

19 SEPTEMBRE 2012
ST MAURICE, FRANCE

PROGRAMMATION, POLITIQUE SCIENTIFIQUE, POLITIQUE D'ORGANISATION

Séminaire Inpes, InVS, INSPQ



Ce document a été rédigé par Jocelyne Rajnchapel-Messaï,

Institut de veille sanitaire

en collaboration avec

Hélène Therre et Anne-Catherine Viso, Institut de veille sanitaire,
Hélène Valentini, Institut national de santé publique du Québec, et Jennifer
Davies, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Table des matières

1	Politique scientifique, gouvernance et programmation	4
1.1	Inpes : la programmation stratégique pour un impact populationnel	4
1.2	NSPQ : programmation renouvelée	6
1.3	InVS : Politique scientifique et programmation	8
2	Place des conseils scientifiques dans la gouvernance. Exemple : conseil scientifique de l’Inpes...	9
3	Des défis à relever	10
4	Une thématique transversale commune : les inégalités sociales de santé	11
4.1	A l’INSPQ.....	11
4.2	A l’Inpes	12
4.3	A l’InVS.....	13
5	Un constat commun	14
6	Les enjeux.....	15

Le séminaire franco-québécois, qui s'est tenu le 19 septembre 2012 à l'InVS, s'inscrit dans la ligne d'une précédente mission de l'Inpes-InVS à l'INSPQ, effectuée du 15 au 18 mai 2012. Il se situe dans le cadre d'une collaboration inter-instituts initiée il y a 7 ans avec l'Inpes et 3 ans avec l'InVS, et structurée par la convention de partenariat 2011-2015.

Les trois instituts ont des missions différentes, mais complémentaires. Ils se posent des questions qui se rejoignent sur les sujets de gouvernance et de politique scientifiques et partagent les mêmes valeurs scientifiques et de santé publique.

L'objectif du séminaire était d'échanger sur les pratiques des trois organismes en matière de programmation, de politique scientifique et d'organisation. Il s'agissait de comparer nos missions, nos pratiques organisationnelles et de programmation; d'examiner ensemble nos réussites, difficultés et échecs et d'identifier les leviers utiliser par chacun pour mettre en œuvre sa programmation, notamment à travers un sujet d'intérêt commun, les inégalités sociales de santé.

1 Politique scientifique, gouvernance et programmation

« La gouvernance scientifique croise rarement la gouvernance politique. Elles n'ont pas la même échelle de temps. » Thanh Le Luong, directrice générale de l'Inpes

Au-delà de leurs spécificités, les trois instituts ont des points de convergence, notamment une réflexion autour des processus qui leur permettent de renforcer leur action (priorisation-hiérarchisation des projets, transversalité).

1.1 Inpes : la programmation stratégique pour un impact populationnel

L'Inpes est confronté à une difficulté propre à son domaine d'intervention, la prévention. Celle-ci se conjugue sur le long terme : il faut compter une dizaine d'années pour voir une modification des comportements. De ce fait, dans le champ de son mandat, le politique s'intéresse moins à la prévention qu'à la sécurité sanitaire. Il est donc indispensable pour l'Inpes d'avoir un temps d'avance scientifique par rapport au moment où la commande est faite. D'où l'importance d'avoir la capacité de s'adapter et d'anticiper, ce qui est abordé par le biais de la prospective, mise en œuvre dès 2010.

Une autre complexité rencontrée à l'Inpes réside dans la coexistence de trois cultures de métiers : chargés d'étude et de recherche, chargés d'éducation à la santé, chargés d'édition et de communication. L'enjeu de la gouvernance interne est de rassembler les savoir-faire, d'arriver à réaliser le transfert des connaissances entre ces trois métiers, pour aboutir à des programmes communs fondés sur des stratégies co-construites.

La programmation s'est mise en place en 2011, avec comme objectif le développement d'une culture d'expertise collective. Les 11 programmes coordonnés par la direction générale de l'Inpes ont été regroupés en quatre pôles (voir encadré), dans un souci de travail transversal, avec construction d'objectifs opérationnels à trois ans, d'objectifs stratégiques, et détermination d'un certain nombre d'actions (priorisation). Le comité des programmes mis en place comprend la direction générale, les quatre responsables de pôles et le comité de direction.

Cette programmation est basée sur un travail de prospective, c'est-à-dire un travail de préparation en fonction d'évolutions possibles. Trois scénarios ont été construits en 2010, sur des bases essentiellement économiques :

- un scénario de base, dit tangentiel (les tendances de base se poursuivent) ;
- un scénario optimiste (croissance et développement) ;
- un scénario pessimiste (tensions généralisées).

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

Missions : mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement, exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire.

Proposer une offre de produits de prévention qui permettent d'améliorer la santé des personnes. Il s'agit de les informer de manière à ce qu'elles fassent des choix éclairés ou modifient leurs comportements individuels.

