

## **BILAN ET PERSPECTIVES (2011-2014) de l'INSTITUT DE SANTÉ PUBLIQUE (ISP/AVIESAN)**

Cher(e)s Collègues,

Après trois ans passés à la Direction de l'Institut de Santé Publique (Institut Thématique Multi-Organismes) de l'Alliance des Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN), et comme convenu de longue date avec le Président Directeur Général d'AVIESAN et de l'INSERM, le Pr André SYROTA, j'ai décidé qu'il était temps de mettre un terme à cette responsabilité, si passionnante soit-elle. Je me félicite qu'avec mon plein accord, le choix de la personne qui me succède à la Direction de l'ISP, se soit porté sur le Pr Geneviève CHENE de l'Université de Bordeaux. Pour avoir collaboré de longue date dans le cadre de cohortes de personnes infectées par le VIH avec Geneviève et pour travailler déjà avec elle dans le Comité d'Experts de l'ISP, dont elle est un membre très actif depuis trois ans, je suis certain qu'elle assurera une totale continuité à l'action entreprise tout en apportant sa propre valeur ajoutée à l'ISP. Je conserve pour quelques semaines encore la direction du Groupement d'Intérêt Scientifique IReSP afin de respecter le fonctionnement de son Comité Directeur et d'assurer la transition auprès des partenaires du GIS mais très rapidement, Geneviève devra cumuler la double fonction de Directrice à la fois de l'ISP et de l'IReSP, comme je l'ai fait moi-même depuis plus de deux ans.

Au cours de ces trois années à la tête de l'ISP, **trois principes ont inspiré mon action**. Chacun d'eux a permis certaines avancées pour la recherche en santé publique (je serai néanmoins bref sur le bilan qui peut être tiré car chacun(e) d'entre vous peut en être juge même s'il ne dispose pas forcément de la totalité de l'information sur les aides apportées à notre communauté scientifique par les équipes de l'ISP et de l'IReSP). J'insisterai plutôt sur ce qui reste à accomplir et surtout sur les difficultés que nous devons nous efforcer de surmonter ensemble à l'avenir.

### **Premier Principe : Refus de tout exceptionnalisme mais reconnaissance de sa spécificité pour la recherche en santé publique.**

Depuis qu'en 1982 j'ai commencé comme économiste à me spécialiser dans le domaine de la santé, j'ai toujours partagé la conception de Philippe LAZAR qui considérait que la santé publique n'était pas en soi une discipline, mais plutôt un champ défini de recherche, celui qui porte sur la santé des populations, qui doit mobiliser un ensemble de disciplines (épidémiologie, biostatistiques et bioinformatique, sciences humaines économiques et sociales-SHES- appliquées à la santé). Dans ma conception et dans ma pratique de chercheur, j'ai toujours considéré que ce champ impliquait de combiner, autant que de besoin, des approches proprement populationnelles avec d'autres qui sont à l'interface directe de la recherche biologique et clinique et qu'il nous donnait des responsabilités particulières pour éclairer les décisions de politique de santé à partir de nos résultats de recherche. C'est pourquoi, la combinaison dans l'ISP d'**un pôle de recherche clinique** (organisé en liens

étroits avec tous les autres ITMOs d'AVIESAN), **d'un pôle proprement santé publique et d'un pôle d'expertise collective** est une chance qu'il nous faut cultiver.

Pendant mes trois années à l'ISP, je n'ai cessé de marteler (conforté en cela par les analyses bibliométriques sérieuses) que contrairement à des idées (fausses) reçues, **la recherche en santé publique dans notre pays est d'excellente qualité et fortement compétitive au plan international**. Elle doit donc pouvoir, sans aucun complexe, se développer dans le cadre des procédures communes à la recherche biomédicale et à la recherche publique en général et n'a nul besoin de revendiquer une quelconque forme d'exception. Cependant, comme tout champ disciplinaire qui ne représente qu'une minorité d'ensembles beaucoup plus larges (la santé publique par rapport à la recherche biomédicale d'une part, les SHES de la santé par rapport à l'ensemble des disciplines généralistes de SHES d'autre part), le risque de marginalisation ne peut être évité que si les procédures communes savent tenir un minimum compte de ses spécificités.

