

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

**Intervention de Claude Gilbert pour la session du
17 novembre après-midi
sur les politiques publiques et la santé**

**Proposition émanant du Conseil Scientifique et du
Comité d'orientation Stratégique de l'IReSP
(texte de Fred Paccaud)**

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

- *Au sujet de la relation entre politique publique et santé publique, on aurait pu « faire un rêve » :*
- Aborder plus ouvertement la question de la santé publique, des raisons quasi-structurelle de sa « faiblesse » voire de « sa défaite » en France (domination récurrente des sciences bio-médicales, faiblesse tout aussi récurrente des disciplines, des multiples structures porteuses de la santé publique...)

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

- *Au sujet de la relation entre politique publique et santé, on aurait pu « faire un rêve » :*
- Relier plus étroitement la question de la santé publique à la question des risques collectifs, de la sécurité sanitaire, etc, avec un véritable transdisciplinarité
- S'attacher à la façon dont se structure, pourrait se structurer un large domaine de la santé publique, intégrant anciens et nouveaux domaines de compétences, fonctionnements en routine et fonctionnements en urgence

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

- *Au sujet de la relation entre politique publique et santé, on aurait pu « faire un rêve » :*
- Se questionner pourquoi les grandes « crises » brusques ou rampantes (avec remise en question des capacités, de la légitimité des autorités -notamment sanitaires-, des experts scientifiques) se développent principalement dans secteur de la santé publique
- Se questionner pourquoi, aujourd'hui le politique, dans ses différents états, croise de plus régulièrement les questions de santé publique (avec focalisation des mobilisations sociales sur ce point, avec « vigilance » des autorités à l'égard des « risques de crises »)

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

- *Au sujet de la relation entre politique publique et santé, on aurait pu « faire un rêve » :*
- Mais il a semblé préférable aux membres du conseil scientifique de l'IReSP
 - de « laisser rêver » les autres intervenants qui, de diverses façons et de manière parfois très vive, ont déjà introduit ces questions dans le débat public
 - de demander à un de ses membres, Fred Paccaud, de l'Université de Lausanne, d'introduire un questionnement sur **politiques publiques et santé** suffisamment raisonnable (pour être pris en compte) et suffisamment décalé (pour changer l'approche).

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

→ En Europe, la santé est une affaire d'Etat depuis le 19ème siècle.

→ Dans ce sens : la santé des populations et la santé des individus sont devenus des objets de la politique moderne.

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

→ Au cours du 20ème siècle, l'évolution des politiques de santé a été profondément marquée par le développement de la santé comme un secteur économique.

→ Trois éléments au moins dominant :

-la forte croissance des personnels de santé (en nombre, en diversité et en spécialisation),

-le développement des industries sanitaires (produits pharmaceutiques, appareillage médicaux)

- le développement des systèmes assuranciers, privés ou publiques, prélevant les ressources et finançant les activités du secteur sanitaire.

Colloque de l'IRESP, 17 et 18 novembre 2008

- Actuellement, deux domaines figurent dans l'agenda de la recherche :
- Les groupes de pression et leur impact, direct et indirect, sur la santé
- La gestion politique de la prise de risque et du principe de précaution

Colloque de l'IRESP, 17 et 18 novembre 2008

→ Dans le futur, deux grands domaines des politiques publiques pourraient bénéficier de programmes de recherche lancés aujourd'hui :

→ Les migrations

→ Le vieillissement.

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

→ *Groupes de pression*

→ Historiquement, le développement de la santé publique a été le fait de lobbys constitués par les premiers professionnels de la "population médecine" (Chadwick, Virchow, Villermé, etc.).

→ L'ambition et l'impact de ces lobbys se sont réduits au fur et à mesure que les lobbys issus des différents secteurs économiques de la santé se sont développés (comme les syndicats des professionnels des soins, les industries pharmaceutiques ou les payeurs assuranciers)

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

Groupes de pression

- Certains lobbys sont à la marge du secteur de la santé, mais ont un impact direct (et parfois majeur) sur la santé publique (cigarettes, industrie alimentaire...)
- Plus récemment se sont constitués des lobbys d'usagers (association de patients p.ex.), de consommateurs ou de mouvements socioculturels (groupes homosexuels p.ex.).

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

Groupes de pression

→ La nature, le fonctionnement et l'impact de ces différents groupes de pression sont mal documentés, de même que leurs interactions (synergie ou antagonisme).

→ Ces groupes de pression, en raison de leur influence (potentiellement) forte et parfois déterminante, devraient être systématiquement étudiés en tant que partenaires du système de santé.