- Créé en 2002.
- 140 personnes
- Une direction générale, 4 directions techniques (direction de l'information et de la communication ; direction des programmes ; direction des affaires scientifiques ; direction des territoires et des réseaux), une direction administrative, un service comptable et financier.
- Un conseil d'administration et un conseil scientifique. habitudes de vie, cycles de vie et populations, santé sexuelle, maladies infectieuses et environnement.

Compte tenu de la crise économique, l'Inpes travaille actuellement dans le cadre du dernier scénario, dit pessimiste : situation marquée par une stagnation, voire une régression de l'espérance de vie, dégradation de la qualité de vie, augmentation de la morbidité et de la dépendance, comportements à risque, diminution de la solidarité entre les générations et augmentation des inégalités sociales de santé (ISS). D'où une thématique générale, optimiser le potentiel de la prévention aux différents âges de la vie. Elle est déclinée autour de la prévention des maladies non transmissibles, *via* une intervention sur les facteurs de risques ou de protection (tabac, alcool, sport, nutrition), la promotion de la santé aux âges extrêmes (enfants et jeunes, vieillissement), et avec une priorité transversale de réduction des ISS.

La programmation est articulée en quatre phases :

- diagnostic (contexte, facteurs d'aggravation ou d'amélioration de la situation, actions pouvant être mises en œuvre par l'Inpes pour améliorer cette situation) ;
- choix des programmes, définition d'objectifs (priorisation des problèmes et des déterminants) ;
- définition d'objectifs spécifiques ;
- élaboration de plans d'actions opérationnels.

Programmation et méthodes de travail sont aujourd'hui en place. Cependant, des questions demeurent. Le besoin est ressenti de développer les échanges ascendants et descendants, notamment avec les opérationnels, d'arriver à partager pleinement les valeurs, les objectifs et les méthodes. Il existe également des enjeux de synchronisation entre les différents métiers et leur temporalité : celles de la R&D, des campagnes de prévention et de la mobilisation sociale des acteurs de terrain.

L'autre enjeu de la gouvernance scientifique est la prise en compte des ISS dans les interventions. Il n'y a pas d'intervention univoque, standard, qui permettrait de réduire les ISS. On sait cependant que les démarches intégrées, type promotion de la santé, actions multi leviers et intersectorielles, ou la prise en compte de la santé dans les politiques publiques, permettent d'amortir les ISS et leurs conséquences.

1.2 NSPQ : programmation renouvelée

« Les problèmes auxquels nous sommes confrontés sont complexes et requièrent une approche collégiale. »

Denis A. Roy, directeur scientifique de l'INSPQ.

« Nous avons mis en place des processus qui favorisent la mutualisation ; nous voulons créer un système intégré. » Luc Boileau, PDG de l'INSPQ

Créé en 1998, l'INSPQ a connu, de 2003 à 2008, une très forte croissance – son personnel est passé de 60 à 800 personnes – et une augmentation de ses mandats, qui ont complexifié sa gestion et suscité des tensions. Contrairement au modèle français, où coexistent plusieurs agences sanitaires avec des missions bien délimitées, les missions de l'INSPQ couvrent tous les domaines et les fonctions de la santé publique (voir encadré). Il réunit ainsi 21 disciplines différentes, et suit plusieurs centaines d'indicateurs. Il doit compter avec l'instabilité de son financement : si ses crédits proviennent en très grande partie du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), une moitié d'entre eux cependant est affectée en fonction de mandats spécifiques non récurrents, sur une base maximum de 3 ans (ententes spécifiques), à la différence des instituts publics français, qui bénéficient d'une dotation allouée annuellement par l'Etat (environ 90 % du budget). Il doit savoir retenir un personnel en partie contractuel, faire face à la diversité des demandes qui lui sont faites et à leur multiplication, ainsi qu'aux nombreux publics qu'il vise. La nouvelle programmation scientifique mise en œuvre depuis la fin 2012, avec une volonté affirmée du PDG et du conseil d'administration de l'Institut, a été initiée dans le cadre du Plan stratégique 2009-2014. La gouvernance en est assurée par le Comité de direction scientifique (CDS). Quatre grands enjeux étaient posés :

- garder une organisation intégrée;
- centrer l'institut sur ses clients (le public visé) ;
- s'assurer d'une intervention efficace et efficiente ;
- attirer les bons éléments au sein de l'Institut, être capable de les retenir et d'en assurer la relève.

L'INSPQ a adopté une démarche itérative, orchestrée par le CDS, s'efforçant de conjuguer enjeux pragmatiques, scientifiques et organisationnels, logique scientifique et logique administrative. Sa mise en œuvre a été conçue comme un levier pour l'amélioration des pratiques, pour aller vers des choix éclairés. Un document « martyr » a été élaboré par la Vice-présidence aux affaires scientifiques (VPAS) pour susciter des débats sur la gouvernance, dans une logique de travail entre pairs, avec partage des réflexions, assemblées de personnels, discussions puis retour vers le CDS. L'ensemble a été consolidé dans un document, soumis à la délibération non seulement des instances internes, mais également en externe, par exemple lors du séminaire Inpes, INSPQ, InVS du 16 mai 2012.

Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ)

Créé en 1998 pour soutenir le ministre la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé et les services sociaux dans la réalisation de leur mandat de santé publique ; fournir des services de laboratoire spécialisés en microbiologie et toxicologie ; faire progresser les connaissances et proposer des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population

Missions : surveillance, formulation d'avis scientifiques et méthodologiques, éclairages sur les problèmes de santé, information du public et du ministère, analyse de politiques publiques favorables à la santé, évaluation d'impact sur la santé, recherche en collaboration avec les organismes de recherche, formation en santé publique, collaboration internationale.

- 800 personnes réparties dans cinq domaines : développement des individus et communautés, systèmes de soins et services et maladies chroniques, santé environnementale et toxicologie, risque biologique et santé au travail, laboratoire de santé publique du Québec, avec un laboratoire de toxicologie et une activité de dépistage.
- Un conseil d'administration, un président-directeur général ; une direction générale, un comité de direction (Codir); un secrétariat général, un comité de direction scientifique (CDS), une vice-présidence des affaires administratives et une vice-présidence des affaires scientifiques.

Ce vaste « chantier managérial », ainsi que le qualifient les Québécois, a été conduit à partir d'un constat partagé des difficultés rencontrées dans la gestion de l'évolution de l'INSPQ. Il a permis de comprendre que pour être un véritable centre d'expertise et de référence, un « courtier d'expertises », comme il entend se positionner, l'Institut ne pouvait plus fonctionner en silo, avec des directions scientifiques n'ayant pas ou peu de liens entre elles, Il lui fallait mettre en place des processus favorisant la mutualisation, développer une approche transversale, produire de l'expertise intégrée et non des experts.

Le rôle de leadership du CDS dans la mise en œuvre de la programmation et dans la coordination de l'activité scientifique a été confirmé et accru. Des priorités thématiques ont été adoptées (dossiers thématiques transversaux). Elles requièrent la contribution intégrée, et non juxtaposée, de plusieurs directions et unités scientifiques : mise en place de zones d'actions prioritaires - ou ZAP (trois à ce jour, voir [encadré](#)) - convenues avec les autorités de santé publique, en particulier avec la Table nationale de coordination en santé publique (TCNSP).

Une démarche qualité, structurée autour des produits de l'INSPQ, pilotée par le CDS et s'inspirant des processus définis dans la qualification ISO 9001, est en cours de formalisation. Enfin, les pratiques relatives aux ententes spécifiques avec le MSSS (contrats d'objectifs) ont été systématisées, avec une planification triennale des projets, en concertation avec le ministère.

Le système de santé publique au Québec

Le Québec compte une population de 8 millions d'habitants. La santé publique est intégrée au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), avec une direction générale ayant à sa tête un sous-ministre associé, également directeur national de santé publique. Elle est principalement structurée par deux textes, la loi de santé publique, adoptée en 2002, et le Programme national de santé publique, dont la révision est prévue pour 2015. Le Québec comprend également 18 agences régionales de santé et des services sociaux, ayant chacune une direction régionale de santé publique dont le directeur est nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, 95 centres de santé et services sociaux (CSSS) ainsi que des établissements de santé.

Le système de santé publique du Québec s'est doté de mécanismes de coordination et de concertation. D'une part, la Table de coordination nationale en santé publique ([TCNSP](#)), lieu d'échange d'informations, traite des priorités et des grandes orientations à donner aux dossiers majeurs de santé publique et effectue un suivi des principales actions. Elle est présidée par le Directeur national de santé publique et y siègent les équipes de direction de la Direction générale de la Santé publique au ministère de la Santé et de l'INSPQ, ainsi que les directeurs régionaux de santé publique (DSP) des 18 régions socio-sanitaires. D'autre part, cinq tables de concertation nationale sur différentes thématiques alimentent les travaux de la TCNSP. Lieux d'échange d'informations liées à une thématique, ces tables permettent la concertation sur les grandes orientations et sur les priorités à établir dans les différents dossiers et jouent un rôle d'influence pour chacun d'entre eux. Composées des coordinateurs de la thématique des 18 DSP, d'un représentant du MSSS et de l'INSPQ, elles visent aussi à mettre à profit l'expertise des partenaires de la Table et à harmoniser les pratiques régionales ainsi que les décisions nationales dans leur secteur.

Trois zones d'action prioritaire (ZAP) ont été déterminées par la TCNSP, une sur les maladies chroniques, une autre sur les infections transmises par le sang et le sexe (ITSS), et une sur les inégalités sociales de santé.

1.3 InVS : Politique scientifique et programmation

« S’inscrire dans les priorités de la politique de santé nationale et mettre en place une politique scientifique de l’établissement qui soit adaptée à ses missions. » Jean-Claude Desenclos, directeur scientifique adjoint à la directrice générale.