La multiplication des réunions d'animation scientifique commune entre l'ISP et d'autres ITMOs d'AVIESAN (le vieillissement ou l'épilepsie étant deux exemples du dernier trimestre 2013), l'interdisciplinarité illustrée par exemple par le colloque national de l'ISP sur la médecine personnalisée en décembre 2013 ou le fait que le prochain colloque 2014 de l'ISP se fera en collaboration avec l'ITMO Neurosciences sur le thème « sciences cognitives, santé mentale et santé publique ; la reprise dans la Stratégie Nationale de Santé présentée par la Ministre à l'automne 2013 de nombreux éléments proposés par le texte de contribution à la programmation de la recherche élaboré par l'ISP en étroite concertation avec la CSS 9 de l'INSERM ; l'accent mis par le Plan Cancer 3 (2014-2019) sur la lutte contre les inégalités dans la droite ligne du premier colloque national de l'ISP en 2012 sur ce thème ; le rapprochement en cours entre AVIESAN et l'Alliance ATHENA pour les SHES, impulsé notamment par Daniel BENAMOUZIG, sociologue au CNRS et Directeur Adjoint de l'ISP ; le travail, conduit notamment par Robert BAROUKI au titre de l'ISP, pour une réflexion commune entre les Alliances (AVIESAN, ALLENI et ATHENA) sur la recherche en santé/environnement ; le développement des plateformes F-CRIN et E-CRIN en recherche clinique et la reconnaissance à l'occasion de leurs 20 ans d'existence de ce que les Centres d'Investigation Clinique (CIC) sont les premiers contributeurs d'une recherche clinique d'excellence dans notre pays ; la convergence de très nombreux partenaires pour lancer dans le cadre de l'IReSP un appel à projets commun dans le domaine de la prévention primaire avec un accent particulier sur la recherche interventionnelle ; la convergence dans le cadre du Comité d'Interface Sociétés Savantes de Médecine Générale/INSERM pour promouvoir la recherche en soins primaires : **autant de signaux positifs quant à la reconnaissance par la recherche publique en général de la légitimité et des spécificités de la recherche en santé publique**. De même, face aux nécessités de s'adapter aux règles générales de la Fonction Publique en matière d'emploi, nous avons pu faire valoir (en tout cas auprès de l'INSERM et de beaucoup d'Universités) que les recherches en santé publique (études longitudinales ou projets européens notamment) pouvaient justifier, dans des cas bien identifiés, le renouvellement de CDD au-delà de trois ans (pour deux renouvellements d'un an ce qui est le maximum permis par la loi désormais).

Pour autant, la mobilisation de notre communauté devra se poursuivre de façon active **pour les enjeux qui nous attendent en 2014-2015** et notamment pour que :

- la recherche en santé publique dans toutes ses composantes trouve la reconnaissance qu'elle mérite dans le cadre de la **Stratégie Nationale de Recherche en cours d'élaboration** ;
- la formulation de **la programmation européenne de la recherche au travers des défis sociétaux d'Horizon 2020** ne conduise pas à un saupoudrage généralisé d'un peu de santé publique dans de multiples projets mais à des initiatives fortement structurantes (soit propres à notre champ, soit dans une dynamique interdisciplinaire intégrant véritablement la santé publique).

Pour autant, **la vigilance doit s'imposer lorsque certaines décisions ou règles de fonctionnement ignorent de fait les spécificités de notre champ**. J'ai par exemple regretté que la répartition des postes offerts aux concours de chargés de recherches pour 2014 (2 CR1 et 2 CR2) par le Conseil scientifique de l'INSERM corresponde à l'un des étages les plus bas pour nos disciplines et je ne doute pas que dès lors que nous aurons de très bons candidats, les jurys d'admission sauront redresser cette situation (en effet, l'application mécanique d'un ratio nombre de candidats/nombre de postes ne peut avoir de sens selon que la quasi-totalité des candidats en biologie présentent des candidatures concomitantes au CNRS et à l'INSERM ou que, du fait des spécificités de nos disciplines, privilégient un seul EPST ou une seule section du CNU<sup>1</sup>). De même je regrette que la condition d'éligibilité pour le programme ATIP-AVENIR commun au CNRS et à l'INSERM qui consiste à exiger un non-retour dans l'Unité de Recherches où le candidat a passé sa thèse ne soit pas adaptée à la réalité de la structuration de la santé publique où nous poussons au regroupement des équipes dans des entités communes sur chaque site géographique et où les possibilités d'insertion sur le territoire national sont par définition limitées (par comparaison avec la biologie). De même, j'ai fait part à l'ANR de mes inquiétudes quant à son appel à projets 2014 qui excluait de façon ambiguë « certains domaines de la santé publique » au prétexte de l'existence du GIS IReSP qui n'est pourtant en rien comparable avec les capacités de l'ANRS en matière de recherches sur le Sida et les hépatites ou de l'INCA en matière de cancers. Le bilan de la dernière campagne ANR (avec les nouvelles modalités de sélection en deux temps des projets) devrait malheureusement confirmer les difficultés des recherches en santé publique à bien pouvoir se positionner dans le contexte actuel de l'appel à projets unifié de l'ANR. Enfin, je trouve regrettable que la légitime insistance de l'ANR pour favoriser les recherches s'inscrivant dans des partenariats public/privé ne s'étende pas à la promotion de partenariats de la recherche publique avec les organismes de protection sociale et les nombreux acteurs privés à but non lucratif du secteur socio-sanitaire (y compris les associations de patients) qui mériteraient, eux aussi, des dispositifs particuliers de reconnaissance et d'incitations.

