par les services du ministère de la santé, ce qui a donné SCORE-Santé en 1999. Aujourd'hui, la DREES fait partie des fournisseurs de données utilisées par la FNORS et les ORS, notamment pour alimenter la base de données SCORE-Santé. Il existe une convention DREES/FNORS pour la fourniture de données du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et une convention plus globale est en train d'être finalisée pour diverses données, le PMSI redressé faisant partie de celles-ci. La FNORS et des ORS participent régulièrement à des groupes de travail organisés par la DREES, sur différentes thématiques.

²⁶ Et la baisse progressive des MISP au sein des ARS tarit en partie le vivier des professionnels rodés à la veille et à l'alerte.

- [58] Dans le rapport dédié aux CIRE sont étudiés différents scénarios qui tentent de concilier apport de l'InVS aux régions et simplification du modèle administratif (*cf. infra*). Ils confrontent les différentes options à quelques questions clés : quel est l'apport de la proximité - l'InVS ou une structure interrégionale pourraient-ils jouer le même rôle que les CIRE ? Dans quelle mesure l'intégration accrue des CIRE aux ARS permettrait, ou non, de préserver les acquis actuels (notamment indépendance, compétences, partage d'expérience et harmonisation nationale des approches face au risque). Comment, enfin, les différents scénarios préservent l'autre pan indispensable de l'apport des CIRE, celui qui bénéficie à l'institut national dans l'exercice de ses missions propres.

1.1.1.2 Un rôle de plus en plus marqué dans la veille et la surveillance nationales a conduit à arrimer plus fortement les CIRE à l'InVS

- [59] Considéré par l'InVS comme un relais de sa mission d'expertise indépendante, le réseau des CIRE est un soutien de plus en plus net à l'affirmation de ses missions de veille et surveillance.

- Fortement mobilisées au côté des CVAGS, les CIRE démultiplient la capacité de traitement de l'alerte nationale de l'InVS ; le réseau des CIRE est un atout majeur pour mener de façon réactive et simultanée une enquête lourde impliquant de nombreuses régions²⁷. Le bénéfice d'un réseau est particulièrement décisif face aux émergences comme le souligne le traitement des cas de MerS-CoV²⁸ dans plusieurs régions, dont le Nord-Pas-de-Calais²⁹. Pour garantir partage d'information, approche nationale homogène d'un même risque et modularité de la réponse selon l'ampleur de la menace, l'InVS a structuré de plus en plus fortement la coordination des alertes, au travers du DCAR, créé en 2009. Nourries de la compétence scientifique pointue du niveau national, les CIRE lui apportent en retour, outre leurs compétences techniques propres, l'éclairage complémentaire indispensable de leur connaissance du terrain et leur capacité à mettre en perspective un signal localisé dans un contexte régional (ce qui est le pendant de la mise en perspective nationale apportée aux ARS).

- [60] Bras armé de l'InVS dans la gestion d'alertes nationales, les CIRE sont aussi une source croissante des alertes présentées dans le bulletin quotidien des alertes (BQA). Inscrites dans les plateformes régionales, elles ont eu accès depuis leur mise en place à un flux d'informations considérablement accru qu'elles partagent très largement avec le niveau national pour permettre capitalisation et mise en perspective nationale.

- L'apport des CIRE au système national de surveillance apparaît comme aussi significatif et a également pris depuis quelques années une place renforcée. C'est ce que souligne le nouveau directeur de l'InVS dans une note récente au directeur général de la santé : « Le niveau territorial est déterminant pour la coordination et la qualité des réseaux, tant en matière de surveillance que d'animation plus large des acteurs territoriaux de la veille sanitaire afin de partager la culture du signalement notamment pour des phénomènes inhabituels. Ce niveau d'organisation et d'animation soutient et accroît la visibilité de l'InVS dans sa mission nationale »³⁰. Dynamisant les dispositifs de surveillance, les CIRE les fiabilisent également en mettant en perspective les résultats et en travaillant à la qualité des données, grâce notamment au mouvement de régionalisation des systèmes de surveillance qui s'est accéléré ces dernières années. La régionalisation de certains dispositifs comme la création de

²⁷ Cas cité par la CIRE Bourgogne-Franche-Comté : en 2011, suite au signalement par le Centre national de référence (CNR) de l'augmentation inhabituelle, dans l'ensemble du territoire, de souches de Salmonella d'un sérotype particulier, l'InVS a pu mobiliser rapidement un nombre important de CIRE avec un protocole commun et coordonné au niveau national, deux éléments nécessaires à une conclusion épidémiologique efficace.

²⁸ Middle east respiratory syndrom-Coronavirus.

²⁹ Cas fourni par la CIRE Nord-Pas-de-Calais-Picardie.

³⁰ Note de F Bourdillon au DGS, sur la participation des CIRE à la mission de surveillance et d'observation permanentes de l'état de santé de la population, 12 février 2015.

systèmes régionaux spécifiques accroissent les performances de la surveillance nationale (exhaustivité, qualité, fiabilité) et l'enrichissent d'éclairages qui n'ont de sens qu'à un échelon régional (exemple de la maladie de Lyme pour l'Alsace).

- [61] La surveillance est sans doute le champ d'activité de l'InVS qui aurait le plus à perdre d'un changement d'organisation : en cas de rattachement des CIRE aux ARS, la reprise par celles-ci de la mission de surveillance est douteuse ; si les CIRE devaient se structurer à un niveau interrégional, leur capacité d'animation des réseaux de surveillance en pâtirait certainement.
- La contribution de l'InVS à la connaissance des risques et à l'observation de la santé de la population repose largement, outre la surveillance, sur des études visant à l'amélioration des connaissances dont les CIRE constituent un acteur important, en démultipliant là encore les forces de l'Institut et en articulant ces travaux avec des problématiques régionales. Le réseau des CIRE facilite le lancement d'études multi-centriques avec des approches standardisées et constitue une force de frappe pour conduire des travaux d'intérêt national³¹.
- [62] Au fil du temps, l'InVS a donc de plus en plus misé sur les CIRE pour garantir et amplifier l'exercice de ses propres missions de veille, surveillance et alerte. L'existence d'un échelon territorial lui permet d'accroître les performances de ses dispositifs de surveillance. Les CIRE intégrées aux points focaux régionaux alimentent de façon majoritaire son activité de veille et la formalisation progressive des circuits d'information, comme la mobilisation fréquente du réseau, facilitent un traitement efficace des alertes nationales. L'implantation régionale des CIRE permet enfin d'envisager des études ambitieuses pour améliorer les connaissances et éclairer les politiques de santé nationale ou régionales. L'absence de structure territoriale relayant les missions de l'Institut serait sans conteste préjudiciable à l'exercice de ses missions.
- [63] La part croissante représentée par les CIRE dans les missions de l'InVS résulte d'une politique constante de l'Institut des dernières années visant à conforter ce réseau territorial des CIRE, en renforçant son intégration à l'InVS, tout en veillant à affirmer son rôle d'aide à la décision des autorités régionales³². Le DCAR, depuis 2009, a cherché à amplifier leur animation scientifique en standardisant les méthodes d'investigation, en développant formations et groupes de travail, en maximisant l'appui à l'expertise régionale (le transfert d'expertise vers les régions a été une orientation stratégique 2009-2012), en régionalisant les dispositifs de surveillance. Il a aussi veillé à mieux coordonner le travail collectif en inter-CIRE ou en facilitant les liens CIRE-départements scientifiques nationaux.
- [64] Cette politique déterminée a arrimé de plus en plus nettement le réseau des CIRE à l'InVS, non sans poser question au regard d'un modèle administratif en partie décalé par rapport à cette réalité. La préservation des atouts du système actuel pour la performance globale de sécurité sanitaire impose de limiter les imperfections actuelles du dispositif juridique et administratif des CIRE.

³¹ Ainsi d'une étude d'efficacité vaccinale de la valence Oreillons du vaccin Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) lancée dans les 5 régions concernées, suite à une recrudescence, en France métropolitaine, de cas d'oreillons souvent regroupés en clusters, et ce en dépit d'antécédents de vaccination ROR.

³² Le dispositif des CIRE à l'InVS, présentation de T. Cardoso, directeur du DCAR et A. Gallay, directrice adjointe, au séminaire des 15-16 janvier 2015 sur l'organisation de la prévention et promotion de la santé en région, InVS.

1.1.2 Un dispositif qui doit cependant évoluer pour réduire les points de friction

[65] Malgré ses performances généralement reconnues en termes de sécurité sanitaire, le dispositif actuel des CIRE est, depuis quelques années, remis en question pour les flottements autour du partage des tâches entre les deux cellules des plateformes et pour les dysfonctionnements parfois induits par sa gouvernance à deux têtes. Accentué par la création des ARS, le premier problème est plus récent que le second, consubstantiel aux modalités initiales de création des CIRE dans les années 1990.

1.1.2.1 Des difficultés de fonctionnement occasionnées par l'insuffisante clarté des missions et des responsabilités

[66] Positionnées à leur création en 1995 au sein des DRASS³³, les premières CIRE venaient clairement en appui de services déconcentrés, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), qui exerçaient la mission de veille sanitaire. Elles étaient, pour ce faire, soumises à une double autorité, scientifique du RNSP, et hiérarchique des DRASS. La création de l'InVS par la loi n°98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme n'a changé fondamentalement ni cette vision des rôles de chacun au niveau territorial, ni la logique duale de gouvernance.

[67] La loi HPST, en créant les ARS, et en affirmant l'importance du niveau régional pour l'organisation de la veille sanitaire³⁴, constitue une rupture. La veille sanitaire devient un champ de compétence partagée entre les ARS et l'InVS : deux acteurs, les agences et les CIRE au nom de l'InVS, sont investis du même type de missions, sur un même niveau territorial, avec des textes sur les ARS plus précis que ne l'étaient les textes antérieurs sur les compétences des DDASS en matière de veille. Le rôle des CIRE, qui n'ont aucune existence légale, découle de celui de l'InVS.

[68] Juxtaposant, sans les articuler, les dispositions relatives aux missions des ARS et de l'InVS, les textes actuels ne contribuent à clarifier ni les missions ni les responsabilités des différents acteurs.

[69] En indiquant que les ARS exercent leurs missions « sans préjudice de celles de l'InVS », le code de la santé publique ne permet pas de préciser comment se départagent les rôles des CIRE (InVS) et des CVAGS (ARS) dans le traitement des signaux parvenus aux points focaux régionaux. L'organisation de la veille sanitaire s'étant construite par strates successives, les textes font apparaître des redondances qui compliquent l'interprétation du rôle de chacun des acteurs. La circulaire SGMAS/DGS du 20 avril 2010 adressée aux ARS sur les plateformes de veille rappelle les compétences respectives des deux cellules, CIRE et CVAGS, mais maintient les ambiguïtés par la redondance de certaines formulations et par le caractère très ténu de la frontière entre ces compétences. C'est particulièrement frappant en matière d'évaluation du signal. S'il est écrit que la CIRE "peut contribuer à l'évaluation des signaux à la demande de la CVAGS", il est également ajouté qu'elle "garantit l'évaluation des situations sur sollicitation de la CVAGS ou par auto-saisine". En l'absence de critères de partage, même indicatifs, le fait que la CIRE puisse se saisir de tous les signaux et travailler en parallèle de la CVAGS, pose un problème de lisibilité. Le terme de "garantit" introduit par ailleurs une notion de responsabilité en matière d'évaluation du signal qui nourrit certains dysfonctionnements, alors même qu'il est dit également que la CVAGS est en charge de l'évaluation du signal, pour laquelle elle peut demander l'appui de la CIRE.

³³ Créées à partir de moyens nouveaux affectés dans les DRASS et mis à disposition du RNSP dans le cadre d'une convention, elles sont constituées d'un Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP), d'un Ingénieur du Génie Sanitaire (IGS), et d'une secrétaire. La convention type prévue au niveau national précise que le personnel mis à disposition par la DRASS est sous l'autorité hiérarchique du DRASS et sous la responsabilité fonctionnelle du directeur du RNSP.

³⁴ Sans préjudice cependant des compétences de l'InVS, comme le précise le code de la santé publique.

- [70] Ces flottements sur le partage des missions entraînent d'autant plus de dysfonctionnements que les acteurs n'ont pas veillé localement à expliciter leurs relations et les critères d'intervention et que l'équilibre quantitatif ou qualitatif des forces n'est pas acquis entre CIRE et CVAGS. L'affaiblissement de l'un des acteurs entraîne des chevauchements de tâches, tandis que l'absence de protocolisation des relations peut à l'inverse générer des doublons soulignés par certains directeurs généraux d'ARS. Dans de nombreuses régions enquêtées par la mission, cependant, la mise en place de bonnes pratiques sur la base des référentiels nationaux³⁵ garantit une coopération en général fluide et montre que les difficultés de fonctionnement ne doivent pas être sur-évaluées.
- [71] Les discussions nourries fin 2014 et début 2015 autour des instructions nationales élaborées sur la procédure à appliquer en cas de suspicion d'un cas d'Ebola ont toutefois récemment ravivé les débats autour de la répartition des rôles. Elles ont aussi illustré combien les enjeux de responsabilités étaient prégnants dans ce domaine de la sécurité sanitaire où ils sont évidemment majeurs, mais pourtant laissés dans le flou.
- [72] La convention cadre de 2010 qui précise les relations entre InVS et ARS en ce qui concerne les CIRE indique que l'InVS et l'ARS "partagent la responsabilité d'assurer la veille sanitaire en région". Il est intéressant de noter que le guide de la veille et de l'alerte de 2005 indiquait lui que "la veille sanitaire est de la responsabilité des DDASS". En introduisant l'idée d'une garantie apportée par la CIRE/InVS dans l'évaluation des situations, les dispositions postérieures à 2010 avivent les questions de responsabilité et paraissent parfois placer la CIRE en position de supervision de l'ARS. Pour l'InVS, cette notion de "garantie" qui renvoie à celle de "responsabilité" est centrale. C'est ce qui a fondé les réflexions initiales du préfigurateur de l'Institut de Santé publique, François Bourdillon, quant à la répartition des rôles entre InVS et ARS, avec une vision, dans un premier temps, très extensive du rôle des CIRE³⁶ puisqu'il était envisagé que les CIRE aient la "responsabilité de l'évaluation du risque et des investigations".
- [73] Pour l'InVS, cette notion de responsabilité est liée au principe de séparation de l'évaluation et de la gestion, qui sous-tend notre système de veille et sécurité sanitaire depuis les premières étapes de sa construction et les crises sanitaires qui ont souligné l'importance de l'indépendance de l'expertise. Le COP 2014-2017 rappelle que l'InVS doit "faciliter la décision des pouvoirs publics par le principe de la mise à disposition de compétences spécifiques garantissant le caractère indépendant de l'évaluation".
- [74] A l'inverse, les ARS interprètent les textes comme leur donnant pleine et entière "responsabilité" en matière de veille au niveau régional, sans exclure de celle-ci l'évaluation de signaux. Sur l'évaluation, les acteurs de la veille revendiquent la possibilité du recours à la CIRE quand ils le décident. Le principe de la séparation de l'évaluation et de la gestion leur semble, de surcroît, souvent difficile d'application au niveau local.
- [75] Le flou entretenu par les textes est source d'inutiles tensions, accroissant les risques de redondance et générant pour les individus des craintes quant aux responsabilités encourues. Malgré la difficulté inhérente à l'exercice, il importe de clarifier missions et responsabilités d'acteurs inéluctablement solidaires dans l'activité de veille et alerte.

³⁵ Guide de l'alerte et de la veille de 2011; Protocole : Du traitement du signal à l'alerte sanitaire de santé publique au sein de l'InVS; avril 2013.

³⁶ Première version d'une note faite en décembre 2014 par le directeur général de l'InVS au DGS et au SG du ministère sur les contours du futur Institut de santé publique en matière de veille.

1.1.2.2 Un modèle administratif à simplifier sans renoncer à un véritable co-pilotage

Un modèle initial de gouvernance fragilisé

- [76] Le montage administratif actuel des CIRE est le fruit de l'histoire. Lorsqu'elles se créent en 1995, elles sont situées dans les locaux des DRASS qui leur assurent leurs moyens de fonctionnement, et qui leur affectent des personnels (Médecins inspecteurs de santé publique (MISP) et Ingénieurs du génie sanitaire (IGS) au départ), sur lesquels elles gardent une autorité hiérarchique. L'autorité du RNSP est alors décrite dans la convention type de l'époque comme une autorité "fonctionnelle", sans que la notion ne soit précisée.
- [77] Au moment où se créent les ARS, se pose la question du devenir administratif des CIRE et de leur positionnement dans le nouveau paysage régional. L'InVS se mobilise pour obtenir leur rattachement intégral, mais la double gouvernance est conservée. Elle s'est cependant complexifiée au fil du temps, et les concepts initiaux d'autorité hiérarchique des DRASS et fonctionnelle du RNSP se sont dilués au profit de notions de plus en plus confuses.
- [78] Dès le milieu des années 2000, l'InVS avait affirmé son poids scientifique et administratif. Aux personnels financés par les DRASS, l'InVS avait ajouté peu à peu du personnel recruté et financé par lui et en 2009, près de 50 % des postes émergeaient à son budget³⁷. Le guide de la veille de 2005 précisait, dès lors, que les CIRE étaient placées sous l'autorité scientifique de l'InVS, et "sous l'autorité administrative partagée du DRASS et du directeur général (DG) de l'InVS" ... Le mouvement d'affirmation de l'animation scientifique des CIRE (réunions périodiques, programmes de formation, groupes de travail et retours d'expérience nationaux, processus de validation ...) a ensuite contribué à accroître le sentiment d'appartenance des équipes, qu'elles soient salariées de l'InVS ou des ARS. En 2015, ces structures s'intitulent désormais pour la plupart "cellules de l'InVS en région". La directrice générale de l'InVS, auditionnée par la commission des finances lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2014 les nomme des "mini-InVS".
- [79] Cette affirmation grandissante d'une "identité InVS" n'a pas toujours trouvé de contrepoids dans l'investissement des ARS, qui présentent une implication inégale dans le fonctionnement des CIRE. Toutes les agences n'ont pas mis à profit les leviers qui leur étaient donnés dans la convention cadre et qui devaient garantir le co-pilotage des CIRE (participation à la nomination et à l'évaluation des responsables, validation de la programmation...), ni toujours su insérer cette cellule dans la vie de l'ARS (absence de reporting régulier au DG ou à tout le moins au DSP³⁸, participation inégale aux réunions institutionnelles au-delà des seules plateformes - directions de la santé publique notamment).
- [80] Cette dissymétrie conduit à un déséquilibre du modèle initial, tacitement reconnu, mais sans officialisation ni mise au clair du positionnement institutionnel des CIRE. Ces évolutions aggravent l'hétérogénéité initiale des modes de gouvernance régionaux : les différentes conventions de partenariat avaient déjà traduit de façon chaque fois différente la convention cadre de mai 2010 précisant les articulations entre InVS et ARS autour des CIRE. Cela conduit aujourd'hui à un rattachement institutionnel ambivalent, qui fluctue au gré des acronymes (cellule interrégionale d'épidémiologie encore aujourd'hui en PACA, cellule de l'InVS en région pour la plupart des CIRE), des organigrammes (où figurent de façon très variable les CIRE), de la signalétique ou des logos. Aux notions relativement classiques d'autorité hiérarchique et de pilotage fonctionnel succèdent des notions de plus en plus confuses, dissimulant l'absence de précision des choix : autorité administrative, responsabilité administrative partagée.

³⁷ Cf. Annexe 3 sur les ressources humaines du rapport "Bilan et perspectives des CIRE".

³⁸ Directeur de la santé publique.

- [81] L'absence de clarté du rattachement peut générer certaines conséquences préjudiciables, en particulier en matière de communication qui paraît un enjeu dans toutes les régions enquêtées. Les conventions de 2010 ne régissent rien d'autre que la "communication à la presse", qui doit se faire en accord avec les deux partenaires. Elles ne précisent rien sur la politique de publication, qui peut avoir un impact médiatique ou sur les professionnels de santé important. Les DG d'ARS estiment que la concertation est souvent insuffisante, alors même qu'il peut exister des divergences d'appréciation sur la nécessité ou la façon de communiquer. Une note du bureau des DG d'ARS de début 2014 souligne que le "positionnement institutionnel des CIRE par l'InVS en tant que cellules indépendantes entraîne des difficultés de communication". Il est pourtant clair que la communication locale est partie intégrante de la gestion et que sa maîtrise relève du DG d'ARS en lien avec le Préfet.

Un double rattachement des personnels, source de complexité et sans enjeu fonctionnel véritable

- [82] Les CIRE comportent des personnels financés par l'InVS, contractuels sous statut InVS, et des personnels financés par l'ARS, majoritairement des fonctionnaires titulaires (MISP et IGS, assistantes), même si le nombre de contractuels de droit public a augmenté au cours des années passées.
- [83] Ces personnels sous "statut ARS" ne sont ni détachés ni mis à disposition. Indépendamment donc de leur statut, ils sont en droit sous l'autorité hiérarchique de l'ARS, alors que leurs collègues sont sous celle de l'InVS. On se trouve donc face à une "double chaîne de commandement" pour les personnels d'une même structure.
- [84] Aujourd'hui, ce "double mode de gestion" des personnels suscite de nombreuses interrogations et semble présenter plus d'inconvénients que d'avantages, notamment en matière de fonctionnement, de climat social et de pilotage.
- [85] Dans le modèle tel qu'il a été conçu, à une époque où le responsable de CIRE n'était pas un personnel de l'InVS, les personnels sous "statut ARS" étaient sous l'autorité hiérarchique du DRASS. En droit, ils restent aujourd'hui des personnels comme les autres de l'ARS, intégrés dans son plafond d'emplois. Mais, s'il était écrit en 1994 que les DRASS "avaient autorité hiérarchique" sur les personnels des CIRE, rien de tel n'est précisé dans la convention cadre de 2010 pour les ARS, y compris pour les personnels qu'elle finance. Dans ce document, le pouvoir de nomination ne leur appartient pas (c'est l'InVS qui nomme avec l'accord de l'ARS pour les personnels qu'elle rémunère directement), quel que soit le statut de l'agent, l'évaluation est faite par le responsable de CIRE - qui est toujours lui un salarié de l'InVS, et c'est lui qui est en charge "du management de l'équipe" (fixation d'objectifs, validation des congés...) et donc de son organisation. Les ARS ne conservent que leur pouvoir d'avancement. Bien que la plupart des conventions partenariales de 2010 se soient pourtant éloignées du modèle initial, et aient prévu que les ARS nomment directement les personnels qu'elles financent après avis de l'InVS³⁹, les responsables de CIRE sont en réalité en général en première ligne, notamment pour les agents contractuels.

³⁹ Dix conventions prévoient que le recrutement des postes financés par l'ARS se fait par l'ARS, avec toujours un avis ou un accord de l'InVS ou du responsable de CIRE, voire des deux. Quatre conventions prévoient que les emplois InVS sont recrutés après avis de l'ARS. Et la convention PACA-Corse qu'il se fait "avec la participation" de celle-ci.

- [86] Cette dualité de statuts des personnels, accompagnée du caractère finalement relatif de l'autorité du DG d'ARS paraît aujourd'hui emporter plus d'inconvénients que d'atouts fonctionnels. La plupart des DG d'ARS s'abstiennent légitimement de mobiliser leurs personnels rattachés à la CIRE sur d'autres dossiers, mais les quelques cas passés évoqués par l'InVS ont pu fragiliser l'exercice de ses missions par la CIRE et mettre son responsable en difficulté. L'appartenance des personnels ARS aux corps des MISP ou des IGS⁴⁰ est certes un atout, apportant une relative proximité avec le réseau dont ils sont issus, facilitant les contacts et la prise en compte des besoins du gestionnaire, mais n'interdit pas un rattachement clair avec mise à disposition ou, de préférence, détachement.
- [87] La mission a pu, en outre, constater que le pilotage global des ressources humaines s'en ressentait, tant en termes de suivi et de pilotage quantitatif - ce qui ne permet pas une efficacité optimale - qu'en termes de résolution des conflits professionnels éventuels, l'absence d'action concertée des directeurs des ressources humaines (DRH) des ARS et de l'InVS pouvant entraîner une dégradation ou un long piétinement des situations problématiques. L'insuffisance des lieux de concertation induit en outre une incertitude sur l'investissement futur de l'autre acteur dans l'armement des CIRE, créant un aléa dans la mise en œuvre du programme et dans l'équilibre des réalisations de la CIRE au profit des deux acteurs, InVS et ARS. Dans certaines CIRE, l'ARS s'est interrogée sur l'insuffisant investissement en ressources de l'InVS et dans d'autres cas, l'InVS s'est trouvé relativement démuné face à de premières décisions de retrait de l'ARS, bien que les conventions de 2010 précisent que chacun des partenaires s'engage "à maintenir les effectifs pérennes". Dans un contexte de plafonds d'emploi tendu, depuis 2013, plusieurs ARS ont remis explicitement ou tacitement en cause la convention initiale⁴¹.
- [88] Cette "double chaîne de commandement" complique enfin la situation des agents, qui, dans le cadre des entretiens individuels menés par la mission, ont souvent relevé les risques de différences de traitement entraînés par les différences de statut (rémunération, avancement, droits sociaux).
- [89] *In fine*, ce double rattachement des personnels présente des inconvénients importants⁴². Il vient accentuer les tensions sur le positionnement déjà évoquées⁴³ et complique à la fois le fonctionnement des CIRE, la situation des agents et le pilotage des effectifs. La clarification du rattachement serait donc un progrès indéniable.
- [90] Confrontés aux limites du modèle actuel, tous les interlocuteurs rencontrés par la mission ont aujourd'hui le sentiment qu'il doit évoluer pour clarifier les responsabilités respectives et le positionnement des acteurs. Ils l'ont exprimé dans leurs prises de positions successives, tant du côté de l'InVS que des ARS⁴⁴. Cela les conduit parfois à des propositions d'évolution radicale de l'organisation, coupure entre deux entités autonomes ou au contraire unification totale sous l'autorité de l'un des acteurs.

⁴⁰ Il est ainsi fréquent que l'IGS de la CIRE reste impliqué dans les réunions du collège des IGS de la région.

⁴¹ Renégociation pour un demi-poste d'ingénieur en Aquitaine, retrait du poste d'ingénieur par l'ARS Lorraine qui a également envisagé de retirer le poste de médecin, mais y a renoncé dans un second temps.

⁴² La Cour des comptes concluait qu'il pouvait à terme mener à des "difficultés aigües" et "générer des conflits". Le rapport de l'IGAS sur le COP de l'InVS précise quant à lui que "le transfert de ces emplois des ARS aux CIRE contribuerait à la stabilité, à la lisibilité des organisations régionales et à leur attractivité pour les recrutements à venir".

⁴³ Comme l'illustre par exemple une négociation survenue entre les deux ARS servies par la CIRE Normandie pour garantir que le retour sur investissement pour chaque région soit à la hauteur des postes financés par l'une et l'autre. Cf. Annexe 3 du rapport dédié aux CIRE.

⁴⁴ La note du bureau des DG d'ARS de décembre 2014 sur la refonte dispositif souligne que "se posent très régulièrement les principes du positionnement des CIRE vis-à-vis de l'ARS" et rappelle que "la responsabilité du traitement des urgences sanitaires, dont les éléments de communication", est du ressort de l'ARS. Elle réclame "une clarification du fonctionnement". La note de l'InVS du 13 juin 2014 souligne quant à elle que le "système est parvenu à ses limites", notamment en raison de la double "hiérarchie fonctionnelle et administrative" et de la "double ligne de commandement".

- [91] Pour autant, les acteurs relèvent généralement le caractère fructueux de la coopération en termes de résultats de sécurité sanitaire et d'élévation des exigences dans le traitement des situations de risque ou d'alerte. En regard des dysfonctionnements plus administratifs et quotidiens, qui irritent nécessairement et parfois produisent d'incontestables loupés, les atouts d'une antenne avancée de l'InVS paraissent néanmoins devoir être priorités. Dans la mesure où l'InVS/le futur Institut a, et aura, besoin d'implantation territoriale pour l'exercice de ses missions propres, il paraît y avoir plus de risques (coordination amoindrie, interactions bénéfiques à l'exercice des missions régionales de veille supprimées) à dissocier cette éventuelle structure territoriale des ARS qu'à l'y laisser intégrée. Le maintien de la proximité et de l'articulation, primordiaux, ne doit cependant pas se faire aux dépens de la clarté des rôles et d'un indispensable co-pilotage, aujourd'hui affaibli, à rétablir.

1.2 Un déficit d'expertise et d'animation en prévention/promotion de la santé

- [92] Le champ de la prévention/promotion de la santé offre à l'heure actuelle une configuration bien différente et plus ouverte que le domaine structuré de la veille. Et les enjeux et les attendus à l'égard d'une agence nationale sont, en la matière, sensiblement différents.

Encadré n° 1 : rappel des définitions

« La promotion de la santé a pour ambition de conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et de l'améliorer en agissant sur les facteurs de risque ou de protection qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches. La promotion de la santé combine des mesures du niveau national ou régional et des interventions de niveau local, dans les principaux lieux de vie. Ces interventions de proximité donnent aux personnes concernées un réel "pouvoir d'agir" sur le choix des actions à mener et leur mise en œuvre. La promotion de la santé n'a donc pas seulement pour objet d'accroître les aptitudes individuelles en matière de santé. Elle vise également à faire évoluer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie et de travail des personnes, dans un sens favorable à leur santé. La promotion de la santé s'exerce là où les gens vivent, apprennent, travaillent. Ils en sont les acteurs naturels et légitimes, et bénéficient pour ce faire de l'accompagnement d'organisations spécialisées »⁴⁵.

« Les compétences en santé désignent la capacité à prendre au quotidien des décisions ayant un impact positif sur la santé. Il s'agit des connaissances et des capacités permettant à un individu d'adopter un mode de vie sain »⁴⁶.

« L'éducation pour la santé s'inscrit dans une politique de promotion de la santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé en 1986, dans la charte d'Ottawa. Elle est une condition de réussite des autres mesures de santé publique : campagnes de dépistage, protection de l'environnement, amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins, etc. Mission de service public intégrée au système de santé et au système éducatif, elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité. Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elle informe et interpelle tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent »⁴⁷.

Conçues pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, la promotion de la santé et

⁴⁵ Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, *Le réseau des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé*, 7 novembre 2014.

⁴⁶ Site internet de Promotion santé Suisse.

⁴⁷ Comité régional d'éducation pour la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Glossaire : éducation et promotion de la santé*, 2002.

l'éducation pour la santé visent à agir sur les déterminants de la santé. « On peut répartir les déterminants de santé d'un individu en quatre grands groupes :

- la biologie humaine : les facteurs génétiques, les facteurs physiologiques, les facteurs liés à la maturation et au vieillissement ;
- l'environnement physique, psychologique, social ;
- les comportements, le style de vie : les facteurs professionnels, les facteurs liés aux loisirs, les modes de consommation (alimentation, produits toxiques) ;
- l'organisation des services de santé : la prévention, les soins curatifs, la réadaptation, la réhabilitation »⁴⁷.

[93] Comme la veille et l'alerte, c'est un domaine qui devait bénéficier d'un investissement majeur des ARS et connaître un élan supplémentaire avec leur mise en place, grâce notamment à un volet dédié des projets régionaux de santé (PRS), le schéma régional de prévention (SRP) mais aussi grâce à la mise en place d'une commission interministérielle, associant les collectivités territoriales, pilotée par l'ARS et vouée à l'animation transversale des politiques de prévention⁴⁸.

[94] Comme la veille, ce champ bénéficie d'une institution nationale de référence, l'INPES, dont les liens avec les ARS sont définis par une convention cadre nationale⁴⁹. Mais, malgré des tentatives, jamais abouties, cette agence nationale ne dispose pas d'un réseau propre. Fédérés au sein de la Fédération nationale d'éducation pour la santé (FNES), les institutions territoriales de l'éducation pour la santé, IREPS (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) et CODES (Comité départemental d'éducation pour la santé), restent proches de l'INPES pour certaines, mais ne constituent pas un réseau véritablement privilégié par rapport à d'autres grandes associations de prévention.

1.2.1 Un domaine méritant une structuration dans la durée et qui représente un enjeu majeur de montée en puissance pour les ARS

[95] Tant les caractéristiques de la prévention et de la promotion de la santé que la répartition des rôles entre les ARS et l'agence nationale incitent à développer un raisonnement différent de celui présenté dans le champ de la veille et de l'alerte.

1.2.1.1 Une politique au long cours reposant sur une grande diversité d'acteurs

[96] A la différence de la veille et de l'alerte très marquées par des enjeux d'immédiateté et largement soumises à l'urgence⁵⁰, le domaine de la prévention et de la promotion de la santé présente une temporalité spécifique et s'inscrit dans la durée ; la mise en place des actions demande du temps en élaboration, appropriation, acceptation parfois. L'efficacité de la prévention et de la promotion de la santé, qui repose en partie sur les changements de comportements ou sur la modification de déterminants collectifs (environnementaux, sociaux ...) se joue souvent dans la répétition des actions et leur déploiement pluriannuel, ou nécessite un travail de plaidoyer prolongé. Leurs effets, et a fortiori leur impact, ne se mesurent souvent⁵¹ qu'avec délai, sur plusieurs années au minimum. Loin d'une action immédiate dictée par l'urgence, ce champ des politiques de santé suppose donc une politique continue et persévérante, pilotée fortement par le responsable des politiques de santé mais impliquant nombre d'autres acteurs, au-delà même du domaine sanitaire.

⁴⁸ Il s'agit de la commission de coordination des politiques publiques de prévention.

⁴⁹ Convention cadre INPES-SGMAS-DGS relative aux modalités d'appui de l'INPES vis-à-vis des ARS, janvier 2012.

⁵⁰ Bien que naturellement la mise en place des organisations nécessaires et notamment des dispositifs de surveillance requièrent un investissement pluriannuel.

⁵¹ Sans que cela ne soit systématique : la prévention de certains accidents, par exemple les morts subites de nouveau nés, peut résulter d'actions à effets rapides – modalité de couchage du bébé - et dont l'impact se mesure dans un délai court.

- [97] Cette durée nécessaire au déploiement de l'action, comme, ensuite, à son évaluation, est un des éléments qui pèse aujourd'hui sur le plein développement des politiques de prévention et promotion de la santé. Elle complique, en effet, l'évaluation des actions conduites et des politiques et génère parfois un certain scepticisme dans un domaine où "l'évidence-based" n'est pas aisé à obtenir⁵². Et ce d'autant plus que la culture de l'évaluation est, dans ce champ, encore très balbutiante, et que trop peu de travaux nationaux viennent établir la preuve de l'efficacité des actions. Bien que, de plus en plus souvent, présentée comme prioritaire, l'action publique en matière de prévention et de promotion de la santé peine toujours à faire admettre son utilité et à la démontrer. Ceci non sans un certain paradoxe, puisque ce domaine présente une autre caractéristique majeure, qui est d'être nourri par une un corpus intellectuel solide largement élaboré à l'échelle internationale, sous l'influence marquée de l'organisation mondiale de la santé et d'une vision exigeante de la promotion de la santé. Cette dimension internationale tient aussi à l'importance des travaux théoriques ou d'évaluation conduits dans d'autres pays, Etats-Unis, Canada, Grande-Bretagne et de la nécessité ressentie par les acteurs de s'y alimenter compte tenu de la faiblesse de la production nationale ...
- [98] Très marqué par des approches internationales, le champ de la prévention et de la promotion de la santé a vocation à se déployer sur toute l'échelle des territoires, jusqu'au niveau territorial le plus fin. Dans un cadre défini au national avec une stratégie et des programmes de prévention, relayé par des campagnes nationales qui relèvent en grande part de l'INPES, interviennent une multitude d'acteurs à des échelons territoriaux très divers. Elaborés au niveau régional de façon partenariale par l'ARS, les schémas régionaux de prévention ont vocation à être déclinés à une échelle territoriale de plus en plus fine, jusqu'aux contrats locaux de santé, à l'échelle communale le plus souvent, voire jusqu'aux quartiers. Mises en œuvre dans les lieux de vie les plus variés- la classe, l'hôpital, le cabinet du professionnel de santé, le lieu de travail -, les actions de prévention et *a fortiori* de promotion de la santé reposent souvent sur une approche communautaire ... Cette pluralité d'acteurs de tous statuts rend d'autant plus nécessaire la désignation de l'ARS comme pilote unique de la politique régionale et, en conséquence, le renforcement de son autorité en matière de prévention et de promotion de la santé.
- [99] De ce fait, et compte tenu de la nécessité de démultiplication des canaux d'action, la mise en œuvre de la politique publique de prévention repose largement sur des structures de statut associatif, généralistes, intervenant souvent en seconde ligne, comme le réseau de l'éducation pour la santé (IREPS, CODES) ou thématiques, comme les associations œuvrant dans le champ de l'addiction, du VIH ou de l'éducation thérapeutique, plus souvent en première ligne... Certaines appartiennent à des associations nationales (Association Nationale de Prévention en alcoologie et addictologie, (ANPAA), AIDES ...) ou à des fédérations (Fédération Addiction). Une maturation progressive a conduit à des interventions de plus en plus pertinentes d'une partie de ces acteurs. Comme le souligne F. Baudier (et *alii*) dans un article dédié à l'éducation pour la santé dans les ARS⁵³, l'éducation pour la santé, initialement caractérisée par des engagements bénévoles aux compétences variables et des approches très prescriptives avec des messages injonctifs, s'est professionnalisée en lien avec la production de référentiels inspirés de la promotion de la santé et de la Charte d'Ottawa⁵⁴. Progressivement, les administrateurs de nombreuses associations, tout en demeurant animés par l'idéal consubstantiel au bénévolat, se sont professionnalisés et/ou ont pu recruter des salariés formés.

⁵² Cf les développements sur les enjeux de l'évaluation dans ce champ dans l'annexe 1 à ce rapport.

⁵³ François BAUDIER, Lara DESTAING et Claude MICHAUD : « L'éducation pour la santé dans les Agences régionales de santé en 2012 : constats et analyses » (Santé publique - volume 25 / n° 2 supplément 2013 - pages 101 à 109).

⁵⁴ La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a été établie à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, à Ottawa (Canada), du 17 au 21 novembre 1986.

Encadré n° 2: Les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)

Les acteurs de « première ligne » qui conduisent les actions de prévention et de promotion de la santé au plus près des populations sont soutenus par des professionnels spécialisés qui les aident à faire un diagnostic de la situation, à bâtir un projet d'action et à le faire vivre au quotidien : ainsi, ils reçoivent des informations et de la documentation, bénéficient de conseils méthodologiques, peuvent participer à des formations et échanger avec d'autres acteurs. Certaines associations cumulent l'exercice de fonctions de première ligne et le rôle d'accompagnateur méthodologique qui caractérise la « seconde ligne ». Mais, dans chaque région, une association à compétence généraliste déploie une action de soutien méthodologique particulièrement étendue ; elle exerce une sorte de *leadership* et elle est reconnue à ce titre, tant par les pouvoirs publics que par les autres associations, avec naturellement des nuances d'une région à l'autre.