« La transversalité est la participation organisée de collaborateurs, appartenant à des entités différentes, à un projet commun et dans un cadre défini. ». Bertrand Xerri, directeur de la DiSQ.

Du fait de ses missions, surveillance de la santé, vigilance et alerte sanitaire, l’activité scientifique de l’InVS a été organisée selon une approche verticale, par grande thématique. Il compte ainsi quatre départements scientifiques. Le besoin de mutualisation s’est fait sentir et, en 2008, une Direction scientifique transversale, devenue Direction scientifique et de la qualité (DiSQ) en 2011, a été créée (voir [encadré](#)). Alors que plusieurs métiers sont présents au sein de l’Inpes et plusieurs fonctions de santé publique au sein de l’INSPQ, l’InVS couvre essentiellement le champ de l’épidémiologie.

Dans un contexte de réduction des moyens et d’apparition de nouveaux besoins, et avec un souci d’efficacité et d’inscription dans les priorités de santé, plusieurs questions relatives à la légitimité de l’organisation par départements ont été posées. Elles sont liées aux recouvrements de thématiques présentes dans les départements (cancer, santé mentale, maladies respiratoires...), au besoin d’outils d’évaluation partagés, à celui de la mutualisation, pour les grandes enquêtes ou les bases de données, y compris l’articulation avec les autres agences de santé (exemple : [enquête Esteban](#)), et à l’apparition de nouveaux enjeux transversaux (ISS, qualité). La réflexion sur ces questions a été associée à un travail sur les déterminants qui impactent l’ensemble de l’Institut. La priorisation des programmes, leur hiérarchisation au-delà des départements, sur des critères partagés, sont apparues comme une nécessité.

Une démarche de priorisation des programmes a été engagée, avec notamment l’élaboration collégiale d’un outil : une grille d’évaluation pour la hiérarchisation des activités. Cette grille est basée sur des critères scientifiques et de santé publique communs : critères institutionnels (missions et stratégie de l’InVS), scientifiques (problématique, argumentation), de santé publique (prévalence, incidence, évitabilité,...), socio-économiques, sociopolitiques, existence d’informations et/ou de réponses disponibles, possibilités de mise en œuvre (faisabilité, coût...). Un Comité collégial d’évaluation des projets ([CCEP](#)) ([espace collaboratif](#)) a été constitué en 2011. Composé des responsables et d’un épidémiologiste de chaque département scientifique, de représentants de la Direction scientifique et de la qualité (DiSQ) et du directeur scientifique adjoint à la directrice générale il est chargé de donner un avis sur le niveau de priorité de programmes et émet des recommandations.

Des programmes transversaux ont été mis en place sur des thématiques communes qui suivaient auparavant une logique par département. Dans ce cadre, chaque département décline dans ses projets les activités

Institut de veille sanitaire (InVS)

Missions : surveillance et observation en permanence de la santé, veille et vigilance sanitaires, alerte des pouvoirs publics, soutien à la gestion en situation de crise sanitaire, participation à l’action européenne et internationale de la France à travers sa participation à des réseaux internationaux de SP dédiés à la surveillance et à l’alerte sanitaire.

- Créé en 1998. Succède au Réseau national de santé publique (RNSP)
- 400 personnes
- Une direction générale, une direction scientifique et de la qualité (structure transversale), un département transversal de coordination des alertes et des régions (DCar), 17 Cire (cellules inter-régionale d’épidémiologie de l’InVS), 4 départements scientifiques (santé-travail, maladies infectieuses, maladies chroniques et traumatismes, santé environnement), 5 services transversaux (communication, documentation, systèmes d’informations, financier et logistique, ressources humaines)
- Un conseil d’administration et un conseil scientifique.

communes et celles qui lui sont propres. Chaque programme transversal est animé par un groupe projet. Sous l'impulsion d'un coordinateur identifié, ce groupe définit les priorités, coordonne la programmation globale, la mutualisation, les questions méthodologiques et la valorisation.

La transversalité à l'InVS répond à plusieurs objectifs :

- Amélioration de l'opérationnalité et de l'efficacité ;
- Mutualisation et le partage d'expertise et d'expériences ;
- Harmonisation de pratiques ;
- Managérial : souhait d'organiser l'interdisciplinarité, de créer des masses critiques, de décloisonner, mise en place d'une approche nouvelle, création de fluidité organisationnelle et de flexibilité ;
- Lisibilité des missions et des réalisations de l'Institut.

La mise en place de la transversalité résulte souvent d'objectifs opérationnels et managériaux. Il y a coexistence d'une transversalité institutionnelle, inscrite et formalisée dans la programmation, et d'une transversalité opérationnelle spontanée, partant et répondant aux besoins des utilisateurs.

