

Projet stratégique

2017
2019



DGS

Direction générale de la santé



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Projet stratégique

2017

2019



© Gilles Cohen

Benoît Vallet



© Jacky Frenoy

Anne-Claire Amprou

Mot du directeur général et de la directrice générale adjointe

Coïncidant avec le 60^e anniversaire de la direction, ce projet stratégique a pour objet d'adapter et de prioriser le pilotage de la DGS en matière de protection et promotion de la santé dans le cadre des enjeux définis par la stratégie nationale de santé et des mesures législatives portées par la loi de modernisation de notre système de santé. Pour cet anniversaire, trois enjeux, neuf orientations et soixante actions prioritaires vous sont présentés dans ce document.

En premier lieu, il nous a semblé essentiel de renforcer notre capacité à inscrire la DGS en complémentarité des enjeux liés à l'offre de soins et à l'offre médico-sociale. Notre action sur les déterminants environnementaux et comportementaux de la santé ne doit pas nous faire oublier que les services et les professionnels de santé sont des acteurs de la prévention, mais aussi que la prévention est un élément de la gestion du risque et de soutenabilité de notre système de protection sociale.

En second lieu, l'élaboration de ce projet a été l'occasion de clarifier nos priorités et celles des agences sanitaires, à la fois pour les agences régionales de santé, les professionnels de la santé, les collectivités territoriales, les associations mais également pour le grand public et pour nos partenaires internationaux. Ce point est essentiel pour une direction centrale dont la mission première est de prévoir, adapter et organiser la réponse aux besoins sanitaires qui relèvent de sa compétence.

L'élaboration de ce projet a été aussi un temps d'échanges pour questionner nos pratiques, le sens de notre action, et notre capacité à pouvoir anticiper et répondre à l'évolution des enjeux de santé. Savoir comment combiner au mieux nos ressources et nos compétences, comment mieux mobiliser les expertises des agences sanitaires et comment se saisir des nouvelles opportunités offertes en matière d'interventions de santé aura guidé nombre des actions proposées dans ce document.

Nous tenons à remercier ici très sincèrement l'ensemble des équipes de la DGS, les directions du ministère, le Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales, les agences et les hautes autorités sanitaires pour leur participation et leur investissement dans ce projet ainsi que toutes les personnes qui nous ont fait l'honneur de leur relecture et analyses critiques.

Sommaire

Présentation de la Direction générale de la santé	__7
Contexte	__9
Enjeu 1 __Investir collectivement dans la promotion de la santé et la prévention	__11
Enjeu 2 __Garantir la sécurité et la qualité des pratiques et des soins	__18
Enjeu 3 __Améliorer la gestion des risques sanitaires, environnementaux et alimentaires	__25
Adapter nos stratégies transversales au service des enjeux de santé	__33
Tableau synoptique	__48
Sigles	__52

Présentation de la DGS

— Les missions de la DGS

La Direction générale de la santé élabore la politique de santé publique et contribue à sa mise en œuvre. Quatre objectifs structurent ses missions.

LE PANORAMA DES RESSOURCES HUMAINES EN 2015

308 collaborateurs :
- 4,9 % par rapport à
2014

78 % de catégorie A

8 % de catégorie B

14 % de catégorie C

30 arrivées et **46** départs

Taux de mobilité interne : **97 %**
(contre 41 % en 2014)

Taux de féminisation : **70 %**
(78 % pour l'encadrement supérieur)

Âge moyen : **46 ans**

QUATRE OBJECTIFS

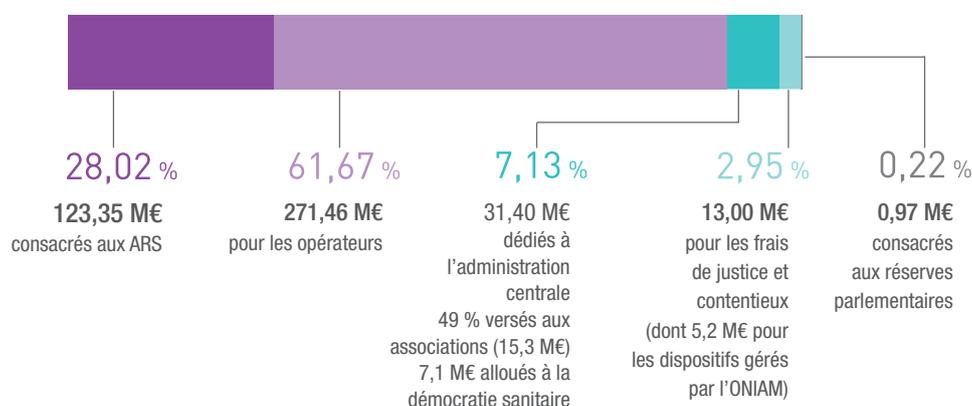
— **Préserver et améliorer l'état de santé de la population** : favoriser l'information et l'éducation en santé ; agir sur les déterminants comportementaux (pratiques addictives, nutrition...) et environnementaux pour éviter les pathologies chroniques ; prévenir les maladies infectieuses (politique vaccinale, IST-VIH, hépatites...) et les risques liés aux soins ; promouvoir la politique de recherche biomédicale et en santé...

— **Protéger la population des menaces sanitaires nationales ou internationales** : préparer le système de santé à détecter et analyser les signalements d'événements pouvant avoir un impact sanitaire ; favoriser la déclaration de ces événements par les professionnels de santé ou les usagers ; informer les populations des risques sanitaires ; assurer la gestion des situations d'urgence ou de crises sanitaires...

— **Garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé** : agir pour réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé ; défendre les droits des personnes malades et des usagers ; encourager leur participation à la politique de santé et à son fonctionnement ; assurer le respect des règles de déontologie et la prévention des conflits d'intérêts ; garantir la sécurité des soins et la qualité des pratiques professionnelles, des recherches biomédicales et des produits de santé...

— **Coordonner, animer et impulser** : assurer la tutelle des agences sanitaires ; participer au pilotage des Agences Régionales de Santé (ARS) et à l'animation du réseau de partenaires pour coordonner et mener à bien ses missions ; définir, impulser et soutenir la position française lors de l'élaboration des textes ou l'examen des questions de santé ou de sécurité sanitaire au sein des instances européennes comme internationales ; participer à la promotion des programmes de recherche en santé publique ; assurer l'information, la sensibilisation et la communication sur les thématiques de santé publique...

