

Bilan et perspectives pour la recherche française en santé publique

Geneviève Chêne, 30 avril 2017

Directrice, institut thématique multi-organismes (ITMO) Santé publique d'Aviesan, institut thématique santé publique de l'Inserm, IReSP, février 2014 - février 2017

Après avoir eu l'honneur de servir de mon mieux les institutions de recherche qui m'ont fait confiance, l'Inserm et ses partenaires d'Aviesan, ainsi que tous les partenaires de l'IReSP, je **témoigne des principales actions menées** entre 2014 et 2017, actions que **les communautés de recherche et de praticiens de santé publique** ont largement inspirées.

Je renouvelle **tous mes vœux de réussite à Corinne Alberti qui me succède, avec auprès d'elle, Daniel Benamouzig pour l'ITMO et François Alla pour l'IReSP**. Je sais le niveau très élevé de leur engagement pour la recherche française en santé publique, et le support très efficace des équipes de l'ITMO santé publique grâce à l'organisation en trois pôles (santé publique, recherche clinique, expertise collective) et de l'IReSP. Ensemble, je sais aussi qu'ils auront à cœur de **consolider la structuration de la communauté française de recherche en santé publique** s'appuyant sur un **programme national** offrant un cadre **cohérent** à l'ensemble des actions **pour renforcer une recherche française de pointe en santé publique**.

Au cours de ces trois années intenses et fructueuses, ma motivation principale a été de continuellement œuvrer pour la **visibilité de la recherche française en santé publique**¹², riche d'un fort potentiel de plus de 350 équipes labellisées par les **organismes de recherche** ou les **universités**, en forte proximité avec les **hôpitaux universitaires** et l'ensemble des acteurs du système de santé. La **cartographie dynamique des équipes**, bientôt publiquement disponible, saura refléter la **très forte diversité des thématiques et des disciplines** de ces équipes qui ont démontré leur solide capacité à **produire de nouvelles connaissances scientifiques** de haut niveau³ et à **diffuser leurs recherches dans de prestigieux forums internationaux**.

Une vision ambitieuse de la recherche en santé publique

Dès mon arrivée, je me suis appuyée sur la **contribution déterminante des communautés de recherche en santé publique, apportée par l'équipe de mon prédécesseur Jean-Paul Moatti** aux stratégies nationales de santé⁴ et de recherche⁵. Cette contribution montrait les

¹ Benamouzig D, Chêne G. L'ITMO santé publique entre savoirs et pouvoirs. Les tribunes de la santé 2016;(52):39-49.

² Chêne G, Benamouzig D, Alla F. Apport de la recherche à la prévention. Médecine 2016;12 Suppl 1:S20-2.

³ Force est de constater que les indices bibliométriques des unités de recherche en santé publique se situent au moins au même niveau que ceux des autres unités, en particulier en biologie

⁴ Ministère de la santé. Stratégie Nationale de Santé. Septembre 2013. (<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>)

⁵ Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Stratégie Nationale de Recherche « France Europe 2020 ». (https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Strategie_Recherche/26/9/strategie_nationale_recherche_397269.pdf)

besoins de recherche pour la santé d'une population française caractérisée par 1) une des meilleures espérances de vie au monde et donc des problématiques de vieillissement et de prise en charge des maladies chroniques, contrastant avec 2) une mortalité prématurée avant 65 ans à peine du niveau moyen européen et des problématiques d'exposition élevée aux facteurs de risque traditionnels insuffisamment résolus par la prévention et la promotion de la santé, et 3) des parcours maîtrisés grâce à un système de soins de qualité mais laissant s'installer des inégalités flagrantes, sociales et territoriales, de santé. Cette recherche française en santé publique était d'emblée fortement inscrite dans une **perspective et des thématiques de portée délibérément internationale**, en particulier celles du programme H2020 de la communauté européenne et des objectifs de développement du millénaire de l'OMS.

Dans la continuité de cette contribution, j'ai souhaité que l'ITMO santé publique et l'IReSP affichent une **vision ambitieuse de la recherche en santé publique pour notre pays** marquant l'importance de sa **nature fortement interdisciplinaire** pour 1) comprendre les forces qui affectent (positivement ou négativement) la santé des populations et le fonctionnement des services de santé, 2) s'engager fortement dans une démarche scientifique d'**identification et d'évaluation d'interventions** favorables à la santé et 3) fournir aux décideurs politiques les **meilleures données possibles** produites par la recherche, afin de viser l'implémentation d'actions efficaces à l'échelon d'une population.

Des enjeux qui mêlent le sanitaire et le social

Les grands enjeux de la recherche en santé publique se comprennent grâce à l'analyse des **transformations massives auxquelles notre système de santé doit faire face ou se préparer**. Or, ces enjeux mêlent intimement le sanitaire et le social : **prévention** capable de prendre en compte les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ; développement de **parcours intégratifs de soins et de santé** pour la prise en charge des maladies chroniques ; **personnalisation de la décision** médicale et sanitaire ; usage massif des **technologies de l'information et des données de santé** ; multiplication des **menaces sanitaires** à l'échelon mondial ; réévaluation de la place de la France dans les **politiques internationales de santé**.