Il ne faut cependant pas ignorer plusieurs difficultés dans le management de projets transversaux. Ainsi, pour emporter l'adhésion des collaborateurs affectés au projet, le manager du projet transversal doit avoir la capacité d'exercer un leadership tout en conservant un mode de gestion consensuel. Les départements et services doivent pouvoir évaluer les besoins en ressources nécessaires de façon pertinente à un niveau précoce des projets/programmes, et les répartir selon leurs activités (arbitrage). Se pose également la question de la reconnaissance des activités transversales au niveau de l'Institut et celle du risque de multiplication des instances de pilotages (verticales et transversales).

Enfin, comme dans le cas du programme transversal sur les ISS, se pose la question de l'articulation entre le niveau national et les niveaux local, départemental et régional. Les besoins en connaissance de deux derniers niveaux ne sont pas les mêmes que ceux du national. La notion de territoire est ici essentielle : les ISS sont un programme national, mais les outils de connaissances, d'évaluation et d'intervention, doivent aussi apporter des éléments au niveau local.

2 Place des conseils scientifiques dans la gouvernance : l'exemple du conseil scientifique de l'Inpes

« Le conseil scientifique est un lieu de compétence collective, de réflexion conjointe avec les équipes de l'Inpes. Il a une voix consultative qui se traduit par des recommandations à la directrice générale. » France Lert, présidente du conseil scientifique de l'Inpes.

« Le conseil scientifique n'est pas un super expert. Il apporte plutôt un regard extérieur bienveillant, une expertise collective ». France Lert, présidente du conseil scientifique de l'Inpes.

La place des conseils scientifiques (CS) a été abordée car, en France, toutes les agences sanitaires en sont dotées, tel que défini par leur décret d'application. Cette instance indépendante n'existe pas à l'INSPQ.

En règle générale, les CS des agences sont chargés de veiller à la cohérence de leur politique scientifique et rendent des avis sur cette dernière à la direction générale et au conseil d'administration. Ils peuvent s'autosaisir.

Comme l'indique France Lert, les conseils scientifiques ne sont pas là pour contribuer à la souffrance des instituts. Ils doivent veiller à ne pas penser en termes d'organisation et de management – ce n'est pas leur

rôle – et à ne pas déborder sur les prérogatives de la direction des instituts. Ce sont les meilleurs ambassadeurs de ce qui se fait dans les agences, notamment vis-à-vis de la recherche.

Le rôle des conseils scientifiques est illustré à travers ceux de l'Inpes et de l'InVS.

Le CS de l'Inpes, est un allié de l'Institut. C'est un lieu de réflexion pour l'amélioration des pratiques ; il cherche à analyser, avec l'Institut, le système de contraintes auquel il est confronté (notamment un champ de la prévention moins bien cadré scientifiquement et réglementairement que celui des surveillances et des alertes), regarde les méthodes avec lesquelles l'expertise et les connaissances scientifiques sont mobilisées, pour nourrir les stratégies et les programmes. Ce n'est pas un super expert, mais plutôt un regard extérieur bienveillant, une expertise collective.

Le CS de l'InVS a pris l'initiative d'une évaluation des activités ([Revue des départements](#)). En cinq ans, ont ainsi été évalués l'ensemble des départements, le dispositif de surveillance régional et la DiSQ. Il a également recommandé la mise en œuvre d'un programme sur les inégalités sociales de santé.

3 Des défis à relever

« Nos missions ne sont pas évidentes car les trois-quarts des déterminants de la santé sont en dehors du champ de la santé. » Thanh Le Luong, directrice générale de l'Inpes

« Mettre en place une dynamique de programmation qui ne soit pas perçue comme contraignante uniquement, mais vécue comme un outil essentiel de mutualisation et de partage en interne, et d'amélioration de la performance en externe. » Jocelyne Boudot, directrice générale adjointe de l'Inpes

« Des petits pas, des petits succès, de réels progrès. » Denis A. Roy, vice-président aux affaires scientifiques de l'INSPQ.

L'Inpes, INSPQ et InVS ont connu tous trois une période de forte croissance et, notamment pour l'INSPQ, une importante multiplication de ses mandats et une augmentation considérable de son personnel, à laquelle succède aujourd'hui une période de réduction des moyens alors que de nouveaux besoins apparaissent. Une redéfinition des missions des trois instituts, de leur inscription dans les priorités de santé et de leur mode de gouvernance s'est ainsi imposée. Des mots communs émergent de cette démarche - programmation, priorisation, hiérarchisation, mutualisation, partage, collégialité, transversalité - qui recouvrent autant d'enjeux.

Cet exercice est d'autant plus nécessaire que nous vivons une période où la différenciation des savoirs augmente. Il y a nécessité de les réassocier et de les intégrer si l'on veut arriver à traiter un sujet, produire de la connaissance et de l'information pour l'action.