UN BUDGET DE 440 MILLIONS €



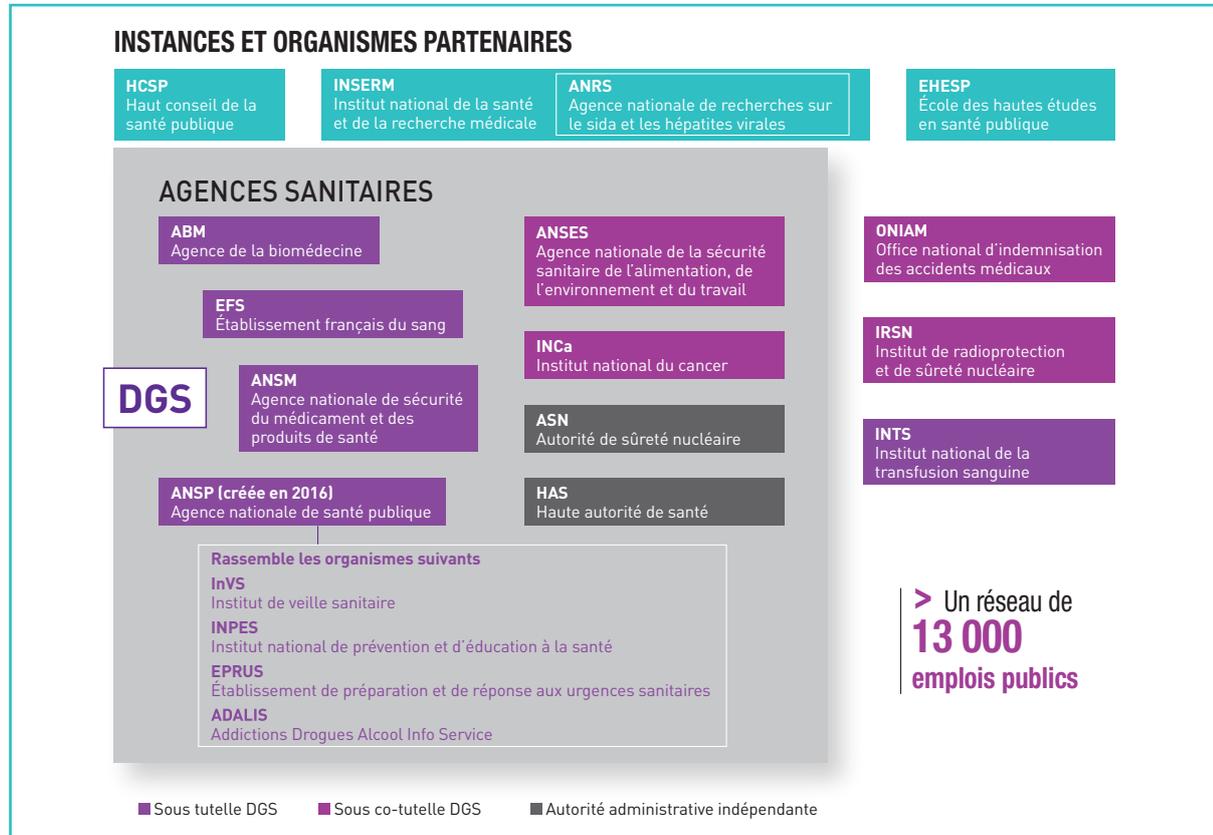
La DGS au sein du ministère des Affaires sociales et de la Santé

La mise en œuvre des objectifs de la DGS se fait en collaboration et complémentarité avec les différentes entités du ministère.

ENTITÉS	MISSIONS
SGMCAS	Pilotage stratégique des directions et délégations transversales aux ministères sociaux. Coordination des directions supports*
DGS	Conception, pilotage stratégique de la mise en œuvre de la politique de santé publique en lien avec les ARS et les agences nationales
DGOS	Conception, pilotage stratégique et animation de l'offre de soins (hôpital – ville), en lien avec les ARS, les opérateurs (Anap, ATIH, CNG) et la Cnam-TS
DGCS	Conception, pilotage et évaluation des politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité favorisant la cohésion sociale
DSS	Élaboration et mise en œuvre de la politique relative à la sécurité sociale : assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite, famille, dépendance, financement et gouvernance
Drees	Doter les ministères, les services déconcentrés ainsi que les établissements, organismes et agences sanitaires et sociales d'une capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation sur leur action et leur environnement
Igas	Corps de contrôle interministériel du secteur social, l'Igas contrôle, audite ou évalue des structures et des politiques, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à des projets

* DRH – DAFJS – DSI – DAJ – Dicom – DAEI – DSSIS

L'environnement institutionnel de la DGS



Dans la conduite de ses missions, la DGS fait preuve d'un engagement reflétant ses valeurs humaines et professionnelles :

- **équité**, car pour lutter contre les inégalités de santé, le principe d'universalisme proportionné s'impose comme façon de penser et de résoudre les problèmes de santé;
- **sécurité**, car c'est une nécessité absolue que chaque environnement de vie, de travail, de soins ne causent pas directement ou indirectement des dommages pour la santé, tout comme l'offre alimentaire, les médicaments, les dispositifs médicaux ou les matériaux du quotidien;
- **coopération**, car l'action sanitaire est par essence un acte de coopération: entre professionnels et patients, entre décideurs, entre citoyens, entre pays;
- **persévérance**, car rétablir un équilibre favorable à la santé nécessite du temps, de la patience et une volonté sans faille face à la complexité et la multitude des intérêts en jeux;
- **loyauté**, car comme toute direction, la DGS est au service d'une politique répondant à des besoins exprimés par la population. Accomplir loyalement sa mission sanitaire c'est le faire sans oublier la finalité de son action et les principes déontologiques et éthiques qui doivent l'accompagner.

Contexte

La stratégie nationale de santé (SNS) a rappelé certains points saillants de notre système de santé dont plusieurs indicateurs se font l'écho : mortalité prématurée évitable encore trop élevée, espérance de vie sans incapacité inférieure à celles d'autres pays comparables, inégalités sociales et territoriales de santé persistantes, importance des maladies chroniques, poids des incapacités, et de façon plus récente, augmentation des difficultés d'accès à certains services de santé et recrudescence du risque d'épidémies infectieuses. Ces évolutions sanitaires pourraient s'accroître en raison du vieillissement de la population et du contexte économique et financier qui impacte négativement plusieurs déterminants sociaux de la santé.

Dès lors, la question se pose du rapport entre les investissements consentis et les effets des interventions sanitaires qui visent à préserver ou à restaurer la santé. Cette question doit être mieux prise en considération, alors que le niveau de dépenses de santé reste élevé et difficile à maîtriser. Chaque orientation, chaque action prioritaire dans le domaine de la santé doit autant que possible faire l'objet d'une évaluation de son efficacité sanitaire, sociale et de son efficacité économique.

Ces quelques éléments de contexte nous invitent à mieux :

1. **anticiper** et se préparer à ce qui va influencer durablement la santé de la population;
2. envisager le champ de la promotion et la protection de la santé comme une ressource aussi au service de la **soutenabilité du système sanitaire**;
3. considérer la santé dans sa **globalité**.

Dans un premier temps, la DGS doit orienter son action et le pilotage des opérateurs afin d'être plus en capacité d'anticiper la réponse aux besoins sanitaires. Cette anticipation découle d'une bonne connaissance de l'évolution des **déterminants de la santé**, qu'ils soient situés dans le système de santé ou dans son environnement. Depuis le milieu des années 1970, on peut considérer que les grands déterminants de la santé sont relativement bien connus et que leurs évolutions s'opèrent lentement, avec parfois des possibilités de bouleversements liés à des innovations. C'est naturellement sur notre modèle d'organisation sociale et économique, dans lequel les innovations techniques et organisationnelles jouent un rôle majeur, que reposent ces déterminants de la santé. L'anticipation doit en toute logique se faire sur les **innovations**: quels impacts sur les modes de vie, de prévention et de soins, quels avantages en retirer, quels impacts économiques, quels inconvénients prévenir ou pallier ?