Ce rôle a longtemps été tenu par les comités régionaux d'éducation pour la santé (CRES), de statut associatif. Les CRES ont été supprimés sauf dans une région où, formellement, le CRES demeure en place. Dans plus de vingt régions, les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) remplacent les anciens CRES ; dans les quelques cas où il n'y a pas d'IREPS (notamment là où les IREPS ne sont pas parvenues à remplir leur mission et ont dû cesser leurs activités), des institutions assimilées ont le même rôle d'appui aux effecteurs de première ligne et de dialogue avec les pouvoirs publics.

Alors qu'à la fin des années 90, les CRES ne disposaient pas d'un niveau d'expertise en prévention et en promotion de la santé considérablement plus élevé que les autres intervenants et effectuaient souvent par eux-mêmes des actions concernant des thématiques ciblées, les IREPS se positionnent désormais comme des organismes ressources, à la fois généralistes (puisque leurs compétences n'excluent aucun domaine d'intervention en prévention et promotion de la santé) et de plus en plus spécialisés (avec la mise à disposition d'informations, de documents et d'outils répondant à des exigences de qualité croissantes). Dans la plupart des régions, l'IREPS est l'opérateur privilégié qui apporte aux ARS des garanties quant à la qualité des actions conduites en première ligne par les effecteurs locaux.

- [100] Pour autant, dans d'autres cas, la bonne volonté l'emporte et, à l'occasion de la préparation de la mise en place du futur Institut, un jugement global relativement sévère a pu être posé, évoquant « un tissu associatif fragile et insuffisamment professionnalisé »⁵⁵. Dans le contexte, décrit plus haut, d'insuffisance d'éléments emportant la conviction et du fait d'un inégal professionnalisme des intervenants, il n'est pas toujours avéré que toutes les actions conduites soient pertinentes et fructueuses, malgré les efforts croissants des acteurs et notamment des ARS pour se donner les moyens de sélectionner les projets et de jauger leurs résultats.
- [101] Compte tenu des caractéristiques du champ de la prévention, temps long, besoin de faire progressivement monter en puissance et de diffuser les savoirs et d'en tirer des outils et des programmes concrets, importance des acteurs associatifs et de terrain, il apparaît que les enjeux d'articulation entre une agence nationale et les ARS sont différents de ceux de la veille et de l'alerte, où la nécessité d'action immédiatement pertinente au vu des données de la science impose la proximité et l'étroite association, si ce n'est quotidienne, mais au moins hebdomadaire, du représentant de l'agence d'expertise et des équipes de l'ARS. L'affirmation, à partir d'un seul niveau national, d'une expertise renforcée diffusant notamment vers les ARS, qui s'en feraient le relais dans l'action, paraît une solution satisfaisante : dans un champ où, aucune raison opérationnelle ne justifie le doublon territorial d'acteurs publics, celui-ci pourrait affaiblir l'investissement des ARS, alors qu'il est prioritaire qu'elles se positionnent fortement.

⁵⁵ Note adressée par le préfigurateur du futur Institut au directeur général de la santé le 27 février 2015.

1.2.1.2 Un champ d'action qui doit demeurer prioritaire pour les ARS

- [102] Au niveau régional, les missions de prévention et de promotion de la santé sont exercées par les ARS conformément à ce que prévoit l'article L. 1431-2 du code de la santé publique.

Encadré n° 3 : Les missions des ARS

Article L. 1431-2 du code la santé publique

« Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique [...], en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

A ce titre :

[...] d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ».

- [103] L'un des objectifs assignés aux ARS lors de leur création en 2009 était de procéder à un rééquilibrage entre la prévention et les soins : au moment où sont créées les ARS, est simultanément défini un cadre d'intervention qui doit donner une part conséquente à la prévention, en lui dédiant un schéma propre faisant le pendant des schémas traditionnels anciens dédiés à l'organisation des soins. Schéma régional de prévention, commission de coordination des politiques publiques de prévention (*cf supra*), principe de fongibilité asymétrique des enveloppes au profit de la prévention, sont autant de leviers directs pour promouvoir cette politique.
- [104] Dans un contexte de pression forte sur les moyens de l'assurance maladie et de réorganisation contrainte de l'offre sanitaire et médico-sociale, les politiques de prévention peinent, cependant, à trouver une place à la hauteur de leurs enjeux au sein des ARS, au-delà du progrès initial constitué par la réunification, en une seule institution, des politiques de prévention et d'organisation de l'offre de soins.
- [105] En 2012, un état des lieux du déploiement de l'éducation pour la santé par les ARS⁵⁶, a été réalisé, basé sur une enquête auprès des directeurs de la santé publique de ces agences ; il montrait que cette thématique était considérée comme importante par les deux tiers des répondants ; que pour le cinquième d'entre eux ayant reconnu une faible importance, trois arguments étaient avancés : méconnaissance ou reconnaissance insuffisante du domaine, priorité accordée aux objectifs d'organisation des soins ou médico-sociaux d'autant plus que l'échelle de temps de la prévention-promotion de la santé ne permettait pas un affichage rapide de résultats, les financements faibles en faveur de ce champ.
- [106] Les résultats de l'enquête « Activité de 2013 » conduite par le secrétariat général du ministère des affaires sociales et de la santé sur l'affectation des moyens humains des ARS en fonction des secteurs d'activité montrent, par ailleurs, que le secteur de la prévention et de la promotion de la santé occupe 6 % des effectifs des ARS (la sécurité sanitaire étant le secteur majoritaire avec 23,6 % du temps total des agents). Ce pourcentage reflète la part relativement faible qu'occupe la prévention au sein de la politique et des financements de santé dans leur ensemble, y compris au niveau national. Par ailleurs, sans qu'on puisse le mesurer précisément, le ressenti de tous les acteurs concernés est que la prévention et la promotion de la santé devraient occuper un rang plus élevé au sein des priorités des ARS.

⁵⁶ François BAUDIER, Lara DESTAING et Claude MICHAUD : « L'éducation pour la santé dans les Agences régionales de santé en 2012 : constats et analyses » (Santé publique - volume 25 / n° 2 supplément 2013 - pages 101 à 109).

- [107] Ainsi, les acteurs du champ portent un regard nuancé sur l'investissement des ARS en matière de prévention et de promotion de la santé et soulignent, en général, tant la disparité de la mobilisation, notamment au plus haut niveau, que l'inégale expertise des équipes. Les associations nationales rencontrées par la mission soulignent, parfois aussi, la faiblesse des états des lieux préalables aux schémas régionaux de prévention et déplorent une analyse insuffisante de l'offre en prévention. D'autres, enfin, regrettent que les plans nationaux de prévention soient très inégalement appropriés et donc relayés par les ARS. Certains travaux régionaux ou certaines équipes sont en revanche salués pour leur niveau d'exigence ; on peut estimer également que la généralisation des appels à projets régionaux pour sélectionner les actions constitue un réel progrès tant pour la régionalisation d'une approche qui demeurait encore très départementalisée que pour l'instruction des dossiers devenue souvent plus rigoureuse.
- [108] A bien des égards, l'investissement des ARS dans le domaine de la prévention-promotion de la santé reste faible, à l'image de la situation générale de ce domaine. C'est ce qui explique que nombre d'acteurs concernés par les enjeux de santé publique craignent que la création, à côté des ARS, d'une délégation régionale du nouvel Institut dédié à la prévention-promotion de la santé ne soit un facteur préjudiciable à la mobilisation des ARS et constitue une menace pour la logique transversale qui a présidé à leur création en cherchant à décloisonner soins et prévention. Au moment où chaque acteur du soin doit s'impliquer dans la prévention, quel sens y aurait-il à ce que la puissance publique ne lui parle pas d'une seule voix ? Face à la diversité d'acteurs à engager dans la promotion de la santé (Education nationale, conseils généraux-PMI, établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, professionnels de santé, associations ...), il importe de ne pas démultiplier les interlocuteurs régionaux et de permettre à l'ARS de tirer parti de l'ensemble de ses leviers au profit de la prévention⁵⁷.
- [109] Alors que le projet de nouvelle loi de santé réaffirme la priorité à la prévention, le désinvestissement des ARS et la perte de synergie de l'action publique qui pourraient être induits par la création d'une structure parallèle paraissent donc pour beaucoup des risques à ne pas courir. C'est d'ailleurs ce qu'exprime le positionnement rapide et énergique du bureau des directeurs généraux d'ARS au moment où, au lancement de la mission, a pu être formulée l'hypothèse de positionnement de délégations régionales du nouvel Institut sur ce champ : « pour les ARS, il n'y a donc pas lieu d'envisager une déclinaison régionale en tant que telle de l'Institut en matière de prévention et promotion de la santé, mais par contre cet institut doit être le recours et l'expertise vers lesquels peuvent se retourner les ARS dans l'élaboration de leur politique »⁵⁸.
- [110] Il importe en effet de conforter l'investissement nécessaire des ARS en apportant grâce à l'Institut national un appui aujourd'hui trop incertain.

⁵⁷ Ainsi, exemple récent, la feuille de route élaborée à l'issue de la conférence nationale du handicap de décembre 2014 prévoit d'introduire des indicateurs de prévention dans les CPOM des ESMS afin de réduire les trop fréquentes difficultés d'accès des personnes handicapées à la prévention et les faire notamment bénéficier des grandes campagnes d'information (par exemple en matière de dépistage du cancer).

⁵⁸ La problématique des CIRE et l'évolution vers le nouvel institut. Position des Agences Régionales de Santé, note du bureau des DG d'ARS, décembre 2014.

1.2.2 Des relations trop ténues entre ARS et INPES, et un positionnement à clarifier avec le réseau associatif

1.2.2.1 Une collaboration insuffisamment dynamique entre ARS et INPES

- [111] Plusieurs analyses récentes⁵⁹ établissent un état des lieux critique des relations entre l'INPES et les intervenants régionaux en matière de prévention et de promotion de la santé.
- [112] La création des ARS n'a pas significativement modifié le positionnement de l'INPES, alors même que l'un des objectifs de son COP prévoit le développement de son rôle de référent pour faciliter la déclinaison régionale par les ARS de la politique nationale de santé. Ce positionnement devait passer par le renforcement des compétences des acteurs de terrain et par la définition d'une offre de services destinée aux ARS.
- [113] Comme le rappelle le rapport de l'IGAS relatif au contrat d'objectifs et de performance⁶⁰, « le jugement des ARS sur l'expertise de l'INPES est contrasté [...] : certaines reconnaissent le rôle d'expert de l'INPES et se réfèrent volontiers à la vaste source d'informations que constitue son site. D'autres pointent les manques, notamment en méthodologie d'évaluation, ou l'inadaptation de certains outils (trop complexes à utiliser, mal ciblés, ...) ».
- [114] Pour autant, un important décalage s'est instauré entre le rôle attendu de l'INPES (être l'expert et le référent scientifique et méthodologique pour la mise en œuvre des politiques publiques de prévention) et la réalité ressentie par les acteurs locaux et tout particulièrement par les ARS qui font état d'une relation très lointaine avec l'INPES.
- [115] Ce constat surprend d'autant plus que des instruments juridiques sont en place. Ainsi, en janvier 2012, l'INPES a conclu une convention cadre avec le SGMAS et la DGS qui est « relative aux modalités d'appui de l'INPES vis-à-vis des ARS » et qui prévoit les conditions dans lesquelles « l'INPES apporte son concours à la mise en œuvre des projets régionaux de santé et des schémas régionaux de prévention ». Elle a été signée en même temps que le COP et pour la même durée⁶¹ ; elle en constitue l'annexe 4.
- [116] La convention définit les cinq domaines dans lesquels l'INPES apporte un appui aux ARS :
- transfert de connaissances (notamment, l'INPES « met à disposition des ARS une synthèse des données probantes (...) dans les champs de compétences de l'INPES et les champs d'intervention des ARS ») ;
 - information et communication (c'est sous ce titre que sont décrites les modalités d'articulation entre l'INPES et le niveau régional autour des campagnes médiatiques nationales) ;
 - formation ;
 - qualité et labellisation (une « procédure de labellisation des outils d'intervention » est prévue, à laquelle l'INPES a renoncé en raison de la lourdeur d'une telle procédure) ;
 - appui aux actions locales (« les ARS signalent à l'INPES [...] des actions de terrain qu'elles considèrent comme prometteuses en termes d'efficacité dans le but de mutualiser l'information et, le cas échéant, de les valoriser dans la perspective d'un déploiement plus large. [De son côté,] l'INPES offre aux ARS des outils pour faciliter le déploiement

⁵⁹ Tout particulièrement le rapport de la Cour des Comptes relatif à la gestion de l'INPES (exercices 2005 à 2012), daté de juillet 2013 ; le rapport de l'IGAS n° 2014-032R : « évaluation du contrat d'objectifs et de performance 2012-2014 signé entre l'Etat et l'INPES » (juillet 2014) ; article cité *supra* de François BAUDIER, et alii.

⁶⁰ Rapport de l'IGAS n° 2014-032R : « Evaluation du contrat d'objectifs et de performance 2012-2014 signé entre l'Etat et l'INPES » (juillet 2014).

⁶¹ Elle a ensuite été prolongée et demeure en vigueur.

d'actions sur les priorités de santé publique, [notamment] par la production d'éléments méthodologiques sur des stratégies innovantes permettant leur déploiement sur l'ensemble du territoire. [...] Concernant la lutte contre les inégalités sociales en santé, l'INPES propose des stratégies d'intervention, et prévoit d'accompagner les ARS, en fonction des besoins exprimés, par la production d'outils ou la mise en place de formations ou de journées de sensibilisation »).

[117] Si sa mise en œuvre était effective et performante, il n'y aurait quasiment rien à changer à la convention pour qu'elle permette la montée en compétence et en expertise des acteurs et tout particulièrement des ARS ; mais tel n'est pas le cas et les attentes non satisfaites demeurent nombreuses, comme indiqué *infra*.

[118] Au demeurant, même s'ils rappellent que des représentants des ARS participent à des groupes de travail ou à certains événements (comme la « journée des pôles régionaux de compétences »), les responsables des directions de l'INPES, qui ont à travailler avec le niveau régional, font également état de la faiblesse de leurs relations avec les ARS ; ils la déplorent et forment le vœu que la mise en place du futur Institut permette l'instauration de meilleures bases⁶².

[119] L'absolue nécessité d'une meilleure compréhension réciproque des besoins des uns et des autres impose que le futur Institut structure des échanges périodiques entre ses services et les responsables des directions en charge de la santé publique au sein des ARS. C'est d'ailleurs un besoin exprimé très clairement par les équipes de terrain des ARS : les quelques occasions d'échanger entre ARS à l'invitation de l'INPES sur les actions de prévention-promotion de la santé et sur la conduite des appels à projets régionaux ont été très vivement saluées par les agents rencontrés par la mission.

1.2.2.2 Une intervention nationale source de confusion auprès des acteurs régionaux de la prévention

[120] La création des ARS n'a pas été suffisamment prise en compte par l'INPES qui a maintenu et même développé un lien privilégié avec les pôles régionaux de compétences (PRC).

[121] Créés en 2004, les PRC sont « des plateformes ressources qui fédèrent les compétences et ressources en éducation pour la santé et promotion de la santé »⁶³ ; les PRC sont présents dans les régions⁶⁴ pour y promouvoir ces domaines et améliorer la qualité des programmes et des actions mis en place localement. Chaque PRC rassemble ainsi les principales institutions compétentes (associations, mutuelles, organismes de sécurité sociale, administrations, collectivités territoriales), l'une d'elles étant le « porteur du pôle » (en charge de son animation et de la coordination de l'activité de la plateforme ressources)⁶⁵ et les autres « les partenaires du pôle » (qui contribuent aux missions du pôle par le développement d'activités et de prestations ; en tant que membres associés au pôle, ils signent une charte avec lui). L'instance de pilotage du pôle associe tous les partenaires dont les ARS. Pour chaque axe de travail, des comités techniques sont mis en place.

[122] Bien que sans personnalité juridique, chaque PRC, représenté par son « porteur », bénéficie d'une subvention de l'INPES, qui fait l'objet d'une convention à laquelle l'ARS n'est pas partie, l'ARS émettant seulement un avis, comme pour toutes les subventions que l'INPES attribue à des institutions implantées régionalement.

⁶² Il semble que quelques signes positifs allant dans ce sens aient été tout récemment enregistrés.

⁶³ Site internet de l'INPES.

⁶⁴ Ils sont implantés dans les 26 régions et à Mayotte suite à sa départementalisation en 2011.

⁶⁵ Dans 22 régions, ce sont les IREPS qui portent le pôle ; dans les quatre autres, ce sont respectivement la Mutualité française, une université, un comité d'éducation pour la santé et l'ARS.

- [123] Il ressort des différents travaux déjà cités que le bilan global reste décevant et que la nature de la relation entre l'INPES et les PRC pose problème, car elle est susceptible d'engendrer de graves incohérences. La Cour des comptes⁶⁶ relève ainsi qu'« il y a clairement dualité de compétences » entre l'INPES et les ARS pour l'animation régionale de la politique de santé, l'INPES s'appuyant largement sur les PRC qu'il a créés. Or, cette dualité n'est pas prévue par la loi, l'INPES n'ayant pas reçu une mission légale d'animation territoriale (bien qu'il ait cependant à assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire).
- [124] De fait, l'INPES s'est engagé dans une politique de gestion quasi directe des PRC par la mise en place de procédures de labellisation établies hors de tout dispositif réglementaire. Le fonctionnement des PRC repose depuis 2010 sur un cahier des charges national, actualisé pour la période 2013-2015. Ce document purement interne, prévoit, de façon très précise, les principes qui doivent régir le pôle, ses missions, son mode de fonctionnement, le suivi de ses activités, la conformité au cahier des charges, l'animation du dispositif, les modalités de la demande de financements.
- [125] Le pilotage, le financement et le cadrage national des PRC et l'insuffisante association des ARS, toutefois consultées au moment des visites de conformité, comme la lourdeur de procédures de financement et d'évaluation qui viennent souvent en parallèle d'exigences de l'ARS pour les crédits délégués par elle, ont conduit à une grande complexité et à un manque de lisibilité dont se plaignent les acteurs. Il apparaît à la mission que le nouvel Institut ne doit plus s'immiscer de cette façon dans l'organisation régionale des acteurs (cf propositions *infra*). Le trouble, de surcroît engendré par la fréquente superposition des missions des IREPS et des PRC, doit, en outre, inciter à préciser le rôle de ces associations régionales qui constituent souvent un interlocuteur privilégié pour les ARS.

1.2.3 Un besoin d'expertise et de cohérence plus que de structuration territoriale nouvelle

- [126] La mise en place du nouvel Institut intervient dans un contexte où l'ensemble des acteurs :
- conviennent de la nécessité d'amplifier l'investissement collectif en matière de prévention et de promotion de la santé, objectif que doit consacrer la nouvelle loi de santé;
 - reconnaissent qu'un apport de connaissances de fond est indispensable pour accroître la pertinence des interventions publiques ; aujourd'hui encore insuffisamment étayées, elles sont trop rarement guidées par des données probantes sur leur efficacité et demeurent par conséquent très aléatoires dans leurs résultats;
 - sont désireux de professionnaliser plus encore leur action en recourant le plus souvent possible à des actions de qualité, ciblées pour leur efficacité, mises en œuvre par des professionnels formés, et évaluées;
 - considèrent que l'intervention de l'INPES auprès des PRC a été source de complexité et a interféré de façon insuffisamment productive avec l'action régionale des ARS.
- [127] De ces constats découlent des attentes très fortes de montée en puissance significative de l'expertise en prévention-promotion de la santé, une volonté de coordination national/régional accrue et de simplification du jeu des acteurs sur le territoire régional.

⁶⁶ Rapport de la Cour des comptes relatif à la gestion de l'INPES (exercices 2005 à 2012), daté de juillet 2013.

1.2.3.1 Un élan décisif attendu pour l'expertise en prévention/promotion de la santé

- [128] En matière de prévention et de promotion de la santé, l'action a longtemps été conduite par des acteurs associatifs dont la bonne volonté ne pouvait être mise en doute mais dont le dévouement et la disponibilité ne suffisaient pas à garantir la validité des démarches entreprises. Et, de son côté, fidèle à la tradition française qui fait prévaloir le contrôle sur l'évaluation, l'administration déconcentrée donnait la priorité à la vérification de la régularité des procédures et de la consommation de la totalité des crédits alloués. A sa décharge, les directives ministérielles d'alors mettaient peu en avant l'obligation de s'interroger sur l'efficacité ou l'efficience des actions subventionnées ; au demeurant, si tel avait été le cas, les méthodes et les outils auraient manqué pour se livrer à l'exercice.
- [129] Aujourd'hui, dans les ARS comme à l'INPES, le besoin est très largement exprimé de sortir de « l'artisanat », de ne plus décider « à l'aveugle » et de ne plus reconduire, d'année en année, sans élément convaincant, les mêmes actions confiées aux mêmes promoteurs. Cette volonté de changement est nourrie par les multiples travaux qui, à l'étranger mais aussi de plus en plus en France, visent à établir de manière probante l'efficacité de telle action comparée à telle autre ou, tout du moins, à montrer que certains dispositifs ont eu des effets positifs là où ils ont été mis en place.
- [130] Force est cependant de constater que, si l'existence de travaux de nature à apporter des données étayées en prévention et en promotion de la santé est désormais connue de la grande majorité des acteurs, l'appropriation de ces travaux n'est guère effective : ils sont jugés difficilement accessibles (car rédigés en anglais pour la plupart et/ou inclus dans des publications très peu lues) et, lorsqu'ils sont identifiés, leur compréhension exige souvent un outillage méthodologique préalable dont la plupart des acteurs ne dispose pas.
- [131] Les acteurs régionaux souhaitent dès lors :
- [132] - connaître les expériences relatées dans la littérature nationale et internationale, francophone ou non, et disposer des données, probantes ou prometteuses, qui permettent de savoir « ce qui a marché » dans un contexte donné ; être éclairés sur la « transférabilité » dans un autre contexte, français voire régional ; bénéficier enfin de ces informations via des documents clairs, pédagogiques et aisément diffusables ;
- [133] - connaître les actions qui sont déployées dans d'autres régions, notamment si elles sont innovantes, et ce, avant même de savoir si elles seront définitivement jugées efficaces ou, au moins, prometteuses.
- [134] Pour répondre à cette double commande, il est attendu du futur Institut :
- qu'il diffuse les bonnes pratiques en prévention et en promotion de la santé ;
 - qu'il mette à disposition des outils (portails, documents pédagogiques, etc.) qui permettent d'accéder aisément à l'information utile (ce qui suppose en amont que les informations aient été identifiées, triées, synthétisées, rendues compréhensibles et profilées pour une action concrète qui va se développer dans un contexte local) ;
 - qu'il contribue en lien avec le ministère à l'élaboration de «programmes» concrets déclinables sur le terrain dans la durée et basés sur les données d'évaluation de l'efficacité des actions préconisées;
 - qu'il mette en place des formations;
 - et, enfin, qu'il suscite des échanges fréquents entre les acteurs des différentes régions (tout particulièrement les agents des ARS et les membres des IREPS et des grandes associations thématiques) et qu'il organise un dialogue régulier entre le niveau central et le niveau régional.

- [135] De la même façon que, dans le champ de la veille et de l'alerte, l'InVS est aujourd'hui conforté dans ses missions par les remontées du terrain, le futur Institut doit être « nourri » par les acteurs locaux, qui doivent porter à sa connaissance :
- leur analyse des besoins en prévention et en promotion de la santé ;
 - les expériences qu'ils conduisent, avec la description du contexte propre à chaque expérience et, en cas de succès comme en cas d'échec, les facteurs explicatifs qui ont pu être identifiés.
- [136] La principale attente exprimée à l'égard du nouvel Institut est donc de garantir la production et la mise à disposition d'une expertise en prévention/promotion de la santé en veillant à l'accessibilité des données (tant dans les méthodes de diffusion que dans la pédagogie déployée).
- [137] Répondre à cette attente (cf. *infra* les propositions en 2.2.2) suppose d'être en mesure, au niveau national, d'aiguillonner et de coordonner la production de ce savoir, de mettre en œuvre les techniques les plus appropriées de diffusion (bases de données et outils informatiques, formations, animations des acteurs) et d'organiser les retours d'expérience du terrain (via la recherche, l'évaluation, la concertation entre acteurs).

1.2.3.2 Une meilleure coordination souhaitée sur les grandes campagnes

- [138] Comme le souligne le site Internet de l'INPES, « La convention signée avec les ARS comporte (...) un volet sur l'articulation entre les campagnes de communication nationales et le niveau régional. L'enjeu est de rapprocher la communication nationale de la réalité locale en donnant aux acteurs de terrain les moyens de se réapproprier les messages des campagnes. L'un des objectifs essentiels d'une campagne médiatique de l'INPES est en effet de faire le lien entre la politique de santé publique et les actions de terrain. Cette fonction d'articulation est d'autant plus capitale qu'il est impensable de laisser les individus seuls face à la communication, sans soutien de terrain. Cet équilibre entre communication grand public et communications de proximité est d'autant plus essentiel quand il s'agit de toucher des publics tenus éloignés des campagnes médiatiques nationales par un fossé social et économique. ».
- [139] Bien que ces quelques lignes mettent bien en lumière l'importance de cette articulation, les ARS sont souvent assez critiques sur la réalité des coopérations autour des grandes campagnes de l'INPES. Le rapport de l'IGAS sur le COP de l'INPES précité rapporte quelques exemples : « selon la convention tripartite, les outils des campagnes sont transmis préalablement à leur publication, pour information, aux autres parties. Du point de vue des ARS, ce principe n'est pas systématiquement respecté. Quand la présentation d'outils de certaines campagnes est adressée par circulaire aux services de l'Etat, sans instruction spécifique pour les ARS, celles-ci ne savent pas quel doit être leur rôle dans la diffusion. Dans l'expectative, leur tendance est de ne pas se lancer dans une campagne de diffusion qui nécessite du temps (commandes des documents, diffusion, etc.). L'affiche sur les dangers du soleil ("ce qu'il faut savoir pour que le soleil reste un plaisir") est parvenue en un seul exemplaire, sans autre information, à l'ARS des Pays de la Loire, région qui accueille un million de touristes en été, en même temps qu'elle était envoyée aux préfetures et aux services de l'Etat. [...] De même, la campagne relative aux dangers du monoxyde de carbone a été lancée ces derniers hivers par circulaire aux préfets (circulaire dite "grand froid"). Cette absence d'échanges formalisés avec les ARS sur la déclinaison régionale des campagnes, allant au-delà de la simple information prévue par la convention, est regrettable ».

- [140] Les avis recueillis auprès des ARS consultées dans le cadre de la présente mission font état d'appréciations mitigées. Au mieux, les campagnes médiatiques nationales sont présentées comme apportant un « bruit de fond » qui constituerait un élément favorable à la diffusion des mesures de prévention et d'éducation en santé conçues régionalement. Mais le constat fait le plus souvent est que deux circuits d'information en direction de la population générale coexistent, sans lien ni harmonisation entre eux et sans que l'action soit démultipliée par la combinaison des deux flux : l'un est organisé par l'INPES au travers de ses campagnes nationales et l'autre est mis en place par les instances régionales sous l'égide des ARS.
- [141] Face à ce constat, les responsables de l'INPES mettent en avant l'embargo que les décideurs souhaitent le plus souvent faire respecter avant qu'une campagne médiatique ne débute, assorti d'une interdiction de communiquer sur le contenu de la campagne. Cette réalité constitue de fait un obstacle réel ; pour autant, les ARS pourraient être informées plus en amont des thématiques retenues pour les campagnes (s'ils ne peuvent pas l'être sur les contenus précis), associées par quelques uns de leurs représentants à la préparation des campagnes les plus importantes et, dès celles-ci entamées, invitées à mettre en place des mesures complémentaires.

1.2.3.3 Une clarification du jeu des acteurs sur le territoire régional

- [142] Deux éléments ont contribué à troubler le jeu des acteurs régionaux : le soutien de l'INPES aux PRC, mais aussi une politique de financements⁶⁷ d'actions locales susceptible d'interférer en cas d'insuffisante concertation, avec les orientations régionales.
- [143] « Les subventions sont un [...] moyen très important de venir en appui des acteurs de terrain, en particulier à travers des appels à projets ou des conventions pluriannuelles » : ouvrant la rubrique consacrée aux subventions sur le site internet de l'INPES, cette phrase traduit bien l'état d'esprit des responsables de l'INPES qui estiment qu'il est de sa mission de financer directement des actions qui vont être conduites localement.
- [144] Face à ce constat, les rapports de l'IGAS et de la Cour des Comptes soulignent la nécessité de faire en sorte que, sauf exception, une action conduite localement ne bénéficie plus de crédits à la fois nationaux et régionaux. Les éléments recueillis par la mission vont dans le même sens.
- [145] Déjà présentée comme indispensable et imminente dans le rapport précité de l'IGAS paru en juillet 2014 et dans une note de la DGS⁶⁸ en envisageant le principe, la décision de déconcentrer aux ARS les crédits de l'INPES destinés aux PRC doit évidemment être mise en œuvre ; et son entrée en vigueur doit s'inscrire dans le cadre de l'instauration de nouvelles relations entre l'Institut et les ARS.
- [146] Cette mesure financière doit être accompagnée d'une remise à plat régionale de l'intervention des PRC, et d'une redéfinition des rôles respectifs de l'ARS et des IREPS dans la reprise des missions de ces pôles.

1.3 Une relation peu nourrie entre EPRUS et ARS

- [147] En matière de défense, les enjeux sont encore très différents, à la fois de ceux du domaine de la veille et de l'alerte, et de ceux du champ prévention - promotion de la santé. L'EPRUS est un établissement de gestion, qui a d'abord été créé pour répondre à un besoin national. Si un lien avec les ARS s'est créé au fil du temps, il n'a pas nécessité d'organisation territoriale distincte. Il reste surtout aujourd'hui très ténu, et s'il paraît important, à l'occasion de la création du nouvel Institut, de le renforcer, le besoin de renforcement est moins aigu que dans les deux autres champs.

⁶⁷ A hauteur d'une dizaine de millions d'euros par an, source Site Internet de l'INPES.

⁶⁸ Note du 21 janvier 2014 du DGS au SGMAS relative au transfert aux ARS du financement et du pilotage des PRC

1.3.1 Un établissement de "gestion" créé pour répondre d'abord à un besoin national

- [148] Créé par la loi du 5 mars 2007 relative à la « préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur », et le décret du 27 août 2007 pris en l'application de celle-ci⁶⁹, l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) répond au besoin de structurer et rassembler au sein d'un même opérateur les capacités de réponse sanitaires tant humaines que matérielles de l'État, apparu notamment après le retour d'expérience sur l'épidémie de Chikungunya à la Réunion en 2005/2006.
- [149] A partir des années 2000, la prise de conscience de l'existence de risques de grande ampleur pour la santé tenant à la possible survenue d'événements naturels ou climatiques, comme la canicule de l'été 2003, épidémiologiques, comme l'apparition de cas humains de la grippe aviaire en Asie et d'épidémies localisées de méningite, ou politiques, comme des attentats terroristes, a amené les pouvoirs publics à mettre en place des plans d'intervention⁷⁰ et à constituer d'importants stocks de produits et matériels de santé⁷¹. Jusqu'en 2007, l'acquisition et la gestion de ces stocks sanitaires publics ont été pour l'essentiel assurées directement par le ministère de la santé, cette responsabilité étant confiée au département des urgences sanitaires, au sein de la DGS.
- [150] Plusieurs contrôles, de la Cour des comptes notamment⁷², ont mis en lumière les difficultés rencontrées dans cette gestion directe, difficultés qui ont en définitive conduit à rechercher une meilleure organisation par l'externalisation des fonctions commerciales et logistiques auprès d'un opérateur autonome.
- [151] Avaient également été rencontrées, au cours de certaines crises, comme la canicule de 2003 ou l'épidémie de chikungunya, des difficultés pour organiser la riposte et réquisitionner des personnels de santé, aux côtés des dispositifs permanents d'intervention sanitaires et de sécurité civile (hôpitaux et médecins libéraux, SAMU, pompiers etc.). S'était fait jour le besoin d'un potentiel de ressources humaines, réunies sur la base du volontariat et pouvant renforcer les structures de soins et médico-sociales dans des situations d'urgence le requérant, soit localement, soit à l'échelle nationale. A la différence de la procédure usuelle de la réquisition, les personnes engagées dans de telles actions devaient pouvoir bénéficier d'un cadre organisé d'emploi, de formation préalable, d'une rémunération et d'une protection personnelle.

⁶⁹ Les dispositions législatives le concernant ont été codifiées aux nouveaux articles L. 3135-1 à 5 du code de la santé publique (CSP). L'établissement a reçu son appellation dans le décret d'organisation du 27 août 2007, codifié aux articles R. 3135-1 à 13 de ce même code.

⁷⁰ Plan gouvernemental d'intervention face aux risques de type nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC), décliné dans les trois volets biologique (« Biotox »), chimique (« Piratox ») et nucléaire (« Piratome »); plan de prévention et de lutte contre la pandémie grippale; réponse aux épidémies de méningite.

⁷¹ A l'égard des risques nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC), la France a ainsi acquis des antibiotiques (*Ciflox*, *Oflocet*, *Tavanic*), des antidotes (*Cyanokit*, *Contrathion*, *Kelocyanor*), de l'iode stable destiné à parer aux effets d'une irradiation nucléaire, des vaccins antivarioliques et du matériel d'injection. Face aux risques de pandémie grippale, a été constitué un stock de masques de protection (masques destinés aux patients et pour la protection des personnels de santé), d'antiviraux (*Tamiflu*, *Relenza*, *Oseltamivir*), de vaccins (H5N1 et H1N1) et de matériels de vaccination. Enfin, des vaccins (*MenBvac*, *Neisvac*, *Ménomune*) ont également été acquis pour faire face aux accès récurrents de méningite.

⁷² Par des observations successives formulées à partir de ses travaux d'évaluation de la comptabilité du ministère de la santé pour l'année 2005, la Cour a contribué à alerter les pouvoirs publics sur les risques rencontrés dans la gestion des stocks sanitaires d'urgence. Ces observations soulignaient à la fois la fragilité de l'outil de suivi logistique des produits, les incertitudes comptables tenant à l'absence de séparation claire entre coûts d'achat et charges de stockage et à la méconnaissance des coûts de remplacement, et les incertitudes juridiques tenant au maintien dans le stock de produits ayant dépassé leur date officielle de péremption. Un rapport de la mission d'audit, d'évaluation et de contrôle (direction générale de la comptabilité publique) sur les « Stocks des médicaments du ministère de la santé et des solidarités » a fait également apparaître d'importantes lacunes en matière d'application informatique et de contrôle interne en soulignant la nécessité de mieux fiabiliser l'inventaire physique et la traçabilité des différents stocks et d'assurer une réelle corrélation de l'information avec les nombreux prestataires de stockage.

[152] La création de l'EPRUS visait donc à la fois à surmonter les limites rencontrées par une gestion administrative directe par l'Etat de l'acquisition et la gestion des stocks publics de produits sanitaires, mais aussi à mettre en place un nouveau cadre de mobilisation de personnels de santé aptes à faire face à des situations d'urgence, la "réserve sanitaire". La mise en place de l'EPRUS a été marquée par d'importantes difficultés et ce n'est qu'à la fin du printemps 2009 que l'établissement a pu réunir les conditions d'une intervention opérationnelle. Il a connu une première mise à l'épreuve à travers le rôle opérationnel majeur que lui a imparti la politique gouvernementale de lutte contre la pandémie grippale H1N1.

Encadré n°4: Missions et gouvernance de l'EPRUS

1. Missions

La loi fondatrice de l'EPRUS lui confie pour missions de :

* mettre en place et gérer sur le plan opérationnel, administratif et financier la réserve sanitaire. Le dispositif de la réserve sanitaire administre des professionnels, d'anciens professionnels et des étudiants du secteur de la santé ayant vocation à participer à des missions ponctuelles de renfort ou de détachement sanitaire, en France ou à l'étranger, en situation de catastrophe, d'urgence ou de menaces sanitaires graves lorsque les moyens habituels du système de santé ne suffisent plus. L'EPRUS est compétent pour le recrutement, la formation, la mobilisation, et la prise en charge lors des missions (notamment de la rémunération). Il signe un contrat d'engagement avec le réserviste pour une durée de 3 ans. Le décret 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles a assoupli les règles de recours à la réserve⁷³. Un nouveau cadre d'emploi a été élaboré, après concertation auprès des ARS et des professionnels de santé, en novembre 2013. Il vise notamment à mieux articuler la mobilisation de la réserve et la continuité de l'organisation locale des soins ;

* acquérir, gérer les stocks, et distribuer les produits de santé composés de médicaments (antidotes, antibiotiques, antiviraux, vaccins, comprimés d'iode, etc...), de dispositifs médicaux (seringues, aiguilles, collecteurs, masques chirurgicaux, etc.) et de matériels divers (notamment des équipements de protection individuelle tels que les masques) qui permettront de répondre, en tant que de besoin, à différentes catégories de menaces (risques biologiques, chimiques ou radionucléaires, risques accidentels de radio-contamination, menaces épidémiques et pandémiques, foyers épidémiques ou hyper-endémiques localisés, situations de catastrophe ou d'urgence sanitaire de grande ampleur).

* financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs (masques pour les administrations).

L'EPRUS a également un rôle majeur d'expertise dans le domaine de la gestion des crises sanitaire (appui à la conception des différents plans et dispositifs de gestion de crise) et de soutien aux acteurs de terrain (Agences régionales de santé, préfetures, établissements de santé, etc.). A ce titre, il contribue à la cohérence de la mise en œuvre des moyens matériels de réponse aux situations d'urgences sanitaires notamment en :

* participant à la conception des schémas de stockage et distribution des produits ;

* participant à la mise en place des plans zonaux de mobilisation des ressources sanitaires (ressources humaines et matérielles) ;

* facilitant le renouvellement des moyens tactiques des établissements de santé (référentiels techniques, etc.).

⁷³ Création de deux groupes "ressources": le groupe des retraités, étudiants, non exerçants ou remplaçants et le groupe des réservistes en activité (notamment en établissements de santé). Distinction des événements à "cinétique lente" (phénomènes infectieux épidémiques ou climatiques extrêmes et durables susceptibles d'entraîner des tensions sur l'offre de soins), pour lesquels la réponse sanitaire repose prioritairement sur les acteurs de l'offre de soins locale, la réserve venant en renfort temporaire sur les structures de soins en difficulté, et des événements à cinétique rapide (nombreuses victimes lors de catastrophes naturelles ou accidents technologiques), pour lesquels la réponse sanitaire repose sur l'aide médicale urgente (SAMU, SMUR), la réserve pouvant être sollicitée pour renforcer les structures de soins. Dans les deux cas, les réservistes mobilisés le seront d'abord au sein du groupe des professionnels qui ne sont pas en activité.