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

→ *Gestion politique de la prise de risque et du principe de précaution*

→ Ce problème est bien présent dans les nombreux conflits qui agitent les sociétés européennes.

→ Mais les relations entre les façons dont différents domaines de la gestion du risque et de la précaution sont encore obscures.

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

→ *Gestion politique de la prise de risque et du principe de précaution*

→ On connaît p. ex mal la gestion des risques médicamenteux et ses rapports avec la gestion de l'ensemble des risques

→ Savoir si ces gestions des risques sont fondées sur une idéologie commune ou si, au contraire, elles résultent d'un bricolage local, paraît être question de recherche intéressante.

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

→ *Migrations*

→ Dans les années à venir, le secteur de la santé sera massivement affecté par les migrations et les politiques migratoires qui les encadrent.

→ Pour une part, cette implication concerne une modification des besoins de santé liée aux migrants.

→ Il s'agit d'un problème classique de médecine sociale mais d'une ampleur sans précédent en raison des disparités sociales, culturelles et économiques des immigrants par rapport aux pays d'immigrations. (L'Europe du Sud n'est plus un bassin d'émigration, le déficit démographique s'y étant installé, de façon souvent plus prononcée qu'au Nord de l'Europe).

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

→ *Migrations*

→ D'autre part, les politiques d'immigrations détermineront l'emploi dans le secteur de la santé.

→ Le personnel étranger est constamment présent depuis la Deuxième Guerre mondiale.

→ A moyen terme, l'Afrique du Nord va devenir la principale origine des immigrants en Europe, peut-être avec d'autres régions (Afrique sub-saharienne, sous-continent indien).

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

→ *Migrations*

→ Pour le système de santé, le changement de provenance pose surtout le problème de la formation de ce personnel :

→ Jusqu'à présent, les pays développés ont cherché un personnel déjà formé (p. ex. les infirmières) dans d'autres pays développés.

→ Cela va disparaître : il s'agira désormais d'aller chercher des personnes non formées dans des pays n'ayant pas les moyens de les former.

→ C'est donc le pays d'immigration qui devra offrir la formation professionnelle adéquat (Plusieurs expériences sont en cours, par exemple dans le cadre d'accords de coopération avec les pays d'émigration).

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

→ *Migrations*

→ Autre élément : la vive concurrence entre pays développés, qui seront tous demandeurs d'immigrants jeunes :

→ Cette concurrence s'exercera également entre les secteurs économiques, par exemple entre les secteurs des soins, de l'éducation et de l'administration.

→ Dans ce contexte, l'attractivité des pays d'accueil et des secteurs économiques deviendra un élément-clé, avec des arguments portant sur les salaires, la pénibilité et les perspectives de carrière.

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

→ *Le vieillissement*

→ Le vieillissement de la population est un problème de santé publique dans la mesure où il induit une crise d'adaptation des ressources.

→ Les changements démographique et épidémiologique suscitent des besoins auxquels le système de santé ne répond pas encore.

Colloque de l'IReSP, 17 et 18 novembre 2008

→ *Le vieillissement*

→ Il existe une relation entre les politiques publiques d'aide aux personnes âgées (systèmes de pension) et les systèmes de financement des soins (caisses maladies).

→ Ces systèmes de transfert intergénérationnels sont largement basés sur le revenu.

→ Ils pourraient évoluer vers des systèmes dans lesquels le capital (et non plus seulement le revenu) serait sollicité pour financer les systèmes de sécurité sociale et la prise en charge des maladies.

Politiques publiques et santé

**La politique de recherche biomédicale
et en santé :**

**le point de vue du Ministère chargé de
la santé**

Plan

- **Le contexte : la stratégie nationale de recherche et d'innovation lancée par le gouvernement**
- **Faire jouer au ministère chargé de la santé son rôle dans le paysage de la recherche**
- **Séparer les trois fonctions de la recherche et leur donner un contenu :**
 - ◆ la fonction d'orientation
 - ◆ la fonction de programmation
 - ◆ la fonction d'opération

Conclusions et perspectives

Le contexte : la stratégie nationale de recherche et d'innovation (1)

- **Stratégie nationale de recherche et d'innovation décidée par le Conseil des ministres le 3 septembre**
 - ◆ Objectifs
 - dégager une vision d'ensemble des défis à relever
 - établir des priorités
 - mettre en cohérence l'action de tous les acteurs
 - allouer au mieux les financements publics
 - veiller au continuum recherche fondamentale - innovation

- **1^{ère} édition SNRI pour la période 2009-2012**
 - ◆ démarrée en octobre 2008
 - ◆ remise du document en mars 2009

Le contexte : la stratégie nationale de recherche et d'innovation (2)