Deuxième point important découlant de ce contexte: le secteur curatif de notre système de santé ne peut pas à lui seul prendre en charge le poids des maladies chroniques, compte tenu de leurs prévalences et du coût croissant des actes et produits de santé. Le système curatif doit pouvoir bénéficier en amont **d'une politique de protection et de promotion de la santé** parfaitement intégrée dans les parcours de santé portés par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) et qui concourent à la santé de la population dans les territoires. Il est essentiel de pouvoir rééquilibrer ou développer les ressources et compétences dédiées à la protection de la santé (sécurité sanitaire, environnementale, alimentaire et des soins) et à la promotion de la santé, en s'appuyant sur les évaluations qui s'y rattachent.

Enfin, le troisième élément structurant pour le projet stratégique est l'importance de la transversalité, en particulier la priorité donnée à **l'approche intégrée de la santé dans toutes les politiques** qui vise à atteindre « l'état complet de bien-être physique, mental et social » tant promu par l'OMS. Le rapprochement entre la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale (*One health*) permet en outre de donner toute leur place aux questions éthiques, déontologiques et de **responsabilité sanitaire entre pays et entre secteurs d'activité**.

C'est en grande partie sur la base de ces éléments qu'ont été élaborés les trois enjeux de santé et les stratégies transversales présentés dans ce document. **Ce projet stratégique ne constitue pas un programme de travail en tant que tel mais permet d'orienter et de prioriser pour les prochaines années les actions de la DGS et le pilotage des agences sanitaires dont elle assure la tutelle.**

— Enjeu 1

Investir collectivement dans la promotion de la santé et la prévention

Cet investissement est un enjeu exigeant et indispensable au regard des données épidémiologiques disponibles. Il suppose des outils de connaissance et d'évaluation permettant de prendre des décisions de façon éclairée. L'investissement n'est pas que de nature financière, il consiste aussi à mobiliser tous les acteurs dont les interventions peuvent avoir un impact significatif sur la santé et les inégalités sociales et territoriales de santé.

La DGS a un rôle privilégié à jouer pour rendre compréhensible et lisible toute la rationalité des investissements à réaliser.

Pour ce faire, **plusieurs leviers seront utilisés** :

- améliorer la disponibilité des connaissances, et structurer leur présentation avec un haut niveau d'exigence, que ces connaissances soient issues de la recherche ou de l'évaluation des pratiques innovantes, et mobiliser efficacement les expertises, qu'elles soient issues des hautes autorités sanitaires, des agences ou des acteurs de terrain. L'ambition est d'éclairer la décision et le choix des priorités en matière de stratégies et d'interventions sur la base d'une analyse critique rigoureuse de l'ensemble des données disponibles sur leur efficacité et leur impact économique et social ;
- promouvoir une approche intersectorielle entre acteurs institutionnels pour faciliter la convergence des politiques publiques en réponse aux besoins de prévention, de soins et d'accompagnement social ;
- valoriser et accompagner les acteurs non institutionnels de la promotion de la santé et de la prévention qu'il s'agisse de la population elle-même, des associations, ou de l'ensemble des professionnels de la santé, pour une mise en œuvre opérationnelle adaptée au plus près des réalités de terrain.

— Les connaissances pour la décision : un saut qualitatif à faire

— Expertise, recherche interventionnelle et évaluation en cours de mutation

La recherche, les agences et les hautes autorités sanitaires jouent un rôle de premier plan en matière de production et de structuration des connaissances. Il s'agit pour la DGS de piloter au niveau national, avec les opérateurs et les organismes partenaires concernés, **l'organisation et la sélection des connaissances nécessaires** en Promotion de la santé et prévention (PPS). Il convient aussi d'améliorer la disponibilité de certaines informations, pourtant fondamentales, qui sont encore rarement accessibles : fonctions clés, coût des interventions, répartition de l'efficacité selon le gradient social, hiérarchisation des recommandations, coût de la non-intervention, etc. Cette ambition repose sur le développement d'un important travail collaboratif en réseau qui aura pour vertu de réduire le coût d'appropriation des connaissances et d'améliorer leur utilisation dans la décision en santé.

Cette orientation implique aussi de **mieux orchestrer les saisines et la remise des expertises**, de renforcer la recherche et de soutenir l'évaluation des innovations organisationnelles et techniques pertinentes à l'instar de ce qui est engagé pour la prévention de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans, ou en matière de prise en charge du bien-être chez les jeunes de 11 à 21 ans.

De **nouveaux partenariats** seront nécessaires afin de franchir un saut qualitatif et quantitatif en matière d'aide à la décision. La DGS poursuivra, avec l'appui des agences et de la HAS, les travaux engagés avec la Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (Drees) sur les comptes nationaux de la prévention et se rapprochera de la Direction de la Sécurité sociale (DSS), de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS) et de la Direction générale du Trésor (DG Trésor) sur les questions de nature économique et budgétaire liées à la PPS. Le développement de partenariats avec des équipes universitaires sera également essentiel¹.

Par ailleurs, la décision en santé doit reposer autant que possible sur des **évaluations en vie réelle** des stratégies d'intervention : ainsi, et depuis la fin septembre 2016, une évaluation de différents dispositifs **d'étiquetage nutritionnel** sur des denrées alimentaires est expérimentée en conditions réelles d'achat dans des magasins tests pour fonder le choix du système d'information nutritionnelle qui sera retenu par les pouvoirs publics en 2017. Des projets expérimentaux **d'accompagnement à l'autonomie** en santé des personnes en situation de maladie chronique ou de handicap seront également soutenus dès 2017.

— Les connaissances sont faites pour être partagées

Il est essentiel que les réussites et les difficultés soient partagées, que ce soit auprès du grand public, dans le cadre du partenariat associatif, ou en lien avec les professionnels de la santé. Les résultats des interventions, des programmes et des politiques en termes **d'efficacité sanitaire, sociale et économique** doivent être disponibles et explicites. Cet aspect de la promotion de la santé et de la prévention est bien connu des agences sanitaires qui devront poursuivre leur rôle **d'information sur les grandes problématiques de santé publique** en particulier sur la vaccination et les risques encore mal évalués (cf. action 49).

— Clarifier la programmation en santé

Ces gains qualitatifs en matière de connaissances serviront à adapter et à prioriser les stratégies et interventions en PPS. La DGS souhaite contribuer à élaborer un **programme national de santé publique** rassemblant les grandes orientations stratégiques se déclinant dans les parcours de santé autour de priorités, telles que la santé des jeunes, la santé mentale, la santé environnementale, la santé sexuelle, les addictions, la sécurité des soins, la sécurité sanitaire, etc. **Cette approche transversale des priorités de santé a déjà démontré sa pertinence au niveau régional avec les projets régionaux de santé (PRS) et met en évidence tout l'intérêt à considérer la santé comme un parcours.** La DGS s'engagera dans la coordination de la politique de parcours avec celles portées par les différentes directions du ministère, les

1. Voir par exemple l'étude de Karine Chevreul, Benjamin Cadier, Isabelle Durand-Zaleski, Elis Chan, Daniel Thomas, *Évaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100 % du sevrage tabagique par l'assurance maladie*, Unité de recherche clinique en économie de la santé en Île-de-France, novembre 2012.

caisses et les opérateurs, afin que la promotion de la santé et la prévention soient encore mieux intégrées dans les actions de ces opérateurs nationaux et des ARS en région.