En outre, la majorité des déterminants du champ d'intervention des trois instituts se situe en dehors du champ de la santé et ils doivent agir dans des temporalités différentes : celle du politique, des tutelles, des directions, des publics. S'y ajoutent pour la France, contrairement au Québec, une faible professionnalisation de la santé publique de terrain, la modification récente de son cadre, avec la création des agences régionales de santé en 2010 et, notamment dans le cas de la prévention, la nécessité de contextualiser à la France la notion d'*evidence based* (fondé sur des données probantes). En effet, cette notion provient essentiellement d'auteurs anglo-saxons qui s'appuient sur des données internationales en santé publique dans lesquelles les Français sont peu présents.

L'intégration de la transversalité dans des cultures organisationnelles verticales soulève quant à elle d'autres questions. Comment la mettre en œuvre dans ces structures, ne pas y substituer une organisation strictement horizontale et éviter qu'elle se réduise à une juxtaposition ? Alors que les Français parlent de projet transversal, les Québécois préfèrent le terme de projet intégrateur. Que recouvrent exactement ces deux notions ? La réussite de la transversalité dépend pour une grande part de l'existence d'un management capable de la prendre en charge et de l'animer, d'une appropriation des thématiques par toutes les personnes concernées (vision partagée), d'un réel intérêt de tous les contributeurs pour le résultat final, lequel appartient à tous et ne se traduit généralement pas par un bénéfice individuel direct.

4 Une thématique transversale commune : les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé (ISS) constituent un sujet prioritaire commun et de collaboration entre les trois instituts. Elles sont un levier de l'amélioration de la performance du système de santé. Thématique transversale, multi- et interdisciplinaire, elles sous-tendent nombre de questions liées aux politiques de santé, avec une logique de santé publique.

4.1 A l'INSPQ

« Le travail de mise en place des zones d'action prioritaire a montré que l'organisation en silo ne permettait pas de progresser. » Hélène Valentini, coordinatrice à la collaboration internationale de l'INSPQ

La préoccupation sur les ISS apparaît dès 1992, dans le cadre de la « politique de santé et de bien-être ». Elle est intégrée dans la mission de l'INSPQ à sa création, en 1998. Même si elles sont de plus en plus prises en compte, il n'y a pas de surveillance systématique des ISS. Des travaux sont en cours pour améliorer la situation.

En 2011, les ISS sont identifiées comme une priorité en tant que telles par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), puis par la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP). En mai 2012, la zone d'action prioritaire (ZAP) ISS vient s'adjoindre à deux autres ZAP, la ZAP maladies chroniques (MC) et la ZAP infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Les ISS sont intégrées dans la programmation du Comité de direction scientifique (CDS) de l'INSPQ depuis plusieurs mois. L'ensemble des directions scientifiques de l'Institut participe, avec une intensité variable, à la réflexion et aux discussions. Avec une volonté du CDS d'un effort dédié sur les ISS et de parvenir à ce que l'expertise sur les ISS soit partagée en interne et produite dans une dynamique d'approche transversale. Les ZAP sont vus comme des chantiers intégrateurs par l'Institut.

En s'appuyant sur l'expérience acquise avec la ZAP ITSS, une démarche en cinq étapes est proposée, pour la ZAP ISS : 1) établissement du diagnostic (évaluation et mobilisation des connaissances, aboutir à une vision commune, la communiquer aux parties prenantes), 2) précision de quelques objectifs prioritaires ; 3) identification des chantiers et contributions nécessaires ; 4) mise au point d'interventions en contexte ; 5) évaluation des actions.

Plusieurs développements sont en cours :

- volonté d'une prise en compte et d'une surveillance systématique des ISS ;
- publication prochaine d'un rapport, *Stratégie et indicateurs pour la surveillance des ISS*, par la Table nationale de concertation en surveillance.
- lancement d'une collection de synthèses thématiques sur différents enjeux de santé publique, répondant à trois objectifs : constituer une base documentaire, mobiliser les acteurs des autres secteurs et alimenter les travaux en santé publique, notamment dans le cadre de la révision du Programme national de santé publique, prévue pour 2015. La première synthèse de cette collection porte, à la demande des autorités du MSSS, sur les ISS. Il s'agit de documenter les politiques publiques qui ont permis de les réduire.

4.2 A l'Inpes

« Une prévention qui n'est pas ciblée est inégalitaire. » Thanh Le Luong, directrice générale de l'Inpes

L'Inpes travaille sur les ISS depuis 2004 ([loi du 9 août 2004](#) relative à la politique de santé publique) et en s'inspirant des travaux de l'OMS (en 2008, [rapport](#) de la Commission des déterminants sociaux de la santé). Cela a permis la construction d'une expertise, mais essentiellement portée par des experts et qui n'a pas encore diffusé dans l'ensemble de l'Institut. Avec le COP¹ 2012-2014, les ISS sont devenues une priorité. On sait aujourd'hui qu'elles débutent très tôt dans l'existence, dès la petite enfance. Ce secteur est ainsi considéré comme prioritaire par l'Inpes.