Cette analyse stratégique nous a rapidement conduit, avec l'ensemble des **conseillers scientifiques** que je remercie ici très sincèrement et chaleureusement de leur apport constant, et en lien avec la commission scientifique spécialisée (CSS) 9 de l'Inserm, à identifier **quatre thématiques prioritaires pour la recherche en santé publique**, à les communiquer aux **financeurs** (IReSP, ANR, H2020, etc.) et à les inscrire dans le **plan stratégique 2016-2020 de l'Inserm**⁶, ainsi que dans le **programme national de recherche en santé publique**⁷, un des livrables du contrat d'objectifs et de performance de l'Inserm signé avec les ministères de tutelle :

- La prévention, la promotion de la santé et les innovations sociales,
- Les interactions entre environnement, travail et santé,
- Les politiques et les services de santé,
- Les concepts et les méthodes.

Ces enjeux et ces priorités montrent bien le besoin très fort de renforcer l'interdisciplinarité, bien au-delà des pratiques actuelles. Pour la très grande majorité des travaux en cours, l'alliance de l'épidémiologie, de la biostatistique, avec la démographie, la sociologie et l'économie de la santé, ainsi que les sciences cliniques, peuvent être considérés

6 Inserm. Plan stratégique 2020. Décembre 2015. (<http://www.inserm.fr/zoom/plan-strategique-inserm-2020>)

7 Chêne G, Benamouzig D, Alberti C, Alla F. Recherche en santé publique : l'impérieuse nécessité d'une politique à la hauteur des enjeux [Editorial]. Santé publique 2017 (in press)

comme l'expression d'une (déjà) forte intégration des disciplines. Cette approche doit continuer à être vivement encouragée. Mais notre communauté de recherche est vigoureusement interpellée par les **enjeux liés à l'environnement ou à la soutenabilité de nos systèmes de protection sociale** pour aller beaucoup plus loin avec l'ensemble des sciences humaines, économiques et sociales, avec les sciences de l'environnement, et les sciences de l'information, et aussi pour consolider de façon très volontariste les interfaces encore trop ténues avec les sciences cliniques et surtout les sciences biologiques.

Le **front de science en santé publique**, c'est le questionnement sur la diversité de l'état de santé des populations, des énigmes seulement accessibles aux projets collaboratifs de découverte des déterminants de santé et de recherche interventionnelle, avec la capacité d'intégrer, au-delà des cercles traditionnels, l'ensemble des disciplines encore trop peu mobilisées en santé : géographie, urbanisme, sciences politiques, gestion, droit, histoire, anthropologie, psychologie, toxicologie, écologie, climatologie, technologies.

Le succès récemment obtenu par François Héran à la tête de l'**Institut convergences sur les migrations** avec Annabel Desgrées du Lou est un exemple de la forte coordination qui s'est progressivement établie grâce à Daniel Benamouzig avec l'institut national des sciences humaines sociales (INSHS) du CNRS dirigé par Patrice Bourdelais. Le niveau élevé d'interdisciplinarité et d'interfaces qu'il a été possible d'atteindre avec les sept institutions mobilisées : CNRS, INSERM, INED, IRD, université Paris 1, EHESS et EPHE est fécond pour l'avenir.

Des interfaces nombreuses et complexes

J'ai ainsi personnellement beaucoup appris pendant ces mandats, en particulier à quel point les interfaces sont nombreuses, et les cultures diverses au sein de chacune des communautés. La diversité est bien entendu une source de richesse et doit être respectée, mais les solutions sont trouvées grâce à la **recherche d'unité et d'harmonisation des stratégies**. A ce titre, j'ai pu apprécier le rôle particulièrement important des alliances, dont **Aviesan pour les sciences de la vie et de la santé**, pour mobiliser la réflexion stratégique de l'ensemble des institutions partenaires avec une grande efficacité.

La recherche en santé publique, par son **rôle d'aide à la décision, individuelle ou collective**, expose à bien d'autres interfaces que scientifiques, en particulier avec les ministères, les opérateurs de la recherche en santé publique, les organismes de protection sociale, les agences sanitaires et opérateurs de la santé publique. Depuis 2007, bientôt 10 ans célébrés en novembre 2017, le rôle du GIP **IReSP** est clef pour développer et promouvoir la recherche en santé publique avec l'ensemble de ces acteurs, en parfaite cohérence avec l'ITMO santé publique, lui-même créé en 2009.

L'IReSP a **renouvelé la convention quadriennale** avec l'ensemble des 23 partenaires et a fait évoluer sa gouvernance, en accordant aux plus proches des partenaires (DGS, DREES, CNAM-TS, CNSA, EHESP) une écoute plus rapprochée au sein d'un « **bureau exécutif** » en amont et en aval du comité directeur plénier. Cette nouvelle organisation n'aurait pu être possible sans le secrétariat général de l'IReSP assuré par Claire-Isabelle Coquin, puis Perrine Guillon.