Ce programme national de santé publique ainsi que le **tableau de bord synthétique** prévu par la SNS renforceront la lisibilité des priorités nationales pour les acteurs de la santé (cf. action 52).

ACTIONS

1 _Création d'un système d'information (SI) rassemblant les connaissances disponibles en matière de «risques et solutions» en santé. Proposition de modalités d'un partenariat avec les agences sanitaires, au premier rang desquelles l'ANSP, l'EHESP, la HAS, les ARS ou encore la Société française de santé publique autour de l'initiative *Inspire-Id*². Production de recommandations de bonnes pratiques en PPS.

2 _Évaluation de différents dispositifs d'étiquetage nutritionnel sur des denrées alimentaires en conditions réelles d'achat pour fonder le choix du système d'information nutritionnelle.

3 _Expérimentation de la prévention de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans, réalisée notamment par la Cnam-TS, les ARS avec la DSS et la DGS. Proposition de la mise en place d'un forfait spécifique associant une prise en charge diététique, psychologique et un bilan d'activité physique.

ACTIONS TRANSVERSALES³

4 _Contribution à l'élaboration d'un programme national de santé publique (PNSP) permettant de synthétiser les orientations et actions prioritaires relevant du champ de compétences de la DGS.

5 _Soutien à la structuration et à la mobilisation des connaissances issues de la recherche et de l'expertise en appui des politiques de santé avec la création de centres régionaux d'expertise et de recherche en santé publique (Inserm/IReSP/DGS). Constitution d'une base de référence en matière de données et ressources documentaires en économie de la prévention et de la sécurité sanitaire.

2. Initiative en santé publique pour l'interaction de la Recherche, de l'Intervention et de la Décision. L'objectif est de développer chez les acteurs de terrain et les décideurs le recours aux meilleures données disponibles pour la mise en œuvre de leurs actions et favoriser les liens entre le milieu de la recherche et celui de la décision et pratique en santé publique.

3. Actions au service de plusieurs enjeux.

— La santé comme responsabilité partagée

Prévenir l'asthme, c'est s'intéresser aux conditions d'habitat et à la pollution de l'air par des agents biologiques ou chimiques, c'est vouloir traiter ces causes au-delà de leurs effets en lien avec les ministères concernés qui, par leur politique sectorielle, sont des acteurs à part entière de la santé. Il s'agit de promouvoir la prise en compte de la santé dans toutes les politiques étant entendu qu'au-delà du principe essentiel de l'obligation déontologique et éthique du respect de la vie humaine, la santé est aussi l'un des premiers contributeurs de la richesse d'un pays.

— Des référentiels communs pour travailler en intersectoriel

La **cohérence des politiques publiques** en matière de santé ne peut être que partielle en raison de la multitude et de la complexité des décisions à prendre de façon concomitante dans tous les secteurs politiques. Des principes peuvent cependant être adoptés, comme celui de prendre en compte les **impacts des politiques sectorielles** sur la santé et, réciproquement, les impacts des politiques de santé sur les objectifs des autres politiques sectorielles, par exemple, les interactions entre politiques de soutien à la parentalité, de promotion de la santé et de lutte contre les inégalités sociales de santé justifient une gouvernance coordonnée aux niveaux national comme local.

Il sera par conséquent indispensable d'identifier de manière **anticipée les mesures et les évolutions des politiques sectorielles** portées par d'autres départements ministériels qui peuvent participer, favoriser ou au contraire porter atteinte à la santé de la population et de son milieu de vie. En articulation avec le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), une convention avec l'observatoire prospectif de la santé de Sciences Po pourra contribuer à répondre aux besoins d'analyses prospectives dans ce domaine.

Les citoyens doivent être informés des risques pour la santé des produits et services mis sur le marché, et le cas échéant du recours au principe de précaution lorsque des incertitudes peuvent persister. La prise en compte des **effets sur la santé et sur les inégalités des politiques susceptibles d'avoir un impact significatif** est une des missions du comité interministériel pour la santé (CIS). Il conviendra pour cela de **se doter d'une méthode d'évaluation** utilisant les connaissances disponibles et les outils de modélisation. Une saisine sera élaborée dans ce sens. Le CIS a par ailleurs vocation à suivre les travaux des commissions de coordination des politiques publiques en prévention et dans le domaine médico-social placées au sein des ARS.

— Organiser et planifier la coconstruction

En complément du CIS, le travail partenarial avec les autres ministères gagne avec le temps à se structurer autour de **gouvernances partagées**, d'autant plus que les actions envisagées sont nombreuses et complexes. Ce sera ainsi l'objet d'une **convention-cadre** de partenariat en santé publique avec le ministère de **l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur, piloté** par la DGS, la DGESCO et la DGESIP et associant notamment les autres DAC dont, pour les Affaires sociales et la Santé, la DGCS, la Drees et la DGOS, qui vise notamment à déployer le parcours éducatif de santé au sein des établissements scolaires et qui servira aussi de cadre pour les contractualisations régionales entre les rectorats et les agences régionales de santé (ARS).

Dans le domaine de la **santé au travail**, le troisième plan santé au travail 2016-2020, piloté et coordonné par la Direction générale du travail (DGT), prévoit le renforcement des relations institutionnelles entre la santé au travail et la santé publique par le biais d'une convention entre ARS et directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte). Ces éléments de cohérence intersectorielle au niveau national seront ainsi mis en œuvre au niveau régional par les ARS, notamment dans l'approche parcours des PRS 2.

D'autres sujets seront l'occasion d'un travail partenarial comme l'organisation de la **Conférence environnementale 2016**, l'accompagnement des ARS dans le cadre des plans régionaux santé-environnement (PRSE) ou encore l'élaboration de la feuille de route interministérielle pour la **lutte contre l'antibiorésistance** pour le CIS.

ACTIONS

6 **_Santé environnementale**: renforcement de l'implication de la DGS dans le domaine de la santé environnementale notamment dans le domaine de l'information du grand public sur certains sujets (eau potable, perturbateurs endocriniens, sites et sols pollués...).

7 **_Santé des jeunes et des enfants**: déploiement du parcours éducatif de santé comprenant éducation pour la santé, examens et dépistages médicaux et l'amélioration sanitaire des environnements d'apprentissage (circulaire de l'Éducation nationale). Le parcours éducatif de santé constitue l'un des outils qui permettront d'intervenir précocement, et de manière coordonnée, en mobilisant les professionnels de l'éducation et de la santé ainsi que les familles pour développer la santé des jeunes générations et contribuer à la réduction des inégalités. La mise en place de ce parcours sera facilitée par la signature en 2016 d'un accord-cadre entre la Santé et l'Éducation nationale et l'Enseignement supérieur et par des conventions entre les rectorats, les ARS, les départements et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) le cas échéant.