2. Gouvernance et pilotage de la performance

L'EPRUS est un établissement public administratif, financé à parité par l'Etat et l'Assurance maladie. Il dispose de pouvoirs limités, l'État, conservant la responsabilité principale en cas de crise sanitaire. La loi en fait un simple exécutant des décisions du ministre de la santé, chargé d'acheter et de gérer des stocks sanitaires à la demande du ministre. Son Conseil d'administration comprend douze représentants de l'Etat et douze représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie (8 CNAMTS, 2 CNRSI, 2 CCMSA) et a des pouvoirs réduits. Les décisions prises par le directeur sur instruction du ministre ne lui sont pas soumises et tout ce qui concerne les marchés et les conventions est donc exclu de sa compétence.

La convention signée entre l'Etat et l'EPRUS le 16 février 2009 renforce ces restrictions.

Le premier contrat de performance, pour la période 2011-2013, étant arrivé à échéance, l'établissement a signé, le 13 juin 2014, un deuxième contrat d'objectifs et de performance avec l'Etat pour la période 2014-2015. Il fixe quatre orientations stratégiques pour la période:

- * Optimiser la gestion des stocks stratégiques de l'État ;
- * Maintenir en capacité opérationnelle la réserve sanitaire par la mise en œuvre du cadre d'emploi;
- * Apporter un appui à la gestion des moyens des établissements de santé et des ARS ;
- * Optimiser l'organisation et l'efficience de l'établissement.

[153] L'EPRUS a donc été créé pour répondre à un besoin national, celui de la gestion des crises sanitaires d'ampleur. C'est d'abord la relation avec le niveau national qui a par conséquent été pensée, notamment au travers de la convention nationale de 2009. L'EPRUS est mobilisé, en cas de crise, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile pour l'utilisation de la réserve sanitaire (y compris pour des missions à l'étranger), et par le ministre chargé de la santé pour les stocks sanitaires. Ni la loi de 2007, ni son décret d'application, ne font référence à un quelconque niveau territorial, sauf pour citer le préfet de département ou le préfet de zone, responsables de la gestion de crise, chargés notamment de la mise en œuvre et de l'emploi de la réserve au niveau territorial (affectation des réservistes en particulier)⁷⁴.

1.3.2 Une organisation territoriale non spécifique et des textes qui sont passés d'une notion d'appui des ARS à l'établissement à celle d'un soutien de l'établissement aux ARS

[154] Contrairement à ce qui a été mis en place pour la veille sanitaire, avec des CIRE distinctes des ARS, mais fonctionnellement imbriquées avec celles-ci, ou pour la prévention-promotion de la santé, avec des liens tissés avec un réseau associatif important extérieur aux ARS, la défense sanitaire n'a pas fait l'objet d'une organisation territoriale spécifique après la création de l'EPRUS. C'est donc l'ARS, et plus spécifiquement, l'ARS dite "de zone", qui est l'interlocuteur direct de l'EPRUS en région.

1.3.2.1 Une mission originelle "d'appui" des ARS à l'EPRUS prévue par les textes qui n'a pas mené à une organisation territoriale spécifique

[155] La création des ARS avec la loi HPST a modifié les organisations locales et obligé à penser la relation ARS/EPRUS.

⁷⁴ Articles L3134-2 et L3131-1 du CSP.

- [156] Tout d'abord, l'article L1431-2 du CSP précise que les ARS "contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire". C'est donc le directeur général de l'ARS qui est, aux côtés du préfet de département, le principal acteur en matière de gestion des crises sanitaires. L'EPRUS est un gestionnaire de ressources, qui sont mobilisées lorsque la crise sanitaire a une certaine ampleur, notamment quand un événement dépasse, par sa gravité ou son intensité, le cadre d'une seule ARS ou que les capacités de réponse du niveau régional sont insuffisantes. L'ARS, interlocuteur essentiel en matière de gestion de crise en région, apporte à l'EPRUS le soutien dont il a besoin pour effectuer sa mission nationale. La collaboration EPRUS / ARS a donc d'abord été pensée essentiellement en termes d'échanges d'informations et d'appui éventuel des ARS au nouvel établissement encore récent. Plusieurs textes sont venus clarifier cette articulation.
- [157] La loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST, dite "loi Fourcade", intègre la création des ARS dans les articles du CSP sur l'EPRUS, concernant les modalités de gestion de la réserve sanitaire⁷⁵.
- [158] Ce sont surtout des circulaires, dont celle du 2 novembre 2011 ayant pour objet la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé adressée aux DG d'ARS et au DG de l'EPRUS, qui posent les bases de la relation EPRUS / ARS⁷⁶.
- [159] La circulaire de 2011 rappelle tout d'abord que le CSP a créé dans les zones de défense⁷⁷ des ARS qualifiées d'ARS "de zone"⁷⁸ qui assistent le préfet de la zone dans l'exercice de ses missions et coordonnent les ARS de la zone de défense. A ce titre, elles doivent à la fois signer des conventions avec les préfets de zone, et mettre en place un protocole organisant leurs relations avec les ARS de leur zone. Pour faciliter ce travail d'animation et de coordination des autres ARS, la circulaire prévoit la désignation d'un "responsable de haut niveau en charge de l'organisation de la réponse aux situations exceptionnelles et des relations avec la préfecture de zone". Doit être structurée autour de ce responsable une organisation en charge de la défense, de la veille et de la sécurité sanitaire. L'instruction n° DGS/DUS/CORRUSS 2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles précise que le service zonal de défense et de sécurité, rattaché au DG, est "la structure de base de l'organisation de la gestion des situations exceptionnelles à l'échelle zonale".

⁷⁵ Elle prévoit tout d'abord que le corps des réservistes vient en appui également des moyens des ARS, comme c'était déjà le cas pour les moyens des services de l'Etat, des collectivités territoriales ou des établissements de santé. Elle précise ensuite dans l'article L3134-2 du CSP que c'est au directeur général de l'ARS territorialement compétent, et non plus au préfet de département, de procéder à l'affectation des réservistes, "pour faire face aux situations d'urgence affectant le système sanitaire". Le préfet de département prend le relais lorsqu'il s'agit de situations présentant un risque de trouble à l'ordre public, et le préfet de zone "si la situation sanitaire ou l'afflux de patients ou de victimes le justifient". Mais dans les deux cas, l'affectation se fait "sur proposition du DG de l'ARS territorialement compétente". Concrètement, cette latitude laissée au DG d'ARS n'est réellement utilisée qu'en cas de mobilisation de la réserve sanitaire pour des événements d'importance nécessitant le renfort des réservistes en plusieurs points. Ce fut notamment le cas des dispositifs prudeniels (Jeux Olympiques de Londres, anniversaire du Débarquement...) ou le renforcement des maraudes sociales dans le cadre du plan grand froid.

⁷⁶ Notamment l'annexe 2 intitulée "Relayer l'action de l'EPRUS en matière de réserve sanitaire et de gestion des stocks".

⁷⁷ Une zone de défense et de sécurité est une circonscription administrative spécialisée dans l'organisation de la sécurité nationale et de la défense civile et économique. Elle est dirigée par un préfet de zone de défense et de sécurité, qui est le préfet de région du siège de la zone. Pour la zone de l'Île-de-France, il s'agit du préfet de police. Elles sont au nombre de sept en métropole, avec pour chefs-lieux: Paris, Lille, Rennes, Bordeaux, Marseille, Metz, Lyon (article R1211-4 du code de la défense).

⁷⁸ Article L1435-2 du CSP: " Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. Leurs services sont placés pour emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone. Le directeur général de l'agence régionale de santé du chef-lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Dans ce cadre, il anime et coordonne l'action de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. L'agence régionale de santé du chef-lieu de zone est, en conséquence, qualifiée d'agence régionale de santé de zone".

- [160] Les sept « ARS de zone » métropolitaines ont, en général, créé en plus un service en charge de la défense sanitaire, souvent intégré à la direction de la santé publique (DSP) aux côtés de la plateforme de veille⁷⁹. Ces cellules se sont également développées dans les autres ARS⁸⁰. Elles sont chargées de l'élaboration des différents "plans d'intervention"⁸¹, et sont les correspondants des ARS de zone.
- [161] La circulaire de 2011⁸² précise aussi que c'est l'ARS de zone qui assurera le rôle d'interface entre l'EPRUS et le territoire. Il n'est pas prévu d'organisation territoriale spécifique de l'EPRUS. Les premiers correspondants de l'Établissement national sont les ARS de zone, et au sein de celles-ci, le responsable de la défense sanitaire. Le nouveau cadre d'emploi de la réserve sanitaire élaboré en 2013 précise que "Les ARS de zone sont les interlocuteurs territoriaux principaux de l'EPRUS". Au delà des celles-ci, les différentes circulaires prévoient l'appui de l'ensemble des ARS à l'EPRUS, notamment sur la réserve sanitaire. On est donc sur un schéma totalement différent de celui des CIRE.
- [162] Cette mission d'interface de l'ARS de zone touche "à la fois à la réserve sanitaire et à la mise en œuvre du schéma de stockage et de distribution des stocks stratégiques".
- [163] La circulaire de 2011 rappelle que la réserve sanitaire est "un objectif prioritaire" et qu'elle constitue "une ressource supplémentaire pour la gestion des crises territoriales". A ce titre, toutes les ARS doivent participer dans leur ressort à la sensibilisation des professionnels de santé susceptibles d'intégrer le dispositif et relayer auprès d'eux les informations transmises par l'EPRUS. Il importe à l'ARS de zone de coordonner leur recensement et de tenir à jour l'état des réservistes résidant dans le ressort de la zone de défense. L'instruction DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles revient, en son annexe 2, sur la réserve sanitaire, suite à la publication du décret de janvier 2013 et du nouveau cadre d'emploi, et insiste de nouveau sur "l'appui essentiel des ARS" à l'EPRUS, dont elles "relaient l'action" en ce domaine⁸³.
- [164] Concernant la gestion des stocks, le schéma de stockage et de distribution des stocks stratégiques de l'Etat élaboré par l'EPRUS doit aboutir à l'élaboration d'un plan de distribution de produits de santé en cas de crise sanitaire au sein de la zone de défense et de sécurité. L'ARS doit veiller à ce que ce plan ait la plus grande homogénéité possible, tout en tenant compte des spécificités des territoires. La circulaire interministérielle DGS/DUS/DGSCGC/2013/327 du 21 août 2013 relative au dispositif de stockage et de distribution des produits de santé des stocks stratégiques de l'Etat pour répondre à une situation sanitaire exceptionnelle précise que des plans départementaux de distribution doivent être élaborés par les préfetures, "en lien avec les ARS". Le préfet de zone, "en lien avec l'ARS de zone", coordonne le dispositif.

⁷⁹ Sauf en Aquitaine où cette cellule n'apparaît pas sur l'organigramme.

⁸⁰ Neuf ARS sur 22 ARS en métropole n'avaient pas identifié de telles structures sur leur organigramme.

⁸¹ Plans de préparation du système de santé: organisation de la réponse du système sanitaire (ORSAN), plan blanc élargi (PBE), plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZM). Plans interministériels à dominante sanitaire (préparés par l'ARS pour le compte du préfet): plan d'organisation d'une campagne de vaccination en situation sanitaire exceptionnelle, plan de distribution de produits de santé en situation sanitaire exceptionnelle, plan de distribution des comprimés d'iode en cas d'accident nucléaire, plans d'intervention pour les urgences de santé publique dans les ports et aéroports, plan de réponse à une attaque variole, plan de réponse à une pandémie grippale, plan de gestion d'une canicule en département, déclinaison du plan grand froid. Plans interministériels auxquels l'ARS participe: plan de gestion d'un accident nucléaire, plan vigipirate, plan de lutte contre le terrorisme NRBC, plan organisation de la sécurité civile (ORSEC) et ses différents volets spécialisés, plan de gestion d'un épisode de pollution atmosphérique.

⁸² "Toutes les ARS, en particulier celles de zone, soutiennent l'action de l'EPRUS au niveau territorial".

⁸³ C'est l'ARS de zone qui coordonne la demande de mobilisation des réservistes. Il est ajouté que la mobilisation de la réserve se fait "en lien avec les ARS et les employeurs", afin de ne pas "perturber l'organisation locale des soins". Les ARS informent les établissements de santé de la sollicitation de leurs réservistes par l'EPRUS et évalue son impact sur l'offre de soins régionale. Il est enfin précisé qu'une "analyse juridique est en cours afin de donner au DG de l'ARS la possibilité de faire appel directement à la réserve de l'EPRUS".

[165] Pour définir l'articulation EPRUS/ARS de zone, la circulaire de 2011 dispose que l'EPRUS devra signer des conventions cadre avec chaque ARS de zone⁸⁴. Aujourd'hui, toutes ces ARS disposent d'une telle convention. Elles sont toutes faites sur le même modèle et prévoient essentiellement des échanges d'informations.

Encadré n°5 : Les conventions de partenariat EPRUS / ARS de zone

Sur la réserve sanitaire

Les conventions précisent la façon dont l'ARS de zone participe au recensement des réservistes et aux campagnes d'information, voire de recrutements. La gestion des inscriptions et le suivi des réservistes restent de la compétence de l'EPRUS, mais l'ARS a accès aux informations relatives aux réservistes de sa région ou de sa zone, notamment de leur affectation. La communication sur la réserve fait l'objet d'échanges entre l'EPRUS et l'ARS de zone, mais c'est l'EPRUS qui en garde la maîtrise. Les deux partenaires organisent une réunion annuelle avec l'ensemble des représentations professionnelles des filières concernées, afin de dresser un état des lieux sur l'engagement des professionnels de santé du territoire dans la réserve sanitaire. L'ARS, dans le cadre de l'élaboration des différents plans, établit une cartographie des besoins en renforts en cas de crise, et peut organiser des exercices dans la zone, avec l'appui de l'EPRUS. En matière de formation, l'EPRUS établit des référentiels de formation pour les réservistes et organise leur formation, mais peut être amené à en faire également pour les ARS de zone dans le cadre des plans de formation pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Les deux partenaires s'informent mutuellement des bilans des formations réalisées, soit à destination des réservistes (sous l'égide de l'EPRUS), soit à destination d'autres acteurs (sous l'égide de l'ARS).

Les stocks stratégiques

Pour les stocks dits "stratégiques"⁸⁵, les volumes stockés au niveau de la plateforme zonale⁸⁶ doivent permettre de couvrir les premiers besoins en renfort de toute opération d'urgence. Une partie du stock zonal peut être pré-positionné par l'EPRUS au niveau départemental. L'EPRUS garantit la livraison, à partir de sa plateforme zonale, pour tous les départements de la zone dans un délai de 12 heures. L'ARS peut solliciter de la part de l'EPRUS des dotations, dont elle désigne les sites, en cas d'événements nationaux ou internationaux (G8 ou G20 par exemple). L'ARS est informée chaque semestre de l'état des stocks zonaux.

Les stocks tactiques

Pour les moyens dits "tactiques", centralisés dans les établissements de santé de la zone, l'ARS informe l'EPRUS annuellement de leur état des lieux. Elle transmet également chaque année les besoins zonaux, afin que l'EPRUS puisse mettre en place auprès des établissements les procédures de marché concernées.

⁸⁴ Avant le 1er janvier 2012

⁸⁵ Ces stocks ont été constitués par les autorités de santé, pour faire face aux risques biologiques, chimiques ou radionucléaires issus de menaces terroristes, aux risques accidentels de radio-contamination, aux menaces épidémiques de grande ampleur (pandémie) et à des foyers hyper-endémiques localisés. Ils sont composés de médicaments, de dispositifs médicaux (seringues, aiguilles, collecteurs, masques chirurgicaux, ...) et de matériels divers (notamment des équipements de protection individuelle, comme des masques). Ces stocks sont à différencier des stocks appelés « tactiques » qui sont tous les équipements et produits de santé dont doivent disposer les établissements de santé sièges de service d'aide médicale urgente (SAMU) ou de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) pour assurer la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Ces stocks permettent d'assurer la réponse précoce dans l'attente de la mobilisation, le cas échéant, de stocks stratégiques, ou la gestion de tout événement exceptionnel hors champ d'emploi des stocks stratégiques (tel qu'incendie ou accident industriel).

⁸⁶ Les stocks stratégiques sont détenus par l'EPRUS à partir de sa plateforme nationale ou de ses 7 plateformes zonales.

[166] Le modèle de convention est silencieux, en revanche, sur la gestion de crise elle-même. Il est juste écrit que "les modalités d'échanges d'information et de coordination entre l'EPRUS et l'ARS de zone en cas de crise, seront précisées dans une instruction du ministère chargé de la santé". Mais l'instruction du 27 juin 2013 n'apporte aucune précision en ce sens. Seule l'annexe 1 fait apparaître l'EPRUS dans un schéma de "gestion de crise", mais en le rattachant au CORRUSS, sans lien avec l'ARS de zone. Il est prévu qu'un officier de liaison de l'EPRUS soit présent en permanence au sein du centre de crise sanitaire créé au ministère en cas de crise.

1.3.2.2 L'évolution des textes pour prendre en compte de façon plus significative le besoin des ARS

[167] Alors que les premières circulaires ont mis l'accent sur "l'appui" que devaient apporter les ARS au nouvel établissement, les textes ont évolué et traitent désormais plus du "soutien" que l'EPRUS doit apporter aux ARS.

[168] Une première évolution s'est faite jour dans le décret du 7 janvier 2013 déjà cité, qui instaure des plans zonaux de mobilisation (PZM) qui doivent être élaborés par l'ARS de zone, en concertation notamment avec les autres ARS et l'EPRUS. Ce même décret institue deux commissions spécialisées au sein de l'EPRUS. L'une dite "conduite et moyens sanitaires opérationnels", l'autre sur la "formation spécialisée des professionnels de santé". Dans les deux cas sont émis des recommandations et des référentiels. Enfin, l'EPRUS est désigné comme devant animer le réseau des "psychiatres référents" qui pilotent les cellules d'urgence médico-psychologiques mises en place par les ARS.

[169] La circulaire interministérielle DGS/DUS/DGSCGC/2013/374 du 26 septembre 2013 relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires explicite comment doivent s'articuler les missions des ARS de zone et celles de l'EPRUS. Ce dernier est clairement désigné comme devant apporter un appui à la réalisation du plan pour identifier les moyens humains et les moyens tactiques matériels à mettre en place, en dehors même de la mobilisation de la réserve sanitaire et des stocks stratégiques, pour lesquels il est évidemment en première ligne, en tant que gestionnaire.

[170] Le COP signé pour la période 2014-2015 entre l'Etat et l'EPRUS reprend cette notion d'appui aux ARS, alors que le précédent qui portait sur la période 2011-2013 était quasiment muet sur le sujet. Il précise en préambule que l'EPRUS doit "développer sa capacité d'appui aux ARS" et "aider les ARS à finaliser les schémas de distribution des stocks à la population". Une des quatre orientations stratégiques porte sur "l'appui à la gestion des moyens des établissements de santé et des ARS" et précise que l'EPRUS doit "monter en puissance en termes d'appui et d'expertise". Trois actions sont identifiées :

- Participer à la conception des schémas de stockage et de distribution du stock stratégique;
- Participer à la mise en place des PZM (connaissances sur les professionnels de la zone, élaboration de politiques de formation en lien avec la commission spécialisée...);
- Faciliter l'entretien et le renouvellement des moyens tactiques (postes sanitaires mobiles, équipements de protection au sein des établissements de santé): mise en place d'un système d'information de gestion; réflexion sur la possibilité d'achats groupés; recommandations techniques en lien avec la commission spécialisée ...

1.3.3 Des liens ARS / EPRUS à renforcer sur la gestion de crise, voire au-delà

1.3.3.1 Des liens peu développés

- [171] Si les textes prévoient une montée en charge de l'appui de l'EPRUS aux ARS, et si toutes les ARS semblent satisfaites du rôle d'interface joué par les ARS de zone, il est apparu à la mission lors de ses déplacements que les liens ARS/EPRUS, y compris dans les zones de défense, étaient encore peu élaborés. Le sujet de la réserve sanitaire en particulier est revenu régulièrement lors des entretiens, alors même que les circulaires et les conventions cadre prévoyaient de vrais échanges d'informations entre les partenaires sur cette question. Souvent, il a été dit à la mission que l'ARS avait en réalité très peu de visibilité sur la mobilisation de la réserve dans la zone, notamment pour les missions à l'étranger, ou que la mobilisation en urgence ne fonctionnait pas vraiment, beaucoup de réservistes étant d'ores et déjà en activité dans les établissements de santé. La mobilisation fonctionne mieux lorsque les interventions sont programmées (exemple dans le Nord-Pas-de-Calais des JO de Londres). En matière de stocks, certaines ARS de zone regrettent de ne pas avoir de vision sur le stock stratégique national, ou aimeraient plus d'implication de l'EPRUS sur la stratégie à avoir en matière d'achats et de commandes (achats groupés dépassant le cadre de la zone notamment).
- [172] Les liens se résument en réalité souvent à des contacts, qui peuvent cependant avoir une certaine régularité selon certaines ARS de zone, sur la distribution de produits ou de matériels (exemple de la livraison des équipements en cas de suspicion d'Ebola dans les établissements de santé où l'ARS a recensé les besoins, mais où l'EPRUS a effectué les livraisons, en informant l'ARS ensuite). Il s'agit de liens purement "logistiques", pour reprendre l'expression d'un responsable d'un service zonal de défense et de sécurité, qui déplore la centralisation des procédures de l'EPRUS et l'absence de réunions régulières, qui amènent à un sentiment "d'isolement". Les sept responsables des services zonaux de défense et de sécurité sont bien réunis par l'EPRUS, mais peu souvent, et "à leur demande" selon les mots du DG de l'EPRUS.
- [173] Le rôle de l'EPRUS est avant tout conçu par ses dirigeants comme un rôle "national", puisque c'est le ministre qui décide par arrêté de la mobilisation de la réserve et que c'est à sa demande que se font la gestion et la distribution des produits. Les contacts régionaux ne sont pas "une habitude" pour reprendre l'expression de son directeur général, la fluidité du lien EPRUS/ARS se heurtant par ailleurs aux mêmes obstacles que ceux rencontrés par d'autres agences nationales⁸⁷.
- [174] Des dysfonctionnements ont été par ailleurs mentionnés, illustrant le manque de fluidité dans les relations ARS/EPRUS. En Alsace, une lettre du DG d'ARS à la DGS en date du 16 mars 2011 transmise à la mission souligne deux difficultés, lors d'une campagne de vaccination contre la méningite ayant dû être réalisée en urgence: les vaccins ont été livrés au service de la promotion de santé de la ville de Strasbourg sans seringues et aiguilles; et lorsqu'il a fallu des vaccins supplémentaires à envoyer sur le lieu de vacances d'enfants ayant été potentiellement exposés à Strasbourg, le CORRUSS⁸⁸ a répondu que cela lui semblait "difficile", suite à la première livraison effectuée. En Ile-de-France, l'EPRUS a, en novembre 2014, envoyé à un mail à des réservistes sanitaires pour appuyer les équipes de l'InVS sur l'expertise et le classement des cas suspects d'Ebola. La direction de l'ARS n'était pas au courant, alors même que l'un des MISP de la CVAGS venait de recevoir ce mail en tant que réserviste.

⁸⁷ Le DG de l'EPRUS a souligné à la mission la quasi impossibilité pour ses équipes d'intervenir en séminaire des DG d'ARS.

⁸⁸ Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales.

1.3.3.2 Des liens à renforcer au-delà de la gestion de crise

- [175] Si certaines ARS estiment que le lien avec l'EPRUS n'a pas besoin d'être renforcé, celui-ci étant avant tout un organisme gestionnaire effectuant, à quelques exceptions près, ses tâches de gestion de manière satisfaisante (livraison de stocks ou d'équipements; mobilisation de la réserve), la mission a constaté dans d'autres agences une réelle demande d'appui. Cette demande concerne notamment l'élaboration de plans, et pas seulement des plans zonaux de mobilisation. Une ARS de zone a exprimé ainsi sa difficulté à élaborer de multiples plans qui ne répondent pas tous aux mêmes règles et estime que l'EPRUS pourrait lui apporter un soutien en la matière. Une autre ARS, qui n'est pas une ARS de zone, a regretté l'absence d'appui et "d'expertise écrite" dans le cadre des plans ORSAN et déplore l'absence d'aide directe en cas de "gestion de crise".
- [176] On constate donc aujourd'hui le besoin d'un renforcement de la relation ARS/EPRUS, d'abord centré sur les missions traditionnelles de l'établissement. Dans la perspective de la création de nouvel Institut, le rôle et les liens que l'EPRUS entretient avec les ARS, pourraient par ailleurs être amenés à être élargis et à évoluer.
- [177] Il existe en effet un certain "continuum" entre les missions d'appui à la gestion de crise de l'EPRUS et les missions exercées aujourd'hui par l'INPES et l'InVS. Celui-ci n'est aujourd'hui guère mis en valeur auprès des ARS.
- [178] L'INPES a ainsi mis en place une campagne d'information et de prévention des risques liés aux vagues de grand froid et de très grand froid : en cas de grand froid ou de très grand froid, des messages adaptés aux personnes les plus vulnérables comme les personnes âgées ou les enfants sont téléchargeables en ligne, pour impression et pour une diffusion locale dans les zones concernées par une vague de froid. Le dispositif comprend un tract en couleur ou en noir et blanc, au format A4 qui vise à prévenir les risques liés au grand froid, des plaquettes plus détaillées et des campagnes radio. L'INPES joue donc aussi un rôle en matière de "communication de crise"⁸⁹, que l'EPRUS pourrait relayer, dans son rôle d'appui à la gestion de crise auprès des ARS.
- [179] Le continuum est plus clair encore du côté de l'InVS. Au sein des ARS, il y a des interactions quotidiennes entre la plateforme de veille et la cellule en charge de la défense sanitaire, souvent rattachée au DSP, et qui élabore les différents plans d'intervention. Les données épidémiologiques et les alertes quotidiennes sont une source d'informations pour l'organisation de la gestion de crise et en cas de crise. Une ARS de zone rappelle ainsi que l'InVS est une "source bibliographique considérable" et que les données de la CIRE permettent de repérer le bruit de fond habituel de certaines pathologies pour définir les seuils de crise et "d'anticiper" des événements qui pourraient mener à une crise sanitaire. Or, l'EPRUS n'a aucun contact aujourd'hui avec les CIRE ou avec l'InVS. Lors des diverses crises de chikungunya ou de dengue en Outre-mer (Antilles et Guyane), s'il y a eu mobilisation de la réserve ou recommandations de l'EPRUS en vue d'une crise de plus grande ampleur, et envoi en parallèle de renforts de la part de l'InVS, il n'y a pas eu de liens entre les deux établissements. C'est le DUS au niveau national, et les ARS au niveau local, qui ont fait ce lien. Cette synergie pourrait être renforcée par la fusion et amplifier de ce fait l'appui apporté aux ARS en cas de gestion de crise proprement dite.

⁸⁹ L'article L 1417-1 du CSP issu de la loi de 2004 déjà cité précise d'ailleurs que l'INPES participe "à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence".

[180] Ainsi, si dans le champ de la veille et de l'alerte, l'apport de l'agence nationale aux ARS en termes d'expertise est une réalité, et ce notamment grâce à une organisation territoriale spécifique, les CIRE, il en va différemment dans les deux autres champs que sont la prévention-promotion de la santé et la défense sanitaire, où l'on constate un déficit d'appui de l'agence nationale aux ARS. Le renforcement des liens entre le futur Institut et les ARS passe dans ces deux domaines, non pas par une organisation territoriale *ad hoc*, mais par l'instauration de véritables relations formalisées avec les ARS. Ces nouvelles modalités de fonctionnement devraient d'ailleurs également fluidifier les relations entre le niveau national et le niveau régional en matière de veille.

2 UNE STRUCTURATION TERRITORIALE ALLANT AU-DELA DES CIRE N'EST PAS SOUHAITABLE SOUS RESERVE DE DYNAMISER LES RELATIONS ENTRE AGENCE NATIONALE ET ARS

[181] La logique de régionalisation figurant dans la loi HPST est bien de conforter le rôle clé des ARS dans le pilotage décloisonné de la politique de santé et de limiter les organisations ad hoc parallèles qui émietteraient la mise en œuvre de cette politique. C'est pour la mission une ligne directrice dans sa réflexion sur l'organisation territoriale du nouvel Institut. Dans la mesure du possible, aucun intermédiaire public local censé déployer l'action d'une institution nationale ne doit, dans le champ de la santé, concurrencer le pilotage transversal des politiques par l'ARS ni interférer avec un schéma général de cadrage national approprié, adapté et relayé par les agences régionales.

[182] Ce principe directeur doit cependant être éclairé par deux aspects :

- Les enjeux propres du champ de la sécurité sanitaire paraissent, selon la mission, légitimer une structuration partiellement dérogatoire, sous réserve que le lien fonctionnel fort avec l'ARS soit préservé et même conforté. Il ne faut pas négliger, par ailleurs, les risques qui découleraient de la mise à bas de l'organisation actuelle qui, sans être toujours totalement huilée, donne, comme on l'a vu, plutôt satisfaction pour l'exercice des missions de veille et d'alerte.
- La nécessité d'accompagner la responsabilité pleine et entière de l'ARS par une amélioration significative des relations entre agences nationales et ARS, faute de quoi l'apport de fond des agences d'expertise aux politiques régionales serait compromis et la performance du système de santé amoindrie.

[183] Il importe en effet de garantir la fluidité, aujourd'hui encore incertaine, des relations entre agences et ARS et de trouver un équilibre entre une nécessaire maîtrise des flux d'informations et des commandes allant du niveau national vers les ARS et, d'un autre côté, la nécessité d'une interaction fonctionnelle régulière et riche entre les niveaux national et régional, indispensable à la pertinence de l'action publique.

2.1 Un préalable : faciliter les relations entre agences nationales et ARS

- [184] La question des liens entre agences nationales et ARS est nécessairement une question sensible. Différentes motivations ont conduit, au moment de la mise en place des agences régionales, à réguler assez strictement tant les différentes formes d'animation nationale que les circuits d'alimentation des ARS : souci de préserver l'esprit de leur création, qui visait à leur accorder des marges de manœuvre dans l'action et à ne pas les enserrer dans des commandes nationales inutilement prescriptives ; volonté de leur épargner une « pluie fine » de circulaires ou de commandes ponctuelles insuffisamment articulées ou priorisées ; affirmation d'un mode de relations priorisant l'animation politique des directeurs généraux d'ARS par rapport à une dynamique antérieure d'échanges professionnels techniques au sein des différents collègues (ingénieurs du génie sanitaire par exemple) ou de groupes de référents thématiques (éducation pour la santé, VIH, personnes âgées ...).
- [185] Ces choix initiaux légitimes ont eu plusieurs conséquences :
- la mise en place d'une organisation garantissant la concertation entre directions d'administration centrales et la centralisation des commandes adressées aux ARS autour du comité national de pilotage (CNP), présidé par le ministre, et du secrétariat général du ministère en charge de son animation ;
 - le net ralentissement dans les premières années des échanges techniques nationaux.
- [186] Dans ce contexte, il paraissait d'évidence de cantonner plus encore les liens entre agences nationales et ARS, pour ne pas ajouter des circuits d'information ou des commanditaires et pour ne pas parasiter le circuit dominant de relations avec les ARS, la DGS, étant, en tant que tutelle des agences, susceptible et désireuse de faire le relais. Quelques ouvertures ont cependant été aménagées, dont a bénéficié l'INPES, avec la mise en place d'un protocole de coordination entre Agence nationale, SGMAS (ARS) et DGS. L'InVS, avec la convention cadre du 19 mai 2010 relative à la gouvernance des CIRE, et l'EPRUS, avec la signature, en 2012, de conventions avec les ARS de zone, ont bénéficié de dispositifs juridiques plus restrictifs, ne traitant pas de l'ensemble de la relation entre l'agence nationale et les ARS (InVS) ou ne comportant pas de dimension nationale pour l'EPRUS.
- [187] Force est aujourd'hui de constater que les liens entre agences et ARS sont unanimement considérés comme insuffisants : le protocole INPES pourtant riche et pertinent a été assez peu mis en œuvre, la relation entre InVS et ARS se réduit trop souvent à l'intermédiation de la CIRE, les conventions EPRUS/ARS de zone ne donnent lieu qu'à des échanges formels. Plus généralement, la procédure du CNP est parfois en décalage avec la nécessité d'échanges techniques plus ponctuels que normatifs, certains obstacles sans doute excessivement précautionneux freinent la concertation entre agences et ARS ; les temps de rencontre sont rares tant au niveau des directeurs généraux⁹⁰ que des équipes. Du côté des ARS, les professionnels déplorent très souvent le tarissement de la concertation nationale qu'ils imputent à la fois à des raisons de principe - les circuits privilégiant les directions générales des ARS - et à des questions financières de rationnement des frais de déplacement (que l'on ne s'est pas suffisamment donné les moyens de dépasser en inventant des solutions techniques de concertation à distance).

⁹⁰ Les directions de l'InVS ou de l'EPRUS ont regretté auprès de la mission l'insuffisance de leurs liens avec les directions d'ARS.

- [188] Différentes initiatives ont néanmoins recréé une dynamique collective au cours des dernières années ; les agences nationales n'en ont, toutefois, pas toujours bénéficié : création de la réunion des DSP⁹¹ puis des directeurs de l'offre de soins, dans le champ de la veille et de l'alerte, organisation par le DUS d'un club veille et sécurité sanitaire (VSS) actif, reprise à un rythme moins aléatoire des réunions techniques dans différents champs (lutte contre le cancer, personnes âgées...). Ces initiatives sont souvent appréciées des équipes en ARS : que l'INPES organise une réunion de référents prévention des ARS sur un sujet ou la HAS⁹² une réunion des référents qualité et le retour des équipes est unanime pour saluer le décroisement et l'intérêt y compris en termes d'efficacité (échanges d'outils, méthodes, partage de productions ...).
- [189] Il paraît en effet essentiel que, pour apporter l'expertise dont elles sont en charge, et pour favoriser les partages ou retours d'expérience, les agences nationales puissent rencontrer, en lien avec les administrations centrales référentes, mais de façon assez régulière, leurs interlocuteurs privilégiés au sein des ARS. Cela peut de façon tout à fait efficace se faire au sein des lieux déjà instaurés : réunion des DSP ou club VSS. Cela doit, sinon, faire l'objet de réunions *ad hoc*, concertées avec les administrations centrales pour mobiliser, le cas échéant, les référents sur des sujets proches et minimiser les déplacements.
- [190] Différents exemples illustrent de fait l'importance de réunions techniques - et non politiques - entre agences nationales et ARS :
- Dans le champ de la prévention, le renforcement des compétences des équipes des ARS concernant les données probantes et l'évaluation des actions, comme la remontée vers le nouvel Institut des savoirs expérientiels, supposent des échanges périodiques planifiés.
 - Dans le champ de la veille et de l'alerte, la question de la communication ou la déclinaison de la charte de l'expertise appellent des réponses concertées entre ARS et InVS, pour garantir tant l'adéquation de l'apport de l'Institut aux ARS que pour éviter les frictions inutiles. Ceci dans un schéma à organisation constante avec des CIRE. Il va de soi que si le scénario (*infra*) faisant des ARS le seul relais de l'InVS en région était retenu, ces échanges devraient être bien plus soutenus et hors de proportion avec les pratiques actuelles ...
 - En cours d'évolution assez significative de sa démarche de certification, la HAS doit à la fois informer de façon assez soutenue les référents qualité qui sont ses contacts au sein des ARS de l'évolution générale de sa doctrine et traiter de façon précise plus réactive avec les directions générales des principaux dossiers sensibles de réserves ou menaces de refus de certifier. Ces sujets nécessitent une grande proximité avec les ARS.
 - Pour la mise en œuvre du plan Cancer, les échanges entre les directeurs généraux - et, à un niveau technique, entre les référents cancer présents dans la plupart des ARS - et l'Institut national du cancer (INCa) sont d'autant plus utiles que les uns et l'autre ont une approche transversale décroisée qui traverse les frontières des administrations centrales, celles-ci n'étant chacune concernée que par une part du plan. Mais des échanges plus techniques sont nécessaires, par exemple dans les relations avec les réseaux régionaux de cancérologie, pour garantir la cohérence des demandes et éviter la contradiction entre exigences de la labellisation et de l'animation nationales et commandes régionales.
- [191] Ces échanges peuvent et doivent prendre des formes variées : participation aux temps collectifs des ARS (séminaire des DG, réunions des DSP, club VSS ...) ; assemblées et réunions *ad hoc*, formations, outils à la disposition des ARS, conventions tripartites avec les acteurs de terrain, concertation autour d'appels à projets ou d'expérimentations ... Mais encore faut-il que l'autocensure ou des consignes explicites restreignant les relations directes avec les ARS n'interdisent pas de faire réellement fructifier ces outils...

⁹¹ A leur initiative, en 2011.

⁹² Haute Autorité de santé.

[192] C'est pourquoi l'organisation de relations claires et protocolisées paraît indispensable à l'interaction fructueuse et apaisée entre les agences spécialisées nationales et les ARS. Il importe, naturellement, de ne pas créer de courts-circuits par rapport au ministère et à la procédure du CNP ; mais il convient aussi de ne pas créer, par des interdictions excessives, les circonstances susceptibles d'aboutir à des tensions et à des incompréhensions. Il est également important que, lorsque l'agence nationale et l'ARS sont en relation avec un partenaire de terrain - IREPS, structure régionale d'appui en qualité ou réseau régional de cancérologie - le cadre conventionnel adopté soit tripartite pour assurer la cohérence du triptyque et éviter doublons ou incohérences. Comme cela sera souligné ci-dessous, il n'est pas opportun qu'une agence nationale entretienne, sans concertation suffisante avec les ARS, des liens avec des structures territoriales ou finance des acteurs locaux (sauf dans des cas exceptionnels qui le justifient de manière évidente).

[193] Agence technique ayant des champs d'expertise qui recoupent ceux, généralistes, des ARS, le futur Institut doit pouvoir instaurer des relations régulières et prédéfinies avec elles : de façon indispensable dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé ou de la défense sanitaire, puisque, dans ces domaines, l'ARS est le relai privilégié de l'Institut, mais aussi dans celui de la veille et de l'alerte, pour conforter, par des échanges politiques avec les DG ou les DSP, les interactions plus quotidiennes entre CIRE et CVAGS au sein des plateformes.

Recommandation n°1 : Fluidifier les relations entre le futur Institut et les ARS, grâce à un protocole de coordination couvrant l'ensemble de son champ de compétences.

2.2 Les exigences de sécurité sanitaire militent pour un maintien d'une articulation territoriale étroite entre agence nationale et ARS dans le champ de la veille

[194] A l'issue du bilan tant de l'apport des CIRE que des imperfections de leur positionnement actuel, la mission a considéré que la valeur ajoutée du dispositif des CIRE pour la performance globale des politiques nationale et régionales de sécurité sanitaire justifiait de préserver un schéma atypique d'antenne avancée d'une agence au sein des ARS, et de l'assumer comme tel afin de clarifier tant les responsabilités que les modalités administratives de fonctionnement. Les raisonnements ici synthétisés et les différents scénarios sont développés dans le rapport "Bilan et perspectives des CIRE".