Il faut mettre au crédit de l'IReSP la capacité à faire émerger la réflexion sur les **CERReSP**, sur la base du rapport d'opportunité rendu en novembre 2015 par Linda Cambon⁸. Portés en

⁸ Cambon L. Etude de faisabilité et conditions d'implantation des centres régionaux de recherche et d'expertise en santé publique (CERReSP). Rapport de mission, 2015. IReSP. 28 pages, une annexe.

commun par l'INSERM et par la DGS, les CERReSP seraient des **consortia régionaux rassemblant des équipes de recherche labélisées** et coordonnant des travaux de recherche en santé publique, en phase avec les **enjeux territoriaux de santé** publique et les déclinaisons locales des politiques de santé. Ces **infrastructures innovantes** d'interface pour l'**animation régionale de la recherche en santé publique** auraient la capacité de se positionner en appui aux ARS et aux collectivités territoriales pour répondre, par la recherche, aux besoins des praticiens et des décideurs publics et d'intervenir en appui à l'action en région. Un grand nombre d'ARS, en particulier via leur réseau des référents recherche, ont déjà témoigné beaucoup d'enthousiasme pour cette initiative. Je garde l'espoir que la complète sécurisation de **financements à la hauteur des ambitions** permette un démarrage de la phase pilote dès 2018.

Je ne peux m'empêcher de regretter que des interfaces bien plus étroites avec les **représentants de patients et la société civile** n'aient pu être installées, alors même que la culture de santé et la culture scientifique jouent un rôle crucial pour la démocratie sanitaire. L'**Expertise collective de l'Inserm** contribue néanmoins de manière déjà forte et visible aux grands débats publics grâce au niveau scientifique, d'indépendance, de pluridisciplinarité et de pertinence de sa production sur les enjeux scientifiques et sociaux d'actualité en santé. Dans le paysage de l'expertise sanitaire, **chaque nouvelle livraison de l'Expertise collective de l'Inserm fait autorité** : des expertises sur les effets des pesticides sur la santé en 2013, sur les « **conduites addictives chez les adolescents** » et les « **inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique** » livrées en 2014, les recommandations ont été utilisées en particulier pour la réflexion de la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée en janvier 2016. En 2015, ce sont « **l'activité physique et la prévention des chutes chez les personnes âgées** » et les « **déficiences intellectuelles** » qui ont fait l'actualité. Cette expertise sur les déficiences intellectuelles a fait l'objet d'une restitution particulièrement émouvante en réunissant à l'invitation de l'Inserm et du commanditaire, la CNSA, les experts et les représentants d'associations de patients, attentifs à l'intervention vibrante de la secrétaire d'état, Ségolène Neuville.

Au cours des trois années passées, avec à sa tête Marie-Christine Lecomte puis Laurent Fleury, l'**Expertise collective de l'Inserm** s'est installé comme un **incontournable** du débat public et a créé une véritable **dynamique européenne**. Les commandes montrent l'évolution inéluctable au cours du temps vers des questions de santé publique systématiquement sensibles, rapprochant la recherche et la décision sanitaire, tout en faisant **respecter le temps « long »** de l'expertise de qualité.

Des infrastructures robustes

Il n'y a pas de recherche en santé publique sans accès à des **données de qualité**. Quand je suis arrivée en 2014, j'ai été frappée par l'importance qualitative et quantitative du **programme de cohortes de patients et en population générale**, pas moins de 14 cohortes financées par différents outils du PIA (actions « cohortes », « équipex » et « infrastructure »), et une vingtaine d'autres **cohortes de référence pour les volets recherche des plans** de santé publique (cancer, maladies rares, plan Alzheimer puis maladies neuro-dégénératives, addictions, nutrition santé, santé environnement, médecine génomique 2025, etc.). Une extrême vitalité de notre pays dans le domaine des cohortes (et des plans de santé publique d'ailleurs !) et aussi une mobilisation des ressources épidémiologiques sans comparaison avec d'autres pays, avec le risque toujours présent de dispersion.

Avec à sa tête Charles Persoz puis Marie Lhosmot, le **pôle santé publique** a pris en compte la perspective de la création du Système National des Données de Santé (SNIIRAM et Causes

de décès) après le rapport de la commission open data en santé⁹, et déployé notre **stratégie pour augmenter l'usage des bases de données**, fondée sur 4 piliers : 1) le renforcement de la capacité du **portail épidémiologie France d'Aviesan**¹⁰, un catalogue en ligne de presque 1000 bases de données utiles à la recherche, en français et en anglais, 2) la construction d'une **infrastructure pour l'accès facilité à l'ensemble des chercheurs au SNDS**¹¹, 3) le maintien du financement des lignes d'**appels à projets IReSP stimulant l'usage secondaire des bases de données**, 4) l'animation d'un forum de mutualisation des réflexions entre chercheurs comme le **club cohortes** (avec l'ANR et le CGI) et d'espaces de promotion des partenariats publics-privés autour des cohortes épidémiologiques comme le « **Cohort Innovation Day** » (avec l'Alliance pour la Recherche et l'Innovation des Industries de Santé, l'ARIIS)¹². Sur ces sujets en particulier, je souhaite souligner le rôle déterminant que Sylvain Durrleman a joué.