8 **_Santé au travail**: renforcement des relations institutionnelles entre la santé au travail et la santé publique par le biais de conventions entre ARS et Direccte. Conduite d'actions prioritaires contre les risques multifactoriels (pratiques addictives et maladies cardiovasculaires), et promotion d'un environnement de travail favorable à la santé (troisième plan santé au travail 2016-2020 piloté et coordonné par la DGT).

9 **_Mise en œuvre de la feuille de route interministérielle de maîtrise de l'antibiorésistance**.

ACTION TRANSVERSALE

10 _Poursuite des travaux du comité permanent restreint du CIS sur les priorités gouvernementales. Élaboration d'une saisine pour disposer d'une méthode d'évaluation des impacts des politiques sectorielles sur la santé (et réciproquement des impacts des politiques de santé sur les objectifs des politiques sectorielles), y compris des modélisations des impacts sanitaires et économiques des risques émergents et des crises en lien avec les agences concernées et la HAS.

— La proximité garante d'efficacité

Les services de l'administration sanitaire d'État ont de nombreuses relations de partenariat avec les représentants des acteurs de proximité de la PPS : professionnels de la santé⁴, associations, collectivités territoriales. La création du **comité technique de santé publique** réunissant les directeurs de santé publique des ARS représentera pour ces partenariats une opportunité pour développer une vision et une stratégie partagées de santé.

— Considérer chaque professionnel dans sa spécificité

En ce qui concerne les relations avec les différents professionnels de la santé, trois grandes actions seront entreprises. Tout d'abord, la DGS consolidera le principe du « **point de contact unique** » en charge de rassembler et prioriser les demandes de la DGS, de relayer les besoins des professionnels et de renforcer les modalités de dialogue régulier. Ensuite, la DGS priorisera le développement de certaines **formations professionnelles**. Pour la formation initiale et continue des médecins, une des priorités se portera sur les risques liés à la pollution de l'air extérieur et ceux liés aux ondes électromagnétiques qui sont les principales thématiques de santé environnementale pour lesquelles les médecins déclarent rencontrer des difficultés pour répondre aux questions de leurs patients (cf. action 30).

Enfin, l'ensemble des **leviers financiers** incitant à la prise en compte des déterminants de santé dans les pratiques de professionnels seront sollicités, en particulier : l'évolution des rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) pour proposer d'intégrer dans les indicateurs la prévention de la consommation de tabac et d'alcool, les modalités conventionnelles de rémunération pour les professionnels de santé libéraux ; la valorisation des consultations de prévention, et encore la mise en place d'un fonds tabac. Ainsi, et à titre d'exemple, à l'horizon du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2018, la DGS proposera de préparer la prise en charge par la Sécurité sociale de la prescription et de la dispensation d'une activité physique adaptée pour les patients atteints d'une affection de longue durée.

— Concilier priorités de santé et libre initiative

En ce qui concerne **les associations** œuvrant dans le champ de la PPS, le soutien financier apporté pour le déploiement de leurs actions permet d'améliorer l'impact de la politique sanitaire. Ce soutien doit se faire sur la base d'une stratégie renou-

4. Professions médicales et paramédicales y compris les professionnels du médico-social.

velée du partenariat associatif en lien avec les priorités de santé du Gouvernement, partagée avec les membres du Casa, dans un premier temps, et avec les ARS, dans un second temps (cf. action 41).

Des actions visant à améliorer l'efficacité des dispositifs de prévention dans les territoires seront également engagées, autour d'une réforme des centres de lutte anti-tuberculose (CLAT), des centres de vaccinations ou des structures de gestion des dépistages, dans un objectif d'optimisation du service rendu en proximité aux populations concernées.

— Consolider les relations avec les collectivités territoriales

La politique nationale de promotion de la santé et de prévention ne peut se concevoir sans les **collectivités locales** qui disposent de nombreux leviers d'action essentiels (implication dans des actions de santé recentralisées, protection maternelle et infantile, urbanisme, lutte antivectorielle et contre les espèces nuisibles, services d'hygiène et de salubrité...). Il s'agira de proposer de renforcer les partenariats de la DGS avec les instances qui les représentent par le biais de conventions :

- la convention interministérielle entre le ministère des Affaires sociales et de la Santé et le ministère en charge de la **Politique de la ville** (avec en particulier le développement des conseils locaux de santé mentale dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville);
- la convention triennale 2016-2018 conclue par la DGS avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT);
- la convention annuelle avec le réseau français des villes santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS);
- la convention avec l'association « Élus, santé publique et territoires »;
- la charte villes et départements actifs du Programme national nutrition santé (PNNS).

ACTION

11 — Mobilisation avec la Cnam-TS pour soutenir les acteurs dans l'exercice de leurs missions en matière de prévention: possibilité d'inscription dans la nouvelle convention médicale de rémunérations sur objectifs de santé publique (indicateurs sur le tabagisme et la consommation excessive d'alcool notamment), création d'un fonds tabac et définition des modalités de prise en charge de la prescription et de la dispensation d'une activité physique adaptée pour les patients en ALD.

ACTION TRANSVERSALE

12 — En lien avec les agences nationales, les ARS et la HAS, consolidation du principe du « point de contact unique » pour les relations avec les différents professionnels de la santé ayant pour missions de développer des échanges avec les sociétés savantes, d'enrichir la cartographie des professionnels avec leur compétences spécifiques au regard de nos enjeux, d'orienter les demandes des professionnels au sein de la DGS et de s'assurer des qualifications des différents experts que la DGS peut être amenée à solliciter.

— Enjeu 2

Garantir la sécurité et la qualité des pratiques et des soins

La qualité et la pertinence des actes sont des sujets transversaux aux directions du ministère (DGOS, DGCS, DSS, DGS). Elles concernent aussi d'autres ministères comme celui de la Justice ou celui des Affaires étrangères et du Développement international. Ces sujets sont par ailleurs au cœur des enjeux des organismes chargés de l'assurance maladie et de la Haute Autorité de santé.

Avec un niveau de dépenses de soins parmi les plus importants des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), et avec des niveaux de formation et de recherche reconnus pour leur excellence, la population peut légitimement être en attente de disposer d'une offre de soins de qualité sur l'ensemble du territoire. C'est clairement le cas dans la grande majorité des situations mais des inégalités d'accès aux soins sont relevées chaque année et des erreurs médicales, des accidents ou des infections restent associés aux soins et aux pratiques. Dans un contexte de déséquilibres localisés entre offre et demande et de multiplication des innovations et des médecines alternatives, ces événements douloureux doivent être réduits coûte que coûte, même si certains resteront en partie inévitables. Si les différents professionnels de la santé ont conscience de l'importance de cet enjeu, la question des opportunités réelles pour un partage d'expériences entre professionnels, patients et décideurs mérite d'être posée.

Au-delà de ces partages d'expériences, il est indispensable que le citoyen puisse avoir accès aux meilleures informations en matière de disponibilité et de coût de l'offre, mais aussi en matière de qualité et de pertinence des actes proposés, y compris en ce qui concerne les approches non conventionnelles, les services de santé *low-cost* (nationaux comme internationaux), les innovations, ou encore les vecteurs d'information et de conseils ne faisant pas l'objet d'un encadrement.