2.2.1 Les enjeux de réactivité et d'unité d'approche propres à la sécurité sanitaire justifient le maintien d'une organisation *ad hoc* conciliant cohérence scientifique nationale et gestion régionale

[195] La logique de la régionalisation mise en place depuis la loi HPST est bien de conforter le rôle clé des ARS dans le pilotage décloisonné des politiques de santé et de limiter les organisations *ad hoc* parallèles qui émietteraient la mise en œuvre des différentes facettes de cette politique.

[196] Les enjeux propres du champ de la sécurité sanitaire paraissent pourtant, selon la mission, légitimer une structuration partiellement dérogatoire, sous réserve que le lien fonctionnel fort avec l'ARS soit préservé et même conforté. C'est pourquoi dans les scénarios qu'elle a étudiés⁹³, la mission a privilégié ceux qui conservaient la proximité et un véritable co-pilotage (développés *infra*), et écarté un scénario dit de la coupure entre des CIRE interrégionales et des CVAGS renforcées de la partie ARS des effectifs actuels des CIRE (développé dans le rapport "Bilan et perspectives des CIRE").

⁹³ Détaillés dans le rapport "Bilan et perspectives des CIRE".

- [197] En dépit de l'affirmation légitime et fructueuse du rôle des ARS dans l'organisation de la sécurité sanitaire, ce champ présente en effet par la nature des sujets traités et, pour être précis, des risques encourus, la nécessité non seulement d'une étroite coordination nationale - c'est le rôle du DUS - mais aussi d'une réactivité et d'une unité d'approche scientifique et méthodologique basée sur des connaissances constamment actualisées, qui relèvent de l'agence d'expertise nationale en charge de la veille sanitaire. Dans d'autres sujets, dont la prévention, dont le rythme est au long cours, l'unité d'approche et l'apport d'expertise ne méritent pas une étroite imbrication fonctionnelle et des modes d'animation réguliers et structurés suffisent à garantir tant l'apport d'expertise que la diffusion nationale des connaissances. Les différences d'approche régionales sont de surcroît intrinsèquement liées au modèle même de l'ARS.
- [198] Mais dans le champ de la veille et de l'alerte, tant les risques de propagation nationale de l'alerte, que la nécessité d'agir dans l'immédiateté, nécessitent une accessibilité de l'expertise et une interaction sans délai qui est d'autant plus fructueuse et sûre que les équipes ont une habitude de travail en commun. Les réunions "flash" mises en place dans les plateformes qui fonctionnent bien sont l'illustration de ces enjeux d'action rapide et de partage immédiat des enseignements de la science et du terrain.
- [199] Dans ce champ, la variété des approches territoriales a moins de sens que dans d'autres et peut être dangereuse ou, à tout le moins, contre-productive. La prise en charge d'un risque se doit d'être conforme aux standards les plus récents et n'a pas à s'accommoder de variantes. A la différence des sujets plus classiques d'organisation des soins ou d'action sur les comportements, le caractère par définition sans frontière des risques infectieux, et souvent des risques environnementaux, impose la mobilisation immédiate d'un acteur en charge de l'alerte au niveau national et responsable du cantonnement précoce des risques. Cet acteur peut en outre envoyer des renforts en cas d'alerte trop importante pour le niveau local.
- [200] C'est le rôle de l'agence nationale que de garantir la mise en œuvre des approches méthodologiques et scientifiques de référence et de sécuriser l'évaluation des alertes de portée nationale. Ce rôle peut difficilement être exercé du seul niveau national, comme on l'a souligné *supra*. Une plateforme nationale d'appui aux ARS intégrée au futur Institut, bien qu'envisagée par certains DG d'ARS, ne paraît pas une solution réaliste. L'appui se doit pour être réactif d'être au plus proche et d'intégrer les contraintes du contexte local comme l'ont souligné les directions scientifiques de l'InVS, qui doutent de pouvoir se passer d'un relai épidémiologique de terrain.

2.2.2 Un scénario faisant des ARS le relai de terrain de l'InVS n'offre pas toutes les garanties nécessaires au déploiement optimal de l'expertise

- [201] L'un des scénarios étudiés par la mission dans le rapport consacré aux CIRE explore la possibilité que, pour préserver la logique de la loi HPST, les ARS soient le relai de terrain de l'InVS, et intègrent l'ensemble des missions et des effectifs des CIRE au sein de pôles d'épidémiologie relevant de la seule ARS. En dépit de sa clarté institutionnelle, cette solution repose sur des hypothèses fortes et soulève de nombreuses interrogations en termes de faisabilité et de soutenabilité dans la durée : une agence nationale peut-elle réellement coordonner scientifiquement des services d'ARS, les animer à un rythme aussi soutenu qu'au sein de l'actuel réseau des CIRE et garantir la maintenance de leurs compétences ? les ARS ont-elles vocation à exercer des missions de surveillance ou d'études scientifiques ? L'intégration de personnels scientifiques au sein de l'ARS peut-elle être attractive ? Les modalités d'exercice actuelles de la tutelle sur les ARS permettent-elles de s'assurer que leurs nouvelles missions seront efficacement accomplies ?
- [202] Ce scénario aurait comme avantages majeurs de clarifier la chaîne de commandement et de conforter la position des ARS, de permettre d'éventuels gains d'efficacité, et de limiter les dysfonctionnements liés au flou des missions et des responsabilités.

- [203] La mission met cependant en lumière deux difficultés principales.
- [204] La première concerne la capacité de maintenance d'une expertise méthodologique et scientifique forte au sein d'une agence dédiée à la gestion. La pertinence de la réaction régionale à l'alerte nécessite dans les cas les plus complexes, inhabituels et émergents et donc, potentiellement, dans les cas les plus graves et alarmants, de s'appuyer sur une expertise épidémiologique poussée, sur les connaissances scientifiques les plus à jour et sur une logique d'approche nationale. Là où aujourd'hui, la montée en puissance de l'animation scientifique de l'InVS via le DCAR conduit à ce que les responsables ou les équipes de CIRE soient rassemblés de façon régulière, aient un niveau de formation relativement soutenu et soient impliquées de façon récurrente dans des groupes de travail et des retours d'expérience nationaux, existe le risque d'affaiblissement de l'actualisation des connaissances et du partage d'expérience dans une configuration où les pôles d'épidémiologie ne seraient pas le réseau de l'Institut.
- [205] Différents témoignages au sein des ARS soulignent de façon récurrente l'actuel appauvrissement des échanges nationaux entre professionnels des agences ; les éléments recueillis par la mission sur les formations suivies par les équipes des CVAGS montrent par ailleurs un rythme et une richesse de contenu inférieurs à l'investissement actuel des équipes de CIRE en formation et partage de connaissances⁹⁴.
- [206] L'absence de force de rappel extérieure puissante peut compromettre la préservation de la capacité d'expertise épidémiologique face au poids de la gestion : sans pilotage scientifique fort de l'Institut, l'entité épidémiologique de l'ARS peut, progressivement, perdre la disponibilité pour des travaux bibliographiques, des formations ou des études de long terme et, partant, perdre sa spécificité. Aux enjeux de maintien des compétences peuvent s'associer des difficultés de recrutement, faute d'attractivité pour des profils scientifiques du rattachement à l'ARS. Aujourd'hui, tous les responsables de CIRE sont en contrat InVS, avec des carrières qui se sont faites dans le réseau (alternance de périodes dans les départements scientifiques et en CIRE apportant une plus-value en termes d'expertise). Un rattachement aux ARS réduirait leurs perspectives de carrière et financières, les grilles ARS étant en général inférieures. A terme, le recrutement d'experts de qualité pourrait se tarir fortement.
- [207] La seconde difficulté tient aux questions de séparation de l'évaluation et de la gestion qui constitue un axe structurant de notre système actuel de sécurité sanitaire. Malgré l'identification d'une cellule *ad hoc*, malgré les garanties apportées par le statut de certains agents tels les MISP, malgré le pilotage scientifique confirmé de l'Institut, l'indépendance de l'expertise apportée par des pôles d'épidémiologie rattachés aux ARS serait nécessairement amoindrie, si ce n'est factuellement, mais à tout le moins dans l'esprit des partenaires (media, élus...). La chaîne de commandement devenant plus clairement liée à l'ARS, il serait difficile pour un DG d'ARS d'affirmer que sa position repose sur les conclusions d'un expert "indépendant" et de le faire intervenir comme un tiers.

⁹⁴ Dans les CVAGS ayant communiqué les formations suivies par leurs équipes, les contenus scientifiques sont faibles ; beaucoup s'étaient récemment essentiellement formées au nouvel outil informatique SIVSS implanté dans les ARS depuis fin 2014.

Un MISP en CIRE soulignait, par ailleurs, sa chance de pouvoir se former au regard du manque de disponibilité pour ce faire de ses collègues en ARS, du fait, certes, de la pression de la gestion, mais aussi, de la faiblesse relative des propositions de formation dans son champ.

- [208] L'absence de rattachement du responsable de la CIRE à l'InVS place en outre l'ensemble de la structure sous l'autorité de l'ARS et entraîne, en cas de conflit d'intérêt entre la gestion locale et la parole scientifique, une absence de contre-poids véritable, alors qu'aujourd'hui, les responsables de CIRE engagent la responsabilité scientifique de l'InVS qui les désigne comme garants de l'exercice de ses missions en région. L'ARS est bien maître à bord, mais se prive potentiellement de ces forces de rappel dont certains responsables de la veille soulignaient que « la CIRE interpelle mais est utile pour cela même ». Comme l'a rappelé l'un des directeurs généraux d'ARS lors de leur séminaire de novembre 2014 auquel participait la mission, la logique qui a conduit en 1998 à briser le lien hiérarchique entre agences nationales et ministère pour garantir leur indépendance reste d'actualité, et vaut aussi au niveau régional.
- [209] Ce scénario comprend aussi des risques importants pour l'InVS, pour lequel il constitue un pari risqué avec notamment une fragilisation possible des activités de surveillance et d'études non priorisées par les ARS à ce jour et potentiellement menacées par le poids de l'alerte, sans que l'InVS puisse aisément faire valoir ses besoins. C'est pourtant une contrepartie indispensable au transfert des effectifs sinon totalement inacceptable pour l'Institut. Il impose par ailleurs une formalisation accentuée des relations des ARS et de l'Institut dans le champ de la veille pour garantir l'alimentation de celui-ci en alertes parallèlement aux remontées vers le DUS, mais aussi en signaux moins « bruyants », aujourd'hui remontés par les CIRE⁹⁵ pour dans une logique d'anticipation, de capitalisation et de mise en perspective nationales, sans pour autant constituer d'emblée des alertes. D'une façon plus générale, la tutelle nationale exercée sur les ARS devrait, dans cette hypothèse, disposer des indicateurs et moyens de contrôler que les nouvelles missions déléguées aux ARS sont bien effectives.

L'ensemble de ces éléments ont conduit la mission à préférer un scénario confirmant le statut d'antenne d'agence nationale avancée au sein des ARS pour les CIRE.

2.2.3 Le scénario privilégié par la mission cherche à clarifier les responsabilités, simplifier la gestion et garantir un équilibre entre performance globale de sécurité sanitaire et pilotage régional des politiques de santé

2.2.3.1 Les grandes lignes de l'organisation préconisée

- [210] Le scénario retenu par la mission ne conduit pas à une remise en cause marquée de l'existant, compte tenu des avantages fonctionnels soulignés de l'interpénétration forte entre une agence nationale d'expertise et les ARS dans le champ de la veille et de l'alerte. Il prolonge un mouvement d'affirmation du pilotage scientifique de l'InVS, garant d'une performance accrue des dispositifs nationaux de veille, pour autant qu'il sache répondre de façon efficace aux besoins du gestionnaire principal des situations d'alerte que sont les ARS. Il paraît garantir un point d'équilibre optimal entre consécration du pilotage régional des politiques de santé par l'ARS et performance globale de sécurité sanitaire.
- [211] Ce scénario repose sur des CIRE dont l'ensemble des personnels sont rattachés à l'Institut par souci de simplification de la gestion pour mettre fin à un montage atypique sans valeur ajoutée autre que symbolique pour les ARS. Il réaffirme néanmoins avec un certain nombre de mesures techniques la nécessité d'un co-pilotage pour garantir l'apport aux ARS de ces antennes de l'Institut toujours intégrées en leur sein. Il tire enfin la conséquence du positionnement de l'ARS en termes de responsabilités.

⁹⁵ Sous l'appellation Information sanitaire d'importance, remontée compte tenu d'une possibilité d'extension au-delà de la région, d'une sensibilité médiatique, du caractère nouveau de l'évènement régional ou du risque de sur-accident...

[212] Le schéma retenu doit en effet lever les ambiguïtés actuelles du dispositif en termes de responsabilité en affirmant clairement la responsabilité de première ligne de l'ARS dans le traitement de bout en bout des signaux parvenus à la plateforme régionale. Ce principe doit être inscrit dans la loi comme doit l'être l'existence des CIRE, cellules de l'InVS en région. Contrepartie de la responsabilité clarifiée de l'ARS sur le territoire régional, les CIRE doivent conserver un accès à l'ensemble des signaux des points focaux et disposer d'une faculté d'autosaisine *a priori* exceptionnelle⁹⁶.

[213] La loi doit en outre prévoir que, pour certains signaux représentant potentiellement une menace nationale, complexes ou inhabituels, l'ARS doit saisir la CIRE pour ne pas fragiliser la mission nationale de l'InVS ni négliger l'apport de l'expert. Pour fluidifier le fonctionnement des plateformes, la convention cadre devra être plus précise qu'aujourd'hui sur des aspects d'organisation qui paraissent des points durs (réunions flash, réunion à minima hebdomadaire), et certains points devront nécessairement être repris par les conventions de partenariat régionales pour réduire leur extrême hétérogénéité actuelle.

Recommandation n°2 : Clarifier le partage des responsabilités entre futur Institut et ARS en matière de veille et d'alerte (accorder à l'ARS une responsabilité à titre principal pour le traitement des signaux parvenus aux points focaux régionaux).

Recommandation n°3 : Inscrire les CIRE dans la loi, comme cellules de l'InVS en région, en posant le principe de l'intégration fonctionnelle à l'ARS et d'un copilotage de l'ARS (modalités définies par arrêté ou convention cadre nationale).

Recommandation n°4 : Inscrire dans la loi l'accès des CIRE à tous les signaux et leur capacité d'auto-saisine à titre exceptionnel, afin de mener une évaluation et des investigations complémentaires. L'ARS est informée de l'auto-saisine et des résultats obtenus.

Recommandation n°5 : Inscrire dans la loi le principe de saisine des CIRE par l'ARS dans certains cas (signaux inhabituels et complexes, émergents ou à potentiel d'extension nationale). Renvoyer à une convention cadre nationale pour détailler ces critères de sollicitation.

[214] La construction juridique doit être clarifiée, elle ne peut néanmoins pas être simpliste, compte tenu des enjeux encourus par chacune des institutions impliquées dans la veille et l'alerte.

[215] Pour conserver l'ancrage régional de la CIRE et ne pas prendre le risque que l'autonomie de gestion des moyens humains n'éloigne ces cellules des besoins des ARS ou ne les conduise à s'affranchir d'un pilotage régional qui doit demeurer unique aux mains de l'ARS, différents leviers doivent être confortés dans une nouvelle convention cadre (règles strictes en matière de communication et de publication, avec accord nécessaire de l'ARS ou arbitrage national demandé par l'InVS, avis conforme de l'ARS sur la nomination du responsable et entretien annuel de ce responsable du DG de l'ARS avec ce responsable en amont de son évaluation par l'Institut, participation de la CIRE aux réunions de la direction de la santé publique pour garantir un apport allant au-delà des seuls sujets de veille ...) ⁹⁷. Les ARS doivent en outre veiller à deux points essentiels aujourd'hui inégalement maîtrisés : la programmation de l'activité des CIRE pour définir des actions de surveillance ou des études répondant au mieux aux besoins régionaux, dans un équilibre harmonieux avec les actions d'envergure nationale répondant à ceux de l'Institut ; le pilotage des actions d'observation, pour mieux valoriser l'apport des dispositifs de surveillance animés par les CIRE et l'articuler avec les contributions d'autres acteurs, en premier lieu les ORS ⁹⁸.

⁹⁶ Le principe devant être celui d'une mise en commun systématique au sein de la plateforme et d'une décision en commun des modalités d'intervention.

⁹⁷ Cf. les éléments plus précis dans le rapport sur les CIRE.

⁹⁸ Cf. les développements dédiés aux ORS et à leurs liens avec les CIRE dans le Rapport "Bilan et perspectives des CIRE" et dans son annexe 2.

- [216] Donner plus de réalité au-copilotage signifie aussi accentuer les temps d'échange entre ARS et InVS, à un niveau bilatéral stratégique (programmation), mais aussi au niveau des directions de la santé publique et parfois des ressources humaines. Mais, de la même façon que pour les autres champs, (prévention notamment), il importe que la relation agence nationale et collectif des ARS soit moins sporadique pour dégager des stratégies d'intervention communes ou tirer les enseignements de retours d'expérience collectifs.

Recommandation n°6 : Enrichir le contenu de l'actuelle convention cadre nationale, notamment sur les modalités de fonctionnement des plateformes (réunions, critères de sollicitation de la CIRE), mais, aussi, sur le rôle de l'ARS dans la communication, la programmation, l'évaluation du responsable de CIRE et les recrutements... Inscrire le principe de réunions régulières annuelles futur Institut/ARS. L'ensemble de ces dispositions peut s'intégrer dans le protocole de coordination général visé à la recommandation 1.

Recommandation n°7 : Renforcer le pilotage des actions d'observation par l'ARS.

- [217] Dans ce scénario, l'InVS doit de son côté s'organiser pour optimiser encore le service rendu aux ARS : mise à plat des conséquences de la charte de l'expertise et des processus de validation actuels sur les relations CIRE/ARS et sur la réponse aux besoins des agences, mise en place d'indicateurs de suivi (délais) de ces processus pour ne pas peser excessivement sur la gestion, explicitation et suivi de la mise en œuvre des règles d'information de l'ARS en cas de publication, pilotage quantitatif et qualitatif renforcé des ressources humaines des CIRE pour garantir l'apport des équipes aux ARS (et aux missions nationales).

Recommandation n°8 : Clarifier les conséquences de la charte de l'expertise sur l'exercice des missions en CIRE et produire une doctrine nationale.

Recommandation n°9 : Débattre de cette doctrine, des processus de validation scientifique des travaux des CIRE et de leur impact sur la gestion au sein d'un groupe de travail InVS-ARS.

Recommandation n°10 : Mettre en place des indicateurs de suivi des processus de validation internes à l'InVS, notamment dans une logique de maîtrise des délais et de réponse aux besoins des ARS.

Recommandation n°11 : Clarifier les procédures internes de l'InVS sur les règles d'information de l'ARS en ce qui concerne les publications périodiques scientifiques et mettre en place des procédures de suivi de l'application des règles d'information des ARS.

2.2.3.2 Les conditions concrètes de déploiement

- [218] Au-delà des aspects fonctionnels, la mise en place de ce scénario signifie le transfert d'une grande part des effectifs des ARS vers l'InVS. La perte des effectifs des CIRE pour les ARS est cependant plus virtuelle que réelle car une majorité des ARS a, jusqu'à présent, sanctuarisé le personnel ARS des CIRE en s'y considérant tenue par l'engagement conventionnel.
- [219] L'implication variable des ARS est évidemment un facteur d'inégalités dans la perte ressentie, certaines ayant apporté plus d'effectifs à la CIRE que ne l'imposait la convention de partenariat initiale. D'autres se sont déjà en partie désengagées. L'ensemble de ces dimensions devra être pris en compte dans un processus progressif de mise en œuvre.

[220] L'apport des CIRE aux ARS justifie que celles-ci contribuent pour une part des effectifs « ARS » actuels, mais il faudra concerter le transfert avec les ARS, en fonction des situations locales et notamment de l'équilibre des forces CIRE / CVAGS. La réforme territoriale peut éventuellement faciliter le processus. D'une part, en mêlant ce changement, somme toute réduit en termes d'enjeux quantitatifs, à une réorganisation plus profonde, d'où la nécessité de se caler sur l'agenda de cette refonte. D'autre part, en offrant éventuellement des opportunités d'efficience par le regroupement des régions. En calant l'implantation des CIRE sur celles des CVAGS, vraisemblablement concentrées au siège des futures ARS, on réduit le nombre des CIRE métropolitaines à 13⁹⁹. Outre la réduction du nombre de responsables, et la disparition des antennes, des économies d'échelle sont envisageables sur certaines tâches. Les enjeux sanitaires des DOM peuvent toutefois justifier un maintien des antennes.

Recommandation n°12 : Transférer la gestion des personnels des CIRE aujourd'hui rémunérés par l'ARS à l'InVS en adaptant son plafond d'emploi en conséquence. Concerner le transfert des personnels avec les ARS en fonction des situations locales, de la réforme territoriale et des marges de manœuvre éventuelles dégagées par la fusion des trois agences existantes. Examiner la possibilité d'un lissage dans le temps.

[221] Il est par ailleurs essentiel qu'une réflexion approfondie soit engagée par l'InVS pour définir la masse critique des CIRE, ajuster les effectifs au besoin et répartir équitablement les effectifs sur le territoire. Il faudra aussi apprécier dans quelle mesure les éventuelles marges de manœuvre dégagées par la fusion de l'InVS, de l'INPES et de l'EPRUS et conservées au futur Institut pourront en partie être consacrées à conforter le réseau territorial et à réduire les effets du transfert sur les ARS. Il sera enfin nécessaire de renforcer le pilotage actuel de l'InVS en matière de gestion des ressources humaines.

Recommandation n°13 : Engager une réflexion sur les inducteurs de charges des CIRE afin de calibrer leur masse critique, en lien notamment avec la réforme territoriale.

Recommandation n°14 : Renforcer l'investissement du futur Institut (DCAR et DRH) dans le pilotage quantitatif et qualitatif des ressources humaines des CIRE.

2.3 L'apport du nouvel Institut dans les domaines de la prévention et de la gestion de crise passe plutôt par un renforcement des liens entre agence nationale et ARS

[222] Dans la logique de la régionalisation mise en place depuis la loi HPST, il n'apparaît pas souhaitable dans les autres champs que celui, déjà structuré et spécifique, de la veille de générer d'organisation parallèle à la structure maîtresse des politiques régionales de santé qu'est l'ARS. Il convient en revanche de veiller à ce que les grandes institutions nationales spécialisées puissent alimenter et conforter l'action des ARS - et à l'inverse, que l'expérience régionale puisse nourrir la production d'expertise nationale.

2.3.1 Une relation renforcée entre l'Institut national, les ARS et les IREPS qui doit conforter l'implication des ARS dans le pilotage de la politique de prévention et de promotion de la santé

[223] Il ressort des constats qui précèdent (décrits *supra* aux § 1.2 et 2.2.1 ainsi que dans l'annexe n° 1 à ce rapport) que l'amélioration de l'action publique en prévention et en promotion de la santé appelle de nouvelles relations entre les acteurs et une animation territoriale dynamisée.

⁹⁹ Ou 12 selon que la Corse aujourd'hui rattachée à la CIRE PACA bénéficie ou non d'une CIRE autonome.

Ceci ne nécessite ni la création d'une structure supplémentaire ni la mise en place, au sein ou à côté des ARS, d'une entité spécifiquement rattachée au futur Institut. Quel serait en effet son rôle ?

- [224] A l'échelle de temps de la prévention et de la promotion de la santé, la mise en place d'outils performants et de temps d'animation appropriés suffisent à la diffusion des connaissances. Le transfert des connaissances vers les ARS n'a pas à résulter d'une articulation professionnelle au quotidien, mais suppose une relation étroite avec les ARS et des temps de coordination, pour pouvoir entendre les besoins et y répondre de façon la plus pertinente. Dans un domaine où la transmission de l'expertise ne nécessite pas l'immédiateté et la réactivité requises pour les situations de veille et alerte, la proximité n'est pas indispensable.
- [225] Dans un contexte de moyens contraints, on n'imagine d'ailleurs mal que le nouvel Institut puisse déployer plus de un ou deux professionnels à cette fin. Or, un noyau d'une ou deux personnes ne pourrait jouer qu'un rôle d'animation, rôle qui doit appartenir à l'ARS. L'appui sur les ressources des actuelles CIRE ne paraît pas une solution réaliste: ce n'est pas parmi leurs équipes que pourraient être dégagés ces moyens, dans la mesure où elles ne constituent pas, à ce stade, un vivier de professionnels au profil approprié et où elles peinent, pour certaines, à remplir l'ensemble de leurs missions actuelles. La constitution au sein des ARS d'une structure polyvalente est, de surcroît, de nature à accroître les difficultés de coordination que la mission cherche à aplanir concernant les CIRE. La création d'une structure *ad hoc* concurrençant sans nécessité les compétences des ARS et leur investissement en prévention ne paraît donc pas souhaitable.
- [226] Pour fonctionner dans de meilleures conditions qu'aujourd'hui, le système doit en revanche reposer sur une définition plus précise des missions de chaque institution et sur l'établissement entre elles de liens plus fructueux.

2.3.1.1 Une mission majeure pour le futur Institut : l'élévation du niveau d'expertise des acteurs

- [227] La loi qui a créé les ARS comme le projet de loi de santé en cours de discussion consacrent la nécessité de renforcer la prévention et la promotion de la santé et, en même temps, placent les ARS au cœur de la mise en œuvre des politiques de santé.
- [228] Il s'ensuit que les ARS ont un rôle essentiel pour donner un nouvel élan aux actions de prévention et de promotion de la santé et veiller à leur meilleure articulation avec les autres segments de la politique de santé. Pour ce faire, il est indispensable que les ARS soient les seuls pilotes de l'action régionale, qu'elles disposent de la maîtrise de l'animation territoriale des acteurs, qu'elles veillent à leur professionnalisation, qu'elles évaluent leurs actions. Face à l'inévitable fragilité associative, les ARS constituent la référence légitime et stable sur laquelle on doit s'appuyer pour conduire une politique dynamique de prévention et de promotion de la santé et pour fédérer les acteurs locaux.
- [229] Or, ceci suppose que les ARS aient en main des référentiels et des outils méthodologiques fiables, élaborés et diffusés par le futur Institut à partir des savoir faire acquis par l'INPES : concevoir et mener des politiques territoriales de prévention et de promotion de la santé sans s'appuyer sur de tels outils ouvrirait la voie à l'inefficacité d'autant que, si certaines ARS disposent d'ores et déjà d'un bon niveau d'expertise, d'autres en sont plus éloignées.
- [230] De leur côté, les effecteurs qui constituent « la première ligne » ont besoin de recourir à l'appui méthodologique que fournissent les acteurs de « la seconde ligne » et tout particulièrement les IREPS ; encore faut-il que ces derniers puissent trouver au niveau national les données et supports dont elles ont besoin pour intervenir efficacement en soutien aux initiatives locales.
- [231] L'élévation du niveau d'expertise des acteurs, notamment des ARS et des IREPS, constitue donc une mission majeure pour le futur Institut, appelé à répondre à une attente unanimement manifestée.

- [232] Au cours de ces dix à quinze dernières années comme on l'a souligné *supra*, tant chez les promoteurs d'actions qu'au sein de l'administration commanditaire, la préoccupation s'est progressivement installée de savoir quels pouvaient être les effets des actions mises en place, pour ne poursuivre que celles qui ont « fait leurs preuves ». L'accès aux données probantes établies à l'étranger ou en France, comme le partage entre régions des données prometteuses¹⁰⁰, si ce n'est évaluées, sont donc des besoins aujourd'hui communément exprimés. L'importance des sources étrangères comme la diffusion parfois confidentielle de certains travaux imposent cependant une mise à disposition proactive. La dimension théorique ou éventuellement ardue des productions rend en outre souvent indispensable un travail pédagogique de « digestion/restitution » qui incombe à l'Institut d'expertise.
- [233] Dans ce contexte, il revient au futur Institut, garant de la qualité des actions conduites en prévention et en promotion de la santé, d'identifier, d'analyser et de synthétiser toute la production française et internationale relative aux données probantes et aux interventions efficaces, pour la transformer en stratégies d'intervention opérationnelles qui donneront lieu à autant de référentiels de formation. Le futur Institut doit être l'instance incontestable qui recueille et analyse l'expertise issue de la production scientifique pour en fournir une « traduction » qui permette aux acteurs de s'y référer, de se l'approprier et d'adapter leurs pratiques en conséquence.
- [234] En ce qui concerne les données prometteuses, on est alors en présence d'une expertise dite « expérimentale » puisque c'est en dehors d'une démarche scientifique, mais par l'observation et la pratique, que des acteurs impliqués identifient l'intérêt particulier que revêt l'action qu'ils conduisent au quotidien.
- [235] En développant ses liens avec ses correspondants privilégiés que sont les ARS et les IREPS, le futur Institut doit recueillir le contenu de cette expertise expérimentale, le traiter et organiser le processus permettant de déterminer si telle action prometteuse est susceptible de déboucher sur une donnée probante.
- [236] Par ailleurs, pour les « interventions efficaces » comme pour les « actions prometteuses », il n'est jamais certain que la performance enregistrée dans le contexte où elles ont été implantées serait à nouveau au rendez-vous si elles étaient mises en place dans un autre contexte ; c'est la question de la « transférabilité ». A ce sujet également, des recherches sont conduites et certaines débouchent sur la production d'outils qui aident à déterminer s'il est possible de transférer telle action dans tel autre contexte. Ici encore, le futur Institut a un rôle de transmission de connaissances.
- [237] Enfin, en matière d'évaluation, la situation s'est modifiée avec l'apport de techniques nouvelles qui empruntent aux sciences humaines et sociales et qui permettent de sortir de l'alternative ancienne entre de simples entretiens (souvent conduits sans méthode) et le recours aux techniques quantitatives (dont le maniement est très coûteux et qui ne sont pas toujours efficaces dans le domaine de la promotion de la santé).
- [238] Encore faut-il que ces connaissances soient en résonance avec les besoins ressentis localement. Deux exemples recueillis par la mission permettent d'illustrer les attentes manifestées dans les ARS :
- face au constat, dans une région particulièrement concernée par le phénomène, que chaque hiver, on diffuse des messages relatifs aux dangers du monoxyde de carbone sans que l'on enregistre une diminution réelle du nombre des décès imputables à ce type d'intoxication, existe-t-il une stratégie d'intervention plus efficace qui aurait été expérimentée ailleurs ?
 - les campagnes médiatiques nationales sont reconnues pour contribuer à faire évoluer les mentalités mais un impact sur les comportements nécessite qu'une stratégie éducative de

¹⁰⁰ Il n'est pas (encore) prouvé par des travaux scientifiques qu'elles ont des effets indubitablement positifs et qu'elles ont atteint un « bon » niveau d'efficacité mais ceux qui les mettent en place ou qui les suivent les désignent comme intéressantes et susceptibles d'apporter les effets qu'on en attendait.

proximité prenne le relais ; dès lors, quelle action concrète mettre en place pour être en synergie avec les messages nationaux ?

[239] Le futur Institut doit ainsi se positionner au carrefour de différents flux : il prend connaissance de ce qu'apportent la littérature scientifique et les expériences validées puis il les rend accessibles aux opérateurs ; parallèlement, il organise un flux montant d'informations à la fois pour connaître les attentes des effecteurs et pour recueillir puis rediffuser les enseignements des innovations mises en place localement ; enfin, il constitue et propose des lieux d'échanges autour des bonnes pratiques. Par ailleurs, l'Institut développe, au niveau national, une relation privilégiée (qui peut être traduite dans une convention) avec les autres acteurs de la prévention et de la promotion de la santé : d'une part, les ministères concernés autres que celui de la santé (en charge de l'éducation, de la jeunesse, du travail, de la justice, de l'agriculture, de l'aménagement urbain, etc.) et, d'autre part, les principales institutions et associations nationales concernées (Caisses d'assurance maladie, la Mutualité, AIDES, l'ANPAA, etc.) ; ces relations établies au niveau national doivent faciliter l'établissement de liens de même nature, cette fois-ci au niveau régional, entre l'ARS et ses partenaires.

[240] En adoptant cette posture, l'Institut devient l'instigateur national de la co-construction de l'expertise en prévention et en promotion de la santé : il ne conçoit pas seul l'expertise pour l'imposer ensuite aux acteurs locaux ; il fait se rencontrer et il synthétise tous les flux d'information qui peuvent la nourrir.

Recommandation n°15 : Donner mission au futur Institut d'élever le niveau d'expertise de tous les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, et particulièrement des ARS et des IREPS.

[241] En sous-produit de la co-construction de l'expertise, le futur Institut doit occuper la fonction d'organisateur du « courtage en connaissances »¹⁰¹ et se positionner comme acteur central de la construction d'une banque de données qui mette à la portée de tous les acteurs la description des actions de prévention et de promotion de la santé : celles qui ont été évaluées et qui sont reconnues comme étant des interventions efficaces, celles qui en sont au stade de la « donnée prometteuse », celles qui ont fait leurs preuves et sont de surcroît transférables dans un autre contexte que le leur, celles qui sont encore pratiquées mais dont l'efficacité n'est pas certaine, celles dont la nocivité est établie.

[242] On sait (cf. annexe n° 1) qu'il existe déjà des banques de données conçues localement (notamment « Oscar » créée par le CRES PACA) et qu'un projet auquel l'INPES est associé vise la création d'une banque de données nationale à partir de la banque de données en santé publique aujourd'hui gérée par l'EHESP. Il s'agit de tirer parti de ces travaux pour passer aussi rapidement que possible à une vitesse supérieure.

[243] L'Institut doit avoir la responsabilité d'un portail national qui se substituera aux banques de données dispersées pour porter à la connaissance des acteurs les actions qu'il convient de privilégier.

Recommandation n°16 : Donner au futur Institut la responsabilité d'un portail national des données validées en prévention et promotion de la santé.

¹⁰¹ RIDDE, V., DAGENAI, C., BOILEAU-FALARDEAU, « Une synthèse exploratoire du courtage en connaissance en santé publique », *Santé Publique*, 2/2013 (Vol. 25), p. 137-145.

[244] Il lui revient ensuite de proposer et de diffuser un panier d'outils d'accompagnement à l'implémentation opérationnelle, permettant d'intégrer les données probantes dans les pratiques :

- des recommandations de bonne pratique pour chacune des grandes thématiques sectorielles de la prévention et de la promotion de la santé ;
- des fiches techniques qui soient à la fois de haute qualité, incorporant les derniers acquis de la connaissance sur le sujet visé, et conçues de manière suffisamment pédagogique pour rendre aisée l'appropriation par les opérateurs ;
- des formations de formateurs destinées aux personnels des ARS et des IREPS et des séminaires d'appropriation communs pour leurs personnels touchant à la fois aux principales thématiques de la prévention et de la promotion de la santé et aux techniques de la conduite et de l'évaluation de projets ;
- un accès facilité à toutes les données utiles à l'action ;
- la mise en place de tutorats ;
- l'organisation d'échanges fréquents entre les acteurs des différentes régions (tout particulièrement les agents des ARS et les membres des IREPS et des grandes associations thématiques) et qu'il organise un dialogue régulier entre le niveau central et le niveau régional.

[245] En définitive, le futur Institut est appelé à montrer « comment décider et agir de manière responsable, éthique et scientifiquement fondée tout en conservant une approche contextuelle »¹⁰².

Recommandation n°17 : Décliner et mettre à disposition de tous les acteurs, sous une forme aussi pédagogique que possible, l'ensemble des données nécessaires à une amélioration de la qualité des interventions.

[246] Enfin, le préfigurateur de l'Institut, dans la note qu'il a adressée au directeur général de la santé le 27 février 2015, souligne que le nouvel Institut devra « soutenir la recherche interventionnelle à travers un fonds d'évaluation susceptible de financer quelques projets régionaux structurants ou des projets nationaux déclinés en région ». De fait, tout ce qui vient d'être décrit ne peut se mettre en place sans un « partenariat entre acteurs de la recherche et acteurs de terrain pour produire de la connaissance : le nouvel Institut soutient et promeut la recherche interventionnelle pour la production de données probantes issues d'intervention évaluées »¹⁰³.

[247] L'amélioration des pratiques en prévention et en promotion de la santé repose sur une recherche intégrée dont le futur Institut doit contribuer à déterminer les principaux axes en lien avec la DGS et d'autres agences nationales.

Recommandation n°18 : Donner mission au futur Institut de favoriser la recherche interventionnelle en prévention et promotion de la santé.

¹⁰² Pour reprendre les mots utilisés par la Fondation « Promotion Santé Suisse ».

¹⁰³ René Demeulemeester, *Organisation régionale de l'Institut de prévention, de veille sanitaire et d'intervention en santé : prévention et promotion de la santé*, document de travail adressé au préfigurateur en réponse à une lettre de mission du 24 novembre 2014.

[248] Pour définir le positionnement du futur Institut à l'égard des ARS, la mission adopte le même raisonnement que celui formulé par le préfigurateur de l'Institut dans la note précitée qu'il a adressée au directeur général de la santé le 27 février 2015 : « Le nouvel établissement¹⁰⁴ doit faire droit [...] au principe de subsidiarité ; en d'autres termes, l'ARS conduit la politique de prévention et de promotion de la santé et finance les actions. Toutefois, l'intervention de l'établissement peut se concevoir sur demande des ARS, en appui scientifique et technique dans l'élaboration des stratégies d'intervention. *A contrario*, les ARS peuvent être sollicitées pour permettre au nouvel établissement de disposer de "terrains" permettant l'impulsion de projets de recherche interventionnelle ou conduire des projets d'évaluation d'impacts et d'efficacité sur la santé ».

[249] Il s'ensuit qu'à l'égard des actions conduites régionalement ou localement, le futur Institut ne devra intervenir comme « effecteur » que par exception, pour l'expérimentation et l'évaluation de stratégies de quelques actions particulièrement innovantes ; celles-ci peuvent être fondées sur les acquis de la littérature scientifique ou relever d'initiatives d'acteurs locaux ; dans cette dernière hypothèse, l'ARS concernée porte le projet à la connaissance de l'Institut et sollicite ce dernier pour qu'il s'y associe et, le cas échéant, le valide puis en diffuse les résultats nationalement.

Recommandation n°19 : Définir l'intervention du futur Institut « en subsidiarité » par rapport aux ARS.

[250] Dans ce schéma d'un Institut national qui fait connaître les bonnes pratiques et diffuse les outils permettant de les mettre en place, on ne peut pas envisager qu'une autre instance se situe en concurrence et propose elle aussi des accompagnements méthodologiques en prévention et en promotion de la santé. C'est pourquoi les missions de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) pourraient privilégier :

- l'organisation d'échanges entre les IREPS, l'animation de leur auto-évaluation et plus largement le conseil en organisation du mouvement associatif ;
- et, surtout, une action de plaidoyer qui est indispensable compte tenu de l'état d'esprit qui a prévalu jusqu'ici en France, plutôt sceptique, voire réfractaire, à l'égard des actions relevant de la promotion de la santé. Or, pour être efficace et crédible, le plaidoyer doit impérativement être conduit par une instance qui se situe à distance suffisante de ceux qui déterminent la politique publique (le ministre en charge de la santé et la DGS) mais également de ceux qui la portent (en l'occurrence, au niveau national, le futur Institut).