Je voudrais m'attarder un peu sur le travail intense et constant de Frédérique Lesaulnier et Grégoire Rey, du 1^{er} au dernier jour de mon mandat de directrice d'ITMO, pour rendre possible la construction juridique et réglementaire, technique et scientifique, d'une **infrastructure nationale mutualisée entre l'Inserm et ses partenaires d'Aviesan pour l'accès facilité des chercheurs au Système National des Données de Santé (SNDS)**. La France est un des rares pays au monde à disposer de bases médico administratives centralisées qui couvrent de façon continue, permanente et exhaustive la population. L'ouverture maîtrisée de ces bases de données représente une **opportunité exceptionnelle pour la recherche en santé** : pour identifier des signaux de vigilance concernant les produits de santé, pour analyser les trajectoires de soins et de santé, pour préparer les recherches interventionnelles et améliorer la prévention, pour fonder les politiques de santé sur des éléments objectifs. C'est un enjeu majeur pour la productivité et la compétitivité internationale de la recherche française, et un facteur incontournable **d'innovation sanitaire et organisationnelle** dans notre pays. Toutefois, aucune équipe de recherche ne peut disposer, seule, de l'ensemble des compétences requises pour exploiter ces données complexes et massives. L'infrastructure est un puissant levier pour mutualiser les forces et les compétences au niveau national et **accroître les capacités nécessaires** au sein des communautés de recherche tout en préservant un **niveau élevé de sécurité des données et d'intégrité scientifique**.

J'ai également pu apprécier l'importance des **registres** de morbidité pour la recherche, la surveillance et l'évaluation des pratiques. Nous avons mis en place une **nouvelle gouvernance nationale** s'appuyant sur deux nouveaux comités : un comité d'évaluation des registres et un comité stratégique des registres, séparant ainsi formellement l'activité d'évaluation de la réflexion institutionnelle stratégique¹³. Nous avons également rendu publique une **position stratégique de l'Inserm** pour les registres¹⁴, marquant l'excellence par le développement dans un environnement scientifique solide.

Enfin, les activités de **recherche clinique** ont considérablement évolué grâce au fort positionnement transversal du pôle de recherche clinique, au sein de l'Inserm, étendant son domaine d'action aux **essais cliniques internationaux** du programme H2020, du dispositif

⁹ <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/rapport-de-la-commission-open-data-en-sante>

¹⁰ <https://epidemiologie-france.aviesan.fr/>

¹¹ Benamouzig D, Bourgueil Y, Burgun A, Cases C, Chêne G, Costagliola D, Geoffard PY, Goldberg M, Lesaulnier F, Moatti JP, Rey G, Spira A. Pour un meilleur accès aux données de santé. Le Monde du 16.03.2015. (http://www.lemonde.fr/sciences/article/2015/03/16/pour-un-meilleur-acces-aux-donnees-de-sante_4594640_1650684.html)

¹² <http://extranet.inserm.fr/thematiques/sante-publique/bases-de-donnees-registres-cohortes/les-cohortes>

¹³ <http://extranet.inserm.fr/thematiques/sante-publique/bases-de-donnees-registres-cohortes/les-registres-de-morbidite>

¹⁴ <https://www.google.com/search?q=strat%C3%A9gie+registres+inserm&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>

REACTING ou du plan médecine génomique 2025. Ce positionnement a été en particulier rendu possible grâce à l'**infrastructure F-CRIN**, hub français du réseau européen ECRIN, très favorablement évalué à mi-parcours par l'ANR, et grâce au très solide **réseau des Centres d'Investigation Clinique (CIC)**, majoritairement localisés au sein des CHU, nos partenaires privilégiés pour la recherche clinique. Claire Lévy-Marchal a été particulièrement active pour mobiliser les forces de la santé publique en **appui méthodologique et organisationnel** à cette évolution stratégique. Je peux aussi témoigner de son attention sans faille au maintien des ressources pour la recherche clinique, en particulier au sein des CIC en co-tutelle avec la DGOS. Au cours du premier trimestre 2017, une nouvelle dynamique pour la promotion Inserm s'est concrétisée et sera portée par Hélène Espérou qui a succédé à Claire à la tête du **pole recherche clinique** début avril, avec Sonia Guéguen à ses côtés.

Les compétences étendues et bienveillantes du **Comité d'évaluation éthique de l'Inserm (CEEI)**, sous la houlette de Christine Dosquet, ont été un apport crucial dans un contexte de complexité croissante des projets mêlant l'interventionnel au non interventionnel.

Et maintenant ?

Pendant les 3 ans écoulés, nous avons travaillé dur pour la visibilité de la recherche française en santé publique : **nous avons poussé les murs et ouvert les frontières** pour doter chacune des thématiques prioritaires d'infrastructures, de nouvelles ressources, de programmes nationaux et internationaux afin de répondre à la vision ambitieuse de la recherche en santé publique que nous avons très activement portée.

Je n'ai sans doute pas suffisamment insisté sur le rôle crucial de l'**animation** en direction des communautés scientifiques et de tous les acteurs de la santé publique. L'ITMO et l'IRESP soutiennent régulièrement les **manifestations scientifiques de nos sociétés savantes**. L'IRESP, en particulier avec la DGS, la DREES, la CNAMTS et la CNSA, anime également de très nombreux et très importants **séminaires** de préparation des appels d'offres, d'évaluation à mi-parcours ou de clôture. Au-delà de ces rendez-vous scientifiques réguliers et importants, nous avons fait émerger quelques nouveaux réseaux.