De nombreux espoirs reposent naturellement sur nos capacités d'innovation, tant techniques qu'organisationnelles, pour améliorer la qualité et la pertinence des actes. Les investissements consentis dans ces domaines doivent s'accompagner d'une garantie pour les professionnels et les patients d'une efficacité, d'une sécurité et d'un intérêt évalués y compris en conditions de vie réelle.

C'est au final, pour la DGS, le processus global de sécurité qu'il convient de renforcer, ce processus allant des recherches impliquant des personnes humaines jusqu'à la prise en charge et l'indemnisation des victimes des événements indésirables. Il doit concerner tous les types d'actes, qu'ils soient conventionnels ou non, innovants ou traditionnels. Il doit respecter dans toutes ses étapes les règles éthiques et déontologiques. Celles-ci concernent aussi bien les professionnels que les autorités sanitaires et incluent les pratiques de transparences quant aux liens d'intérêts, la disponibilité et la qualité des informations délivrées aux patients et le cas échéant la formalisation de leur consentement éclairé.

— L'expérience collective au service des pratiques quotidiennes

Dans leur pratique quotidienne, si l'expérience et l'accompagnement priment, les professionnels de la santé doivent aussi pouvoir s'appuyer sur les meilleures connaissances disponibles dans le domaine des soins comme en matière de promotion de la santé et de prévention. De ce point de vue, les **référentiels « normatifs »** ou les **recommandations de pratique clinique** issus des savoirs collectifs, qu'ils soient nationaux, européens voire internationaux, et les outils de **comparaison des pratiques** à destination des professionnels, quand ils existent, restent en nombre insuffisant et ne sont pas assez connus. L'amélioration continue des pratiques fait partie intégrante de la formation et de l'accompagnement en particulier des professionnels ayant un exercice isolé.

— Harmoniser la production de normes

Il s'agira ainsi **d'anticiper** sur les normes en préparation, notamment s'agissant de celles à fort enjeu comme les dispositifs médicaux et les pratiques (y compris pour un sujet aussi éloigné des pratiques de soins que le tatouage) afin d'être force de propositions lors des négociations et travaux normatifs européens et internationaux.

L'harmonisation européenne des normes est souhaitable pour les professionnels dans le respect des compétences des États membres telles que fixées par le traité de l'Union européenne. Dans ce but, la DGS proposera au niveau européen des référentiels de qualité des pratiques selon un modèle partagé. Un travail de **modèle type** a été initié par la DGS dans le cadre du Comité européen de normalisation auquel participe notamment l'Association française de normalisation (Afnor).

Trois sujets seront portés de façon prioritaire pour l'élaboration de normes : **l'anatomocytopathologie**, conformément aux recommandations du rapport de l'Assemblée nationale sur l'avancement de la réforme de la biologie médicale, la **radiologie** et la **radiothérapie**, dans le respect des règlements en cours ou textes communautaires, notamment pour des raisons de sécurité sanitaire et du fait de la publication de la directive Euratom. Ces actions seront menées avec la DGOS, la DSIS, le délégué ministériel aux normes, la HAS, l'Afnor, l'IRSN, l'ASN et en lien avec les autres ministères concernés.

— Favoriser les alertes pour sécuriser les pratiques

La DGS, avec la DGOS, soutiendra l'appropriation par les différents professionnels de la santé, en ville et en établissements, de la **réforme des vigilances** et du Programme national pour la sécurité des patients (PNSP), intégrant la déclaration obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins.

Ces réformes mettent en effet l'accent sur les démarches de qualité nécessairement liées à la sécurité des soins et des pratiques et à la protection de la santé des citoyens. Les outils déployés au niveau national et/ou régional seront adaptés aux besoins des professionnels : formations initiales et continues, formations innovantes, rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), retours d'expériences, évaluation des pratiques par les pairs, échanges interdisciplinaires.

De façon complémentaire, la DGS, avec la DGOS, la HAS et en lien avec les parties prenantes assurera la promotion de ces démarches qualité auprès des usagers, leurs représentants et des professionnels et examinera comment mettre en œuvre des modalités de garantie de la qualité des pratiques de santé due aux patients.

— Prévenir les risques nouveaux

Ces dernières années, les évolutions technologiques et sociétales ont fait émerger des offres complémentaires de **prestations et de conseil médical via des sites Internet**. En l'absence d'encadrement, ces modes de consultation, qui peuvent permettre de répondre à des problématiques d'accès aux soins, sont susceptibles de présenter des risques sur le plan de la sécurité des patients, de l'accès à leurs données de santé, de la qualité et de la pertinence des « actes » et plus largement sur l'organisation des soins si cette offre devait se développer.

Il est essentiel de mettre en place un **encadrement de ces nouvelles pratiques**. La DGS pourra proposer de le faire en lien avec la DGOS, la DSS, mais également avec le ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique concernant la réglementation des sociétés commerciales fournissant des prestations de santé, avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) sur le traitement des données de santé à caractère personnel et leur hébergement, et avec le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) sur les règles de déontologie médicale. L'encadrement réalisé en matière de télémédecine pourra servir d'exemple dans cette démarche.

En outre, certaines **pratiques particulièrement complexes** au regard de la technicité qu'elles requièrent, chirurgie lourde, transplantations cardiaques par exemple, et peu courantes, bien que faisant déjà l'objet d'un encadrement, pourraient ainsi nécessiter d'une analyse d'un besoin d'encadrement supplémentaire à l'occasion du renouvellement de leur organisation.

ACTIONS

13 — Diffusion, en lien notamment avec la HAS, des démarches de culture de la qualité auprès des différents professionnels de la santé, en ville et en établissements. Formation initiale, pour que la qualité et la sécurité des pratiques soient retenues au titre d'un des quatre thèmes prioritaires des enseignements du 2^e cycle mais aussi du 3^e cycle ; formation continue, pour que la culture de qualité soit un module des formations continues de l'ensemble des professionnels de la santé ; formations innovantes avec l'organisation au niveau régional de jeux à vocation informative et pédagogique sur le thème de la culture de la qualité. Thèmes prioritaires : la juste prescription du médicament (et à l'inverse le mésusage), la iatrogénie.

14 — Encadrement des pratiques et des prestations naissantes comme les prestations électroniques de conseil.

ACTION TRANSVERSALE

15 __Avec le SGMAS, renforcement de l'animation du réseau des référents « démocratie en santé » en ARS avec la mise en place d'un comité technique « démocratie en santé ».

__ Conforter les droits des usagers du système de santé

Cette orientation concourt au renforcement de la démocratie en santé. Elle s'inscrit dans une perspective d'égalité d'accès à la santé en prenant en compte les évolutions sociétales, technologiques et de la démographie médicale.

__ L'information et la participation comme base des droits

Elle invite tout d'abord à diffuser des messages clairs et argumentés sur les pratiques qui peuvent préoccuper le public et sur les options thérapeutiques associées à une pathologie donnée. Au même titre que la qualité des pratiques, tant à l'occasion des soins que des recherches biomédicales, leur **pertinence** doit être au cœur des informations données aux patients, et ce d'autant plus que certaines présentent potentiellement un risque pour leur santé. L'information doit aussi porter sur **les droits et les procédures de contestation et d'indemnisation** des dommages survenus lors des actes de prévention et des actes diagnostiques ou thérapeutiques.