Recommandation n°20 : Inciter la FNES à redéfinir ses missions en fonction du nouveau contexte issu de la création du nouvel Institut.

2.3.1.2 Un rôle de pilotage dévolu aux ARS qu'il s'agit de renforcer

[251] Alors que l'INPES avait une relation très distendue avec les ARS, au point de paraître privilégier le plus souvent les liens avec les PRC, le futur Institut doit prioritairement favoriser leur positionnement en tant que responsables du pilotage, de la coordination, du financement, du suivi et de l'évaluation des actions régionales, faute de quoi le « principe de subsidiarité » mis en avant par le préfigurateur demeurerait lettre morte.

[252] Il s'agit pour l'Institut de soutenir les ARS dans les missions que leur réserve la loi, qui les charge d'arrêter le schéma régional de prévention, de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique (en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile), de définir et financer des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, d'animer la commission de coordination des politiques publiques dans le champ de la prévention.

¹⁰⁴ C'est-à-dire le futur Institut, pour reprendre l'intitulé utilisé au sein du présent rapport.

- [253] Ceci suppose une nouvelle proximité entre les ARS et le futur Institut que trois exemples permettent d'illustrer :
- d'abord, comme on l'a montré précédemment, les connaissances que produit l'Institut, les outils qu'il conçoit et qu'il diffuse doivent répondre aux besoins des ARS (ce qui suppose qu'elles aient été amenées à les exprimer en amont) et prendre la forme d'une « offre », au sens strict du terme : pour chaque grand domaine d'intervention en prévention et en promotion de la santé, l'Institut propose un arsenal de modalités d'action et partage les savoir faire qui facilitent leur mise en œuvre, à charge pour les ARS de s'en saisir et de les mettre en résonance avec les préoccupations régionales ;
 - ensuite, même si diverses contraintes peuvent rendre l'exercice parfois difficile, les ARS doivent être authentiquement associées à la préparation et à la diffusion des campagnes médiatiques nationales ; elles doivent avoir mission d'en assurer le relais tout en y étant aidées par l'existence d'outils d'accompagnement et, en même temps, en bénéficiant de la liberté de manœuvre que suppose l'adaptation aux contextes locaux ;
 - enfin, l'ARS doit devenir l'instance unique de financement des actions conduites dans sa région, ce qui va conduire le futur Institut à renoncer aux pratiques de l'INPES qui, certes après avoir consulté l'ARS concernée, accordait directement des subventions à des promoteurs locaux.
- [254] Officiellement et visiblement soutenues par l'Institut comme les pilotes de la politique régionale, les ARS seront renforcées dans leurs missions de détermination des priorités régionales, de lancement des appels à projets destinés à leur mise en œuvre, de sélection des meilleurs candidats, de lutte contre le « saupoudrage » des actions et des financements, de mise à l'écart des promoteurs incompetents (quitte à mettre en difficulté ceux qui auraient l'illusion que leur pérennité dans le paysage institutionnel constitue une garantie de la qualité de leurs interventions), de contractualisation pluri-annuelle avec les acteurs retenus, d'évaluation des actions menées. Les ARS doivent également être confortées dans leurs fonctions de coordination des initiatives et d'harmonisation des programmes, tant auprès des services de l'Etat que des collectivités territoriales.
- [255] S'il est certain que les ARS doivent bénéficier d'un positionnement qui affirme concrètement leur rôle de pilote de la politique régionale de prévention et de promotion de la santé, ceci suppose que, de leur côté, elles se mettent en position de pouvoir assumer ces responsabilités.
- [256] Pour ce faire, elles doivent elles-mêmes « monter » rapidement et fortement en compétences.
- [257] Aujourd'hui, le concept de promotion de la santé n'a pas de contenu concret pour la plupart des responsables politiques comme pour les dirigeants des administrations autres que celles de la santé ; ce constat contraste avec la réalité du poids des déterminants de la santé autres que sanitaires : en prévention et en promotion de la santé, la majorité des acteurs concernés se situe en dehors du champ de la santé et des soins (à l'égard des enfants par exemple, il s'agit des directions d'établissements scolaires, des enseignants, du personnel des cantines, des associations qui organisent les activités extra-scolaires, etc.). La faible appropriation du concept de promotion de la santé constitue un obstacle majeur aux mesures visant « l'intégration de la santé dans toutes les politiques »¹⁰⁵.
- [258] Même parmi les professionnels de santé, on se représente difficilement les actions qui doivent être mises en place alors que, comme on l'a déjà souligné, les connaissances dans ce domaine ont pourtant nettement progressé ces dernières années.

¹⁰⁵ Tel est le titre de la Déclaration d'Adelaïde issue des travaux d'une conférence internationale réunie sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé ; la 12^{ème} conférence internationale sur les évaluations d'impact en santé qui s'est tenue à Québec en août 2012 a retenu le même intitulé.

- [259] L'enjeu d'appropriation de ces données par les partenaires des ARS est majeur. Mais il présuppose une élévation forte et rapide du niveau des compétences au sein même des ARS puisque c'est à elles qu'incombe la mission de porter la politique de santé dans leur région. Si elles donnent le sentiment d'être peu convaincues des objectifs et incertaines quant aux méthodes à mettre en œuvre, comment pourront-elles relayer auprès des acteurs locaux la priorité accordée nationalement à la prévention et à la promotion de la santé ? Or la diffusion de la culture de la prévention et de la promotion de la santé est peu homogène et certainement à renforcer, au niveau des directeurs généraux des ARS et même au sein des directions en charge de la santé publique : il est essentiel de développer l'expertise au sein des ARS.
- [260] Ainsi, à titre d'exemple, les ARS doivent être en mesure de porter un regard critique sur les diagnostics locaux construits préalablement au schéma régional de prévention ou aux contrats locaux de santé, dont la qualité est trop souvent insuffisante.
- [261] Il leur faut également savoir définir une stratégie de déploiement des actions de promotion de la santé. Les actions qui en relèvent nécessitent en effet de mobiliser et d'accompagner dans la durée les acteurs « de terrain », ce qui est souvent difficile. Bien au-delà d'une simple diffusion de documents, il s'agit de convaincre les acteurs de l'importance des enjeux, d'apporter une expertise, de suivre les projets, de les réactiver chaque fois que nécessaire, de fixer des échéances, de faire évoluer les actions dans la durée, de réaliser des évaluations.
- [262] Sur ce dernier point, la pratique des ARS doit progresser, qu'il s'agisse pour leurs agents d'effectuer par eux-mêmes des évaluations ou de préparer les cahiers des charges en cas d'externalisation des évaluations.
- [263] Comme indiqué précédemment, le futur Institut aura une responsabilité majeure quant à la qualité des outils qu'il proposera. Encore faut-il que, du côté des ARS, on ne soit pas dans une attitude de passivité et d'attente de « solutions toutes faites ». Pour que leurs personnels investissent du temps et de l'énergie dans l'acquisition des connaissances, les directeurs généraux des ARS doivent manifester, sans ambiguïté, qu'ils accordent une place prioritaire à l'amélioration de la conduite des politiques de prévention et de promotion de la santé ; ceci devrait pouvoir être mesuré et le SGMAS devrait déterminer un ou deux indicateurs robustes susceptibles de rendre compte de la réalité de l'engagement des ARS, par exemple, au travers du degré de mise en œuvre de la fongibilité asymétrique.

Recommandation n°21 : Renforcer le rôle confié aux ARS de pilotage régional de l'action en prévention et promotion de la santé.

Recommandation n°22 : Créer au sein des ARS les conditions d'une élévation du niveau des compétences en prévention et promotion de la santé.

- [264] En termes d'organisation interne, les ARS devront définir un dispositif tenant compte de la création de « grandes » régions prévue par la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

- [265] Actuellement, l'implication des délégations territoriales des ARS dans la mise en œuvre de la politique régionale de prévention et de promotion de la santé est très variable. La mission a enquêté à la fois en Champagne-Ardenne où les délégations territoriales jouent un rôle important dans l'instruction et le suivi des projets et en Haute-Normandie où un dispositif spécifique est en place, probablement permis par les dimensions réduites de la région : 15 postes de coordonnateurs des réseaux locaux de promotion de la santé, essentiellement portés par des collectivités territoriales ou par des établissements de santé, mettent en réseau les acteurs autour d'un projet de santé du territoire ; dans ce contexte, l'action en prévention et promotion de la santé met en jeu trois niveaux d'intervention : le niveau régional avec l'ARS comme pilote et l'IREPS comme référent méthodologique, le niveau du territoire où se font le diagnostic et l'appui aux projets, le niveau local où les effecteurs réalisent les actions au plus près des personnes concernées, la faiblesse des distances autorisant une communication fréquente et aisée entre le niveau régional et celui du territoire, comme la mission a pu le constater.
- [266] Quoi qu'il en soit, sans viser un maillage aussi serré que dans ce cas (qu'il serait d'ailleurs déjà très difficile de reproduire dans la plupart des régions d'aujourd'hui), le nouveau découpage territorial va créer une distance importante (géographique et parfois culturelle) entre le lieu d'implantation du siège de l'ARS et les actions de mise en œuvre qui, comme on le sait, sont engagées au plus près des populations. Chaque préfigurateur des nouvelles ARS devra arrêter l'organisation interne idoine en étant conscient des spécificités de la politique de prévention et de promotion de la santé.
- [267] Enfin, dans l'hypothèse où, comme le proposera la mission (voir *infra* § 2.2.2.3), les PRC seraient supprimés, les missions qu'ils exercent aujourd'hui devraient être reprises, en fonction de leur nature, soit par l'IREPS (pour tout ce qui concerne les fonctions techniques d'accompagnement méthodologique) soit par l'ARS, pour ce qui relève de l'animation régionale et de la coordination des acteurs¹⁰⁶.
- [268] Dans la note précitée qu'il a adressée au directeur général de la santé le 27 février 2015, le préfigurateur de l'Institut souligne, sous le titre « faire évoluer les pôles régionaux de compétences », que, « dorénavant, les ARS en s'appuyant sur l'expertise du nouvel [Institut] doivent être en mesure d'assurer cette mission en tenant compte des besoins de leur région, de la stratégie qu'elles souhaitent ».
- [269] En tout état de cause, que les PRC demeurent ou que leurs fonctions soient réparties entre les ARS et les IREPS, les ARS doivent être invitées à évaluer la pertinence et l'efficacité des actions que les PRC conduisent aujourd'hui dans les domaines de la documentation, de la formation et de l'appui méthodologique ; ces opérations de mise à plat des fonctions des PRC devraient être conduites après une analyse des besoins du territoire, dans la mesure où les moyens alloués paraissent avoir jusqu'ici peu résulté d'une telle analyse, mais plutôt de l'histoire ou du dynamisme des personnes concernées.

Recommandation n°23 : Intégrer dans le champ des ARS les missions des PRC relatives à la coordination régionale et à l'animation des acteurs.

¹⁰⁶ Face à la défaillance de l'IREPS, une ARS a été amenée à reprendre directement l'intégralité de ses fonctions. Mais ceci ne peut constituer qu'une solution provisoire, dans l'attente de l'identification d'une structure capable de prendre le relais pour l'exercice des missions techniques de l'IREPS (documentation, appui aux opérateurs,...).

2.3.1.3 Les IREPS, positionnées en 2^{ème} ligne pour garantir la qualité des projets locaux

- [270] Dans le schéma où le futur Institut met à disposition des données et des instruments qui permettent le choix d'interventions efficaces et où les ARS déterminent les priorités régionales et pilotent les acteurs, les IREPS (ou les institutions qui leur sont assimilées) peuvent jouer un rôle irremplaçable en renforçant leurs compétences sur un domaine précisément circonscrit : l'appui méthodologique, la diffusion de la connaissance et des outils, l'aide au montage, à la conduite et à l'évaluation des projets.
- [271] Alors qu'à la fin des années 90, les comités régionaux d'éducation pour la santé (dont les IREPS sont les héritiers) ne disposaient pas d'un niveau d'expertise en prévention et en promotion de la santé considérablement plus élevé que les autres intervenants et effectuaient souvent par eux-mêmes des actions concernant des thématiques ciblées (tabac, alcool, suicide,...), les IREPS se présentent désormais comme des organismes ressources généralistes exerçant leurs activités en lien étroit avec les autorités de santé.
- [272] De fait, la mission première des IREPS est d'être en partenariat avec les ARS pour adapter aux contextes régionaux les informations et les outils produits par le futur Institut. Même dans l'hypothèse où ce dernier accomplirait au mieux la mission qui doit lui être impartie de diffuser des productions plus aisément assimilables que celles proposées par l'INPES, un travail d'appropriation demeurera toujours nécessaire, et prioritairement au sein des ARS. Ensuite, les stratégies d'intervention doivent certes être définies en s'appuyant sur les données établies au niveau national, mais elles doivent également prendre en considération l'analyse des forces et faiblesses du contexte dans lequel l'implémentation va avoir lieu. Pour tout ceci, l'ARS doit pouvoir s'appuyer sur un partenaire méthodologiquement armé.
- [273] Pour l'élaboration du schéma régional et des plans d'actions qui en découlent, l'IREPS doit apporter ses compétences et, pour ce faire, être associée à toutes les étapes de détermination des besoins et de conception des mesures ; dans les phases de mise en œuvre, l'IREPS doit par exemple assurer une veille documentaire constante sur chacune des thématiques retenues.
- [274] C'est également aux côtés des ARS que les IREPS peuvent concourir au développement de la recherche interventionnelle : par exemple, lorsque des équipes de recherche souhaitent mettre en place le volet « interventionnel » de leurs travaux, les IREPS sont en mesure de les aider à déterminer les « terrains » les plus intéressants.
- [275] La deuxième mission des IREPS est d'être à l'interface des ARS et des promoteurs locaux pour garantir la qualité des projets :
- plateformes-ressources proposant une palette d'activités (des informations, de la documentation, des formations, des appuis méthodologiques à la conception et à la conduite des projets, etc.), les IREPS doivent mettre à la disposition de tous les intervenants « de première ligne » des connaissances et des outils qui garantissent une qualité minimale pour toute intervention et qui, plus encore que ceux produits par l'Institut au niveau national, soient perçus comme simples d'accès et conviviaux même s'ils sont exigeants quant aux méthodes à respecter. Le positionnement de l'IREPS doit clairement être celui d'un offreur de services pour tous les acteurs de terrain concernés. Etant en lien étroit avec l'Institut national, l'IREPS en reçoit de multiples données qui, sans qu'elles soient atteintes dans leur intégrité, doivent être assemblées et présentées d'une manière adaptée à des attentes qui diffèrent d'une région à l'autre, d'un territoire à l'autre, d'une « communauté » à l'autre (collectivité territoriale, quartier, école, entreprise, établissement de santé ou médico-social) ;
 - en contrepoint de cette offre de services proposée aux effecteurs de première ligne, l'IREPS apporte à l'ARS la garantie que les actions conduites localement sont menées dans le respect de process validés ou, pour le moins, que leurs promoteurs ont eu connaissance des conditions à réunir pour une intervention de qualité et ont été invités à les mettre en place.

[276] Ainsi, « les ARS doivent pouvoir s'appuyer sur des organismes régionaux clairement identifiés tels que les IREPS pour leur permettre d'assurer, en collaboration avec les acteurs de terrain, le développement de pratiques et d'interventions de qualité. [...] Ces organismes de "seconde ligne" se doivent de participer à l'amélioration continue de la qualité des pratiques et des interventions, au renouvellement des connaissances et à l'innovation en promotion de la santé et prévention au sein de leur région. Leur proximité avec les acteurs de terrain leur donne vocation à construire des projets de recherche interventionnelle avec les chercheurs »¹⁰⁷.

[277] Dans chaque région, l'IREPS doit être le centre de ressources qui a la capacité de regrouper, d'organiser et de mettre à disposition toutes les données qui peuvent être mobilisées en vue d'une action de meilleure qualité ; corrélativement, elle devient le garant scientifique de la stratégie interventionnelle mise en place par les effecteurs et elle en répond devant l'ARS.

Recommandation n°24 : Renforcer les compétences des IREPS et les concentrer sur les fonctions « de 2^{ème} ligne ».

[278] La consécration d'un tel rôle suppose que les relations entre l'ARS et l'IREPS mais également entre cette dernière et les acteurs locaux s'établissent dans la clarté. Pour ce faire, l'IREPS ne doit pas se situer sur le même terrain que les autres associations, afin d'éviter toute concurrence délétère.

[279] Plusieurs mesures peuvent aller dans ce sens. D'abord, il paraît opportun de mettre fin aux activités des PRC :

- ils ont certes contribué positivement à une meilleure connaissance mutuelle de leurs membres et à des coopérations intéressantes entre eux mais, en rassemblant certaines associations et non pas toutes et en écartant certaines catégories d'intervenants (par exemple les professionnels de santé), ils ont tracé des frontières qui n'ont pas lieu d'être ;
- en outre, même si les situations se sont apaisées avec le temps, la désignation du porteur du projet a souvent suscité des compétitions inutiles ;
- enfin, les circuits de financement ne sont pas clairs : les IREPS qui sont la plupart du temps les porteurs des PRC bénéficient de financements provenant à la fois de l'INPES et des ARS, pour des fonctions qu'elles exercent tantôt en tant qu'IREPS tantôt au titre du PRC.

[280] Comme on l'a indiqué dans le développement relatif aux ARS, ces dernières ont à reprendre à leur compte les missions de coordination des acteurs et de mise en synergie que les PRC avaient pu exercer ; là où le PRC était un lieu de mise en réseau, d'échanges et d'enrichissement des pratiques, l'ARS doit poursuivre et amplifier le mouvement. Quant aux fonctions de documentation, de dispensateur d'informations et de formations, d'appui aux intervenants de première ligne, elles relèvent des plateformes-ressources que sont les IREPS.

[281] La clarté des relations entre les uns et les autres passe par une deuxième voie : les IREPS devraient être entièrement dédiées aux fonctions de deuxième ligne et elles devraient ne plus intervenir en tant qu'effecteurs d'actions. Un tel recentrage ne va pas de soi pour trois raisons :

- d'abord, les responsables des IREPS souhaitent demeurer « proches du terrain » (ce qui est en effet essentiel à la réussite des missions qu'elles exécutent en seconde ligne) et ils estiment souvent que ce maintien du lien avec les réalités locales est renforcé par la conduite d'une action concrète gérée « en direct » sur un territoire ou auprès d'une communauté ;
- ensuite, dans certaines régions (et, parmi celles enquêtées, particulièrement en Champagne-Ardenne), l'ARS elle-même sollicite l'IREPS pour couvrir les « zones orphelines » en prévention et promotion de la santé, là où il est avéré que des actions sont indispensables pour répondre aux besoins de diverses populations (personnes en situation de très grande précarité, personnes détenues, etc.) mais où aucun promoteur n'est mobilisable : le recours à

¹⁰⁷ René Demeulemeester, document de travail précité.

l'IREPS permet de pallier l'absence d'initiative locale pour la réalisation d'actions de terrain ;

- enfin, le modèle économique actuel des IREPS repose en partie sur la réponse à divers appels à projets qui impliquent une intervention directe en tant qu'effecteur. A titre d'illustration, l'IREPS de Haute-Normandie est financée à hauteur de 50 % de son budget par l'INPES (20 %) et l'ARS (30 %), ses autres financements venant des collectivités territoriales, du produit de prestations payantes (notamment les formations) et de la réponse à des appels à projets (notamment nationaux, émanant de l'INCa ou de la CNSA).

[282] Face à ces réalités qu'il importe certes de ne pas négliger, il convient de faire prévaloir la nécessité d'une répartition des rôles, qui confirme l'importance des missions effectuées en seconde ligne, et qui évite tout risque de concurrence entre l'IREPS et les autres associations ; or, plus l'IREPS serait appelée à répondre aux mêmes types de besoins et à mettre en œuvre le même type d'actions que les acteurs de la première ligne et plus le risque (réel ou perçu) est élevé. Par ailleurs, l'élévation du niveau des compétences des opérateurs locaux constitue un enjeu suffisamment fort pour mobiliser toutes les ressources aujourd'hui présentes dans les IREPS (dans une conjoncture où une croissance de leurs moyens n'est pas envisageable). Enfin, le contact avec le terrain doit pouvoir être maintenu par s'autres voies que la conduite directe d'actions (suivi rapproché des actions les plus innovantes, formation des effecteurs, etc.).

Recommandation n°25 : Intégrer dans le champ des IREPS les missions des PRC relatives à la documentation, à la formation et à l'appui méthodologique.

[283] Par ailleurs, en contrepartie de la consécration du rôle des IREPS, il est nécessaire que la qualité de leurs interventions puisse être contrôlée. Le temps n'est pas si éloigné où, dans certaines régions, les CRES ou les IREPS pouvaient réaliser d'autres actions que celles pour lesquelles ils avaient été mandatés, s'autonomiser totalement par rapport aux DRASS, GRSP ou ARS et, de manière plus générale, peu s'inquiéter de l'utilité ou de la qualité de leurs interventions. A certains égards, les « visites de conformité » que l'INPES a réalisées auprès des PRC dans les années 2010 et 2011 ont eu une finalité de contrôle ; ainsi, en Champagne-Ardenne, c'est à la suite du refus de la conformité que l'ARS a pu mener à bien la restructuration du dispositif, supprimer les structures départementales et engager un partenariat avec l'IREPS sur des bases saines. Or, plus il est attendu des IREPS qu'elles soient les partenaires privilégiés des ARS pour élever le niveau de qualité des interventions et plus il devient difficile aux ARS de prendre à leur égard la posture du contrôleur ; il faut donc envisager un contrôle périodique qui demeure confié aux ARS mais qui associe d'une part les services locaux du ministère des Finances ou la chambre régionale des comptes (pour ce qui concerne la gestion de la structure) et d'autre part le futur Institut (pour l'appréciation relative à la qualité des productions).

[284] Enfin, si, comme on l'a montré, la création des « grandes régions » doit emporter des conséquences au sein des ARS, la question se pose également de l'organisation interne des IREPS. Lorsqu'une infirmière de santé scolaire souhaite mettre en place un programme à destination de quelques classes, il est douteux qu'elle accepte de venir chercher les supports dont elle a besoin au chef-lieu de la nouvelle région si elle travaille dans le département le plus périphérique. Les IREPS sont les héritiers des CRES mais, sauf exception, elles ont également absorbé les comités départementaux, la présence dans les départements étant assurée par une antenne (comme c'est par exemple le cas en Bourgogne ou en Champagne-Ardenne). La création des nouvelles régions va imposer aux IREPS de réfléchir (en concertation avec les ARS) à la structuration de leur réseau, les solutions extrêmes étant le maintien des implantations actuelles au chef-lieu des anciennes régions avec des délégations territoriales ou bien le regroupement de toutes les forces à proximité du siège de la future ARS.

2.3.1.4 La nécessité d'une précision des missions dans la future ordonnance et d'un système conventionnel qui donne vie à une relation renforcée entre le futur Institut, les ARS et les IREPS

- [285] Le projet de loi en cours de discussion prévoit que le futur Institut reprendra notamment les missions actuelles de l'INPES mais il renvoie à une ordonnance le soin « d'instituer [le] nouvel établissement ». C'est par le biais de l'ordonnance à venir que les missions du futur Institut pourront être précisées.
- [286] Compte tenu de ce qui vient d'être indiqué quant à la nécessité de clarifier les missions des principaux acteurs, il serait opportun que la future ordonnance renforce les missions d'expertise du niveau national (actuel 2° de l'article L. 1417-1 du code de la santé publique) et encadre strictement la possibilité pour le futur Institut d'intervenir localement ; ceci suppose une interprétation stricte du texte actuel qui donne à l'INPES la mission « d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire » (3° du même article).
- [287] Plus précisément, si l'on entend par ce dernier membre de phrase, que l'Institut est le garant ultime de l'égalité entre tous les territoires en matière de développement de l'éducation pour la santé et qu'il doit fournir, à toutes les ARS, les moyens concrets d'assurer cette égalité, le texte ne soulève aucune difficulté particulière. A l'inverse, s'il devait être tiré argument de sa rédaction pour encourager l'Institut à être lui-même présent dans les territoires, on risquerait de créer des incohérences et de réduire la lisibilité du système.
- [288] Par ailleurs, les recommandations qui précèdent visent à faire du futur Institut le producteur de l'expertise et le responsable de sa diffusion, les ARS étant consacrées dans leur mission de pilotage de la politique régionale et les IREPS apportant un appui méthodologique renforcé à la fois aux ARS et aux effecteurs locaux. La montée en puissance et en qualité de la politique de prévention et de promotion de la santé repose ainsi sur le fonctionnement d'un triptyque dont chaque composante est renforcée dans ses missions fondamentales.
- [289] Ceci doit avoir une traduction juridique qui passe par deux dispositifs conventionnels.
- [290] Le premier, protocole de coordination général, s'intégrant au dispositif prévu à la recommandation n°1, devrait lier le futur Institut à la DGS et au SGMAS. Son objet serait de régir les modalités de collaboration entre le niveau national dans l'ensemble de ses missions et les ARS. En matière de prévention-promotion de la santé, le contenu pourrait être relativement proche de celui de l'actuelle convention cadre que l'INPES a conclue en janvier 2012 avec le SGMAS et la DGS, « relative aux modalités d'appui de l'INPES vis-à-vis des ARS » ; mais il conviendrait que la mise en œuvre effective du nouveau dispositif se fasse dans de meilleures conditions que celle du précédent et que les dispositions conventionnelles ne restent pas lettre morte.
- [291] Plus concrètement, le protocole de coordination Institut / SGMAS / DGS devrait notamment :
- [292] De façon générale, comme dans les autres champs de compétence de l'Institut,
- déterminer les objectifs et principes de fonctionnement des circuits d'information ascendants et descendants ;
 - prévoir les modalités du dialogue entre le niveau national et les ARS.
- [293] En matière de prévention-promotion de la santé plus spécifiquement,
- définir les principales caractéristiques du « panier des produits et services » que l'Institut s'engage à mettre à disposition des acteurs régionaux ;

- consacrer l'ARS dans son rôle de financeur unique de toutes les actions conduites dans la région et mettre fin aux financements nationaux d'actions locales à l'exception d'éventuelles expérimentations nationales.

[294] Ce nouveau dispositif conventionnel s'inscrit naturellement dans les objectifs définis ci-dessus (au 2.1) qui visent à instaurer des liens plus fluides qu'aujourd'hui entre le niveau central et les ARS.

[295] Ensuite, un second dispositif conventionnel devrait être mis en place pour tenir compte du fait qu'au niveau national, la production du nouvel Institut va à la fois nourrir la fonction de pilotage régional dévolue aux ARS et la fonction de référent méthodologique régional qui appartient aux IREPS ; en même temps, on a indiqué que l'ARS et l'IREPS doivent être dans une relation de grande proximité et conduire des actions coordonnées pour élever le niveau de qualité des actions locales. C'est pourquoi le deuxième dispositif conventionnel devrait lier le futur Institut, chaque ARS (à l'échelle des grandes régions qui seront en place l'année prochaine) et l'IREPS correspondante. Chaque convention régionale définirait les principes qui doivent régir les relations entre les trois parties et déterminerait ce que chacune doit attendre de l'autre. Ainsi, dans le respect des dispositions générales contenues dans le protocole Institut / SGMAS / DGS, chaque convention régionale devrait avoir un contenu propre, déterminé en fonction des spécificités régionales.

Recommandation n°26 : Prévoir des conventions Institut/ARS/IREPS, adaptées au contexte de chaque région, qui déterminent le contenu des obligations réciproques et qui organise les relations entre les parties.

[296] Enfin, l'Institut devrait être invité à produire à échéance régulière, par exemple tous les 3 ans, un document fournissant les éléments d'une évaluation du niveau de qualité des actions conduites localement.

2.3.2 Dynamiser la relation nouvel Institut-ARS dans le champ de la défense sanitaire et l'articuler aux autres domaines (prévention et veille)

[297] La relation entre l'EPRUS et les ARS est aujourd'hui centrée sur les ARS de zone et uniquement sur des aspects logistiques, comme cela a été vu précédemment. Il n'y a pas de réelle "animation" des services zonaux de défense et de sécurité par l'établissement, avec l'organisation de réunions régulières. Cette relation gagnerait à être dynamisée, non seulement avec les ARS de zone, qui sont demandeuses de plus d'animation, de plus de transparence, notamment dans la gestion de la réserve sanitaire, et de plus d'appui opérationnel, mais aussi avec les ARS non zonales, qui sont en attente d'un véritable soutien, en particulier dans l'élaboration des différents plans d'intervention ou en matière de formation. Pour cela, il est impératif que s'instaure un espace de dialogue entre les agences nationales et les ARS, comme cela a été évoqué *supra*.

[298] La fusion des trois agences nationales peut être l'occasion de ce renforcement, l'EPRUS n'étant plus vu uniquement comme un établissement "gestionnaire" chargé de fournir des ressources humaines et des produits en cas de crise, mais aussi comme un réel "fournisseur d'expertise", dans l'esprit d'ailleurs du décret de 2013 qui créait en son sein des commissions destinées à émettre des recommandations, sur l'organisation de la gestion de crise et la formation. En organisant des réunions pour animer le réseau des ARS et des formations régulières sur la gestion de crise, l'EPRUS devrait développer ce rôle d'expert. Rénover l'articulation des relations EPRUS/ARS devrait également amener à réfléchir sur le devenir de la réserve sanitaire : la décision de mobilisation pourrait être à terme dévolue aux ARS, en lien avec l'EPRUS, de façon à ce que celles-ci puissent avoir une véritable vision des ressources sur leur territoire.

Recommandation n°27 : Renforcer l'appui de l'EPRUS, puis du futur Institut, dans le domaine de la gestion de crise aux ARS, zonales et non zonales (expertise en matière de

planification, meilleure information en matière de gestion de la réserve sanitaire, organisation de formations...).

[299] Cette fusion doit aussi permettre de repenser le rôle de l'EPRUS et de renforcer les "passerelles" qui existent avec la prévention ou la veille, même si les rôles de chacun sont distincts et complémentaires : mutualisation des ressources sur les aspects prévention et communication en cas de crise, diversification des profils de la réserve sanitaire, avec des profils plus épidémiologiques qui pourraient venir en appui des CIRE et CVAGS en cas de crise importante, synergies avec les services experts en épidémiologie pour anticiper certaines livraisons de produits (exemple des campagnes de vaccination), meilleure circulation de l'information en amont des crises sanitaires... L'expérience de l'Institut en matière d'études d'impact et de données probantes pourra également être mise à profit, l'EPRUS étant demandeur de retours d'expérience en matière "opérationnelle".

Recommandation n°28 : Décloisonner le soutien apportée par le futur Institut aux ARS en matière de défense sanitaire en lien avec ses nouvelles missions (prévention et communication de crise, diversification des profils pour la réserve sanitaire par le recrutement d'épidémiologistes, mise à profit de la surveillance pour anticiper les livraisons de produits, amélioration de la circulation d'information et des retours d'expérience...).

[300] *In fine*, si les enjeux du renforcement du lien ARS/Institut national dans le domaine de la défense sanitaire, sont moins décisifs que dans les deux autres champs étudiés, la création de nouvel établissement est l'occasion de mieux répondre à certaines demandes des ARS, notamment en matière d'expertise (planification...) ou de continuité des actions entre les différents domaines. Les nouvelles modalités de fonctionnement d'un agence nationale avec les ARS trouveraient là à s'exprimer pleinement, et le protocole de coordination général visé à la recommandation n°1 devrait comprendre également des dispositions relatives à la défense sanitaire.

Anne BURSTIN

Marie DAUDE

Stéphane PAUL

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Fluidifier les relations entre le futur Institut et les ARS grâce à un protocole de coordination couvrant l'ensemble de son champ de compétences.	SGMAS, DGS	De manière permanente
2	Clarifier le partage des responsabilités entre futur Institut et ARS en matière de veille et d'alerte (accorder à l'ARS une responsabilité à titre principal pour le traitement des signaux parvenus aux points focaux régionaux).	SGMAS, DGS	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion
3	Inscrire les CIRE dans la loi, comme cellules de l'InVS en région, en posant le principe de l'intégration fonctionnelle à l'ARS et d'un copilotage de l'ARS (modalités définies par arrêté ou convention cadre nationale).	SGMAS, DGS	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion
4	Inscrire dans la loi l'accès des CIRE à tous les signaux et leur capacité d'auto-saisine à titre exceptionnel, afin de mener en cas de besoin une évaluation et des investigations complémentaires. L'ARS est informée de l'auto-saisine et des résultats obtenus.	SGMAS, DGS	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion
5	Inscrire dans la loi le principe de saisine des CIRE par l'ARS dans certains cas (signaux inhabituels et complexes, émergents ou à potentiel d'extension nationale). Renvoyer à une convention cadre nationale pour détailler ces critères de sollicitation.	SGMAS, DGS	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion
6	Enrichir le contenu de l'actuelle convention cadre nationale, notamment sur les modalités de fonctionnement des plateformes (réunions, critères de sollicitation de la CIRE), mais, aussi, sur le rôle de l'ARS dans la communication, la programmation, l'évaluation du responsable de CIRE et les recrutements... Inscrire le principe de réunions régulières annuelles futur Institut/ARS. L'ensemble de ces dispositions peut s'intégrer dans le protocole de coordination général visé à la recommandation 1.	SGMAS, DGS, InVS / Futur Institut	D'ici fin 2015
7	Renforcer le pilotage des actions d'observation régionales par l'ARS.	ARS	De manière permanente
8	Clarifier les conséquences de la charte de l'expertise sur l'exercice des missions en CIRE et produire une doctrine nationale.	InVS	D'ici fin 2015
9	Débattre de cette doctrine, des processus de validation scientifique des travaux des CIRE et de leur impact sur la gestion au sein d'un groupe de travail (InVS-ARS).	InVS, ARS, SGMAS	2015

10	Mettre en place des indicateurs de suivi des processus de validation internes à l'Institut, notamment dans une logique de maîtrise des délais et de réponse aux besoins des ARS.	InVS / Futur Institut	2016
11	Clarifier les procédures internes de l'Institut sur les règles d'information de l'ARS en ce qui concerne les publications périodiques scientifiques et mettre en place des procédures de suivi de l'application des règles d'information des ARS.	InVS / Futur Institut	2016
12	Transférer la gestion des personnels des CIRE aujourd'hui rémunérés par l'ARS à l'InVS en adaptant son plafond d'emploi en conséquence. Concerner le transfert des personnels avec les ARS en fonction des situations locales, de la réforme territoriale et des marges de manœuvre éventuelles dégagées par la fusion des trois agences existantes. Examiner la possibilité d'un lissage dans le temps.	SGMAS, DGS, InVS / Futur Institut	Décision en 2015, mise en œuvre progressive en mettant à profit la réforme territoriale à compter de 2016
13	Engager une réflexion sur les inducteurs de charges des CIRE afin de calibrer leur masse critique, en lien notamment avec la réforme territoriale.	SGMAS, DGS, InVS / Futur Institut	Avant l'été 2015
14	Renforcer l'investissement du futur Institut (DCAR et DRH) dans le pilotage quantitatif et qualitatif des ressources humaines des CIRE.	InVS / Futur Institut	2016
15	Donner mission au futur Institut d'élever le niveau d'expertise de tous les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, et particulièrement des ARS et des IREPS.	SGMAS, DGS	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion
16	Donner au futur Institut la responsabilité d'un portail national des données validées en prévention et promotion de la santé.	SGMAS, DGS	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion
17	Décliner et mettre à disposition de tous les acteurs, sous une forme aussi pédagogique que possible, l'ensemble des données nécessaires à une amélioration de la qualité des interventions.	Futur Institut	De manière permanente
18	Donner mission au futur Institut de favoriser la recherche interventionnelle en prévention et promotion de la santé.	SGMAS, DGS	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion
19	Définir l'intervention du futur Institut « en subsidiarité » par rapport aux ARS.	SGMAS, DGS, futur Institut	De manière permanente
20	Inciter la FNES à redéfinir ses missions en fonction du nouveau contexte issu de la création du nouvel Institut.	SGMAS, DGS, futur Institut, FNES	Avant la fin de 2015
21	Renforcer le rôle confié aux ARS de pilotage régional de l'action en prévention et promotion de la santé.	SGMAS, DGS, futur Institut	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion

22	Créer au sein des ARS les conditions d'une élévation du niveau des compétences en prévention et promotion de la santé.	DG des ARS	D'ici fin 2015
23	Intégrer dans le champ des ARS les missions des PRC relatives à la coordination régionale et à l'animation des acteurs.	Futur Institut et ARS	D'ici fin 2015
24	Renforcer les compétences des IREPS et les concentrer sur les fonctions « de 2 ^{ème} ligne ».	Futur Institut, ARS et IREPS	fin 2015-2016
25	Intégrer dans le champ des IREPS les missions des PRC relatives à la documentation, à la formation et à l'appui méthodologique.	Futur Institut, ARS et IREPS	D'ici fin 2015
26	Prévoir des conventions Institut/ARS/IREPS, adaptées au contexte de chaque région, qui déterminent le contenu des obligations réciproques et qui organise les relations entre les parties.	Futur Institut, ARS et IREPS	1 ^{er} semestre 2016
27	Renforcer l'appui de l'EPRUS, puis du futur Institut, dans le domaine de la gestion de crise aux ARS, zonales et non zonales (expertise en matière de planification, meilleure information en matière de gestion de la réserve sanitaire, organisation de formations...).	SGMAS, DGS, EPRUS / Futur Institut	1 ^{er} semestre 2016
28	Décloisonner le soutien apporté par le futur Institut aux ARS en matière de défense sanitaire, en lien avec ses nouvelles missions (prévention et communication de crise, diversification des profils pour la réserve sanitaire par le recrutement d'épidémiologistes, mise à profit de la surveillance pour anticiper les livraisons de produits, amélioration de la circulation d'information et des retours d'expérience...).	SGMAS, DGS, futur Institut	1 ^{er} semestre 2016

LETTRE DE MISSION



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

La Ministre
JS-CDA D14-2622

Paris, le - 1^{er} OCT. 2014

NOTE

A l'attention de

Monsieur Pierre BOISSIER,
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Evaluation du dispositif des CIRE et propositions de réorganisation

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, j'ai engagé une réforme du dispositif de veille et de sécurité sanitaire visant à en améliorer le pilotage, l'efficacité et la lisibilité. La loi confie aux ARS la responsabilité d'organiser la veille sanitaire dans leur région. Elles effectuent cette mission notamment en collaboration avec deux types de structures régionales :

- les structures de vigilance et d'appui, indépendantes des ARS et des agences nationales, et le plus souvent appuyées sur des établissements hospitaliers ;
- les CIRE, Cellules interrégionales d'épidémiologie, parfois dénommées Cellules de l'InVS en région, mises en place en 1994, au sein des DRASS et maintenant des ARS. Elles assurent par ailleurs en région la mission de veille sanitaire confiée au plan national à l'InVS.