Je pense en particulier à l'**action coordonnée « recherche interventionnelle »**, coordonnée par François Alla, et au passionnant **congrès de novembre 2016**, en partenariat avec l'INCa et l'ANRS, ainsi qu'au séminaire joint sur les **enjeux méthodologiques**. Les leaders internationaux du domaine étaient là.

Je pense aussi au **groupe de travail « services de santé »**, coordonné par Daniel Benamouzig, à la publication en 2016 d'un numéro de *The Lancet* qui a offert une large visibilité au modèle français et à son influence internationale¹⁵¹⁶ et au succès obtenu pour un financement européen du « **Coordination and Support Action** » **TO-REACH** par nos homologues de Rome auxquels nous sommes associés pour préparer un ERANET pour le financement de la recherche européenne sur les services et politiques de santé.

Je pense enfin au volet recherche, coordonné par Robert Barouki, du programme européen de **biomonitoring HBM4EU** et à la contribution très visible de la communauté française de recherche en santé environnement à la Conférence du **National Council for Science and the Environment** en Janvier 2017 à Washington.

Mon plus grand regret est de ne pas avoir été témoin de la mise en place du **plan d'action pour la programmation de la recherche en santé**, remis par le président d'Aviesan aux

15 Atlani-Duault L, Dozon JP, Wilson A, Delfraissy JF, Moatti JP. State humanitarian verticalism versus universal health coverage : a century of French international health assistance revisited. *Lancet* 2016;387:2250-62.

16 Nay O, Béjean S, Benamouzig D, Bergeron H, Castel P, Ventelou P. Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. *Lancet* 2016;387:2236-49.

ministres de tutelle en juillet 2015¹⁷. Pour réduire la fragmentation de la gouvernance de la recherche française en santé, des outils concrets avaient été proposés pour un pilotage lisible et cohérent à l'usage de l'ensemble des décideurs et des chercheurs : 1) un site Internet centralisant les AAP de tous les financeurs publics, 2) des procédures logistiques et d'évaluation partagées et harmonisées et 3) un cycle annuel de discussion coordonnée des priorités thématiques.

Il sera très certainement utile d'**analyser les difficultés**, en particulier avec les acteurs du monde hospitalier et leurs tutelles, à identifier de nouveaux enjeux pour la santé des populations et à **se tourner vers de nouvelles modalités de coordination des financements** plus propices à des démarches innovantes de santé publique. La riche réflexion du HCSP sur les **groupements hospitaliers de territoire (GHT) et la santé publique** ou encore la perspective du développement des maisons pluridisciplinaires de santé offrent des pistes, certes non exclusives, à considérer.

Dans l'attente, au moins avons-nous appliqué à l'**IReSP**, dans une forme de souci d'exemplarité, quelques innovations organisationnelles donnant aux chercheurs une forte visibilité sur le **calendrier annuel des AAP** en implémentant dès 2016 une soumission en deux étapes et un cycle annuel pour les thématiques récurrentes :

- Un AAP général – volet recherche en Services de santé
- Un AAP général – volet Prévention (déterminants de santé et recherche interventionnelle).

Tout en gardant la spécificité nécessaire à l'émergence des communautés de recherche sur le handicap et la perte d'autonomie, en lien étroit avec la CNSA et la DREES.

Si ces procédures ont évolué dans une direction favorable à la recherche et aux chercheurs en santé publique, cette organisation montre de manière flagrante à quel point les **financements pour la recherche en santé publique restent très en-dessous des besoins**¹⁸.

Je formule des vœux ardents pour que l'équipe actuelle réussisse à convaincre l'Etat qu'il doit se doter d'un **programme national donnant le signal d'une politique ambitieuse de recherche en santé publique**. Pour faire **face aux défis majeurs** que nous partageons avec tous les autres pays occidentaux : diminuer le fardeau des maladies, améliorer l'espérance de vie en bonne santé, **la recherche et l'innovation** en santé publique offrent la perspective de progrès majeurs au 21ème siècle¹⁹.

17 Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Plan d'action pour l'organisation de la programmation de la recherche en santé. La documentation française, juillet 2015 ; 266 pages. (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000630/index.shtml>)

18 Chêne G, Benamouzig D, Alberti C, Alla F. Recherche en santé publique : l'impérieuse nécessité d'une politique à la hauteur des enjeux [Editorial]. Santé publique 2017 (in press)

19 Chêne G. Prevention of the causes of premature illness and death: making it happen. Lancet public health 2017

Remerciements (3 pages ! car « merci » va avec « beaucoup »)

A tous ceux à qui j'ai pu faire des emprunts pour ce texte, un bilan est forcément collectif. Cette richesse est reflétée dans ces pages. Mes excuses à celles et ceux qui j'aurais pu oublier, ce serait tout à fait involontaire.

A André Syrota, qui m'a fait confiance en février 2014, et à Yves Lévy qui m'a renouvelé cette confiance en juin 2014 puis a toujours considéré avec beaucoup d'intérêt les innovations et les contributions de l'ITMO et de l'IReSP. A Thierry Damerval, dont l'écoute et l'attention ont toujours été précieuses, comme son humeur égale et la sagesse de ses analyses.