En complément des vecteurs de diffusion qui existent déjà, la DGS utilisera **le service public d'information en santé** (SPIS) et les sites existants pour renforcer l'information des citoyens sur les **pratiques conventionnelles et non conventionnelles** ainsi que sur le développement des **démarches de qualité** impliquant les professionnels de la santé qu'ils consultent. La qualité et la disponibilité scientifique et pédagogique de l'information contenue dans le SPIS seront primordiales pour faire de la parole publique une référence incontournable pour la population.

La participation des usagers au fonctionnement du système de santé telle qu'instaurée par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, repose notamment sur l'agrément des **associations d'usagers** au niveau national et régional. La création de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (Unaass), inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), implique de réfléchir à la place de l'agrément. La DGS participera à l'actualisation des **critères de l'agrément** par une mise en perspective de la doctrine de la Commission nationale d'agrément chargée de rendre un avis conforme (auquel l'autorité compétente doit se conformer) au ministre ou au directeur général de l'ARS.

— Adapter les droits aux risques sériels

Elle invite ensuite à conforter **l'indemnisation des dommages individuels** liés aux soins au titre de la solidarité nationale et d'organiser la réponse indemnitaire aux **accidents sériels** liés aux produits de santé et, enfin, d'accompagner les réflexions sur la prise en charge des dommages corporels liés à l'environnement et aux produits et activités humaines.

ACTIONS

16 — Implication des usagers dans des processus de qualité et de sécurité déployés. Renforcement, en lien notamment avec la HAS, de l'information des patients sur l'offre de soins conventionnelle, non conventionnelle et les produits innovants. Avec la DGOS, la HAS et en lien avec les parties prenantes, examen des modalités permettant de garantir la qualité des pratiques de santé. Dans ce cadre, de nouveaux développements de la base de données publique des médicaments pourront aussi être proposés.

17 — Actualisation des critères de l'agrément des associations d'usagers.

18 — Adaptation de la réponse indemnitaire pour 1/conforter l'indemnisation des dommages individuels liés aux soins au titre de la solidarité nationale; 2/accompagner les réflexions sur la prise en charge des dommages corporels liés à l'environnement et aux produits et activités humaines.

ACTION TRANSVERSALE

19 — Suivi législatif et réglementaire du projet de création de l'Unaass.

— Introduire les innovations en toute sécurité

La stratégie nationale de santé promeut un accès rapide à l'innovation selon trois orientations:

1. faciliter, pour les innovations de tous types, un accès rapide à l'évaluation et au financement;
2. encourager la diffusion rapide d'une innovation correctement évaluée;
3. estimer l'impact de cette diffusion en conditions de vie réelle.

En réponse, les trois axes d'actions de la DGS dans le champ de **l'innovation** en santé seront l'anticipation, l'amélioration de la prise en charge et le renforcement de la sécurité y compris lors des **recherches impliquant la personne humaine**. Cela permettra le développement d'interventions de prévention et une prise en charge médicale et thérapeutique de qualité tout au long du parcours de santé.

Ces axes d'intervention seront menés dans le cadre du nouveau dispositif mis en place au sein du ministère des Affaires sociales et de la Santé (MASS), coordonné par le délégué ministériel à l'innovation en articulation avec la DGOS, la DSS, la HAS et le système des agences sanitaires ainsi qu'avec d'autres départements

ministériels (notamment la Recherche, le Développement durable, l'Industrie) avec le souci de coordonner les actions du niveau national avec le niveau régional.

— Résoudre la question de la veille scientifique

Les innovations technologiques (notamment technologie de l'information et de la communication [TIC], big data, objets connectés...) apportent un potentiel d'amélioration pour les actions de prévention, pour la prise en charge des patients, et pour le contrôle et l'organisation des systèmes de santé. Ces technologies associées aux autres développements scientifiques et biotechnologiques (NBIC) nécessitent de repenser leur encadrement et leur finalité au niveau national et surtout international. Il est indispensable d'avoir accès à un **processus de veille active sur les innovations naissantes au niveau européen** et de recenser en parallèle les besoins de la population et des patients. Ce processus sera mis en place suivant la méthodologie adoptée par le délégué ministériel à l'innovation.

— Définir des priorités dans les développements

Toute innovation, aussi pertinente soit-elle, ne pouvant pas voir le jour à grande échelle, la priorisation du soutien aux innovations se fera selon des critères d'intérêt de santé publique et de qualité de vie des patients. L'amélioration de l'accès à des produits innovants ne peut s'envisager que par étapes car elle suppose des analyses à moyen terme pour cerner précisément l'intérêt et les risques d'une innovation dans la prévention ou dans la prise en charge du patient, ainsi que son modèle économique.

En étroite collaboration avec la HAS, la DGS pourra piloter à cette fin, en lien avec les acteurs concernés, et en particulier le système d'agences, des expérimentations prévues notamment dans le cadre du forfait innovation portant sur des produits de santé. Elles permettront de définir des critères adaptés et proportionnés de sécurité des produits innovants, de manière à assurer à la fois la sécurité des citoyens et le développement de l'innovation. L'évaluation des technologies en santé, pilotée par la HAS et la DGS, en association avec la DSS, pourra servir d'exemple.

La DGS assurera par ailleurs la mise en œuvre des actions du plan relatif à l'évaluation des techniques innovantes notamment pour les actes dans le domaine de la génétique, piloté par le Premier ministre en lien avec la DGOS. Certaines pratiques peuvent également poser des questions en termes de respect des droits fondamentaux (utilisation de biotechnologies intrusives, production de données « massives » avec risque pour la vie privée, etc.). La question du **consentement éclairé** s'en trouve de fait renouvelée et nécessitera de nouvelles réflexions dans le cadre des politiques d'accompagnement du progrès médical.

— Renforcer la sécurité des recherches cliniques

Enfin, la DGS finalisera l'adaptation de la législation et la réglementation relative aux recherches impliquant la personne humaine, dans le contexte de l'entrée en vigueur du **règlement européen relatif aux essais cliniques** sur les médicaments et des règlements relatifs aux dispositifs médicaux et aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* et en suivra la mise en œuvre.

Compte tenu de ce cadre législatif et réglementaire adapté, la DGS mettra en œuvre **le plan d'action lancé par la ministre** avec l'ANSM, les comités de protection des personnes (CPP) et avec les ARS. En particulier, elle harmonisera le fonctionnement des CPP par la mise en place d'un **secrétariat unique**, assurant notamment l'attribution par tirage au sort des dossiers de recherche aux CPP dans la perspective d'une meilleure protection possible des personnes participant aux recherches, et les échanges pertinents avec le comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé créé par la LMSS. Elle poursuivra les actions engagées par la ministre au niveau européen pour faire progresser la réglementation en matière de recherche sur le volontaire sain, notamment dans le cadre des travaux du réseau des agences nationales du médicament (*Head of Medicines Agencies* [HMA]) et pour respecter les engagements internationaux inscrits dans la convention d'Oviedo⁵.