Un travail de concertation menant à des propositions pour la réorganisation des vigilances sanitaires en région et le renforcement de la coordination de leur action par les ARS a été mené à ma demande par le Dr Françoise Weber. La réactivité et la contribution irremplaçable des CIRE à la veille et à la surveillance sanitaire sont reconnues par tous les acteurs. Néanmoins, le constat est partagé par l'InVS, les ARS et mes services de la nécessité d'une évaluation de leur fonctionnement au sein de la plateforme régionale et d'une évolution de leur organisation et de leur positionnement. La loi du 21 juillet 2009 a créé au sein de chaque ARS une plateforme de veille et d'urgences sanitaires rapprochant les équipes de la CVAGS (cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires) et celles de la CIRE, constituant ainsi un point focal identifiable par les partenaires.

Ce dispositif a permis aux ARS de bénéficier des compétences scientifiques des CIRE rapidement mobilisables. Les CIRE sont en capacité de fournir au directeur général de l'ARS une expertise engageant l'InVS considérée comme scientifiquement indépendante. Par ailleurs, les CIRE sont indispensables aux missions nationales de l'InVS et notamment à l'animation de ses réseaux de surveillance et à ses missions de surveillance et d'alerte nationales.

Néanmoins, l'organisation des CIRE est complexe et manque de lisibilité. Leur positionnement institutionnel dans l'ARS, au sein de la plateforme de veille et d'urgences sanitaires n'est pas partagé par tous les acteurs. Le rôle respectif de ces deux structures CIRE et CVAGS, en matière de veille et gestion sanitaires, entraîne régulièrement leur mobilisation conjointe et parfois redondante et génère ainsi un manque de visibilité et de crédibilité vis-à-vis des professionnels de santé.

Les CIRE disposent de personnels issus à la fois de l'InVS et des ARS. Leur management, partagé entre l'InVS pour la partie scientifique et l'ARS pour la partie administrative, est source de divergences d'appréciation et de difficultés de communication. La question de l'articulation entre Agences Régionales et Nationale, notamment en matière de responsabilité exercée sur les agents ARS en CIRE, est ainsi posée.

La création d'un nouvel institut reprenant l'ensemble des missions exercées par les trois établissements (InVS, INPES et EPRUS) doit conduire à repenser l'articulation entre un établissement national aux compétences élargies et les ARS. Il convient notamment de questionner la pertinence du modèle positionnant les antennes avancées d'un établissement national au sein d'agences régionales, à l'instar des actuelles CIRE.

C'est pourquoi je souhaite que soit mise en place sans délai une mission dont les objectifs seront :

- d'évaluer le dispositif actuel des CIRE, ses forces et ses faiblesses au regard des missions des ARS,
- de faire des propositions de réorganisation, compte tenu des missions du nouvel établissement évoqué ci-dessus, notamment les besoins d'expertise scientifique en articulation avec la politique déclinée par AVIESAN en région et les structures existantes (IRESP, pôles de compétence).

Vous attacherez un soin particulier à décrire les modalités concrètes d'articulation du futur établissement national et des ARS, en sorte que le dispositif soit lisible et acceptable pour tous les acteurs et partenaires. Enfin, vous prendrez en compte dans vos propositions la perspective de la réforme territoriale, et le cas échéant de l'évolution des moyens.

Vous pourrez vous appuyer pour cette mission sur les services de la DGS, du SGMAS, des ARS et de l'InVS et vous me remettrez votre rapport avant le 15 janvier 2015.

Denis DUMAS

Marisol TOURAINE

Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES

Cabinet de la ministre

- Jérôme Salomon, conseiller en charge de la sécurité sanitaire

Secrétariat Général

- Natacha Lemaire, cheffe de service, adjointe au secrétaire général
- Nicolas Prisse, chargé de mission sur les questions de santé publique, veille et sécurité sanitaire et le suivi des projets régionaux de santé

Direction Générale de la Santé

- Benoît Vallet, directeur général
- Françoise Weber, directrice générale adjointe
- Christian Poiret, chef de service, secrétaire général
- Laurence Bassano, directrice du projet Modernisation, adjointe au secrétaire général
- Juliette Mauro, cheffe de la division des agences, du partenariat et de la concertation
- Virginie Richard, cheffe de la mission des opérateurs nationaux
- Philippe Bourrier, chef du département des urgences sanitaires
- Thierry Paux, adjoint au chef du département des urgences sanitaires
- Pauline Magne, adjointe au chef du bureau organisation et préparation
- Pascal Melihan-Cheinin, chef du projet de la réforme des agences et des vigilances
- Anne-Marie Gallot, cheffe du bureau de la qualité des pratiques et des recherches biomédicales

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS)

- François Bourdillon, directeur général
- Anne Bruant-Bisson, directrice générale adjointe
- Martial Mettendorff, directeur général adjoint
- Thierry Cardoso, directeur du Département de la coordination des alertes et des régions (DCAR)
- Anne Gallay, adjointe au directeur du DCAR
- Bertrand Xerri, directeur de la Direction scientifique et de la qualité (DisQ)
- Anne-Catherine Viso, adjointe au DisQ
- Hélène Therre et Javier Nicolau, chargés de mission au DisQ

- Agnès Lefranc, directrice du Département santé environnement (DSE)
- Sylvie Quelet, directrice du Département des maladies infectieuses (DMI)
- Catherine Buisson, directrice du Département santé travail (DST)
- Pascal Empereur-Bissonnet, adjoint à la DST
- Les responsables des CIRE, en séminaire collectif organisé par l'InVS le 15 octobre 2014

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE (INPES)

- Thanh Le-Luong, directrice générale
- Jocelyne Boudot, directrice générale adjointe
- Pierre Arwidson, directeur des affaires scientifiques
- Paule Deutsch, directrice de l'animation des territoires et des réseaux
- Manuela Cheviot, responsable du département appui aux acteurs et aux institutions
- Céline Mansour, chargée de mission en éducation pour la santé au sein du département appui aux acteurs et aux institutions
- Emmanuelle Hamel, responsable du département développement des compétences et amélioration des pratiques professionnelles

ETABLISSEMENT DE PREPARATION ET DE REPONSE AUX URGENCES SANITAIRES (EPRUS)

- Marc Meunier, directeur général de l'EPRUS

FEDERATION NATIONALE D'EDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTE (FNES)

- René Demeulemeester, au titre de ses anciennes fonctions de président
- Entretien téléphonique avec François Baudier, directeur de l'animation territoriale de l'ARS de Franche-Comté, au titre de ses futures fonctions de président de la FNES
- Emilie Collet, déléguée générale (entretien téléphonique)

FEDERATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES REGIONAUX DE SANTE (FNORS)

- Dr. André Ochoa, président de la FNORS et directeur de l'Observatoire régional de la santé (ORS) Aquitaine
- Hélène Martineau, déléguée générale de la FNORS
- Alain Trugeon, directeur de l'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S) Picardie et Haute-Normandie, membre du conseil d'administration de la FNORS

AIDES, ASSOCIATION DE LUTTE CONTRE LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE ET L'HEPATITE B

- Christian Andréo, directeur général délégué
- Marc Dixneuf, directeur général délégué
- Stéphanie Giganon, directrice qualité et évaluation

ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET EN ADDICTOLOGIE (ANPAA)

- Patrick Daimé, secrétaire général
- Bernard Basset, secrétaire général adjoint
- Christian Rossignol, directeur général adjoint

FEDERATION ADDICTION

- Nathalie Latour, déléguée générale
- Georges Martinho, adjoint à la déléguée générale

REGIONS

Rencontres à Paris

Directeurs généraux d'ARS

- Rencontrés collectivement lors du séminaire des directeurs généraux organisé par le secrétariat général le 21 novembre 2014

Responsables de la veille sanitaire en ARS

- Rencontrés collectivement lors d'une réunion organisée par la mission le 4 décembre 2014:
- Francis Charlet, responsable du département veille et sécurité sanitaire de l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Jean Jaouen, directeur de la santé publique de l'ARS du Limousin
- Stéphane Deleau, chef de la mission Veille, Alerte, Inspections, Contrôles de l'ARS d'Auvergne
- Vincent Josselin, directeur de la Veille et Sécurité sanitaire de l'ARS de Martinique
- Joao Simoes, responsable de la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS La Réunion) de l'ARS Océan Indien
- Benoît Cottrelle, chef du pôle Veille et Sécurité sanitaire de l'ARS de Haute-Normandie
- Vincent Sevaer, responsable du pôle régional de défense sanitaire de l'ARS de Bretagne
- Pierre Guillaumot, directeur adjoint au directeur de la santé publique, en charge de la veille et de la sécurité sanitaires

- Pascal Fabre, responsable du département Veille, Alerte, Gestion des urgences sanitaires et dispositifs de police sanitaire

ARS Bretagne

- Jean-Michel Doki-Thonon, directeur de la santé publique

ARS Pays de la Loire

- Cécile Courrèges, directrice générale

ARS Corse

- Jean-Jacques Coiplet, directeur général

ARS Ultra-marines

- Christian Meurin, directeur général de l'ARS de Guyane
- Patrice Richard, directeur général de l'ARS de Guadeloupe
- Chantal de Singly, directrice générale de l'ARS Océan Indien
- Christian Ursulet, directeur général de l'ARS de Martinique

ARS Picardie

- Linda Cambon, directrice de la santé publique

DEPLACEMENTS

Région Languedoc-Roussillon

- Martine Aoustin, directrice générale de l'ARS
- Dominique Keller, directeur de la santé publique de l'ARS
- Béatrice Broche, responsable de la CVAGS (entretien téléphonique) de l'ARS
- Dr. Olivier Puech, Médecin Inspecteur de Santé publique (MISP) à la CVAGS de l'ARS
- Amandine Mendy, infirmière à la CVAGS de l'ARS
- Dr. Axel Wiegandt, responsable de la Cellule régionale de défense et sécurité de l'ARS
- Claude Rols, directeur de la délégation territorial (DT) du Gard
- Palma Rols, infirmière à la DT du Gard
- Jacqueline Maurel, infirmière à la DT du Gard
- Michel Marzin, responsable du service Santé-Environnement à la DT du Gard
- Franck Golliot, responsable de la CIRE, et ses équipes
- Entretiens individuels avec les membres de la CIRE:
- Olivier Catelinois, épidémiologiste à la CIRE
- Amandine Cochet, ingénieure épidémiologiste à la CIRE
- Dr. Cyril Rousseau, MISP à la CIRE
- Christine Ricoux, Ingénieure du génie sanitaire (IGS) à la CIRE (entretien téléphonique)

Région Ile-de-France et Champagne-Ardenne

- Claude Evin, directeur général de l'ARS d'Ile-de-France
- Laurent Castra, directeur de la santé publique de l'ARS d'Ile-de-France
- Nadine Weissleib, directrice du pôle Veille et Sécurité sanitaire de l'ARS d'Ile-de-France
- Cécile Somarriba, responsable de la CVAGS de l'ARS d'Ile-de-France et ses équipes
- Michel Gentile, responsable du département Défense et Sécurité de l'ARS d'Ile-de-France
- Dr. Christian Merle, MISP à la CRVAGS de l'ARS Ile-de-France, chargé de la cellule de gestion des signaux à la DT 75, et les équipes de la DT 75
- M. Huguet, délégué territorial de l'Essonne
- Mme Savi, IGS, responsable du pôle veille et sécurité sanitaire de la DT 91
- Christelle Galita, infirmière de la CDVAGS 91
- Dr. Benoît Crochet, directeur général par intérim de l'ARS de Champagne-Ardenne
- Alain Cadou, directeur de la santé publique de l'ARS de Champagne-Ardenne
- Dr. Annie-Claude Marchand, directrice de la stratégie régionale de l'ARS de Champagne-Ardenne
- Dr. Béatrice Pilon, chef du pôle veille et sécurité sanitaire de l'ARS de Champagne-Ardenne
- Dominique Metzger, chef du pôle prévention et promotion de la santé (PPS) de l'ARS de Champagne-Ardenne
- Sylvie André, chargée de mission au pôle PPS de l'ARS de Champagne-Ardenne
- Catherine Chenayer, chargée de mission au pôle PPS de l'ARS de Champagne-Ardenne
- Yann Hémon, chargé de mission au pôle PPS de l'ARS de Champagne-Ardenne
- Michel Magnette, chargé de mission et responsable de la gestion financière responsable de la gestion financière du pôle PPS de l'ARS de Champagne-Ardenne
- Aurélie de Monpezat, IGS, référente plan régional santé environnement à l'ARS de Champagne-Ardenne
- Anne Patris, directrice de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Champagne-Ardenne (IREPS)
- Stéphanie Vandentorren, responsable de la CIRE Ile-de-France / Champagne-Ardenne, et ses équipes de la CIRE et de l'antenne Champagne-Ardenne
- Entretien individuel avec Céline Legout, IGS de la CIRE Ile-de-France / Champagne-Ardenne

Région Rhône-Alpes

- Véronique Wallon, directrice générale de l'ARS
- Gilles de Lacaussade, adjoint à la directrice générale de l'ARS
- Dr. Anne-Marie Durand, directrice de la santé publique de l'ARS
- Dr. Bruno Morel, responsable de la Cellule veille et gestion des alertes sanitaires (CRVGAS) de l'ARS
- Sandrine Lubryka, IGS à la CRVGAS de l'ARS
- Dr. Christine d'Arnoux, MISP à la CRVGAS de l'ARS

- Christophe Duchen, délégué départemental adjoint de l'Ardèche, en charge du pôle prévention et gestion des risques
- Martine Dréneau, directrice adjointe de l'ORS
- Christine Saura, responsable de la CIRE, et ses équipes
- Entretiens individuels avec les membres de la CIRE:
- Alexandra Thabuis, épidémiologiste
- Isabelle Poujol, infirmière épidémiologiste
- Jean-Marc Yvon, IGS
- Hervé Le Perff, épidémiologiste

Régions Lorraine et Alsace

- Claude d'Harcourt, directeur général de l'ARS de Lorraine
- Marie-Hélène Maître, directrice générale adjointe de l'ARS de Lorraine
- Dr. Annick Dieterling, directrice de la santé publique de l'ARS de Lorraine
- Dr. Lydie Revol, responsable de la CVAGS de l'ARS de Lorraine
- Dr. Sophie Al Sibai, MISP à la CVAGS de l'ARS de Lorraine
- Claire Janin, IGS au pôle Santé-Environnement de l'ARS de Lorraine (entretien téléphonique)
- Michel Bonnefoy, directeur de l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales (ORSAS) de Lorraine
- Laurent Habert, directeur général de l'ARS d'Alsace
- Marie Fontanel, directrice générale adjointe de l'ARS d'Alsace
- Nathalie Leuridan, directrice de la Protection et de la Promotion de la Santé de l'ARS d'Alsace
- Dr. Tariq El Mrini, adjoint à la directrice de la Protection et de la Promotion de la Santé de l'ARS d'Alsace, en charge du pôle veille et gestion des alertes sanitaires
- Dr. Thomas Moritz, adjoint au chef du pôle Veille et Gestion des alertes sanitaires
- Christine Meffre, responsable de la CIRE Lorraine-Alsace et ses équipes de la CIRE et de l'antenne Alsace
- Entretien individuel avec Sophie Raguét, épidémiologiste à l'antenne Alsace de la CIRE

Régions Franche-Comté et Bourgogne

- Jean-Marc Tourancheau, directeur général adjoint de l'ARS de Franche-Comté (entretien téléphonique)
- François Baudier, directeur de l'animation territoriale de l'ARS de Franche-Comté (entretien téléphonique)
- Cédric Duboudin, responsable du département Observation, Statistiques et Analyses de l'ARS de Franche-Comté (entretien téléphonique)
- Dr. Arielle Marquant, responsable du département Veille et Alertes de l'ARS de Franche-Comté
- Barbara Conscience, infirmière à la CVAGS de l'ARS de Franche-Comté

- Kaira Bouderbali, responsable du département Défense, Sécurité et Appui de l'ARS de Franche-Comté
- Nezha Leftah-Marie, IGS au département Santé-Environnement de l'ARS de Franche-Comté
- Christophe Lannelongue, directeur général de l'ARS de Bourgogne
- Alain Morin, directeur de la santé publique de l'ARS de Bourgogne
- Marc Di Palma, adjoint au directeur de la santé publique de l'ARS de Bourgogne, en charge du département qualité et sécurité des soins
- Dr. Cyril Gilles, responsable du département Veille et Gestion des alertes sanitaires de l'ARS de Bourgogne, et ses équipes
- Isabelle Girard, responsable de la Mission Défense sanitaire de l'ARS de Bourgogne
- Bruno Maestri, responsable du département Santé et Environnement de l'ARS de Bourgogne
- Dr. Pierre Besse, président de l'IREPS de Bourgogne
- Isabelle Millot, directrice de l'IREPS de Bourgogne et directrice des études de l'ORS de Bourgogne
- Claude Tillier, responsable de la CIRE Bourgogne / Franche-Comté et ses équipes de la CIRE et de l'antenne Franche-Comté
- Entretiens individuels avec les membres de la CIRE:
- Anne Serre, IGS à l'antenne Franche-Comté
- Jeanine Stoll, MISP à la CIRE Bourgogne / Franche-Comté
- Elodie Terrien, épidémiologiste à la CIRE Bourgogne / Franche-Comté
- Sabrina Tessier, épidémiologiste à la CIRE Bourgogne / Franche-Comté

Région Nord-Pas-de-Calais et Picardie

- Jean-Yves Grall, directeur général de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais
- Dr. Carole Berthelot, directrice de la santé publique et environnementale de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais
- Dr. François Aubart, conseiller médical auprès du directeur de l'offre de soins de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais
- Christophe Raoul, responsable de la CRVAGS de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais, adjoint au responsable du département veille et sécurité sanitaire, et ses équipes
- Dr. Corinne Billaut, responsable du département de Défense et de Sécurité de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais
- Aurélia Poitoux, adjointe au responsable du pôle Environnement extérieur de la direction de la santé publique et environnementale de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais
- Clément Feutry, adjoint au responsable du département Prévention et Promotion de la Santé de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais
- Pascal Chaud, responsable de la CIRE Nord-Pas-de-Calais / Picardie et ses équipes de la CIRE et de l'antenne Picardie
- Entretiens individuels avec les membres de la CIRE:
- Caroline Vanbockstaël, épidémiologiste à l'antenne Picardie
- Christophe Heyman, IGS à la CIRE Nord-Pas-de-Calais / Picardie

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

- Paul Castel, directeur général de l'ARS
- Dr. Norbert Nabet, directeur général adjoint de l'ARS
- Dr. Gérard Coruble, responsable de la mission « recherche et développement en santé publique » de l'ARS
- Ludovique Loquet, responsable du service des politiques régionales de prévention de l'ARS
- Hervé Meur, membre du service des politiques régionales de prévention de l'ARS
- Danièle Marquis, responsable du département « prévention et promotion de la santé » de l'ARS
- Dr. Jasmine Moretti, responsable de la coordination transversale de l'évaluation de l'ARS
- Dr. Martine Sciortino, responsable du service de la coordination de l'éducation thérapeutique de l'ARS
- François Rogerie, chargé de mission à la " mission défense et sécurité " de l'ARS
- Jean-Pierre Thomas, chargé de mission à la " mission défense et sécurité " de l'ARS
- Philippe Malfait, responsable de la CIRE
- Leïla Dagnet, chef du service « santé alimentation » du Conseil Régional
- Dr. Didier Febvrel, médecin territorial, direction de la santé publique de la ville de Marseille
- Pr. Jean-Marc Garnier, président du Comité régional d'éducation pour la santé (CRES)
- Pr. Roland Sambuc, vice-président du CRES
- Zeina Mansour, directrice du CRES
- Représentants des Comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES):
- Brigitte Nectoux, directrice (Hautes-Alpes)
- René Fiaschi, vice-président (Alpes maritimes)
- Chantal Patuano, directrice (Alpes maritimes)
- Jean Chappellet, vice-président (Var)
- Laurence Pallier, directrice (Var)
- Dr. Isabelle Bordat, vice-présidente (Vaucluse)
- Christine Lorente, administratrice (Vaucluse)
- Alain Douiller, directeur (Vaucluse)

Région Haute-Normandie

- Nathalie Viard, directrice de la santé publique de l'ARS de Haute-Normandie
- Benoît Cottrelle, chef du pôle Veille et Sécurité sanitaire de l'ARS de Haute-Normandie
- Jérôme Le Bouard, responsable du pôle Santé-Environnement de l'ARS de Haute-Normandie
- Christelle Gougeon, responsable du pôle Prévention et Promotion de la Santé de l'ARS de Haute-Normandie
- Marion Boucher, directrice de l'IREPS de Haute-Normandie
- Franck Conan, coordinateur Ateliers Santé Ville du territoire elbeuvien

- Pierre Creuse, coordinateur Ateliers Santé Ville et Contrats locaux de santé de la ville de Saint Etienne du Rouvray
- Julien Boscher, responsable du réseau local Promotion Santé Pays d'Avre, Eure, Iton
- Zoé Roclin, responsable du réseau local de promotion de la santé du territoire de santé de Dieppe
- Dominique Berthelot, directeur de l'association GRAFISM (Groupement régional d'actions, de formations et d'informations en santé mentale)
- Stéphane Durécu, directeur régional de l'ANPAA Haute-Normandie (Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie)
- Léonard Nzitunga, directeur général de l'association l'ABRI
- David Saint Vincent, directeur de l'association La Passerelle, Fédération Addiction

ANNEXE 1

LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ : ETAT DES LIEUX DES RELATIONS ENTRE L'INPES ET LE NIVEAU REGIONAL

INTRODUCTION	91
1 LES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE L'ACTION PUBLIQUE EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE.....	94
1.1 UNE ACTION QUI SE DEPLOIE DANS UNE TEMPORALITE SPECIFIQUE	94
1.2 UNE ACTION QUI MOBILISE TOUS LES NIVEAUX GEOGRAPHIQUES	95
1.3 UNE ACTION PUBLIQUE QUI REPOSE, AU NIVEAU LOCAL, SUR DES STRUCTURES QUI SONT, DANS LA PLUPART DES CAS, DE STATUT ASSOCIATIF	95
1.4 UNE ACTION QUI IMPLIQUE LE PLUS SOUVENT DES ACTEURS EXTERIEURS AU DOMAINE DE LA SANTE	97
1.5 UNE ACTION QUI DONNE LIEU A TRES PEU DE CONTROLES	98
1.6 UNE ACTION DONT LES RESULTATS SONT RELATIVEMENT BIEN MESURES MAIS DONT LES EFFETS ET PLUS ENCORE LES IMPACTS SONT TRES RAREMENT EVALUES.....	99
1.7 AU TOTAL, UNE ACTION PUBLIQUE QUI PRESENTE PEU DE POINTS COMMUNS AVEC LES AUTRES MISSIONS CONFIEES TANT AU FUTUR INSTITUT QU'AUX ARS.....	100
2 LES ATTENTES QUI S'EXPRIMENT REGIONALEMENT (AU SEIN DES ARS COMME DES STRUCTURES ASSOCIATIVES POSITIONNEES AU NIVEAU REGIONAL) A L'EGARD DU FUTUR INSTITUT.....	101
2.1 PLUSIEURS ANALYSES RECENTES PERMETTENT DE PORTER UNE APPRECIATION CRITIQUE SUR L'ARTICULATION ENTRE L'INPES ET LES INTERVENANTS REGIONAUX	101
2.1.1 La création des ARS n'a pas été suffisamment prise en compte par l'INPES qui a maintenu et même développé un lien privilégié avec les pôles régionaux de compétences.....	101
2.1.2 Le financement et le contrôle direct des PRC comme de leurs membres par l'INPES ne sont plus justifiés	103
2.1.3 Un réexamen des missions des IREPS et PRC est nécessaire.....	104
2.1.3.1 La fonction documentaire	104
2.1.3.2 L'activité de formation.....	105
2.1.3.3 Les fonctions d'appui et d'ingénierie	105
2.2 UN BESOIN D'EXPERTISE EST UNANIMEMENT EXPRIME AUQUEL LE FUTUR INSTITUT DOIT ETRE A MEME DE REPENDRE	105
2.2.1 Le besoin d'une relation plus fructueuse qu'avec l'INPES.....	106
2.2.2 Le besoin de méthodes pour mieux élaborer le contenu des appels à projets et sélectionner des promoteurs apportant de plus grandes garanties de qualité	108
2.2.3 Le besoin de méthodes pour évaluer les effets et, si possible, les impacts des actions conduites.....	111

2.2.4 En conséquence de ces besoins de méthode et d'expertise, le besoin que le futur Institut donne un nouvel élan à la recherche 112

2.3 LE BESOIN D'UNE PLUS GRANDE COHERENCE EST AVERE ET IL MANIFESTE LA NECESSITE DE MIEUX ORGANISER LA RELATION ENTRE LES NIVEAUX NATIONAL ET REGIONAL 113

2.3.1 Le besoin d'une meilleure articulation entre les campagnes nationales d'information et de sensibilisation et les actions conduites localement 113

2.3.2 Le besoin d'une plus grande clarté dans les financements 114

2.3.3 Le besoin d'une clarification des missions des acteurs et de circuits plus clairs entre le niveau national et le niveau régional 116

INTRODUCTION

[301] Si la notion de prévention fait partie du langage courant (« mieux vaut prévenir que guérir »), les concepts de promotion de la santé et d'éducation pour la santé sont moins fréquemment utilisés. Les définitions suivantes peuvent en être données :

- « la promotion de la santé a pour ambition de conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et de l'améliorer en agissant sur les facteurs de risque ou de protection qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches. La promotion de la santé combine des mesures du niveau national ou régional et des interventions de niveau local, dans les principaux lieux de vie. Ces interventions de proximité donnent aux personnes concernées un réel "pouvoir d'agir" sur le choix des actions à mener et leur mise en œuvre. La promotion de la santé n'a donc pas seulement pour objet d'accroître les aptitudes individuelles en matière de santé. Elle vise également à faire évoluer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie et de travail des personnes, dans un sens favorable à leur santé. La promotion de la santé s'exerce là où les gens vivent, apprennent, travaillent. Ils en sont les acteurs naturels et légitimes, et bénéficient pour ce faire de l'accompagnement d'organisations spécialisées »¹⁰⁸ ;
- « l'éducation pour la santé s'inscrit dans une politique de promotion de la santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé en 1986, dans la charte d'Ottawa. Elle est une condition de réussite des autres mesures de santé publique : campagnes de dépistage, protection de l'environnement, amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins, etc. Mission de service public intégrée au système de santé et au système éducatif, elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité. Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elle informe et interpelle tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent »¹⁰⁹.

[302] Conçues pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, la promotion de la santé et l'éducation pour la santé visent à agir sur les déterminants de la santé. « On peut répartir les déterminants de santé d'un individu en quatre grands groupes :

- la biologie humaine : les facteurs génétiques, les facteurs physiologiques, les facteurs liés à la maturation et au vieillissement ;
- l'environnement physique, psychologique, social ;
- les comportements, le style de vie : les facteurs professionnels, les facteurs liés aux loisirs, les modes de consommation (alimentation, produits toxiques) ;
- l'organisation des services de santé : la prévention, les soins curatifs, la réadaptation, la réhabilitation »¹⁰⁹.

[303] Les actions relevant de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé sont tout particulièrement destinées à promouvoir des comportements et styles de vie plus sains et à provoquer des changements favorables à la santé au sein des divers environnements, là où les personnes résident, travaillent, se divertissent.

¹⁰⁸ Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, *Le réseau des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé*, 7 novembre 2014.

¹⁰⁹ Comité régional d'éducation pour la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Glossaire : éducation et promotion de la santé*, 2002.

- [304] Les missions de prévention et de promotion de la santé exercées au niveau national sont notamment confiées à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) par deux articles du code de la santé publique reproduits dans l'encadré ci-dessous.

Encadré n° 1 : Les missions de l'INPES

Article L. 1417-1 du code la santé publique

« Un établissement public de l'Etat dénommé Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a pour missions :

1° De mettre en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L. 1411-6¹¹⁰ ;

2° D'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;

3° D'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;

4° De participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence ;

5° D'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret.

Cet établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et concourt à la politique de santé publique.

L'institut apporte son concours à la mise en œuvre des projets régionaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-1 ».

Article L. 1417-5 du code la santé publique

« En vue de l'accomplissement de ses missions, l'institut :

1° Constitue un réseau national documentaire spécialisé sur les théories et pratiques relatives aux domaines de la prévention et de la promotion de la santé, ouvert au grand public, aux associations et aux professionnels, et met à leur disposition des supports d'information, des outils pédagogiques et méthodologiques d'éducation pour la santé ;

2° Etablit, en lien avec les professionnels concernés, les critères de qualité pour les actions, les outils pédagogiques et les formations d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, développe, valide et diffuse les référentiels de bonnes pratiques dans ces domaines ;

3° Emet un avis à la demande du ministre chargé de la santé, ou des ministres concernés, sur tout outil et programme de prévention et de promotion de la santé ;

4° Conçoit et produit les différents supports des programmes nationaux de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, notamment les documents d'information, outils pédagogiques et campagnes de communication ;

5° Identifie, soutient, effectue ou participe à des formations, études, recherches et évaluations en rapport avec ses missions ;

6° Participe à l'action européenne et internationale de la France, notamment au sein des organismes et réseaux internationaux chargés de développer l'éducation thérapeutique, l'éducation pour la santé, la prévention et la promotion de la santé [...] ».

- [305] L'INPES n'a pas de compétence particulière à l'égard de l'éducation thérapeutique du patient : celle-ci « s'inscrit dans le parcours de soins du patient »¹¹¹ et « les programmes d'éducation thérapeutique du patient [...] sont évalués par la Haute Autorité de santé »¹¹².

¹¹⁰ « Sans préjudice des compétences des départements [...], des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale et, en tant que de besoin, des ministres intéressés [...] ».

¹¹¹ Article L. 1161-1 du code de la santé publique.

¹¹² Article L. 1161-2 du code de la santé publique.

- [306] Au niveau régional, les missions de prévention et de promotion de la santé sont exercées par les agences régionales de santé (ARS) conformément à ce que prévoit l'article L. 1431-2 du code de la santé publique dont le texte est rappelé dans l'encadré ci-dessous.

Encadré n° 2 : Les missions des ARS

Article L. 1431-2 du code la santé publique

« Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique [...], en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

A ce titre :

[...] d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ».

- [307] Aux niveaux national et régional, les compétences en matière de prévention et de promotion de la santé s'exercent dans un contexte marqué par la poursuite du mouvement, amorcé il y a plus de 30 ans, en faveur de la régionalisation de la conduite des politiques publiques de santé. Tout en confirmant ce mouvement de fond (et même vraisemblablement en l'amplifiant), d'importants changements vont intervenir à brève échéance :

- le projet de loi relatif à la santé¹¹³ prévoit le renforcement de la place accordée à la politique de prévention et de promotion de la santé ;
- au niveau national, l'INPES va disparaître et ses missions seront transférées à un nouvel Institut¹¹⁴, également compétent à l'égard de la veille, de l'alerte et de la défense sanitaires ;
- on est entré dans une phase de transition rapide avant la mise en place du nouveau découpage prévu par la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

- [308] Elaboré dans le cadre d'une mission plus générale portant à la fois sur l'évaluation du dispositif des cellules interrégionales et régionales d'épidémiologie et sur la détermination de l'organisation territoriale souhaitable pour le futur Institut, le présent document rappelle les principales caractéristiques de l'action publique en prévention et promotion de la santé et montre à quel point les différences sont importantes avec les actions relevant de la veille et de l'alerte sanitaires. Il décrit ensuite les attentes aujourd'hui formulées à l'égard du futur Institut ; ces attentes résultent d'un jugement très mitigé porté sur le fonctionnement de l'INPES et sur l'état de ses relations avec le niveau régional. La réponse à ces attentes suppose une montée en compétences de l'ensemble des acteurs, quel que soit leur niveau d'intervention, un recentrage des responsabilités au profit des ARS et, enfin, des relations plus étroites et mieux organisées qu'aujourd'hui entre l'Institut national, les ARS et les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS).

- [309] Pour la description des liens entre l'INPES et le niveau régional, la mission s'est beaucoup appuyée sur deux rapports antérieurs de peu à ses propres investigations : un rapport de la Cour des comptes relatif à la gestion de l'INPES (exercices 2005 à 2012), daté de juillet 2013, et un rapport de l'IGAS n° 2014-032R : « évaluation du contrat d'objectifs et de performance 2012-2014 signé entre l'Etat et l'INPES » (juillet 2014).

¹¹³ En cours d'examen au moment de la rédaction du présent rapport.

¹¹⁴ Sa dénomination n'étant pas encore définitive au moment de la rédaction du présent rapport, le mot « Institut » a été retenu par convention.

1 LES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE L'ACTION PUBLIQUE EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE

1.1 Une action qui se déploie dans une temporalité spécifique

- [310] Il ressort des définitions précédemment données que la promotion de la santé vise d'une part à faire évoluer les comportements individuels et collectifs et d'autre part à obtenir des modifications touchant à l'environnement, dans la vie quotidienne, au travail, à l'école, sur les lieux de loisir, etc. ; l'action est destinée à influencer sur les déterminants de la santé, dans l'intention de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
- [311] C'est donc par essence, en raison de la nature même des phénomènes sur lesquels elle doit prendre prise, que la promotion de la santé exige un temps de conception et de mise en œuvre sans commune mesure avec les délais habituellement observés dans l'action publique, y compris dans la sphère de la santé.
- [312] Agissant plus souvent par la persuasion que par la mise en place de mesures coercitives (dont les effets peuvent être parfois délétères) et combinant des approches diverses, à la fois individuelles et collectives, la plupart des actions conduites dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé s'inscrivent nécessairement dans la durée, avec la nécessité de répéter les mêmes opérations ou les mêmes messages à plusieurs reprises pour qu'ils puissent commencer à avoir une utilité (même s'il existe des contre-exemples : des mesures simples de prévention ont rapidement permis de faire diminuer très sensiblement les morts subites des nourrissons).
- [313] Naturellement, ce constat d'une action qui se déploie nécessairement dans un temps long est établi internationalement. La lutte contre le tabagisme au Québec en fournit une illustration : « le tabagisme est une épidémie mondiale pour laquelle le gouvernement du Québec a consenti des budgets importants et récurrents en réponse à l'annonce du premier plan de lutte contre le tabagisme en 1994 par le ministère de la santé et des services sociaux [...]. Cet engagement gouvernemental s'est poursuivi avec la reconnaissance de la lutte contre le tabagisme comme l'une des sept priorités nationales de santé publique en 1997, l'adoption des Plans québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005 et 2006-2010, la définition du Plan québécois d'abandon du tabagisme en 2002 et l'adoption du Plan québécois de prévention du tabagisme en 2010 »¹¹⁵. Presque caricatural, cet exemple montre comment un même objectif de santé publique peut donner lieu à la production de plusieurs programmes qui se succèdent ou se chevauchent dans le temps, et ce sur une vingtaine d'années.
- [314] Enfin, en règle générale, les effets des mesures visant la modification des comportements individuels n'apparaissent qu'à terme, dans des délais qui peuvent parfois s'exprimer en années. Si la plupart des messages relatifs à la « vie saine » sont diffusés dès l'école, on en attend que, durant toute leur vie d'adultes, les personnes concernées perpétuent « les bonnes habitudes » acquises au cours de l'enfance, ce qui devrait en fin de compte se traduire par une diminution de la morbidité et de la mortalité évitables, à un horizon qu'en général l'on ne parvient pas à définir précisément.

¹¹⁵ TREMBLAY, M. et MONTEUIL, A., *Rapport sur la mise en œuvre de la loi sur le tabac 2005-2010 : constats, interrogations et éléments de réflexion*, mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux, Institut national de santé publique du Québec, 2013.

1.2 Une action qui mobilise tous les niveaux géographiques

- [315] Les actions de prévention et de promotion de la santé doivent être conduites à tous les niveaux géographiques, avec idéalement la possibilité d'une interaction positive entre les messages diffusés à ces différents niveaux : depuis le national (avec notamment les grandes campagnes médiatiques d'information et de sensibilisation) jusqu'au niveau le plus local, à une échelle infra-communale, au sein de l'établissement d'enseignement, voire de la classe, du lieu de travail, de la « communauté »¹¹⁶.
- [316] L'examen du bilan des actions financées en 2014 en Champagne-Ardenne permet d'illustrer cette réalité. Ainsi, par exemple :
- une association relevant de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) bénéficie d'une subvention de 13 777 € pour la mise en place d'un plan de prévention des conduites addictives qui va se déployer auprès des apprentis qui fréquentent les centres de formation des apprentis de la région Champagne-Ardenne ;
 - un foyer géré par l'association « Revivre » (mouvement d'entraide dont dépend un centre de soins qui prend en charge, dans le département de l'Aube, les personnes en situation de dépendance à l'égard de l'alcool) reçoit 7 000 € pour une action d'« accompagnement de la souffrance psychique de la personne incarcérée dans le cadre de sa réinsertion ».
- [317] Ces deux exemples, pris parmi beaucoup d'autres, témoignent bien d'un mode opératoire souvent observé en prévention et promotion de la santé. L'action est conduite soit en direction de personnes présentant des caractéristiques très précisément définies (ici, des personnes en phase de réinsertion suite à une incarcération et potentiellement en difficulté avec l'alcool) soit au profit de personnes qui composent une « communauté » restreinte (en l'occurrence des apprentis en formation) ; et cette action est conduite par une association qui a un ancrage local et dont toutes les activités relèvent de la proximité, même si elle rattachée à une structure nationale, telle l'ANPAA. Un autre mode opératoire vise à conduire des actions en population générale (par exemple, le dépistage du cancer du sein).

1.3 Une action publique qui repose, au niveau local, sur des structures qui sont, dans la plupart des cas, de statut associatif

- [318] Comme on le voit au travers des deux cas qui viennent d'être cités, ce sont souvent des associations qui ont le rôle d'effecteur des actions de prévention et de promotion de la santé. En raison même du fait que, dans ces matières, l'action publique doit être conduite au plus près du quotidien des personnes, là où elles habitent, apprennent ou travaillent, le « tissu associatif » apparaît souvent le mieux à même de mailler le territoire, même si certaines administrations de l'Etat (comme la santé scolaire) ou des collectivités territoriales (comme la protection maternelle et infantile) visent également à assurer des interventions de proximité.
- [319] La plupart des associations qui conduisent les actions dites « de première ligne », sont centrées sur un déterminant ou sur une situation particulière qui concerne un groupe ciblé de personnes (celles en difficulté avec le tabac ou l'alcool, les femmes enceintes, les élèves qui fréquentent tel établissement scolaire, etc.) ; toutefois, nombre de ces associations sont fédérées au sein d'associations nationales.

¹¹⁶ Au sens nord-américain du terme.