Aux représentants de nos tutelles et de nos partenaires pour la richesse du dialogue et des collaborations

Au sein du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement et de la recherche, les conseillers Yves Levy, puis Jean-Louis Dubois-Randé et François Lemoine ; au sein du ministère des affaires sociales et de la santé, Djillali Annane, ont tous manifesté un intérêt pour la recherche en santé publique, qu'ils en soient remerciés.

A Benoît Vallet, merci de présider le comité directeur de l'IReSP avec enthousiasme et de soutenir avec constance la communauté de recherche en santé publique. A la DGS, je veux souligner le rôle incontournable d'Alain Fontaine et l'apport de ses éclairages toujours pertinents et signaler le travail tenace et efficace d'Arnaud de Guerra pour le plan d'action de la recherche en santé.

A la DGRI, merci à Roger Genêt pour son soutien constant et déterminant pour la recherche en santé publique pendant son mandat, merci à Jean-Michel Heard, Benoit Lavallart et Eric Guittet pour leurs conseils avisés et l'attention portée à la recherche en santé publique, très importants pour dérouler notre vision.

A la DREES, merci à Franck von Lennep et Mylène Girard pour l'ensemble du travail législatif sur les données de santé et Valérie Ulrich pour sa contribution déterminante au programme des AAP de l'IReSP.

A la DGOS, merci à Anne-Marie Armanteras de Saxé pour l'initiation de bilatérales constructives, avec le soutien de Christian Thuilliez.

Au CGI, merci à Jean-Christophe Dantonel et, à ses côtés, Bénédicte Garbil, pour l'attention portée aux besoins de la recherche en santé publique, quels que soient les outils de financement.

A la MILDECA, merci à Danièle Jourdain Menninger et à Florence Lafay-Dufour, pour l'excellent soutien au développement de la recherche et de l'expertise sur les addictions, je suis certaine de la continuité de l'approche collaborative avec Nicolas Prisse.

A la CNAMT-TS, merci à Dominique Polton, Claude Gissot, Frédéric Bousquet, Hélène Caillol avec lesquels nous avons bien travaillé sur les possibilités d'usage du SNIIRAM et de l'EGB pour la recherche et promu activement le développement de la recherche sur les services de santé.

A la CNSA, merci à Juliette Bloch puis Julie Micheau et à Annick Martin, pour la relation de confiance qui structure pas à pas une communauté de recherche sur la situation de handicap et de la perte d'autonomie.

Avec Santé Publique France, nous avons vécu l'émergence d'une nouvelle grande agence sanitaire, incluant en particulier l'InVS et l'INPES, merci à François Bourdillon et Jean-Claude Desenclos pour les relations fructueuses de travail pour la santé publique à l'interface entre recherche et surveillance, merci à Pierre Arwidson, en particulier pour sa contribution très active à la réflexion sur la recherche interventionnelle.

A l'ANSES, merci à Marc Mortureux, puis Roger Genêt à sa tête et à Louis Laurent et Gérard Lasfargues, nos interlocuteurs au quotidien, pour la coopération sur la thématique santé environnement et l'espoir que les avancées sur santé travail se dessinent plus intensément dans l'avenir.

A l'ANSM, merci à Mahmoud Zureik, pour sa vision stratégique des plate-formes de pharmaco-épidémiologie.

A l'ABM, merci à Arnaud de Guerra et à Christian Jacquelinet pour la coopération sur les cohortes.

A l'EFS, merci à Pierre Tiberghien et son équipe pour l'initiative sur le projet Retro-Pro.

Au HCSP, merci à Roger Salamon et Franck Chauvin pour le soutien aux propositions du programme de recherche en santé publique.

A l'HAS, les relations, initialement timides, ont progressivement identifié des champs importants de coopération, grâce à l'action volontariste de Catherine Rumeau-Pichon, qu'elle en soit remerciée.

Avec l'ARIIS, merci à Claude Bertrand et ses équipes pour le soutien au Cohort Innovation Day.

Au LEEM, merci à Philippe Lamoureux et Catherine Lassale, puis Thomas Borel, pour le soutien au Portail Epidémiologie France et aux projets émergents avec le respect constant d'un partenariat équilibré.

Au riche environnement d'Aviesan et de l'Inserm

A mes collègues directeurs d'ITMO : merci Carine Giovannangeli, Claude Michalski, Hugues Lortat-Jacob, Thierry Galli, Laurent Kodjabachian, Christine Chomienne, François Sigaux, Fabien Calvo, Alain Eychenne, Christian Boitard, Christine Cherbut, Thierry Frebourg, Frédéric Bocard, Paul-Henri Roméo, Jean-François Delfraissy, Bruno Lucas, Evelyne Jouvin-Marche, Bernadette Murgue, Etienne Hirsch, Bernard Poulain, Franck

Lethimonnier, Nathalie Manaud pour les échanges toujours passionnants et les projets construits en commun, et merci à leurs équipes.

Au CNRS et ATHENA, merci à Alain Fuchs et Patrice Bourdelais, pour les relations progressivement intensifiées, et toute ma reconnaissance à Daniel Benamouzig pour les avoir rendues possibles.

A l'ANRS, merci à Jean-François Delfraissy et toute son équipe d'avoir toujours appuyé la construction des interfaces avec la santé publique. Je suis convaincue que François Dabis renforcera ces liens déjà établis.