Par ailleurs, une cellule interne a été créée pour construire une expertise collective sur les ISS et, plutôt qu'un projet transversal, pour favoriser une véritable intégration des ISS dans les programmes. Quatre orientations ont été retenues :

- Favoriser l'intersectorialité : soutien à des projets de mise en œuvre d'évaluation d'impact santé (EIS), en lien avec l'EHSP² et la DGS³, élaboration d'une plaquette de sensibilisation des élus sur les déterminants de santé ;
- Développement et transfert des connaissances sur les ISS (chaire à l'EHESP, formations avec le CNFPT et aux Universités d'été de santé publique de Besançon, [projet AAPRISS](#)⁴) ;
- Promotion des facteurs de protection dans l'enfance : appui à des projets de « parentalité », élaboration de référentiels, guides (guide pour les professionnels de la petite enfance, guide sur les compétences parentales et l'allaitement) ; notion d'Ecoles promotrices de la santé et participation au programme européen [Ecole 21](#) (programme transfrontalier France-Belgique) ;
- Prise en compte des ISS dans l'ensemble des actions de l'Inpes : formation des équipes aux ISS, développement de programmes en direction de populations vulnérables (handicapés sensoriels, migrants, etc.), travail sur la lisibilité des brochures, etc.

La question qui se pose est de savoir comment arriver à atteindre des populations éloignées de la prévention et qui y sont souvent réfractaires, alors qu'il n'y a pas de méthodes univoques pour mener ces études et les actions. Pour chaque intervention, il faut mener des études fines pour identifier les poches de résistances et

¹ COP : Contrat d'objectifs et de performance.

² EHSP : Ecole des hautes études en santé publique

³ DGS : Direction générale de la santé

⁴ AAPRISS : Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé

mieux comprendre. Il faut faire des campagnes ciblées en fonction des déterminants sociaux, en s'appuyant sur la recherche sur les mécanismes des ISS.

4.3 A l'InVS

« Nous sommes tous persuadés que les ISS sont une question majeure. Nous devons devancer les choses. C'est du bottom up » Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

La mise en place du nouveau programme transversal sur les ISS a été précédée de réflexions menées avec le CépiDc-Inserm et le Lest⁵. Une forte impulsion a été donnée par le Conseil scientifique de l'InVS lors de l'examen, en novembre 2011, du programme de travail de l'Institut.

Le programme sur les ISS, coordonné par la DiSQ (Daniel Eilstein), vise à optimiser les capacités de surveillance et de veille de l'InVS, en tenant compte de la dimension socio-économique, à l'échelle géographique (approche écologique) et à l'échelle individuelle. Pour cela, il utilisera des indices de désavantage social dans les systèmes de surveillance, des données socioéconomiques individuelles dans les enquêtes, tout en portant une attention particulière, sur le terrain, aux populations les plus vulnérables.

C'est un programme transversal, qui concerne tous les départements scientifiques de l'InVS. Un recensement des programmes, nationaux et régionaux, ayant une forte dimension ISS a été entrepris.

Le programme se déroulera en deux phases :

- une phase pilotée par la DiSQ, de 2013 à 2015 devant mettre à disposition des équipes un ensemble d'outils (indices, variables socio-économiques). Deux approches seront développées. D'une part, une approche écologique, avec identification d'indices de désavantage social pertinents et, d'autre part, une approche individuelle, avec détermination de variables socio-économiques et de critères permettant d'identifier les populations vulnérables ;
- à partir de 2016, la DiSQ s'assurera que la dimension socio-économique est bien prise en compte dans les travaux des départements scientifiques et exercera un rôle de synthèse.

Les ISS à l'InVS

La dimension ISS est déjà présente au sein de l'InVS. C'est même l'une des bases de travail sinon l'objet d'étude du département santé travail, l'activité professionnelle étant une composante des inégalités sociales. Cet aspect est également pris en compte par le Département des maladies infectieuses : face au coût de plus en plus élevé des vaccins de moins en moins bien remboursés, il mène un projet avec les équipes de l'Inserm, visant à évaluer la couverture vaccinale dans les quartiers nord de Paris, Il s'occupe également d'un ensemble de maladies fortement liées au statut socioéconomique, telles que les maladies respiratoires (tuberculose, par exemple), les hépatites, le VIH, les infections sexuellement transmissibles, et s'intéresse à un ensemble de populations vulnérables (population carcérale, sans-abris, usagers de drogues...). Le Département des maladies chroniques aborde le diabète sous différents aspects, dont l'impact des inégalités sociales sur cette maladie. Il s'intéresse aussi à la population carcérale (santé mais aussi suicide) ainsi qu'aux problèmes de nutrition liés au statut socioéconomique (personnes recourant à l'aide alimentaire en France, par exemple). Le Département santé environnement coordonne le programme habitat qui s'intéresse à la santé, liée à l'habitat insalubre et le programme de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone dont l'une des dimensions explore les liens entre les inégalités sociales et les intoxications. Quant aux Cire, qui opèrent au niveau local et régional, au sein des ARS, elles ont inscrit les ISS dans leurs programmes (inégalités socio-territoriales). Les responsables de ces programmes participent au programme transversal ISS.