- [320] Progressivement, les administrateurs de nombreuses associations, tout en demeurant animés par l'idéal consubstantiel au bénévolat, se sont professionnalisés et/ou ont pu recruter des salariés formés. Pour autant, dans d'autres cas, la bonne volonté l'emporte et, à l'occasion de la préparation de la mise en place du futur Institut, un jugement global relativement sévère a pu être posé, évoquant « un tissu associatif fragile et insuffisamment professionnalisé »¹¹⁷ ; cette fragilité peut notamment résulter de la petite taille de nombreuses associations et de la précarité de leurs financements qui leur interdisent d'employer des professionnels de manière stable.
- [321] Afin de pallier les inconvénients inhérents à un trop grand amateurisme, deux types de mesures conjuguent leurs effets : d'une part, l'INPES et les ARS n'accordent leurs subventions qu'aux projets qui ont satisfait aux exigences d'un appel d'offres et, d'autre part, des institutions situées « en deuxième ligne », le plus souvent placées au niveau régional, exercent des missions de diffusion des méthodes et d'aide à la conduite des projets.
- [322] Les acteurs de première ligne sont en effet soutenus par des professionnels spécialisés qui les aident à faire un diagnostic de la situation, à bâtir un projet d'action et à le faire vivre au quotidien : ils reçoivent des informations et de la documentation, bénéficient de conseils méthodologiques, peuvent participer à des formations et échanger avec d'autres acteurs.
- [323] Parmi l'ensemble des acteurs de seconde ligne qui fournissent un appui aux effecteurs de première ligne, une institution à compétence généraliste et située au niveau régional déploie le plus souvent une action de soutien méthodologique particulièrement étendue ; elle exerce une sorte de *leadership* et elle est reconnue à ce titre, tant par les pouvoirs publics que par les autres associations, avec naturellement des nuances d'une région à l'autre. Ce rôle a longtemps été tenu par les comités régionaux d'éducation pour la santé (CRES), de statut associatif.
- [324] Les CRES ont été supprimés sauf dans une région où, formellement, le CRES demeure en place. Dans plus de vingt régions, les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) remplacent les anciens CRES et sont elles aussi de statut associatif ; dans les quelques cas où il n'y a pas d'IREPS (notamment là où les IREPS ne sont pas parvenus à remplir leur mission et ont dû cesser leurs activités), des institutions assimilées ont le même rôle d'appui aux effecteurs de première ligne et de dialogue avec les pouvoirs publics¹¹⁸.
- [325] Alors qu'à la fin des années 90, les CRES ne disposaient pas d'un niveau d'expertise en prévention et en promotion de la santé considérablement plus élevé que les autres intervenants et effectuaient souvent par eux-mêmes des actions concernant des thématiques ciblées (tabac, alcool, suicide,...), les IREPS se positionnent désormais comme des organismes ressources, à la fois généralistes (puisque leurs compétences n'excluent aucun domaine d'intervention en prévention et promotion de la santé) et de plus en plus spécialisés (avec la mise à disposition d'informations, de documents et d'outils répondant à des exigences de qualité croissantes).
- [326] Dans la plupart des régions, l'IREPS est l'opérateur privilégié qui apporte aux ARS des garanties quant à la qualité des actions conduites en première ligne par les effecteurs locaux. Dans certaines régions enquêtées, comme la Franche-Comté ou la Bourgogne, cette proximité se traduit même par une implantation physique dans les mêmes locaux que l'ARS. Dans ce schéma, l'ARS noue une relation privilégiée avec l'IREPS (même si, d'une région à l'autre, « l'articulation avec les ARS est plus ou moins soutenue en fonction de l'importance donnée à ce champ dans la mise en œuvre de la politique de l'agence et en fonction du degré de confiance instauré entre cette institution et les organismes concernés »¹¹⁹).

¹¹⁷ Note adressée par le préfigurateur du futur Institut au directeur général de la santé le 27 février 2015.

¹¹⁸ Par commodité, dans la suite du présent document, on citera les IREPS pour désigner les institutions qui exercent ces fonctions, qu'il s'agisse formellement des IREPS ou d'autres institutions.

¹¹⁹ René Demeulemeester, *Organisation régionale de l'Institut de prévention, de veille sanitaire et d'intervention en santé : prévention et promotion de la santé*, document de travail adressé au préfigurateur en réponse à une lettre de mission du 24 novembre 2014.

1.4 Une action qui implique le plus souvent des acteurs extérieurs au domaine de la santé

[327] La promotion de la santé vise à agir sur les déterminants de la santé qui échappent, le plus souvent, au système de soins : conditions de vie et de travail, qualité de l'environnement. Ceci rend nécessaire une action publique qui ne relève pas exclusivement, ni même principalement, des autorités sanitaires mais qui mobilise, d'une part, les autorités de l'Etat en charge de l'éducation, de la justice, de la jeunesse, de l'agriculture, de l'aménagement urbain, etc. et, d'autre part, les collectivités territoriales de tous niveaux. Cette pluralité des acteurs et des financeurs suppose une coordination qui est en principe assurée au niveau régional par la commission de coordination des politiques publiques de prévention, présidée par le directeur général de l'ARS.

[328] Le caractère par nature inter-sectoriel de l'action sur les déterminants de la santé explique les spécificités de l'évaluation des impacts en santé, décrite dans l'encadré figurant à la page suivante.

Encadré n° 3 : Les évaluations d'impact en santé

Initialement simple composante des études d'impact environnementales, l'évaluation d'impact sur la santé s'est autonomisée, avec notamment, depuis plus de dix ans, la tenue annuelle d'un congrès international spécifique (en 2012 à Québec¹²⁰ et en 2013 à Genève, soit dans les deux pays francophones où ce type d'évaluation est le plus développé¹²¹).

L'évaluation d'impact sur la santé est ainsi définie par l'Organisation mondiale de la santé : « une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population »¹²².

L'évaluation d'impact sur la santé vise à analyser un projet afin de déterminer ses effets potentiels sur la santé, alors même que sa visée première n'est ni exclusivement ni même principalement de modifier l'état de santé d'une population¹²³ ; ce processus tient compte, en général, de l'opinion et des attentes de ceux qui peuvent être touchés par les retombées de la proposition ; on peut citer ici, à titre d'exemple, le projet d'agglomération franco-valdo-genevois qui porte sur la répartition des activités économiques et des circulations à l'échelle d'un bassin d'environ 770 000 habitants autour de Genève et qui a fait l'objet d'une étude d'impact sur la santé¹²⁴.

Concrètement, l'évaluation d'impact sur la santé de ce projet d'agglomération visait à :

- prendre en compte des préoccupations de promotion de la santé de la population, de manière précoce, au niveau du processus décisionnel du projet d'agglomération, en analysant le projet par rapport aux déterminants de la santé ;
- porter une attention particulière aux besoins spécifiques des groupes de la population les plus vulnérables du point de vue sanitaire comme les enfants en bas âge, les personnes à mobilité réduite ou les personnes âgées, le principe de minorité faisant foi ;
- proposer des orientations stratégiques « santé » pour les différents chantiers du projet d'agglomération dans une perspective de développement durable.

¹²⁰ Avec la présence de 5 Français sur environ 700 participants.

¹²¹ Voir notamment le site québécois du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé qui fournit de très nombreuses indications bibliographiques.

¹²² Connue sous le nom de Consensus de Göteborg, cette définition, la plus commune dans la littérature, est celle qui a été proposée à l'issue d'une rencontre de pays européens, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé, à Göteborg, en 1999.

¹²³ « La Déclaration de Zagreb définit, pour la période 2009-2013, la stratégie d'intervention du réseau européen des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé. Le thème général est la santé et l'équité en santé dans toutes les politiques locales parce que la santé des populations ne dépend pas seulement des activités du secteur sanitaire mais aussi, et dans une large mesure, des politiques et des actions menées dans d'autres secteurs » HERITAGE, Z., « Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS », *La Santé de l'Homme*, n° 409, septembre-octobre 2010.

¹²⁴ SIMOS, J., *Une approche quantitative et qualitative de l'évaluation d'impact sur la santé du projet d'agglomération franco-valdo-genevois*, étude présentée lors d'un séminaire co-organisé par le Centre d'analyse stratégique, la Direction générale de la santé et la Société française de l'évaluation, Paris, 28 janvier 2010.

De manière générale, il s'agit de « prendre en compte la santé dans toutes les politiques » ; statistiquement, au niveau international, deux activités potentiellement porteuses de conséquences sur la santé des populations font l'objet des évaluations d'impacts les plus nombreuses : d'une part les activités minières¹²⁵ ou assimilées, y compris l'exploitation du gaz de schiste là où elle est envisagée comme par exemple en Caroline du Nord¹²⁶ ou en Australie¹²⁷, et d'autre part les aménagements urbains et modifications des réseaux de transport. Dans ce dernier domaine, outre le cas genevois cité ci-dessus, une étude néo-zélandaise étudie par exemple les conséquences d'un éventuel passage à des modes de transport actif pour les trajets conduisant au travail. Cette étude modélise des scénarios pour comparer, au regard de la santé des populations, différentes politiques visant à augmenter les déplacements à vélo dans la ville d'Auckland¹²⁸.

1.5 Une action qui donne lieu à très peu de contrôles

- [329] Le secrétariat général des ministères en charge des affaires sociales interroge périodiquement les ARS sur leur activité. La dernière « synthèse nationale de l'enquête-activité ARS » publiée en 2013 se rapporte à l'année 2013. Il en ressort que le secteur de la prévention et de la promotion de la santé occupe 6 % des effectifs des ARS, avec de très faibles variations au sein des ARS métropolitaines (et de grands écarts entre les ARS d'Outre-mer) ; ces 6 % sont à comparer avec les pourcentages enregistrés dans d'autres domaines dont les soins ambulatoires (6 % également), les soins hospitaliers (15 %), le médico-social (16 %), la sécurité sanitaire, la prévention des risques et la protection des populations (23 %).
- [330] Le même document indique comment se répartit le temps total consacré à la fonction « inspection - contrôle - évaluation »¹²⁹ dans les ARS entre leurs différents domaines d'intervention. En moyenne nationale, la prévention et la promotion de la santé mobilisent 2 % du temps total consacré à l'inspection, au contrôle et à l'évaluation, soit sensiblement moins que les 6 % obtenus au niveau des effectifs.
- [331] Une analyse plus fine des statistiques d'activité des ARS montre que, dans onze régions, le pourcentage est inférieur ou égal à 1 % (dont trois régions où il est de 0). La mission s'est rendue dans l'une des ARS où le pourcentage affiché est de 8 % mais il ressort des entretiens conduits sur place qu'il y a eu une erreur de remplissage et que le pourcentage réel est certainement très inférieur.

¹²⁵ A titre d'exemple, voir : CLOUTIER, R. et JULIEN, M., Rapport et recommandations du groupe de travail sur les projets uranifères de la Côte-Nord, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau (Qc.), juin 2014.

¹²⁶ DOWN, A., ARMES, M., JACKSON, R.-B., « Shale gas extraction in North Carolina : research recommendations and public health implications », *Environmental Health Perspectives*, volume 121, n° 10, octobre 2013, p. 292 et sq.

¹²⁷ MOSS, J., CORAM, A., BLASHKI, G., « Is fracking good for your health ? An analysis of the impacts of unconventional gas on health and climate », Technical brief, n° 28, The Australia Institute, Canberra City, novembre 2013.

¹²⁸ MACMILLAN, A., CONNOR, J., WITTEN, K., KEARNS, R., REES, D., WOODWARD, A., « The societal costs and benefits of commuter bicycling : simulating the effects of specific policies using system dynamics modeling », *Environmental Health Perspectives*, volume 122, n° 4, avril 2014, p. 335 et sq.

¹²⁹ La statistique se réfère ainsi à un ensemble où sont indûment mêlés le contrôle et l'évaluation. La plupart des ARS ont opportunément retenu une organisation interne qui les distingue.

1.6 Une action dont les résultats sont relativement bien mesurés mais dont les effets et plus encore les impacts sont très rarement évalués

- [332] En matière de prévention et de promotion de la santé, de nombreux exemples permettent d'illustrer la distinction entre résultats, effets et impacts.
- [333] Ainsi, dans le cas d'une action auprès de lycéens visant à modifier leurs habitudes alimentaires lors du petit déjeuner :
- les résultats sont constitués par le nombre des classes concernées et par le nombre des adolescents qui ont entendu les messages en raison de leur présence constatée dans les classes au moment de la réunion consacrée au petit déjeuner ;
 - pour mesurer les effets, il faut identifier quel est le nombre des lycéens qui, ayant reçu le message, ont effectivement modifié ensuite leur comportement alimentaire lors du petit déjeuner (consommation d'un fruit et d'un yaourt, réduction de la part des boissons ou aliments trop gras ou trop sucrés) ; une mesure complète des effets supposerait qu'elle soit périodiquement reconduite de manière à renseigner sur l'obtention ou non d'une modification en profondeur des comportements ;
 - quant aux impacts, leur évaluation suppose qu'on puisse déterminer comment l'action conduite auprès des lycéens a progressivement essaimé dans « la communauté » : non seulement, les jeunes qui ont reçu le message l'ont entendu et mis en pratique mais, par leur propre discours et/ou par l'exemplarité de la modification de leur comportement alimentaire, ils ont encouragé leurs familles, leurs copains ou leurs proches à adopter eux aussi des pratiques plus saines lors du petit déjeuner. Et, au final, il s'agit de mesurer l'impact de ces changements de comportement sur l'état de santé de tous (réduction du surpoids, morbidité diminuée,...).
- [334] Il importe de viser l'exhaustivité dans l'inventaire des effets : attendus ou non, positifs ou négatifs, immédiats ou différés, directs ou indirects. L'exercice est délicat : au-delà de l'identification des effets, il s'agit de comprendre les raisons de l'apparition de chacun. Surtout, la recherche des effets et, *a fortiori*, des impacts, met en jeu la question de l'imputabilité et celle de la causalité.
- [335] S'agissant de l'imputabilité, la politique publique d'amélioration de la sécurité routière donne un exemple de la difficulté de déterminer si tel phénomène observé résulte directement et exclusivement de la mise en place d'une mesure particulière décidée par une autorité publique. Lorsque le secrétaire général de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière présente l'évolution du nombre de tués entre 1971 et 2001 (qui passe d'environ 15 000 à moins de 8 000), il met en regard « les mesures de réglementation de la circulation prises depuis 30 ans (notamment les limitations de vitesse, le taux d'alcoolémie et le port de la ceinture) » mais il précise immédiatement que toutes ces mesures expliquent « en partie » l'évolution du nombre de tués sur les routes : il est sûr que la politique de sécurité routière a eu des effets positifs mais la diminution du nombre des morts est également imputable à d'autres causes (par exemple, l'amélioration de la sécurité des voies, les progrès dans la construction des voitures ou encore, de manière plus diffuse, un prise de conscience plus élevée chez un plus grand nombre de conducteurs de la nécessité de conduire plus raisonnablement). En théorie, l'évaluateur devrait tenter de discriminer et de n'imputer à la sécurité routière que la seule part qui lui revient au sein de la diminution de la mortalité mais, en l'occurrence, c'est évidemment impossible ; la seule solution est d'en prendre conscience et, comme cela a été fait en l'occurrence, de signaler que les éléments de la politique publique ont contribué « en partie » au résultat observé¹³⁰.

¹³⁰ CHAPELON, J., « L'importance du problème et son contexte », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 41, décembre 2002.

- [336] Dans un registre proche de celui de l'imputabilité, on doit être attentif à ne pas confondre corrélation et causalité : de manière générale, lorsque deux variables *a priori* liées évoluent dans le même sens au même moment (ou avec un écart de temps faible), une corrélation est établie ; mais il n'y a causalité que si l'évolution de la seconde variable n'est pas fortuitement contemporaine de celle de la première : la causalité suppose qu'il soit vérifié que c'est bien la première évolution qui a créé à elle seule la seconde.
- [337] Il ressort des entretiens que la mission a conduits et des constats qu'elle a faits dans les régions où elle a enquêté que la mesure des résultats a considérablement progressé. Du fait même que les actions réalisées ont quasiment toujours été retenues suite à un appel d'offres, que ces actions ont donné lieu à des financements publics assortis de demandes d'envoi de statistiques précises d'activité, que la plupart des associations sont liées aux ARS par des conventions, elles-mêmes de plus en plus souvent pluri-annuelles, le nombre des actions et le nombre des personnes touchées paraît globalement connu de manière satisfaisante (ce qui ne signifie pas pour autant que ces informations soient toutes analysées, synthétisées et utilisées au mieux lors de la préparation de la sélection des actions ultérieures). Dans l'une des régions enquêtées, tous les opérateurs bénéficiaires d'une subvention reçoivent 80 % du financement prévu au moment de la signature de la convention ; pour pouvoir percevoir le solde de 20 %, ils sont tenus de remplir en ligne un questionnaire détaillé valant auto-évaluation au vu duquel l'ARS peut, le cas échéant, opérer des réfections.
- [338] Quoi qu'il en soit, pour leur part, les effets et les impacts sont très rarement évalués, d'une part en raison de la faiblesse générale de la culture de l'évaluation en France et, d'autre part, du fait des difficultés de méthode qui s'attachent à l'évaluation en santé (voir *infra* § 2.2.3).

1.7 Au total, une action publique qui présente peu de points communs avec les autres missions confiées tant au futur Institut qu'aux ARS

- [339] Les six caractéristiques qui viennent d'être rappelées décrivent une action publique singulière :
- qui présente des caractéristiques spécifiques, très éloignées de celles décrites à propos de la veille et de la sécurité sanitaires ;
 - qui repose sur un corpus intellectuel spécifique, largement dominé par une réflexion conduite au niveau international.
- [340] Enfin, bien que de plus en plus souvent présentée comme prioritaire, l'action publique en matière de prévention et de promotion de la santé peine toujours à démontrer et faire admettre son utilité comme à prendre sa place, notamment au sein des ARS, face à des politiques qui paraissent plus efficaces (comme la régulation de l'offre de soins) ou plus stratégiques (comme l'activité régaliennne de maintien de la sécurité sanitaire).
- [341] Dans le contexte d'une importance plus grande à accorder à la prévention et à la promotion de la santé comme le suggère le projet de loi actuellement en cours de discussion, il y donc pour les ARS un fort enjeu de montée en puissance dans ces domaines.

2 LES ATTENTES QUI S'EXPRIMENT REGIONALEMENT (AU SEIN DES ARS COMME DES STRUCTURES ASSOCIATIVES POSITIONNEES AU NIVEAU REGIONAL) A L'EGARD DU FUTUR INSTITUT

- [342] Des attentes fortes à l'égard du futur Institut ont été recueillies par la mission dans les régions enquêtées ; pour l'essentiel, elles portent d'une part sur le besoin d'une expertise renforcée que l'Institut doit mettre à la disposition de toutes les institutions concernées et prioritairement des ARS et, d'autre part, sur l'établissement d'une cohérence plus grande du système pour établir une meilleure articulation entre le niveau national, les ARS et les IREPS.
- [343] Sur ces deux points, les attentes exprimées résultent d'un jugement très mitigé porté sur le fonctionnement de l'INPES et sur l'état de ses relations avec le niveau régional. Telles qu'elles s'expriment, elles corroborent largement des constats établis récemment et synthétisés ci-après.

2.1 Plusieurs analyses récentes permettent de porter une appréciation critique sur l'articulation entre l'INPES et les intervenants régionaux

- [344] Plusieurs analyses récentes¹³¹ établissent un état des lieux critique des relations entre l'INPES et les intervenants régionaux en matière de prévention et de promotion de la santé.

2.1.1 La création des ARS n'a pas été suffisamment prise en compte par l'INPES qui a maintenu et même développé un lien privilégié avec les pôles régionaux de compétences

- [345] L'un des objectifs assignés aux ARS lors de leur création en 2009 était de procéder à un rééquilibrage entre la prévention et les soins : c'est la même loi (n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) qui crée les ARS et qui lance une dynamique en faveur de la promotion de politiques publiques favorables à la santé.
- [346] On aurait pu s'attendre à ce que l'INPES prenne en compte cette évolution et modifie en conséquence l'organisation territoriale qu'il avait mise en place en créant les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé (PRC)¹³² ; tel n'a pas été le cas.

¹³¹ Tout particulièrement le rapport de la Cour des comptes relatif à la gestion de l'INPES (exercices 2005 à 2012), daté de juillet 2013 ; le rapport de l'IGAS n° 2014-032R : « évaluation du contrat d'objectifs et de performance 2012-2014 signé entre l'Etat et l'INPES » (juillet 2014) ; un article de François BAUDIER, Lara DESTAING et Claude MICHAUD : « L'éducation pour la santé dans les Agences régionales de santé en 2012 : constats et analyses », *Santé publique*, volume 25, n° 2, supplément 2013, pages 101 à 109.

¹³² Cette réorientation constituait d'ailleurs la troisième orientation stratégique du contrat d'objectifs et de performance : « Développer le rôle de référent de l'INPES pour faciliter la déclinaison régionale par les ARS de la politique nationale de santé ».

- [347] Les PRC sont « des plateformes ressources qui fédèrent les compétences et ressources en éducation pour la santé et promotion de la santé »¹³³ ; les PRC sont présents dans les régions¹³⁴ pour y promouvoir ces domaines et améliorer la qualité des programmes et des actions mis en place localement. Chaque PRC rassemble ainsi les principales institutions compétentes (associations, mutuelles, organismes de sécurité sociale, administrations, collectivités territoriales), l'une d'elles étant le « porteur du pôle » (en charge de son animation et de la coordination de l'activité de la plateforme ressources)¹³⁵ et les autres « les partenaires du pôle » (qui contribuent aux missions du pôle par le développement d'activités et de prestations ; en tant que membres associés au pôle, ils signent une charte avec lui). L'instance de pilotage du pôle associe tous les partenaires, y compris les ARS. Pour chaque axe de travail, des comités techniques sont mis en place.
- [348] Bien que sans personnalité juridique, chaque PRC, représenté par son « porteur », bénéficie d'une subvention de l'INPES qui fait l'objet d'une convention à laquelle l'ARS n'est pas partie, l'ARS émettant seulement un avis comme pour toutes les subventions que l'INPES attribue à des institutions implantées régionalement.
- [349] Le fonctionnement des PRC en réseau est intéressant au niveau local dans la mesure où il permet de mutualiser des compétences, de disposer d'une plate-forme inter-sectorielle réunissant les principaux opérateurs régionaux et d'améliorer la qualité des réponses aux appels à projets, *a fortiori* lorsqu'elles émanent de promoteurs isolés ou très spécialisés ; de fait, les différentes associations ou fédérations rencontrées par la mission saluent la mise en place d'un lieu d'échange et les liens renforcés entre elles. Mais il ressort des documents ici synthétisés que le bilan global reste décevant et que la nature de la relation entre l'INPES et les PRC pose problème.
- [350] La Cour des comptes relève ainsi qu'« il y a clairement dualité de compétences » entre l'INPES et les ARS pour l'animation régionale de la politique de santé, l'INPES s'appuyant largement sur les PRC qu'il a créés.
- [351] De fait, l'INPES s'est engagé dans une politique de gestion quasi directe des PRC par la mise en place de procédures de labellisation établies hors de tout dispositif réglementaire. Le fonctionnement des PRC repose depuis 2010 sur un cahier des charges national, actualisé pour la période 2013-2015. Ce document purement interne, prévoit, de façon très précise, les principes qui doivent régir le pôle, ses missions, son mode de fonctionnement, le suivi de ses activités, la conformité au cahier des charges, l'animation du dispositif, les modalités de la demande de financements.
- [352] Le cahier des charges 2013-2015 de l'INPES pour le subventionnement des PRC prévoit que « les missions des pôles régionaux de compétences [...] s'articulent autour de quatre types de services :
- centre de ressources ;
 - appui aux acteurs de terrain de la région ;
 - appui à la programmation et à la mise en œuvre des orientations régionales ;
 - espaces d'échanges de pratiques ».
- [353] Le cahier des charges indique aussi que « le pôle dispose de personnels qualifiés de niveaux I et II pour réaliser chacune des missions » ainsi que d'autres intervenants (conseillers en méthodologie et évaluation des projets, formateurs et documentalistes) qui « devront eux aussi satisfaire à un niveau de compétences suffisant notamment par leur formation initiale et professionnelle ».

¹³³ Site internet de l'INPES.

¹³⁴ Ils sont implantés dans les 26 régions et à Mayotte suite à sa départementalisation en 2011.

¹³⁵ Dans 22 régions, ce sont les IREPS qui portent le pôle ; dans les quatre autres, ce sont respectivement la Mutualité française, une université, un comité d'éducation pour la santé et l'ARS.

- [354] Plusieurs critiques peuvent être formulées à l'encontre du cahier des charges :
- il s'apparente à une circulaire d'administration centrale adressée à ses services déconcentrés et ne constitue pas un outil d'animation d'un réseau informel ;
 - il contribue à figer les missions des PRC en en donnant une liste limitative ;
 - outre que les exigences relatives aux niveaux de recrutement et aux profils des postes peuvent être coûteuses, un tel degré de précision est susceptible de rendre difficile la nécessaire adaptation du fonctionnement des pôles aux missions qui leur sont assignées localement ;
 - la question se pose de l'impact de l'existence même des PRC sur d'autres acteurs essentiels pour la promotion de la santé qui ne peuvent pas être partenaires des pôles (par exemple, les professionnels de santé) ;
 - enfin, la vérification de l'application du cahier des charges a mobilisé beaucoup de moyens à l'INPES puisque des « visites de conformité » au cahier des charges des PRC ont été menées par l'INPES en 2011. Certes, les ARS ont été associées à cette procédure puisqu'elles devaient remplir un document qui leur était propre ; mais elles ne se sont pas toutes investies dans ce processus dont l'INPES était clairement l'initiateur et le pilote alors qu'une telle procédure relève avant tout d'un examen local. La Cour des comptes a souligné la fragilité juridique de cette procédure qui n'est ni un véritable agrément ni une véritable délégation de service public. Pour autant, l'appréciation à porter sur le dispositif doit être mesurée : d'un côté, les aspects critiquables qui viennent d'être décrits ne sont pas niables mais, d'un autre côté, ces visites ont été les seuls moments de « proximité » entre l'INPES et les agents des ARS en charge de la prévention et de la promotion de la santé.

2.1.2 Le financement et le contrôle direct des PRC comme de leurs membres par l'INPES ne sont plus justifiés

- [355] Les « porteurs » des PRC (que sont les IREPS dans la plupart des régions) sont financés d'une part par l'INPES pour ce qui concerne leurs fonctions touchant à la méthodologie et à la formation et d'autre part par les ARS, à travers le fonds d'intervention régional (FIR)¹³⁶ pour les actions de promotion de la santé et d'éducation en santé. Il en est de même pour les partenaires des PRC. Ces associations reçoivent par ailleurs des financements des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale ou d'autres institutions, selon les prestations qu'elles réalisent.
- [356] Une déconcentration au profit des ARS des subventions versées aux PRC, envisagée en 2014 par la direction générale de la santé (DGS), permettrait d'obtenir une meilleure vision des financements perçus. Ceci serait d'autant plus opportun qu'un rapport parlementaire relève que « l'ensemble des acteurs publics procédant à des réductions de leurs engagements, ces pôles se trouvent aujourd'hui dans une situation très contrainte »¹³⁷.
- [357] Bien que l'INPES sollicite systématiquement l'avis des ARS pour sélectionner les projets financés dans le cadre de ses appels à projets, la Cour des Comptes estime que « ce type de procédure pilotée au niveau national peut introduire de la confusion et de la complexité auprès des porteurs de projets ». Elle souligne que « les actions de l'INPES en région sont forcément marginales et gagneraient à être déléguées aux ARS, les crédits correspondants étant transférés aux FIR ».

¹³⁶ Aux termes de l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, « un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant : 1° A la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie [...] ».

¹³⁷ Rapport de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de finances pour 2014.

- [358] Pour justifier le service fait, les membres du pôle transmettent annuellement à l'INPES, *via* le porteur du pôle, un tableau de *reporting* sur leurs activités de l'année, comparées à celles qui étaient prévues, des réajustements pouvant en découler. Les membres des PRC critiquent la lourdeur de cette procédure qui est parfois en décalage avec la réalité de leur travail ; pour être en conformité avec leurs prévisions budgétaires, les associations sont amenées à « adapter » leurs remontées d'information (par exemple, moins d'heures de formation réalisées seront compensées budgétairement par la présentation d'un plus grand nombre d'heures de conseil méthodologique).
- [359] A l'évidence, le dialogue de gestion serait mieux ressenti et plus fructueux s'il était conduit localement.

2.1.3 Un réexamen des missions des IREPS et PRC est nécessaire

- [360] Comme on l'a indiqué, dans la plupart des régions, c'est l'IREPS qui est « porteur » du PRC. L'examen des budgets des IREPS montre que leurs principales fonctions sont la formation (environ 25 %), l'accompagnement méthodologique et l'appui documentaire (environ 20 % pour chacun) ; viennent ensuite le fonctionnement (environ 15 %) puis la communication (environ 13 %) et les outils d'intervention (environ 5 %), ces moyennes nationales recouvrant bien entendu des disparités régionales.

2.1.3.1 La fonction documentaire

- [361] Les rapports de l'IGAS et de la Cour des Comptes qui sont ici synthétisés relèvent l'importance de la fonction documentaire, valorisée comme l'un des piliers des IREPS dans le cahier des charges ; et ce constat appelle plusieurs questions : comment cette fonction documentaire doit-elle être conçue à l'heure d'internet et des systèmes d'information en réseaux ? n'y a-t-il pas des efforts de rationalisation à opérer quand on constate la multiplicité des centres de documentation (dans les IREPS, les grandes associations sectorielles, les ARS, les universités, les organismes de sécurité sociale, etc.) ?
- [362] Le rapport d'activité des PRC pour 2012 montre de fortes disparités régionales : 9 PRC ont moins de 4 documentalistes, 20 en ont entre 4 et 11 (dont celui d'Ile de France qui en a 5), Rhône-Alpes en a 15 et la Picardie 28. Ces chiffres ne paraissent explicables que par l'histoire de ces institutions et l'on pressent que de telles disparités ne peuvent pas être justifiées (même si des différences peuvent être observées entre un service qui retient l'acception la plus étroite de la fonction documentaire et un autre qui considère que la mission documentaire peut s'élargir à des fonctions d'aide méthodologique à l'élaboration de projets et de soutien aux promoteurs les plus isolés).
- [363] En outre, l'informatisation des fonds documentaires a été réalisée par chaque association sans obligation d'utiliser un logiciel commun ; les équipements informatiques sont donc hétérogènes et non compatibles, ce qui nuit beaucoup à leur efficacité.
- [364] En application d'une convention signée avec l'INPES pour la période 2007-2009, la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) avait mission de renforcer la coordination nationale documentaire des IREPS. Elle a lancé une enquête¹³⁸ qui a permis de dégager une typologie des dix produits documentaires les plus fréquemment réalisés. Un référentiel de qualité pour la mission documentaire a été mis au point. Toutefois, selon le rapport d'activité des PRC, si « 22 pôles ont mis en place une évaluation de l'activité documentaire », ils l'ont fait sans utiliser les mêmes critères.

¹³⁸ L'« enquête pour la réalisation des produits documentaires » est le résultat du travail engagé par le groupe « action 3 : agréger et valoriser les ressources documentaires », mis en place dans le cadre de la convention FNES/INPES 2007-2009 sur les ressources documentaires.

[365] Enfin, l'utilité des centres de documentation n'est pas réellement évaluée : on ne connaît pas le niveau de fréquentation ni les publics intéressés ni le rapport coût/efficacité de cette fonction alors qu'en 2012 et 2013, l'INPES a versé plus de 1,1 M€ aux IREPS au titre de la fonction documentaire.

2.1.3.2 L'activité de formation

[366] L'activité de formation¹³⁹ est le premier poste financé par l'INPES dans les budgets des PRC ; elle présente des disparités aussi importantes que la fonction documentaire : en 2012, 13 PRC ont réalisé moins de 20 journées de formation, le PRC des Pays de la Loire en a réalisé environ 60, l'Ile-de-France 90 et Provence-Alpes-Côte d'Azur plus de 100. Ces formations s'adressent à un public très varié mais finalement peu nombreux (3 483 professionnels formés en 2012) et l'on ne sait pas si elles répondent à une demande précisément formulée ou si elles reflètent les savoir faire des formateurs (353 en 2012) ; surtout, on ignore si elles correspondent bien aux priorités régionales.

[367] Une évaluation des journées de formation a été réalisée par 16 PRC mais, pour certains, il s'agissait d'évaluer le niveau de satisfaction des participants et, pour d'autres, le nombre des personnes formées. Une évaluation normée serait souhaitable, qui prendrait notamment en compte le critère de convergence des formations avec les objectifs de santé publique portés par les ARS.

2.1.3.3 Les fonctions d'appui et d'ingénierie

[368] Les fonctions d'appui et d'ingénierie sont essentiellement exercées par des « conseillers méthodologiques ». Si la Basse-Normandie ne dispose que d'un poste, Rhône-Alpes en a 57 et l'Ile-de-France 31 ; quatre PRC en ont entre 20 et 30, les autres moins de 20. Cette répartition des ressources humaines n'apparaît pas davantage fondée que pour les autres professionnels. Il conviendrait donc de définir les besoins locaux pour calibrer les ressources nécessaires pour réaliser les prestations d'appui.

[369] A cet égard, la présentation du cahier des charges pour « l'appui à la programmation et à la mise en œuvre des orientations régionales » peut surprendre : en indiquant qu'« il est nécessaire que le pôle instaure une réelle coopération avec les décideurs régionaux et particulièrement l'ARS », il place la structure informelle qu'est le PRC sur un plan d'égalité avec l'ARS. On aurait pu s'attendre à ce que les PRC soient davantage dans la posture de proposer leurs services aux ARS qui doivent être clairement les donneurs d'ordres.

2.2 Un besoin d'expertise est unanimement exprimé auquel le futur Institut doit être à même de répondre

[370] Le besoin est unanimement exprimé d'un saut qualitatif majeur qui exige du futur Institut qu'il contribue à élever le niveau de formation des acteurs, qu'il promeuve des méthodes adaptées et qu'il assure la diffusion des bonnes pratiques.

¹³⁹ L'activité de formation regroupe les journées thématiques, les sessions, les formations à la démarche d'amélioration de la qualité ou aux techniques d'animation.

2.2.1 Le besoin d'une relation plus fructueuse qu'avec l'INPES

- [371] Comme le rappelle le rapport précité de l'IGAS relatif au contrat d'objectifs et de performance, « le jugement des ARS sur l'expertise de l'INPES est contrasté [...] : certaines reconnaissent le rôle d'expert de l'INPES et se réfèrent volontiers à la vaste source d'informations que constitue son site. D'autres pointent les manques, notamment en méthodologie d'évaluation, ou l'inadaptation de certains outils (trop complexes à utiliser, mal ciblés,...) ».
- [372] En fait, les compétences techniques de l'INPES ne sont ni contestables ni contestées : il est le centre de ressource national en matière de prévention. Pour autant, un important décalage s'est instauré entre le rôle attendu de l'INPES (être l'expert et le référent scientifique et méthodologique pour la mise en œuvre des politiques publiques de prévention) et la réalité ressentie par les acteurs locaux et tout particulièrement par les ARS qui font état d'une relation très lointaine avec l'INPES.
- [373] Ce constat surprend d'autant plus que des instruments juridiques sont en place. Ainsi, en janvier 2012, l'INPES a conclu une convention cadre avec le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) et la DGS qui est « relative aux modalités d'appui de l'INPES vis-à-vis des ARS » et qui prévoit les conditions dans lesquelles « l'INPES apporte son concours à la mise en œuvre des projets régionaux de santé et des schémas régionaux de prévention ». Elle a été signée en même temps que le contrat d'objectifs et de performance (COP) et pour la même durée¹⁴⁰ ; elle constitue l'annexe n° 4 du COP.
- [374] La convention tripartite rappelle que ce COP « prévoit le développement du rôle de référent de l'INPES pour faciliter la déclinaison régionale par les ARS de la politique nationale de santé. Ce positionnement passe par le renforcement des compétences des acteurs de terrain et par la définition d'une offre de services destinée aux ARS ». Plus loin, « l'INPES s'engage notamment à mettre à disposition, à destination des ARS, des connaissances scientifiques sur les interventions efficaces dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé, des outils méthodologiques pour permettre aux ARS d'évaluer la qualité des projets ou outils d'intervention qu'elles financent et pour faciliter le déploiement des projets évalués, à mutualiser les informations sur les actions prometteuses et à développer les compétences des professionnels des pôles de compétence dont la mission est d'apporter un soutien méthodologique aux porteurs de projets locaux ».
- [375] La convention définit les cinq domaines dans lesquels l'INPES apporte un appui aux ARS :
- transfert de connaissances (notamment, l'INPES « met à disposition des ARS une synthèse des données probantes analysées par l'Institut dans les champs de compétences de l'INPES et les champs d'intervention des ARS ») ;
 - information et communication (c'est sous ce titre que sont décrites les modalités d'articulation entre l'INPES et le niveau régional autour des campagnes médiatiques nationales) ;
 - formation ;
 - qualité et labellisation (une « procédure de labellisation des outils d'intervention » est prévue, à laquelle l'INPES a renoncé en raison de sa lourdeur) ;
 - appui aux actions locales (« les ARS signalent à l'INPES [...] des actions de terrain qu'elles considèrent comme prometteuses en termes d'efficacité dans le but de mutualiser l'information et, le cas échéant, de les valoriser dans la perspective d'un déploiement plus large. [De son côté,] l'INPES offre aux ARS des outils pour faciliter le déploiement d'actions sur les priorités de santé publique, [notamment] par la production d'éléments méthodologiques sur des stratégies innovantes permettant leur déploiement sur l'ensemble du territoire. [...] Concernant la lutte contre les inégalités sociales en santé, l'INPES propose des stratégies d'intervention, et prévoit d'accompagner les ARS, en fonction des besoins

¹⁴⁰ Elle a ensuite été prolongée et demeure en vigueur.

exprimés, par la production d'outils ou la mise en place de formations ou de journées de sensibilisation »).