■ Trois types de défis retenus par le comité de pilotage :

1. défis sociétaux et économiques (dont santé et risques) :

- **santé** : *organiser la recherche autour des menaces sanitaires (telles les maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes), des priorités de santé publique (vieillesse, santé mentale, maladies chroniques, pathologies liées aux comportements et aux facteurs environnementaux, inégalités de santé, soins palliatifs, prévention...).*
- **risques** : *comprendre et gérer les nouvelles formes de l'insécurité, risques sanitaires, technologiques et environnementaux : toxicologie, éco-toxicologie, (...)*

Le contexte : la stratégie nationale de recherche et d'innovation (3)

2. défis de connaissance pluridisciplinaires, dont :

- **sciences du vivant***
- **sciences et technologies innovantes autour de la matière et des matériaux***
- **l'homme et la société face aux changements globaux***

3. défis d'organisation du système de recherche et d'innovation, dont :

- **espace européen de la recherche***
- **recherche - innovation - société***
- **infrastructures de recherche et plateformes**

Groupes de travail :

- par défis de type 2 et 3
- avec parties prenantes (cf. Grenelle)

Faire jouer au ministère chargé de la santé son rôle dans le paysage de la recherche

- Définir les besoins de connaissances en vue d'éclairer les politiques publiques de santé
- En déduire les orientations de la recherche biomédicale et en santé utiles au ministère
- Etre particulièrement attentifs aux dimensions :
 - ◆ recherche clinique
 - ◆ recherche en santé publique
 - ◆ articulation SdV-SHS
 - ◆ relations avec monde industriel
 - ◆ ...

Séparer les trois fonctions de la recherche et leur donner un contenu (1)

- **Fonction d'orientation**
- **Fonction de programmation**
- **Fonction d'opérateur (p.m.)**

La fonction d'orientation

- **C'est la vision du devenir du système, la définition des grands objectifs et des budgets utiles à leur réalisation, globalement et par secteur**
- **L'orientation de la recherche et la définition d'une politique nationale relèvent de la responsabilité du gouvernement, avec un rôle accru du Parlement (dimension démocratique, représentative et participative)**

Une fonction d'orientation renforcée

- **Un renforcement de la fonction d'orientation de la recherche biomédicale et en santé du ministère chargé de la santé**
 - ◆ Définition de priorités
- **Coordonner une politique de recherche intra-directions au sein du ministère de la santé**
 - ◆ Les outils
 - Comité d'orientation de la recherche biomédicale et en santé (COMIOR) décidé par ministre, installé en mars 2008, présidé par le Pr Houssin
 - Un document d'orientation en 2 étapes
 - Le constat et les propositions (2008)
 - L'élaboration des priorités (2010)

Les étapes de la construction d'une fonction d'orientation

- **Consultation large pour identifier les attentes**
 - ◆ attentes de la population
 - ◆ besoins des acteurs
 - ◆ enjeux pour les experts
- **Traduction des questions à la recherche aux questions de recherche**
 - ◆ traduction des enjeux prioritaires en thématiques de recherche prioritaires
- **Evaluation stratégique des priorités de recherche**

La fonction de programmation

- **Traduction des orientations de recherche en**
 - ◆ priorités scientifiques
 - ◆ programmes de recherche
- **Relève de la responsabilité des institutions de recherche, des agences de financements, et de mécanismes ministériels ad hoc (ex. : MIRE, PHRC,...)**
- **Coordination nationale de la programmation par les instituts thématiques de l'INSERM**

La fonction de programmation de l'IReSP

- **Structure d'appui pour la programmation dans le domaine de la recherche en santé publique**
- **Structure de coordination des acteurs et des besoins**
- **Appel à projets 2009 sur les politiques publiques et la santé**
 - ◆ Les groupes de pression et leur impact, direct ou indirect, sur la santé
 - ◆ La gestion politique de la prise de risque et du principe de précaution
 - ◆ Les migrations
 - ◆ Le vieillissement
 - ◆ + *Les inégalités de santé et leurs déterminants (LPSP)*
- **Programme SP de l'ANR...**

Conclusions et perspectives 2009

- **2009, année charnière**
 - ◆ stratégie nationale de recherche et d'innovation
 - ◆ organisation du dispositif
 - ◆ suite rapport AERES (évaluation INSERM et +)
- **2009, année charnière pour ministère chargé santé**
 - ◆ DOCOR
 - ◆ INSERM : cotutelle « stratégique » + prépa plan stratégique et COM
 - ◆ EHESP : mise en œuvre COM
 - ◆ lois HPST (mise en œuvre)
+ PSP (évaluation PSP 1 été 2009 + préparation PSP 2)