A mon sens, **un enjeu central pour les deux années qui viennent sera d'obtenir une clarification du dispositif, trop dispersé, de financement de la recherche en santé**

---

<sup>1</sup> Cela ne doit pas nous détourner de la nécessité d'inciter les candidats de nos disciplines à se présenter à tous les concours pertinents des composantes d'AVIESAN et de ne pas se limiter à un seul.

**public** et une programmation mieux coordonnée entre l'ensemble des partenaires (ANR, Ministères, Agences Sanitaires, Organismes de Protection Sociale, Fondations etc.). Un élément-clé de ce dispositif unifié devrait être **un Appel à Projet Translationnel « aval », c'est à dire centré sur la recherche en santé des populations et sur les services de santé**, qui serait à la santé publique l'équivalent de l'AAP translationnel mis en place par l'ANR et la DGOS pour le va et vient entre la biologie et la clinique et dont le financement pourrait bénéficier **conjointement de l'ANR et du Ministère de la Santé**.

**Deuxième principe : L'union fait la force et doit s'étendre à toutes les compétences d'AVIESAN en santé publique.**

Au cours de ces trois années, j'ai pu vérifier au quotidien que la convergence de l'ensemble des composantes concernées dans notre communauté scientifique est la condition nécessaire pour faire avancer les objectifs de la santé publique, et qu'à l'inverse les querelles de chapelle (internes à chaque discipline ou entre disciplines) conduisent inéluctablement à l'échec<sup>2</sup>.

Je me félicite d'être parvenu à **faire travailler étroitement ensemble les équipes d'animation de l'ISP et de l'IRESP** et d'avoir pu organiser la complémentarité systématique entre ces deux structures dans le respect de leurs rôles respectifs (la coordination des acteurs de la recherche publique dans le cadre d'AVIESAN pour l'ISP, la concertation entre ceux-ci et les décideurs de la santé publique et de la protection sociale pour l'IRESP). Je le dois à la clairvoyance de l'équipe fondatrice de l'IRESP, le Pr Alfred SPIRA et Nathalie DE PARSEVAL, qui dès mon arrivée ont souhaité et permis ce rapprochement. La complémentarité ISP/IRESP doit absolument être préservée quelles que soient par ailleurs les évolutions qui interviendront dans le paysage institutionnel d'ensemble de la recherche. Cette complémentarité a facilité les collaborations de l'ISP avec les autres ITMOs et les autres Alliances, déjà évoquées au paragraphe précédent. Elle a favorisé le succès des **grandes cohortes** épidémiologiques de populations et de patients sélectionnées dans le cadre des Investissements d'Avenir (IA) **et la mutualisation des échanges et des efforts entre celles-ci**. En parallèle, l'ISP a pu recenser les besoins de financement des autres cohortes épidémiologiques et cliniques en cours dans notre pays (plus d'une centaine hors IA) et apporter, dans la mesure de ses moyens limités, un soutien financier à 25 d'entre elles en 2012 ou 2013.