- [376] La convention prévoit la mise en place d'un comité de suivi composé des représentants des trois partenaires. Il s'est d'abord réuni deux fois puis une fois par an au plus haut niveau ; puis s'y est substitué un organe technique composé des « techniciens » des trois structures partenaires qui se rencontrent une à deux fois par an. Plus récemment un « comité d'interface » a tenu une réunion avec, en son sein, les représentants des directeurs généraux de trois ARS.
- [377] Si sa mise en œuvre était effective et performante, il n'y aurait quasiment rien à changer à la convention pour qu'elle permette la montée en compétence et en expertise des acteurs et tout particulièrement des ARS ; mais tel n'est pas le cas et les attentes non satisfaites demeurent nombreuses, comme indiqué *infra*.
- [378] Il ressort des entretiens que la mission a conduits localement que l'INPES est perçu comme consacrant l'essentiel de ses moyens aux actions qu'il mène par lui-même et, en premier lieu, aux campagnes médiatiques nationales ; en regard, la relation avec les ARS est présentée comme très distendue¹⁴¹.
- [379] Au demeurant, même s'ils rappellent que des représentants des ARS participent à des groupes de travail ou à certains événements (comme la « journée des pôles régionaux de compétences »), les responsables des directions de l'INPES qui ont à travailler avec le niveau régional font également état de la faiblesse de leurs relations avec les ARS ; ils la déplorent et forment le vœu que la mise en place du futur Institut permette l'instauration de meilleures bases¹⁴².
- [380] A certains égards, on peut probablement analyser la relation de grande proximité que l'INPES entretient avec les PRC (décrite *supra* au § 2.1.1) comme destinée à pallier les inconvénients d'une relation trop lâche avec les ARS, sans qu'il soit possible de déterminer le caractère délibéré ou non d'une telle évolution.
- [381] En fait, l'adaptation des prestations et outils proposés par l'Institut aux besoins des ARS demeurera problématique tant que ne sera pas institutionnalisé un lieu de concertation qui permette à l'Institut de recueillir les besoins et les attentes des ARS, ce recueil permettant par la suite la mise à disposition d'une offre de services pertinente.
- [382] Ceci suppose une lecture « intelligente » des consignes données aux directions de l'administration centrale et aux agences nationales de passer obligatoirement par l'intermédiaire du SGMAS pour communiquer avec les ARS : une telle démarche se justifie par la nécessité d'une validation et d'une coordination des « instructions »¹⁴³ adressées aux ARS ; elle n'aurait pas dû empêcher l'INPES de leur diffuser des informations ni de solliciter leurs avis (ce qu'il a certes fait mais de manière trop limitée) et elle n'aurait pas dû empêcher les ARS de nourrir la réflexion nationale en faisant régulièrement part à l'Institut des besoins et des pratiques du « terrain ».
- [383] L'absolue nécessité d'une meilleure compréhension réciproque des besoins des uns et des autres impose que le futur Institut organise et officialise des échanges périodiques entre ses services et les responsables des directions en charge de la santé publique au sein des ARS. C'est d'ailleurs un besoin exprimé très clairement par les équipes des ARS : les quelques occasions d'échanger entre ARS, à l'invitation de l'INPES, sur les actions de prévention et de promotion de la santé et sur la conduite des appels à projets régionaux ont été très vivement saluées par les agents rencontrés par la mission.

¹⁴¹ Ce manque d'interaction, couplé à la faiblesse technique de l'outil, peut expliquer la sous-utilisation de la plateforme « Agora » créée par l'INPES pour les ARS afin de rassembler dans un espace dédié les informations que l'Institut met à leur disposition.

¹⁴² Il semble que quelques signes positifs allant dans ce sens aient été tout récemment enregistrés.

¹⁴³ Pour reprendre le terme figurant dans convention cadre relative aux modalités d'appui de l'INPES vis-à-vis des ARS.

2.2.2 Le besoin de méthodes pour mieux élaborer le contenu des appels à projets et sélectionner des promoteurs apportant de plus grandes garanties de qualité

- [384] Comme on l'a déjà indiqué (voir *supra* § 1.3), en matière de prévention et de promotion de la santé, l'action a longtemps été conduite par des acteurs associatifs dont la bonne volonté ne pouvait être mise en doute mais qui estimaient que leur dévouement et leur disponibilité suffisaient pour garantir la validité de leur démarche. Et, de son côté, fidèle à la tradition française qui fait prévaloir le contrôle sur l'évaluation, l'administration déconcentrée donnait la priorité à la vérification de la régularité des procédures et de la consommation de la totalité des crédits alloués. A sa décharge, les directives ministérielles d'alors mettaient peu en avant l'obligation de s'interroger sur l'efficacité ou l'efficience des actions subventionnées ; au demeurant, si tel avait été le cas, les méthodes et les outils auraient manqué pour se livrer à l'exercice.
- [385] Par ailleurs, en situation de dépendance par rapport aux initiatives prises localement par le monde associatif, l'administration de la santé était contrainte de laisser se développer des inégalités territoriales, faute de promoteurs.
- [386] Au cours de ces dix à quinze dernières années, l'état d'esprit s'est modifié et, tant chez les promoteurs d'actions qu'au sein de l'administration commanditaire, la préoccupation s'est progressivement installée de savoir quels pouvaient être les effets des actions mises en place¹⁴⁴ et de ne retenir que celles qui ont « fait leurs preuves ».
- [387] Aujourd'hui, dans les ARS comme à l'INPES, le besoin est très largement exprimé de sortir de « l'artisanat », de ne plus décider « à l'aveugle » ou, ce qui revient souvent au même, de ne plus reconduire d'année en année les mêmes actions confiées aux mêmes promoteurs.
- [388] Ce mouvement coïncide avec la prise de conscience que de multiples travaux existent, à l'étranger mais aussi de plus en plus en France, qui visent à établir de manière probante l'efficacité de telle action comparée à telle autre ou, tout du moins, à montrer que certains dispositifs ont eu des effets positifs là où ils ont été mis en place. De fait, dans de très nombreux pays, des actions de prévention et de promotion de la santé ont donné lieu à des travaux de recherche effectués selon des méthodes inégalement sophistiquées, empruntant soit aux sciences dites dures soit aux sciences humaines et sociales, soit aux deux univers.
- [389] Dans certains cas, on est en présence de données probantes, au sens strict du terme, qui démontrent l'efficacité d'une action conduite. Tel peut être le cas si un programme a été mis en place à une échelle réduite, sur un territoire-cible, et que l'on a comparé les effets observés sur ce territoire avec ceux constatés sur un autre territoire aux caractéristiques aussi proches que possible de celles du premier mais sur lequel le programme n'a pas été engagé. Si des effets positifs sont enregistrés sur le premier territoire, ils ne peuvent être théoriquement imputables qu'à l'existence du programme et l'on peut conclure à l'efficacité de celui-ci.
- [390] En dehors même des thématiques pour lesquelles certaines actions peuvent reposer sur des données probantes et sont reconnues comme des « interventions efficaces », il existe des actions qui sont souvent qualifiées de « prometteuses » : il n'est pas (encore) prouvé par des travaux scientifiques qu'elles ont des effets indubitablement positifs et qu'elles ont atteint un « bon » niveau d'efficience mais une autre forme d'expertise, qualifiée d'« expérimentielle » car issue des observations et recherches faites par les acteurs eux-mêmes, les désigne comme intéressantes et paraissant apporter les effets qu'on en attendait.
- [391] D'autres travaux de même nature permettent d'établir à l'inverse que certaines actions de prévention et de promotion de la santé, conduites avec persévérance, ont eu en réalité des effets totalement contraires à ceux recherchés.

¹⁴⁴ ARWIDSON, P., « En prévention, les bonnes intentions ne suffisent pas », *Santé Publique*, 2013/HS1 S1, p. 7-8.

[392] Enfin, pour les « interventions efficaces » comme pour les « actions prometteuses », la question demeure de savoir si la performance enregistrée dans le contexte où elles ont été implantées serait à nouveau au rendez-vous si elles étaient mises en place dans un autre contexte. C'est la question de la transférabilité pour laquelle la recherche développe aussi des outils dont, à titre d'illustration, celui décrit dans l'encadré ci-dessous.

Encadré n° 4 : ASTAIRE, outil d'aide à la mesure de la transférabilité

« La transférabilité des résultats des interventions [peut être] définie comme la mesure dans laquelle le résultat d'une intervention dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte. [... En effet,] une intervention peut être applicable, sans que ses résultats ne soient transférables. [... Les actions] « ne produisent pas toujours les résultats attendus, en raison notamment de la variabilité des contextes d'intervention, remettant clairement en question aujourd'hui le principe d'interventions "clés en mains". [...] Le transfert d'intervention doit donc composer entre intégrité de l'intervention et flexibilité pour adaptation au nouveau contexte ».

« L'outil "analyse de la transférabilité et accompagnement à l'adaptation des interventions en promotion de la santé" (ASTAIRE) [...] a pour objet de permettre : i) d'analyser la transférabilité d'interventions de promotion de la santé ; ii) d'accompagner au transfert de ces interventions ; iii) de faciliter un report de données utiles à cette analyse par les chercheurs ou producteurs d'interventions ».

L'outil « s'insère dans deux logiques à rapprocher : la conduite de projet et la démarche fondée sur les preuves. Pour utiliser ASTAIRE, il faut avoir en amont identifié des interventions dans la littérature ou par ailleurs. Il oblige par conséquent un travail de recherche des données scientifiques disponibles, pour les croiser avec les données contextuelles et expérientielles et soutenir la meilleure décision possible ».

Source : CAMBON Linda et al., « Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé », Santé Publique, 2014/6 Vol. 26, p. 783-786.

[393] Quoi qu'il en soit, force est de constater que, si l'existence de travaux de nature à apporter des données étayées en prévention et en promotion de la santé est désormais connue de la grande majorité des acteurs, l'appropriation de ces travaux n'est guère effective : ils sont jugés difficilement accessibles (car rédigés en anglais pour la plupart et/ou inclus dans des publications très peu lues) et, lorsqu'ils sont identifiés, leur compréhension exige souvent un outillage méthodologique préalable dont la plupart des acteurs ne dispose pas.

[394] De manière plus générale, un double besoin de connaissance s'exprime fortement :

- connaître les expériences relatées dans la littérature nationale et internationale, francophone ou non, et disposer des données, probantes ou prometteuses, qui permettent de savoir « ce qui a marché » dans un contexte donné ; puis avoir les moyens de se prononcer sur la transférabilité dans un autre contexte, français voire régional ; bénéficier enfin de ces informations via des documents clairs, pédagogiques et aisément diffusables ;
- connaître les actions qui sont déployées dans d'autres régions, notamment si elles sont innovantes, et ce avant même de savoir si elles seront définitivement jugées efficaces ou, au moins, prometteuses.

[395] Pour répondre à cette double commande, il est attendu du futur Institut :

- qu'il mette en place des formations. Certes, des formations sont d'ores et déjà organisées et financées par l'INPES en direction des ARS (par exemple une formation de formateurs sur la démarche d'amélioration de la qualité ou, comme actuellement, sur « le plaidoyer en promotion de la santé ») comme en direction par exemple des organismes de retraite (formation de formateurs au « bien vieillir ») ; mais les responsables de l'INPES rappellent

qu'il n'est pas un organisme de formation et estiment qu'il n'a vocation à intervenir en formation que par exception, là où un besoin est avéré et où aucune autre institution n'y répond ; mais, au-delà de cette dernière observation (qui paraît être en contradiction avec la définition donnée par la loi des missions de l'INPES, comme indiqué dans l'encadré n° 1), on mesure l'ampleur du décalage entre les attentes exprimées en matière de formation à l'égard du futur Institut et ce que l'INPES propose aujourd'hui ;

- qu'il mette à disposition des outils (portails¹⁴⁵, documents pédagogiques, etc.) qui permettent d'accéder aisément à l'information utile (ce qui suppose en amont que les informations aient été identifiées, triées, synthétisées, rendues compréhensibles et profilées pour une action concrète qui va se développer dans un contexte local) ;
- qu'il diffuse les bonnes pratiques en prévention et en promotion de la santé ;
- qu'il contribue, en lien avec le ministère, à l'élaboration de « programmes »¹⁴⁶ concrets déclinables sur le terrain dans la durée et fondés sur les données d'évaluation de l'efficacité des actions préconisées ;
- et, enfin, qu'il suscite des échanges fréquents entre les acteurs des différentes régions (tout particulièrement les agents des ARS et les membres des IREPS et des grandes associations thématiques) et qu'il organise un dialogue régulier entre le niveau central et le niveau régional.

[396] En définitive, le futur Institut est appelé à montrer « comment décider et agir de manière responsable, éthique et scientifiquement fondée tout en conservant une approche contextuelle », ces mots étant ceux de Fondation « Promotion Santé Suisse ».

[397] S'il existe bien un besoin exprimé régionalement d'une information venant du niveau national, le futur Institut doit, pour sa part, être « nourri » par les acteurs locaux qui doivent porter à sa connaissance :

- leur analyse des besoins en prévention et en promotion de la santé ;
- les expériences qu'ils conduisent, avec la description du contexte propre à chaque expérience et, en cas de succès comme en cas d'échec, les facteurs explicatifs qui ont pu être identifiés. A cet égard, la base de données « Oscar » (née d'une initiative du CRES de Provence-Alpes-Côte d'Azur et qui intègre aujourd'hui 17 régions dont 3 qui y sont entrées tout récemment) est à la fois unanimement appréciée mais jugée insuffisante quant au nombre des informations qu'elle fournit et des actions qu'elle couvre ;
- les domaines dans lesquels ils sont en demande d'informations ou de formations.

[398] Les attentes exprimées peuvent paraître très éloignées de ce que l'INPES apporte aujourd'hui ; mais, à la vérité, elles peuvent aussi être décrites comme traduisant seulement le besoin d'une réelle déclinaison des missions imparties à l'Institut tant par la loi (cf. encadré n° 1) que par la convention ci-dessus analysée qui lie l'INPES, la DGS et le SGMCAS.

¹⁴⁵ Un consortium, composé de partenaires associatifs et institutionnels engagés dans le champ de la promotion de la santé et coordonné par l'EHESP, élabore actuellement une plateforme de partage de connaissances scientifiques et pratiques, entre les acteurs de terrain en promotion de la santé, les décideurs et les chercheurs ; concrètement, cette plateforme, intitulée « initiative pour un transfert de connaissances en promotion de la santé », vise la mutualisation de ressources documentaires puis leur mise à la disposition des acteurs *via* un portail, à partir de la banque de données en santé publique (BDSP) gérée par l'EHESP ; à ce stade, le projet est trop peu avancé pour qu'on puisse en juger.

¹⁴⁶ L'association AIDES rencontrée par la mission donne ainsi l'exemple de l'efficacité avérée au travers d'expériences étrangères du dépistage précoce du VIH et estime qu'il sera de la mission du nouvel Institut de faire connaître cette efficacité et de proposer un programme d'action en découlant.

2.2.3 Le besoin de méthodes pour évaluer les effets et, si possible, les impacts des actions conduites

- [399] Comme l'indique une thèse tout récemment parue qui traite de la place de l'évaluation dans les institutions régionales de santé, « malgré un discours engagé en sa faveur, l'instauration de prescriptions et l'installation de procédures pour promouvoir et encadrer la démarche, l'évaluation n'exerce qu'une influence modeste sur la prise de décision. La situation de l'évaluation en France illustre cette ambiguïté. Engagée au plus haut niveau, implantée dans les institutions, omniprésente dans les textes et les discours, l'évaluation proclamée comme une exigence associée à toute action publique, reste une pratique marginale aux retombées incertaines et souvent accessoires »¹⁴⁷.
- [400] Outre cette réalité d'une évaluation moins ancrée dans les mœurs en France que dans les autres pays, l'évaluation des programmes de prévention et de promotion de la santé est en butte à des prises de position contradictoires :
- pour certains, on ne doit considérer comme « valables » que les actions qui ont pu être évaluées en recourant à la constitution d'échantillons de population par assignation aléatoire, la randomisation étant la seule méthode qui soit susceptible d'apporter des garanties suffisantes puisqu'elle permet de démontrer par des voies scientifiques l'efficacité (ou l'absence d'efficacité) de telle ou telle action ; mais du fait que les méthodes quantitatives d'évaluation demeurent peu connues dans le détail des exigences à respecter lors de leur mise en œuvre et qu'une fois connues, ces exigences se révèlent le plus souvent particulièrement coûteuses, le refus d'entrer dans le processus devient aisément justifiable et les programmes ne sont pas évalués ;
 - la tentation inverse existe également, qui consiste à penser que toute action de prévention ou de promotion de la santé est, par nature, très difficilement évaluable et que, de toute manière, une évaluation serait de peu d'utilité : une action qui a fait la preuve de son efficacité serait à ce point liée au contexte dans lequel elle s'est développée qu'il ne serait pas possible de la transposer valablement dans un autre contexte ; ici encore, la conclusion naturelle est l'absence d'évaluation.
- [401] Entre ces deux écueils, les méthodes qui permettent d'évaluer la pertinence et l'efficacité des programmes de prévention et de promotion de la santé (en recourant à une démarche scientifique qui ne mobilise pas obligatoirement ni exclusivement les sciences dures mais emprunte aux sciences humaines et sociales) sont peu connues et très peu pratiquées.
- [402] Il s'ensuit que l'évaluation des actions menées n'est que rarement faite ; si elle l'est, elle s'intéresse plus aux processus qu'aux effets ; ou bien encore, elle est pratiquée au mieux avec des méthodes intéressantes mais insuffisantes (comme la catégorisation des résultats) et, au pire, sans méthode, par le recours à de simples entretiens. Il en va ainsi dans l'une des régions enquêtées où quelques programmes font l'objet d'une évaluation¹⁴⁸, au demeurant relativement légère, tandis que, pour les autres actions de promotion de la santé, on se borne à un entretien annuel avec le promoteur (réalisé au sein de la délégation territoriale concernée), cette situation résultant à la fois du manque de connaissance des techniques évaluatives et du manque de moyens budgétaires pour externaliser les évaluations que les personnels de l'ARS n'ont ni la formation ni le temps nécessaire pour les réaliser par eux-mêmes.
- [403] Quant à l'évaluation des impacts en santé (décrite *supra* dans l'encadré n° 3), elle demeure très peu pratiquée en France.

¹⁴⁷ Françoise JABOT, *L'évaluation des politiques publiques : cadre conceptuel et étude de son utilisation par les décideurs des institutions régionales de santé en France*, Université de Lorraine, novembre 2014.

¹⁴⁸ Sur environ 560 actions financées chaque année.

- [404] Enfin, certains s'interrogent sur l'opportunité de continuer à vouloir évaluer toutes les actions qui sont en cours ; ils suggèrent que l'on consacre moins d'énergie aux évaluations et plus de moyens à la préparation de la mise en place d'actions de promotion de la santé qui ont déjà été évaluées dans d'autres pays et pour lesquelles on a un degré élevé de certitude quant à leur efficacité et quant à leur transférabilité dans un contexte autre que celui où elles sont nées.
- [405] Dans ces conditions, les attentes à l'égard du futur Institut en matière d'évaluation des programmes sont comparables à celles formulées précédemment :
- la diffusion de connaissances et de méthodes ;
 - la création d'un lieu d'échanges.

2.2.4 En conséquence de ces besoins de méthode et d'expertise, le besoin que le futur Institut donne un nouvel élan à la recherche

- [406] Comme le rappelle le rapport précité de l'IGAS relatif au contrat d'objectifs et de performance, « la production scientifique de l'INPES s'est beaucoup accrue durant le contrat d'objectifs et de performance : le nombre d'articles scientifiques publiés par l'INPES dans des revues à comité de lecture est passé de 5 en 2011 à 34 en 2013. La revue "Santé en action" a été télé-consultée trois fois plus en 2013 qu'en 2011 (933 079 pages lues contre 344 735). Surtout, la nouvelle méthode de programmation, dite V2, a largement insisté sur les données probantes dans la littérature scientifique et les méthodes d'évaluation ».
- [407] Le même rapport de l'IGAS rappelle également qu'« afin de favoriser la visibilité académique d'un champ sous-développé en France, celui de la santé publique, l'INPES a largement participé à la création de la première chaire de promotion de la santé, à l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Elle est financée, depuis une convention de décembre 2010, à hauteur de 300 000 € par an, l'école lui apportant un soutien logistique. L'enseignement, la recherche sur la promotion de la santé et le transfert de connaissances vers les acteurs institutionnels (ARS d'abord mais aussi caisses d'assurance maladie, Conseils généraux, associations, ...) constituent le socle de sa mission, avec comme thématique principale l'amélioration des stratégies de promotion de la santé et de réduction des inégalités de santé. [...] Ce partenariat est positif dans la mesure où il contribue à donner une dynamique à la recherche en santé publique, insuffisamment développée en France, alors que les enjeux sur la santé des Français et le système de soins sont importants ».
- [408] Le fonctionnement de la chaire de promotion de la santé s'inscrit dans un accord cadre conclu en juin 2014 entre l'INPES et l'EHESP.
- [409] Sur la base de ces acquis, il est attendu du futur Institut :
- qu'il impulse au niveau national en lien avec les IRESP le développement d'une recherche interventionnelle et de recherches-actions ;
 - qu'il encourage les initiatives locales visant à créer des liens entre ARS, acteurs de la promotion de la santé et Universités, comme c'est le cas en Provence-Alpes-Côte d'Azur où, au sein de l'ARS, un médecin a la responsabilité d'une mission de « recherche et développement en santé publique » et concourt notamment à faire vivre des liens entre l'ARS, le CRES et des équipes universitaires de Marseille et de Nice ; parmi les réalisations enregistrées, un diplôme inter-universitaire a été créé avec, la première année, une vingtaine d'inscrits tous personnels de l'ARS puis une ouverture vers les autres publics concernés.

2.3 Le besoin d'une plus grande cohérence est avéré et il manifeste la nécessité de mieux organiser la relation entre les niveaux national et régional

2.3.1 Le besoin d'une meilleure articulation entre les campagnes nationales d'information et de sensibilisation et les actions conduites localement

[410] Comme on l'a indiqué (*supra* au § 2.2.1), la convention cadre conclue par l'INPES avec le SGMCAS et la DGS et « relative aux modalités d'appui de l'INPES vis-à-vis des ARS » inclut un domaine « information et communication » qui prévoit la manière dont l'INPES doit communiquer avec les ARS « en amont du lancement des campagnes dans le but de favoriser leur relais et utilisation en région ».

[411] Le site internet de l'INPES décrit l'articulation entre les campagnes médiatiques nationales et les acteurs régionaux (ARS, IREPS et principaux acteurs locaux de la prévention) comme indiqué dans l'encadré ci-après.

Encadré n° 5 : L'articulation entre les campagnes nationales médiatiques et les acteurs régionaux

« En toute logique, ces structures et acteurs doivent être prévenus en amont de toutes les campagnes nationales médiatiques de prévention planifiées par l'INPES. C'est le cas pour les agences régionales de santé, pour lesquelles une plateforme collaborative extranet a été mise en place par l'INPES pour partager ce type d'information. La convention signée avec les ARS comporte en effet un volet sur l'articulation entre les campagnes de communication nationales et le niveau régional. L'enjeu est de rapprocher la communication nationale de la réalité locale en donnant aux acteurs de terrain les moyens de se réapproprier les messages des campagnes. L'un des objectifs essentiels d'une campagne médiatique de l'INPES est en effet de faire le lien entre la politique de santé publique et les actions de terrain. Cette fonction d'articulation est d'autant plus capitale qu'il est impensable de laisser les individus seuls face à la communication, sans soutien de terrain. Cet équilibre entre communication grand public et communications de proximité est d'autant plus essentiel quand il s'agit de toucher des publics tenus éloignés des campagnes médiatiques nationales par un fossé social et économique. Il est à noter que les campagnes présentent l'avantage de la visibilité, de l'immédiateté et de la relative facilité de mise en œuvre par rapport à des actions de terrain sur l'ensemble du territoire qui sont plus complexes à déployer. Mais si cette interpellation par les médias de masse nationaux renvoie à des communications ou actions locales comme elle le devrait, la campagne publicitaire peut avoir fonction de tremplin et être un facilitateur des actions de proximité, des communications interpersonnelles directes, potentiellement plus aptes à agir sur les comportements. La publicité fait gagner en notoriété et apporte donc sécurité et légitimité à l'action de terrain. En retour, l'action de terrain peut (sous réserve de moyens financiers suffisants) prolonger une campagne, par essence éphémère, en jouant sur la durée. La visibilité nationale est aussi essentielle quand elle lève des tabous (sur les préservatifs, le sida chez les homosexuels,...) et dynamise le tissu local ».

Source : site internet de l'INPES consulté le 26 mars 2015.

- [412] Pour sa part, le rapport précité de l'IGAS rappelle que « selon la convention tripartite, les outils des campagnes sont transmis préalablement à leur publication, pour information, aux autres parties. Du point de vue des ARS, ce principe n'est pas systématiquement respecté. Quand la présentation d'outils de certaines campagnes est adressée par circulaire aux services de l'Etat, sans instruction spécifique pour les ARS, celles-ci ne savent pas quel doit être leur rôle dans la diffusion. Dans l'expectative, leur tendance est de ne pas se lancer dans une campagne de diffusion qui nécessite du temps (commandes des documents, diffusion, etc.). L'affiche sur les dangers du soleil ("ce qu'il faut savoir pour que le soleil reste un plaisir") est parvenue en un seul exemplaire, sans autre information, à l'ARS des Pays de la Loire, région qui accueille un million de touristes en été, en même temps qu'elle était envoyée aux préfetures et aux services de l'Etat. [...] De même, la campagne relative aux dangers du monoxyde de carbone a été lancée ces derniers hivers par circulaire aux préfets (circulaire dite "grand froid"). Cette absence d'échanges formalisés avec les ARS sur la déclinaison régionale des campagnes, allant au-delà de la simple information prévue par la convention, est regrettable ».
- [413] Les avis recueillis auprès des ARS consultées dans le cadre de la présente mission font état d'appréciations mitigées. Au mieux, les campagnes médiatiques nationales sont présentées comme apportant un « bruit de fond » qui constituerait un élément favorable à la diffusion des mesures de prévention et d'éducation en santé conçues régionalement. Mais le constat fait le plus souvent est que deux circuits d'information en direction de la population générale coexistent, sans lien ni harmonisation entre eux et sans que l'action soit démultipliée par la combinaison des deux flux : l'un est organisé par l'INPES au travers de ses campagnes nationales et l'autre est mis en place régionalement sous l'égide des ARS. Enfin, les interlocuteurs locaux indiquent être en désaccord avec la tonalité « culpabilisante » retenue par une campagne nationale récente conçue par l'INPES.
- [414] Face à ce constat, les responsables de l'INPES mettent en avant l'embargo que les décideurs souhaitent le plus souvent faire respecter avant qu'une campagne médiatique ne débute, assorti d'une interdiction de communiquer sur le contenu de la campagne. Il est de fait que cette réalité constitue un obstacle ; pour autant, les ARS pourraient être informées plus en amont des thématiques retenues pour les campagnes (si elles ne peuvent pas l'être sur les contenus précis), associées par quelques uns de leurs représentants à la préparation des campagnes les plus importantes et, dès celles-ci entamées, invitées à mettre en place des mesures complémentaires.

2.3.2 Le besoin d'une plus grande clarté dans les financements

- [415] « Les subventions sont un [...] moyen très important de venir en appui des acteurs de terrain, en particulier à travers des appels à projets ou des conventions pluriannuelles » : ouvrant la rubrique consacrée aux subventions sur le site internet de l'INPES, cette phrase traduit bien l'état d'esprit des responsables de l'INPES qui estiment qu'il est de la mission de l'Institut de financer directement des actions qui vont être conduites localement.
- [416] Plus précisément, le site de l'INPES fournit les informations figurant dans l'encadré ci-après.

Encadré n° 6 : La politique de subventions de l'INPES

« L'Institut alloue ainsi une dizaine de millions d'euros par an de subventions à des associations et collectivités locales qui relaient et amplifient ses actions sur le terrain, mais aussi à des structures ayant des activités de recherche en promotion de la santé et éducation pour la santé dans les différents milieux de vie (hôpital, école, entreprise, etc.). L'INPES finance des actions d'envergure nationale, les actions plus locales étant du ressort des agences régionales (ARS). En 2011, le Conseil d'administration de l'INPES a voté 122 subventions pour un montant total de 19 995 655 €. Plus de la moitié de ces subventions financent des dispositifs d'aide à distance [...]. L'autre moitié est attribuée pour la recherche ou pour des appels à projets lancés par l'INPES, par exemple sur les thèmes jugés prioritaires par sa programmation "prévention du VIH et des

infections sexuellement transmissibles (IST)" et "promotion de l'activité physique chez les jeunes". En 2011, les subventions sont essentiellement allées :

- aux pôles régionaux de compétence ;
- au programme de l'INPES "santé sexuelle, prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST)" et donc aux associations de lutte contre le VIH/Sida et les IST pour financer des actions de prévention et de formation par exemple ;
- au déploiement du projet "intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité" (ICAPS) ;
- au soutien de grands réseaux tels que la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), l'École des hautes études en santé publique (EHESP), le Mouvement français pour le planning familial, le réseau des universités pour l'éducation à la santé (UNIRES).

L'INPES subventionne rarement des projets dans leur intégralité et encourage le demandeur à trouver des co-financeurs. Deux dispositifs ont été particulièrement novateurs en 2011 : la signature de 24 conventions pluriannuelles relatives à la "santé sexuelle, prévention du VIH et des IST" avec des porteurs de projets déjà engagés dans un processus conventionnel avec l'INPES depuis plusieurs années, et le soutien financier lié au déploiement du projet ICAPS. Pour ce dernier, l'INPES ne s'est pas arrêté au transfert de connaissance théorique de cette expérimentation prometteuse mais a voulu faire en sorte qu'elle soit applicable en région et déployée dans le plus de territoires possibles. L'INPES a ainsi rédigé un guide pratique d'implantation de la méthode qui identifie les différents partenaires à mobiliser pour inciter à l'activité physique des jeunes, a proposé des formations pour accompagner ce guide et enfin lancé des appels à projets afin de repérer et soutenir les projets de type ICAPS les plus intéressants ».

Source : site internet de l'INPES consulté le 26 mars 2015.

- [417] Le contenu de cet encadré place sur un même plan les subventions que l'INPES accorde à des institutions nationales et celles qui visent à soutenir des projets locaux.
- [418] Face à ce constat, les rapports analysés *supra* (au § 2.1.2) soulignent la nécessité de faire en sorte que, sauf exception, une action conduite localement ne bénéficie plus de crédits à la fois nationaux et régionaux. Les éléments recueillis par la mission vont dans le même sens.
- [419] Déjà présentée comme indispensable et imminente dans le rapport précité de l'IGAS paru en juillet 2014, la décision de déconcentrer aux ARS les crédits de l'INPES destinés aux PRC doit évidemment être mise en œuvre ; et son entrée en vigueur doit s'inscrire dans le cadre de l'instauration de nouvelles relations entre l'Institut et les ARS.
- [420] Plus généralement, le niveau national devrait s'abstenir de verser directement des subventions aux associations et organismes qui œuvrent au niveau local, sauf cas exceptionnel : le futur Institut ne devrait pas financer d'autres projets déployés localement que ceux qui sont indissociables de la conduite d'une expérimentation nationale susceptible d'avoir ensuite une diffusion généralisée. Corrélativement, les subventions de la DGS vers les acteurs locaux de la prévention et de la promotion de la santé devraient elles aussi être exceptionnelles.
- [421] En faisant ces propositions, la mission se borne à recommander la mise en conformité des pratiques avec les textes législatifs¹⁴⁹ qui prévoient que les ARS « financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie » tandis que la liste des attributions de l'INPES n'inclut pas un tel financement.

¹⁴⁹ Voir les encadrés n° 1 et 2.

- [422] Face aux craintes émises auprès de la mission par quelques acteurs locaux qui mettent en avant le risque qu'une fois déconcentrés auprès des ARS et faute d'avoir pu être fléchés et « sanctuarisés », les crédits ne soient détournés de leur objet et consacrés à des actions relevant du soin ou de l'accompagnement médico-social, la réponse doit être dans l'affirmation au plus haut niveau de la priorité désormais accordée à la prévention et à la promotion de la santé et dans la responsabilité clairement confiée aux directeurs généraux des ARS de donner corps à cette priorité.
- [423] Une autre difficulté parfois évoquée porte sur les conditions du financement des actions de formation ou de conseil qui pourraient devoir obéir à une mise en concurrence suivant les règles des marchés publics, ce qui risquerait de fragiliser les IREPS. Ce risque apparaît assez théorique, mais il plaide davantage pour une montée en compétences des IREPS et une rationalisation de leurs coûts que pour un retard dans l'application de la réforme.

2.3.3 Le besoin d'une clarification des missions des acteurs et de circuits plus clairs entre le niveau national et le niveau régional

- [424] Comme on le sait, l'INPES communique relativement peu avec les ARS mais a des liens étroits avec les PRC ; dans la plupart des régions, les PRC sont « portés » par les IREPS ; et ces dernières constituent un réseau animé par la FNES. A lui seul, ce résumé indique bien la faible lisibilité du dispositif.
- [425] Plus précisément, au niveau national, le partage des responsabilités entre l'INPES et la FNES manque de clarté dans la mesure où la FNES, au titre de l'animation du réseau des IREPS, constitue des groupes de travail et conduit des réflexions sur des sujets dont il serait logique que l'Institut s'empare (comme les enjeux numériques ou la santé environnementale). Plus généralement, la FNES est le référent des IREPS et l'INPES est le référent des PRC, ce qui peut se traduire concrètement par une double compétence nationale sur une même thématique tandis que, pour leur part, les ARS sont relativement à l'écart des flux d'informations.
- [426] Au niveau régional, la création des PRC voulue par l'INPES appelle un bilan mitigé :
- ils ont certes contribué positivement à une meilleure connaissance mutuelle de leurs membres et à des coopérations intéressantes entre eux mais, en rassemblant certaines associations et non pas toutes et en écartant certaines catégories d'intervenants (par exemple les professionnels de santé), ils ont tracé des frontières qui n'ont pas lieu d'être ;
 - en outre, même si les situations se sont apaisées avec le temps, la désignation du porteur du projet a souvent suscité des compétitions inutiles.
- [427] Surtout, les circuits ne sont pas clairs : les IREPS qui sont la plupart du temps les porteurs des PRC bénéficient de financements provenant à la fois de l'INPES et des ARS, pour des fonctions qu'elles exercent tantôt en tant qu'IREPS tantôt au titre du PRC.
- [428] Entre le niveau national et le niveau régional, la situation mérite également d'être clarifiée. Comme indiqué dans le document de travail précité de René Demeulemeester, « l'INPES, s'il a une fonction "d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé", est d'abord chargé de "mettre en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique" dont l'aspect émergent sont les campagnes de communication, mais aussi d'apporter "son concours à la mise en œuvre des projets régionaux de santé". Il est également chargé de "développer l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire". Par rapport aux missions [...] des ARS dans ce champ, il est donc dans une position peu claire à la fois de prescripteur, de co-acteur et de soutien. De surcroît, son activité d'expertise, sauf dans le champ de l'épidémiologie des comportements (baromètres santé), est effacée derrière sa fonction la plus évidente de communication ».

[429] Compte tenu des constats qui viennent d'être décrits, le schéma cible doit répondre aux objectifs suivants :

- mieux définir les compétences respectives du futur Institut, des ARS et des IRESP et établir des liens solides et organisés entre eux, qui fonctionnent dans les deux sens et qui soient stabilisés grâce une convention. Cette organisation ne sera pas forcément la même dans toutes les régions ; elle sera adaptée en fonction des spécificités locales, a fortiori dans le contexte des réorganisations induites par la loi précitée modifiant le découpage des régions ;
- simplifier la gouvernance régionale. Les acteurs régionaux souhaitent que l'ARS pilote, coordonne, finance et évalue les actions conduites en matière de prévention et de promotion de la santé ; ils ne souhaitent pas qu'un intermédiaire s'interpose entre l'ARS et eux pour l'animation territoriale de la promotion de la santé. En revanche, ils ont besoin d'une expertise et d'appuis méthodologiques qu'ils pourraient certes obtenir en s'adressant au niveau national mais qui seront mieux adaptés à leurs besoins s'ils leur sont apportés régionalement, au premier chef par les IREPS ;
- supprimer entre les niveaux national et régional les ambiguïtés et les doublons, dans les compétences comme pour les financements.

SIGLES UTILISES

AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AFSSE	Agence française de sécurité sanitaire environnementale
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
ANRU	Agence nationale pour la rénovation urbaine
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARLIN	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de santé
AVIESAN	Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BQA	Bulletin quotidien des alertes
BRSP	Base régionale de santé publique
BVS	Bulletin de veille sanitaire
CCLIN	Centre de coordination de la lutte contre les Infections Nosocomiales
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIRE	Cellule interrégionale et régionale d'épidémiologie
CNP	Conseil national de pilotage
CNR	Centre national de référence
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
CODIR	Comité directeur
COMEX	Comité exécutif
COP	Contrat d'objectifs et de performance
COPIL	Comité de pilotage
CORRUSS	Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAHI	Centre régional d'études et d'animation sur le handicap et l'insertion
CRES	Comités régionaux d'éducation pour la santé
C(R)VAGS	Cellule (régionale) de veille, d'alerte et de gestion sanitaire
CSP	Code de la santé publique
DCAR	Département de la coordination des alertes et des régions
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDPP	Direction départementale de protection des populations
DDT	Directeur départemental des territoires
DG	Directeur général
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DOM	Département d'outre mer
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DRH	Direction des ressources humaines
DSE	Département santé environnement de l'InVS
DSP	Directeur ou direction de la santé publique
DT	Délégation territoriale

DUS	Département des urgences sanitaires
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRUS	Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
EQRS	Epidémiologie et évaluation quantitative de risques sanitaires
ESB	Encéphalite spongiforme bovine
ETP (T)	Equivalent temps plein (travaillé)
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires de Santé
GAST	Groupe d'alerte en santé travail
GEA	Gastro-entérite aigüe
GIP	Groupement d'intérêt public
HAS	Haute autorité de santé
HPST (Loi)	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGS	Ingénieur du Génie Sanitaire
INCa	Institut national du Cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRA	Infection respiratoire aigüe
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
JO	Jeux olympiques
LNS	Laboratoire national de la santé
MARS	Message d'alerte rapide sanitaire
MDO	Maladie à déclaration obligatoire
MERS-CoV	Middle East respiratory syndrom-Coronavirus
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
NRBC	Nucléaire radiologique biologique chimique
ORS	Observatoire régional de la santé
ORSAN	Organisation de la réponse du système sanitaire
ORSEC	Organisation de la sécurité civile
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PBE	Plan blanc élargi
PE	Point épidémiologique
PFR	Point focal régional
PH	Praticien hospitalier
PLF	Projet de loi de finances
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PPS	Prévention-Promotion de la santé
PRC	Pôle régional de compétences
PRS	Projet régional de santé
PU-PH	Praticien universitaire-Praticien hospitalier
PZM	Plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires
RREVA	Réseau régional de vigilance et d'appui
RNSP	Réseau national de santé publique
RNTSMT	Réseau national télématique de surveillance des maladies transmissibles
ROR	Rougeole-Oreillons-Rubéole
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RSS	Réunion de sécurité sanitaire
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SCI	Syndrome collectif inexplicé
SGMAS	Secrétariat général du ministère des affaires sociales
SHU	Syndrome hémolytique et urémique
SISAC	Système d'information sanitaire des alertes et des crises
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SRP	Schéma régional de prévention

SurSaUD	Surveillance sanitaire des urgences et des décès
TIAC	Toxi-infection alimentaire collective
UCANSS	Union des caisses de sécurité sociale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VSS	Veille et sécurité sanitaire