A l'INCa, merci à Agnès Buzyn pour sa vision volontariste au service du continuum de la recherche, à Norbert Ifrah pour son écoute attentive à la réussite de nos collaborations, à Thierry Breton pour l'efficacité des actions collaboratives, à Jérôme Viguiet et Frédéric-Jean Bousquet pour leur professionnalisme.

A l'INED, merci à Chantal Cases puis Magda Tomasini, pour les collaborations sur les cohortes, démographie et épidémiologie : deux disciplines indissociables pour la qualité du raisonnement en santé des populations.

A l'EHESP, merci à Laurent Chambaud et Denis Zmirou, pour les valeurs de la santé publique portées en commun et le soutien aux actions phares du programme national de recherche en santé publique.

A l'INRIA, merci à Antoine Petit et Alain Viari, pour les discussions sur les données de santé, tous mes vœux pour que les collaborations avec la communauté de recherche en santé publique se renforcent.

A la CPU, merci à Pierre Lombrail, fidèle représentant au comité directeur de l'IRESP.

Avec les directeurs généraux de CHU et avec le CNCR, merci à Philippe Vigouroux d'avoir consolidé le dialogue et les perspectives.

A l'INERIS, merci à Philippe Hubert pour la collaboration sur l'axe santé environnement.

A l'IRDES, merci à Yann Bourgueil pour son implication dans le projet de CSA sur les services de santé et à Denis Raynaud pour la continuité des liens avec la communauté de recherche en santé publique.

Aux directeurs des départements de l'Inserm : merci François Chambelin, Jean-Christophe Hébert, Isabelle Henry puis Anne Jouvenceau, Arnaud Benedetti, Catherine d'Astier, Claire Giry puis Valérie Mazeau-Woynard, Hafid Brahmi, Laurent Vigneron, Michel Conan, Nicolas Pesnel, pour leur professionnalisme et leur soutien compréhensif, et merci à leurs équipes. Mention particulière à Richard Salives, Christine Guillard et Marie-Jo Leroy-Zamia.

Aux délégués régionaux de l'Inserm : merci Nicolas Jeanjean, Sylviane Inocencio, Laurence Lomme, Laurence Parmentier, Marie-Pascale Martel, Philippe Lconte, Marie-Ange Luc, Marianne Desmedt, Jacques Cavaillé, Armelle Barelli, Samir Ould Ali, Dominique Nobile, Dominique Pella, toujours attentifs à porter la vision de l'Inserm dans un maillage territorial plus souvent compliqué qu'utilément complexe et à faciliter le travail des chercheurs, en particulier en santé publique.

A Hervé Chneiweiss, et l'ensemble du comité d'éthique de l'Inserm, merci d'avoir intégré la dimension de santé des populations dans leur analyse et de nous avoir fourni des avis utiles pour l'expertise collective et l'IRESP.

A Christine Dosquet, et l'ensemble du comité d'évaluation éthique/IRB de l'Inserm, merci pour le niveau très élevé de compréhension des enjeux de la recherche clinique et en santé publique et la recherche de solutions efficaces pour l'intégrité de la recherche.

A Martine Bungener et à Jeanne Etiemble, merci pour l'exceptionnelle richesse de leur expérience.

A Mireille Guyader, attachée scientifique à l'ambassade des Etats-Unis, merci d'avoir mis à notre disposition son carnet d'adresses et sa connaissance incomparable du système de la recherche nord-américain.

A Pascale Augé et ses équipes d'Inserm transfert, merci pour le soutien constant et enthousiaste aux nouveaux projets et à leur valorisation.

Au cabinet du siège de l'Inserm, merci en particulier à Janine Gaudinot-Gomez et à Christine Tacquard.

Aux membres de la communauté, très mobilisés dans des activités collectives

Aux conseillers scientifiques de l'ITMO, merci d'avoir servi une vision ambitieuse de la recherche en santé publique et d'avoir travaillé avec créativité pour construire le programme de recherche en santé publique et en particulier à Dominique Costagliola pour le lien avec la CSS9 de l'Inserm.

A Grégoire Rey, pour son courage, ses compétences, sa capacité de travail au service de la collectivité, je formule tous mes vœux pour le développement d'une interface de haut niveau pour un service sur les données de santé pour la recherche en santé. Merci à Florence Tubach de s'investir dans cette construction.

A Anita Burgun, merci d'avoir initié cette réflexion nationale et de fédérer à présent les collègues européens au sein du projet PHRIMA qui j'espère sera positivement évalué par la commission européenne.

Merci à Robert Barouki pour avoir fait reconnaître l'importance du concept d'exposome dans les politiques publiques, Olivier Rascol, puis Dominique Deplanque pour la coordination du réseau des CIC, Olivier Rascol et Vincent Diebolt pour l'exemple d'FCRIN et l'interface avec les sciences cliniques, France Mentré pour le leadership méthodologique au sein de REACTING, Bernard Jegou pour l'exemple d'interface avec les sciences

biologiques, Linda Cambon pour son excellente contribution sur les CERReSP, Marcel Goldberg pour l'ouverture des données de santé, Denis Hémon pour la profondeur de sa réflexion sur le risque, Pierre Ducimetière pour ses conseils stratégiques et sa contribution déterminante à l'évolution du portail Epidémiologie France, Rémy Slama pour son leadership scientifique sur les perturbateurs endocriniens et sur les déterminants précoces de la santé, Patrizia Carrieri pour la réflexion commune sur les addictions (et la coordination d'un très bon séminaire à venir avec le NIAAA en mai prochain), Pierre Corvol et Ghislaine Filliatreau pour leurs analyses éclairées sur l'intégrité scientifique et Philippe Ravaut pour les discussions préparatoires au séminaire international sur l'intégrité scientifique, Anne Cambon-Thompsen pour la plateforme genotoul, Christine Ferron pour la coopération avec les IREPS.