De fait, **les exemples des vertus de la mutualisation et de l'action collective organisée pour la recherche en santé publique** n'ont pas manqué au cours de ces trois ans : coordination entre l'action de l'ISP en faveur des réseaux thématiques des CIC et celle de F-CRIN pour la mise en place de nouveaux réseaux de recherche clinique ; développement du Portail Epidémiologie France en partenariat avec les entreprises du médicament (LEEM) qui recense désormais plus de 500 bases de données en santé d'origine publique ou privée (hors essais cliniques) ; rapprochement des équipes pour constituer des centres de recherche

---

<sup>2</sup> Cette remarque ne concerne bien sûr pas le débat scientifique proprement dit. A mon sens, plus celui-ci est vif, actif et sans concessions dans chaque discipline et entre celles-ci, mieux la science se porte.

labellisés en santé publique conjointement par l'Université et l'INSERM (et selon les cas d'autres partenaires d'AVIESAN comme l'INRA ou l'INRIA) avec des progrès significatifs en Ile-de-France de ce mode de structuration expérimenté avec succès depuis longtemps à Bordeaux grâce à notre collègue le Pr Roger SALAMON ; nombre croissant d'équipes universitaires de santé publique se présentant avec succès à la labellisation INSERM ; développement du partenariat des équipes de SHES de la santé avec l'INED d'une part et l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales d'autre part ; extension du champ des disciplines de SHES représentées à l'INSERM (en particulier droit et santé) ; en matière d'éthique, ouverture, grâce à l'action de sa Présidente le Dr Christine DOSQUET, aux équipes CNRS du Comité d'Evaluation Ethique de l'INSERM (CEEI) accrédité internationalement pour donner des avis d'Institutional Review Board (IRB) sur les projets de recherche, appui aux projets déposés à l'Europe sur les aspects éthiques grâce à la plateforme Genotoul dirigée par le Dr Anne CAMBON-THOMSEN, et désormais articulation étroite avec les réflexions du Comité d'Ethique de l'INSERM dont l'action a pu être relancée sous la présidence d'Hervé CHNEIWEISS Directeur de Recherches au CNRS ; collaborations dans les procédures d'expertise collective entre l'INSERM, l'INRA et l'IRD ; etc.

Cependant, **les domaines demeurent nombreux où des progrès peuvent et doivent être obtenus à l'avenir par une action coordonnée à laquelle l'ISP contribue :**

- La question du traitement des big data, de l'open data et de l'accès aux bases de données médico-administratives (SNIIRAM, PMSI, EGB etc.) est cruciale pour la compétitivité internationale future non seulement de la recherche en santé publique mais de toute la recherche biomédicale. L'ISP a pu faire valoir le point de vue de la recherche publique pour un accès simplifié et facilité dans le respect des droits de l'individu dans le cadre des débats en cours (rapport sur le sujet de PL BRAS, Commission Open Data mise en place par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé). Une concertation européenne a été amorcée notamment à l'occasion d'un atelier de réflexion ISP/Wellcome Trust en janvier 2014 et une action entreprise pour que les évolutions de la réglementation européenne sur la protection des données personnelles ne soit pas défavorable aux besoins de la recherche. Il reste à concrétiser les modifications législatives ou réglementaires (notamment sur l'usage du NIR pour les appariements de données). Surtout, il faut réussir dans la mise en place d'un **dispositif logistique national commun à toute la recherche publique pour l'accès aux bases de données médico-administratives** et je me félicite de ce que le Pr Anita BURGUN ait accepté de coordonner ce projet au titre de l'ISP. En complément, il serait hautement souhaitable que les équipes de recherche puissent parvenir à une réponse coordonnée aux sollicitations des Agences Sanitaires sur ces sujets (par exemple à celle de l'ANSM en matière de recherche en pharmaco-épidémiologie et sur le bon usage des médicaments).
- En dépit des succès remportés à l'occasion des IAs, la question de la **pérennité des financements des études de cohortes comme des grandes enquêtes santé** en

population ou en direction des professionnels de santé (en particulier des professions médicales et paramédicales de première ligne) reste posée et sa résolution suppose une prise de conscience des pouvoirs publics et des solutions innovantes permettant de réelles économies d'échelle.