⁵ Laboratoire espace, santé et territoires

5 Un constat commun

« Comment faire en sorte que nos actions de santé publique aient l'efficacité nécessaire pour contrebalancer les déterminants des ISS ? » France Lert, présidente du conseil scientifique de l'Inpes

« Il faut construire une alliance avec les chercheurs et les professionnels de santé publique » France Lert, présidente du conseil scientifique de l'Inpes

Les discussions et réflexions menées au cours du séminaire font apparaître une convergence dans l'approche des trois instituts et dans leur analyse des difficultés et des enjeux de la thématique sur les ISS.

Dans un contexte économique difficile, où elles sont fortes et en augmentation, les ISS sont une préoccupation constante des trois instituts. Même si on sait encore mal comment agir pour les réduire, d'autant que beaucoup de leurs déterminants et des leviers pour intervenir sont hors du champ de la santé, on sait déjà ce qu'il ne faut pas faire pour les aggraver. Ainsi, notre rôle est peut-être d'abord de bien faire connaître les ISS et leur ampleur et de faire l'analyse de l'impact en santé des choix socio-économiques et politiques

Les ISS apparaissent comme une thématique transversale par excellence. L'expertise sur ce sujet doit être collective, partagée par l'ensemble des personnels de chaque institut et non portée par quelques experts. En prenant garde cependant au risque de dispersion - les ISS recouvrent des domaines et des disciplines multiples - et à celui de tout « transversaliser ».

Par ailleurs, il importe de veiller à ce que la production des données conduise bien à la prévention et à l'action et non à la stigmatisation, et de prendre garde à ne pas aggraver les ISS par les programmes et/ou par nos actions. Cela passe en particulier par la mise en œuvre d'une approche communautaire avec les populations concernées, l'intégration des acteurs locaux dans l'élaboration des questions de recherche et une documentation des populations vulnérables. Le rôle du Comité d'éthique et de déontologie dont l'InVS s'est doté va être ici très important.

D'autres difficultés et questionnements ont été mis en lumière :

- influence du contexte sur les interventions relatives aux ISS, créant un impératif d'adaptation ;
- mise en évidence d'éléments dont la résolution ne relève pas du domaine de la santé. Les déterminants des ISS sont extérieurs au champ de la santé (chômage et tabac par exemple). Comment s'assurer que nos actions aient réellement un impact sur ces déterminants ? Que va-t-on mesurer ? Des écarts, des écarts relatifs, des écarts absolus ? Il y a toute une articulation à mettre en œuvre avec la recherche. Or, la temporalité de la recherche est différente de celle de la santé publique. Il nous faut construire une alliance avec les chercheurs et les professionnels de santé publique ;
- insuffisance de la documentation sur les ISS ;
- peu d'analyses sur la rentabilité économique de la réduction des ISS ;
- ne pas ignorer les acteurs de terrain qui interviennent dans le domaine des ISS ;
- veiller à l'articulation entre les différents niveaux d'intervention, national, local, départemental, régional.

6 Les enjeux

« Mutualiser pour faire émerger l'innovation dans les méthodes de travail » Denis A Roy

Ces enjeux recouvrent des questions importantes en matière de communication. Il nous faut appréhender la logique des autres secteurs, apprendre à dialoguer avec eux et arriver ainsi à influencer sur les politiques publiques, nationales et locales. Comment communiquer, et auprès de quels décideurs et acteurs, à l'échelon national, régional, local ? Plutôt que de leurs parler d'incidence, de prévoyance..., employer un langage, une communication leurs permettant de s'approprier des indices utilisés par les instituts (comment expliquer les ISS ? comment améliorer le lien entre la mesure des ISS et l'aide à la décision ?). Il importe de mettre nos produits en adéquation avec nos actions, dans le cadre d'une approche bidirectionnelle (bottom up et top down).

Même si nous n'avons pas tous les indicateurs, nous pouvons commencer à agir. Il est urgent de se mettre en ordre de bataille et de savoir qui fait quoi. Il s'agit de faire preuve d'innovation dans les méthodes de travail : regrouper les forces, avoir des compétences partagées, mutualiser les connaissances, mobiliser les réseaux, notamment de chercheurs, avoir une démarche d'évaluation intégrée à différents niveaux d'actions, avec des méthodes de modélisation des impacts pour divers scénarios qui permettront un éclairage de la décision, enfin se donner les possibilités de développer des indicateurs des politiques publiques et des actions et formuler des objectifs de résultats partagés.

Ainsi, dans le cadre de l'appel à projets de la 64^e Commission permanente de coopération franco-qubécois – 2013-2014, l'Inpes, l'INSPQ et l'InVS, ont présenté un projet commun : « *La réduction des inégalités sociales de santé comme levier de l'accroissement de la performance de nos systèmes de santé* ».