Aux présidents des conseils scientifiques d'évaluation de l'IReSP entre 2014 et 2017, un grand merci pour la remarquable conduite des débats et le travail de synthèses des évaluations : Annick Alperovitch, Charles Aussilloux, Christian Baudelot, Christine Binquet, Vincent Caradec, Pierre Czernichow, Pierre Ducimetière, Isabelle Mallon, Claude Martin.

Aux équipes de l'ITMO et l'IReSP

Aux précédents directeurs de l'ITMO : Gérard Bréart et Jean-Paul Moatti, à la coordinatrice de l'IRSP : Annick Alperovitch, et au fondateur de l'IReSP : Alfred Spira, ainsi que Archana Singh-Manoux et Rodolphe Thiébaud, merci d'avoir construit une trajectoire historique favorable à la recherche française en santé publique et de m'avoir transmis le « témoin » sans rien me cacher des difficultés de ces fonctions.

A Daniel Benamouzig et François Alla, merci pour l'authentique trio que nous avons formé, déroulant une stratégie portée chaque jour en commun pour servir la recherche en santé publique, la communauté des chercheurs et dispenser l'espoir d'une meilleure santé de la population grâce à la recherche.

A Charles Persoz, mes remerciements les plus vifs pour avoir continuellement « assuré » comme adjoint, après sa nomination à la rentrée 2016, et pour avoir toujours travaillé dans un esprit professionnel et humaniste, au service de la collectivité.

Aux équipes des trois pôles de l'institut thématique santé publique et de l'IReSP, merci pour votre remarquable professionnalisme, j'ai eu plaisir à travailler avec vous tous dans un excellent esprit collectif et je vous suis reconnaissante de m'avoir patiemment initiée au fonctionnement de l'ITMO et de l'IReSP et de leurs nombreuses interfaces.

Pour le pôle santé publique, merci à Charles Persoz (jusqu'à début 2015), puis à Marie Lhosmot qui nous a beaucoup manqué après juillet 2016 et à qui j'adresse tous mes vœux de rétablissement.

Pour le pôle expertise collective, merci à Marie-Christine Lecomte pour laquelle l'expertise collective était sans secret et qui a porté ses travaux et recommandations au-delà de nos frontières.

Pour le pôle recherche clinique, merci à Claire Lévy-Marchal d'avoir su continuellement fédérer un réseau étendu et complexe, en interface incontournable avec le monde hospitalier, à Sonia Gueguen pour tous les efforts portés à l'évolution du pôle recherche clinique et à Samia Deghmoun pour la coordination professionnelle et bienveillante du réseau des CIC.

Pour l'IReSP, merci à Claire-Isabelle Coquin, d'une humeur égale et d'une réactivité sans faille comme secrétaire-générale de l'IReSP.

A Laurent Fleury au pôle expertise collective, à Hélène Espérou au pôle recherche clinique et à Perrine Guillon à l'IReSP, bravo pour le défi relevé de successions aux lourdes responsabilités et pour votre intégration rapide.

A Sylvain Durrleman, merci pour son expérience au service de la collectivité et pour ses conseils toujours avisés.

A Frédérique Lesaulnier, merci pour ses analyses pertinentes et approfondies, déterminantes pour la construction des textes législatifs et réglementaires, au service de la recherche. La normalisation progressive de nos relations avec la CNIL à partir de 2016 est votre œuvre commune avec Claire Lévy-Marchal et Carole Pierrat.

A Anne Ramage (DISC), merci de développer pour l'ITMO une communication spécifique à la santé publique.

A toute l'équipe de support administratif et de secrétariat de l'ITMO et de l'IReSP, merci pour votre organisation sans faille. A Claudia Patrizio, sa santé fragile nous a privés de son savoir faire, bon rétablissement.

Enfin, une mention très spéciale à Wanida Pellegrin, exceptionnelle assistante, merci pour son travail efficace, perspicace et toujours pertinent, pour son comportement très professionnel et pour son soutien à toute l'équipe pour maintenir l'harmonie malgré une énorme charge de travail auprès de la directrice.

Avant de terminer, merci à la communauté bordelaise

A Manuel Tunon de Lara, président de l'université de Bordeaux et à Philippe Vigouroux, directeur général du CHU de Bordeaux, merci d'avoir accepté que je partage mon temps, mes compétences et mon énergie avec ces responsabilités nationales, à Christophe Tzourio, directeur du centre Inserm U1219 et Rachid Salmi, directeur de l'ISPED, merci d'avoir été bienveillants, à mes collègues bordelais, merci pour votre patience et à mes équipes bordelaises, bravo pour l'autonomie acquise et merci pour la charge supplémentaire de travail assumée.