- Cela va sans dire que la coordination des informations et des projets impliquant des équipes françaises en santé publique sera la clé d'un bon taux de succès aux **appels à projets Horizon 2020** de l'Union Européenne. De même, l'ISP se doit de faciliter et mieux soutenir encore les candidatures de nos disciplines aux **appels du Conseil Européen de la Recherche (grants ERC)** où le nombre de nos candidats et leur succès sont notoirement insuffisants. La mobilisation sur ce point est d'autant plus nécessaire que la structuration actuelle des panels de l'ERC constitue pour nous un handicap indéniable (panel LS 7 associant la santé publique à la recherche sur les outils diagnostiques, les thérapeutiques et les biotechnologies ; difficulté à positionner le domaine santé dans le cadre des six panels Social Sciences & Humanities). De plus, des partenariats entre le **programme ATIP-AVENIR** et des organismes de protection sociale, sur le modèle de ce qui se pratique déjà avec l'industrie, pourraient contribuer à mieux établir la place des disciplines de santé publique dans cet appel important pour les jeunes chercheurs et l'émergence de nouvelles équipes.
- L'ISP a fait le constat que dans certains champs de nos recherches, il ne sera pas possible d'atteindre une masse critique suffisante au travers de la seule structuration coordonnée des équipes sur les différents sites et que la coopération doit prendre la forme de **réseaux inter-sites ou nationaux**. Je me félicite de ce qu'il soit désormais possible, grâce à AVIESAN, d'associer d'autres EPST et Universités aux **Groupements de Recherches (GDR)** promus par le CNRS. Le GDR peut en effet constituer une forme souple pour structurer en réseau l'animation de la recherche, notamment en SHES de la santé. Une première expérience devrait rapidement se concrétiser avec la mise en place d'un GDR CNRS/INED/INSERM/Universités pour la recherche en Démographie et socio-économie du vieillissement. Un autre devrait suivre pour l'évaluation biostatistique et économique des innovations en médecine dite personnalisée. Plusieurs autres seront sans doute nécessaires et utiles.
- L'avenir de la recherche en santé publique passe aussi par **l'élargissement des applications des SHES à la santé**. Le périmètre actuel de la CSS 9 de l'INSERM qui inclut un nombre significatif de spécialistes de ces disciplines a donné un signal encourageant. La **possibilité**, désormais acquise, **que des laboratoires généralistes de SHES des Universités et des EPST** (à commencer par le CNRS) **puissent également bénéficier d'une cotutelle INSERM**, dès lors qu'ils structurent en leur sein un axe ou une équipe centrée sur la santé, constitue une avancée qui pourra, je l'espère, se concrétiser dès 2014. Ces développements

passent par la construction d'un consensus rapprochant les cultures des différentes disciplines de santé publique en matière d'évaluation de la recherche : les SHES ont raison d'insister sur le fait qu'une analyse bibliométrique purement quantitative peut être mystificatrice (et même générer des effets pervers à long terme sur l'originalité et la qualité des recherches) et que la bibliométrie doit être « adaptée » aux spécificités de chaque discipline (plus grand nombre de revues mais à lectorat plus spécialisé et limité en SHES, importance des ouvrages, etc.) ; à l'inverse, les autres disciplines ont raison de souligner que ces arguments légitimes ne doivent pas servir de prétexte pour renoncer à publier nos résultats dans les meilleures revues internationales. Toutes ont raison de souhaiter que la valorisation sociale des recherches en santé publique (leur impact sur la politique de santé) soit reconnue au même titre que la valorisation économique et industrielle. Les Alliances constituent à mon sens un cadre favorable pour aboutir à un tel consensus sur des critères d'évaluation bien adaptés aux spécificités de la recherche en santé publique dans toutes ses composantes.

- L'ISP s'est efforcé de contribuer à l'ouverture internationale de la recherche en santé publique (par exemple avec les Helmholtz en Allemagne, l'University College London, le Fonds de Recherche en Santé du Québec, l'École de Santé Publique de l'Université de Columbia New-York, le MRC britannique). Il faut néanmoins que les équipes de nos disciplines s'emparent mieux encore à l'avenir des **outils mis à leur disposition par les Alliances pour la coopération internationale** (groupe AVIESAN-Suds, représentation commune d'AVIESAN à Bruxelles, dispositifs de Laboratoires Internationaux Associés du CNRS ou de l'INSERM, etc.). Il faut aussi ouvrir le chantier d'une **meilleure coordination de la présence de la recherche française et francophone dans les organisations internationales** en charge de la santé globale (OMS, Fonds Mondial, Banque Mondiale, instances européennes, etc.)

### **Troisième principe : Augmenter l'impact de nos recherches sur la décision publique et la politique de santé et à cette fin, être « au-dessus de tout soupçon ».**

Dans son document stratégique remis aux pouvoirs publics comme contribution à la Stratégie Nationale de Santé et à la Stratégie Nationale de Recherche, l'ISP a partagé le diagnostic que la situation française se caractérisait par un retard important dans les politiques de santé "fondées sur la preuve" (evidence-based policy).

Dans la mesure de ses possibilités, l'ISP s'est efforcé que **les résultats de recherches soient mieux pris en compte dans l'élaboration en amont et l'évaluation en aval des politiques publiques**. Nous avons contribué à faire évoluer le fonctionnement du Comité National des Registres vers un rôle d'instance indépendante d'évaluation scientifique (levant ainsi l'ambiguïté sur les rôles de l'InVS et de l'Inserm vis-à-vis de la présidence du CNR et de son secrétariat scientifique et de leur rôle de financeur des registres). Le calendrier et les modalités des Expertises Collectives conduites sous l'égide l'INSERM ont été adaptés, autant que de besoin, pour que leurs recommandations soient mieux en phase avec les débats

parlementaires et avec l'élaboration des politiques gouvernementales (avec, selon moi, un impact significatif sur des sujets comme les effets des pesticides sur la santé, la lutte contre les inégalités en matière de nutrition et santé, les conduites d'addiction chez les jeunes ou la prise en charge des handicaps rares, etc.). Un Comité de Concertation se met en place avec les principaux commanditaires d'expertise collective pour mieux planifier leur programme sur les années à venir. L'ISP s'est aussi efforcé d'augmenter la réactivité des équipes de santé publique aux demandes exprimées par les pouvoirs publics sans, pour autant, sacrifier les exigences de rigueur méthodologique indispensable à la qualité de la recherche (par exemple pour le plan chlordécone, le suivi des victimes du Mediator, l'évaluation de l'expérimentation de la vente à l'unité des antibiotiques, la pharmacovigilance, la préparation avec l'ITMO Microbiologie & Maladies Infectieuses de la réponse à de futures crises épidémiques, le rapport commun avec l'Agence de Biomédecine pour le Parlement sur la recherche en matière de reproduction, etc.).

Il existe déjà de multiples canaux de **collaboration entre les équipes d'AVIESAN et les Agences Sanitaires** (conventions-cadre dans le cadre des contrats d'objectifs des agences, participation de personnels AVIESAN aux instances d'expertise des agences, subventions de recherche financées par celles-ci, tutelle partagée sur certaines structures combinant des fonctions de recherche et de surveillance sanitaire comme les Registres, etc.). Il serait cependant souhaitable d'établir des mécanismes structurels de coopération permettant de mieux adosser encore les Agences sur la recherche en santé publique. Parmi ces mécanismes, on peut envisager le développement de « contrats d'interface » permettant à des personnels AVIESAN de consacrer une part de leur temps à une activité interne à une Agence<sup>3</sup>, la possibilité pour des personnels relevant des Agences et contribuant significativement à la recherche de figurer sur les profils de laboratoires labellisés par une ou plusieurs composantes d'AVIESAN, des partenariats pluriannuels pour des plateformes logistiques communes, etc.

J'assume totalement, et avec fierté, qu'au cours de ces trois années, l'ISP ait promu les **partenariats entre la recherche en santé publique**, qui y était moins accoutumée que d'autres secteurs de la recherche biomédicale, **et l'industrie** (avec notamment des journées annuelles de rencontre entre les investigateurs des cohortes et les partenaires industriels organisés avec le LEEM et l'Alliance pour la Recherche et l'Innovation des Industries de Santé- ARIIS et le développement du Portail Epidémiologie-France déjà mentionné plus haut). Ces développements supposent une totale transparence et des modalités contractuelles qui garantissent l'indépendance des équipes de recherche. La collaboration avec INSERM Transfert, et l'action du Dr Sylvain DURRLEMAN qui a mis bénévolement son savoir-faire acquis dans l'industrie au service du Comité d'Experts de l'ISP, ont beaucoup aidé à créer ces conditions favorables.

Sur le fond, la poursuite des objectifs, tous deux indispensables, de promouvoir l'innovation au travers des partenariats public/privé d'une part, d'augmenter l'impact de la recherche

---

<sup>3</sup> Quelques contrats de ce type, sur le modèle de ceux, plus nombreux, passés avec les établissements hospitaliers ont existé. Le mécanisme des contrats d'interface se heurte aujourd'hui à des difficultés juridiques d'interprétation qu'il faudrait aplanir au plus vite.



publique sur les décisions affectant la santé des populations d'autre part, crée inévitablement des tensions et nécessite des arbitrages difficiles. A mon sens, **la recherche en santé publique**, du fait de l'implication directe de ses résultats pour la politique de santé, **se doit d'être exemplaire pour éviter que les liens d'intérêt, suscités inévitablement par le partenariat avec les acteurs économiques et sociaux, ne se transforment pas en conflits d'intérêt** et n'interfèrent pas avec le contenu des recherches ; et, il est « normal » que la société et les pouvoirs publics soient encore plus exigeants à notre égard qu'ils ne le sont dans d'autres domaines. Des polémiques récentes m'ont conduit à proposer, avec l'accord unanime du Comité d'experts de l'ISP, qu'à l'avenir, les chercheurs en santé publique s'engagent non seulement à respecter les obligations que leur impose de toute façon leur appartenance à la Fonction Publique (autorisation de cumuls de revenus, déclaration exhaustive des liens d'intérêt pour toute participation à des instances d'évaluation scientifique ou d'expertise des agences sanitaires, etc.) mais s'engagent à **aller plus loin en s'abstenant de tout lien financier personnel avec le secteur privé à but lucratif** et en faisant passer tout lien d'intérêt contractuel par l'intermédiaire de leurs organismes de tutelle. Il appartient désormais à la nouvelle Directrice de l'ISP de préciser le contenu d'une charte déontologique sur les liens et conflits d'intérêt en santé publique à laquelle chacune et chacun serait libre d'adhérer et de veiller à ce que les tutelles fassent à l'avenir de l'acceptation des engagements de cette charte une condition nécessaire pour pouvoir exercer des responsabilités de direction d'unité ou de centres de recherche dans notre domaine.

S'ils sont nécessaires les engagements éthiques et déontologiques ne sont pas suffisants pour renforcer la crédibilité de l'expertise appuyée sur l'évidence scientifique en santé publique. Cette crédibilité passe, à mon sens, par des avancées dans deux directions :

- L'une (qui ne dépend pas principalement des chercheurs) consiste à organiser **des procédures d'aide à la décision organisant le pluralisme de l'expertise** et le débat contradictoire et de garantir leur légitimité aux yeux de tous les acteurs concernés ;
- L'autre (qui est de notre responsabilité directe) consiste à **développer des méthodes** et approches **scientifiques permettant de faire la synthèse des connaissances** aux fins d'aide à la décision (méta-analyse, analyse coût-bénéfice, modélisations, méthodes multi-critères, etc...).

Au moment de me consacrer de nouveau à plein temps à l'enseignement et à la recherche (et notamment aux recherches qui me tiennent particulièrement à cœur dans les pays du Sud), je n'ai qu'un seul regret : celui que ce choix réduira mes interactions avec l'équipe fantastique avec laquelle j'ai eu la chance de travailler étroitement durant ces trois ans, avec tous les membres du Comité d'Experts de l'ISP qui n'ont ménagé ni leur énergie ni leur temps et plus généralement avec toute notre communauté que j'ai appris à mieux connaître dans le détail. Merci infiniment à Archana Singh-Manoux, Daniel Benamouzig et Rodolphe Thiébaud mes Directeurs Adjointes à l'ISP et à l'IRESP, à Claire Levy-Marchal, Marie-Christine Lecomte et Charles Persoz, les responsables des trois pôles de l'ISP, à Claire-Isabelle Coquin qui a eu la lourde tâche de succéder à Nathalie de Parseval comme secrétaire générale de l'IRESP, à toute l'équipe de l'ISP et de l'IRESP avec une pensée particulière pour Claudia Patrizio et Wanida

Pellegrin sans lesquelles je n'aurai pu gérer mon quotidien de responsable de l'ISP. Je sais que nous trouverons d'autres opportunités de travailler ensemble.

Merci à toutes et tous et bon vent à l'ISP et à sa nouvelle Directrice.

Marseille, le 17 Février 2014.