ACTION

20 _En étroite collaboration avec la HAS et en lien avec les partenaires et agences concernés, pilotage d'expérimentations prévues dans le cadre du forfait innovation afin d'évaluer la place des produits de santé innovants dans la prévention et dans les stratégies diagnostiques et thérapeutiques ainsi que leur impact sur les pratiques professionnelles. La HAS assurera dans ce cadre la réalisation d'études d'impact budgétaire pouvant nécessiter le suivi de micro-cohorte. Il s'agira aussi d'évaluer l'impact des innovations en conditions réelles sur les pratiques professionnelles, l'organisation des services de santé et la population visée, qui sera prioritairement la population la plus fragile et partager ces résultats avec les acteurs régionaux. Une attention particulière sera portée sur les innovations en pédiatrie et en gériatrie.

ACTION TRANSVERSALE

21 _Intégration, à l'échelle du Casa, du processus de veille mis en place par le délégué ministériel à l'innovation, permettant d'identifier au plus tôt, notamment dans le cadre du forfait innovation, les innovations technologiques, médicamenteuses et organisationnelles ayant une influence sur la sécurité des pratiques et des soins. Cette veille doit permettre d'accompagner l'émergence de l'innovation dans les meilleures conditions de sécurité pour la population et les patients, y compris en termes de protection de la personne, de protection des droits individuels, ainsi qu'au plan sociétal et éthique. Elle implique également la mise en place d'un processus de remontée de l'information en interne à la DGS, en particulier *via* ses liens privilégiés avec les associations de patients et avec les représentants des professionnels de la santé.

5. Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine.

— Enjeu 3

Améliorer la gestion des risques sanitaires, environnementaux et alimentaires

Urbanisation rapide, exploitation intensive des ressources, réchauffement climatique : ces changements profonds intervenus au cours des dernières décennies ont bouleversé les équilibres naturels de notre planète. La dépendance de nos sociétés aux nouveaux produits, notamment chimiques, et aux nouvelles technologies s'accroît malgré les dangers qu'ils peuvent générer pour la santé et pour l'environnement. Ces bouleversements entraînent l'apparition de nouveaux risques, de nouvelles maladies – chaque année une nouvelle maladie fait son apparition auxquels les acteurs de la santé doivent faire face, parfois dans l'urgence.

La mondialisation des échanges, qui se traduit par une augmentation des échanges aériens multiplie les possibilités et la rapidité de la dissémination internationale des agents infectieux et de leurs vecteurs. Par ailleurs, la perte d'efficacité des produits habituels de traitement tant les anti-infectieux pour traiter les pathologies humaines ou animales que les produits phytopharmaceutiques et biocides pour traiter les vecteurs des agents pathogènes, constitue une vulnérabilité nouvelle.

L'efficacité des antibiotiques est ainsi aujourd'hui affectée par l'apparition progressive de résistances microbiennes qui non seulement entraînent une inefficacité du traitement chez le patient ou chez l'animal, mais ont un effet collectif constituant un risque important pour la santé publique.

Face à ces phénomènes nouveaux et aux incertitudes qui les accompagnent, les moyens de protection classique ne suffisent plus. Les acteurs de la santé doivent développer de nouveaux modes d'intervention pour prévenir et gérer les risques sanitaires, environnementaux et alimentaires. Une telle politique n'a, bien entendu, de sens que si elle est partagée par tous les acteurs concernés : un effort particulier doit donc être mené pour accompagner les professionnels des secteurs intéressés à faire face à ces risques.

— La préparation et l'expertise, clés de la réussite

La sécurité sanitaire est certainement l'un des domaines de l'action publique en santé qui a le plus évolué ces dernières années. Dans un contexte de forte demande et souvent en réaction à une crise précise, le dispositif de sécurité sanitaire s'est, d'une part, progressivement constitué en s'appuyant sur le principe de séparation des fonctions d'évaluation et de gestion des risques et, d'autre part, professionnalisé grâce au renforcement de la capacité d'expertise scientifique et de veille/surveillance sanitaire. **Tout l'enjeu de la sécurité sanitaire consiste à intervenir rapidement et de manière éclairée, en réduisant les incertitudes et en prenant des décisions fondées sur des bases scientifiques réputées indiscutables et proportionnées.**

— Prendre des options sur les nouveaux risques

L'amélioration des connaissances sur les risques et les dangers constitue un défi permanent. Le rôle des agences et des hautes autorités sanitaires est à cet égard décisif. Cette amélioration doit d'abord porter sur l'anticipation et sur la priorisa-

tion des risques sanitaires nouveaux qui peuvent affecter la santé de la population. Compte tenu de l'intensité et de la rapidité des échanges mondiaux, toute flambée épidémique située dans un pays même éloigné de la France est susceptible de se propager sur le territoire national (ex. : maladies vectorielles) ou de constituer une menace importante pour notre sécurité (ex. : Ebola, MERS-COV⁶). Il est donc primordial de disposer d'une connaissance accrue des événements sanitaires survenant dans d'autres pays afin de pouvoir les suivre et se préparer à y faire face le cas échéant. La **structuration de la veille internationale**, combinant les informations issues de la veille épidémiologique, des postes diplomatiques, de la veille médiatique, numérique et des réseaux sociaux, constitue un objectif de premier plan.

Une fois ces risques connus, il s'agira de prévoir leur l'impact sur la sécurité sanitaire et économique. La faisabilité de la mise en place de **modélisations** devra être étudiée par le Casa en développant de nouveaux partenariats avec le monde de la recherche (Inserm, IRD, Institut Pasteur notamment). Ces modélisations seront également utilisées pour estimer le coût des crises sanitaires, environnementales et alimentaires afin de sensibiliser les parties prenantes à la rationalité de les prévenir et le cas échéant de s'y préparer (cf. action 10).

— Se doter de capacités de détection précoce

La sécurité sanitaire passe aussi par la **détection précoce des signaux**, permettant une intervention rapide et efficace. Si les dispositifs de veille et de vigilance se sont fortement professionnalisés ces dernières années, le dispositif global apparaît aujourd'hui trop complexe pour le particulier comme pour les professionnels de la santé et il contient encore certaines fragilités, mises en exergue par les crises sanitaires récentes.

C'est la raison pour laquelle la ministre a souhaité engager, dans le cadre de la stratégie nationale de santé, une **réorganisation des dispositifs de vigilance**, afin de permettre la mise en place d'un dispositif régional performant de recueil des signaux d'alerte et de pilotage des vigilances. À cet égard, **l'organisation régionale des vigilances** sera révisée dans une logique de cohérence vis-à-vis de la récente réforme territoriale et de lisibilité pour les différents professionnels de la santé déclarants. Un **portail commun de signalements** sera mis en place dès 2017 afin de faciliter les démarches de déclaration. Ce portail aura vocation à devenir progressivement le portail unique de déclaration des différents systèmes de veille et de vigilance à partir duquel s'articuleront tous les systèmes d'information « métiers » nécessaires au traitement des signaux. Parallèlement, des actions de promotion de la déclaration par les professionnels et par la population seront mises en place.

Enfin, des travaux associant les agences et les hautes autorités sanitaires ainsi que les ministères concernés devront être menés pour déterminer la manière d'améliorer la prise en compte des signaux faibles dans le champ environnemental. L'opportunité et la faisabilité de diversifier les sources d'information permettant de détecter les **signaux faibles** (ex. : réseaux sociaux, forums de discussion, etc.) seront étudiées. Il s'agira de mieux exploiter les bases de données des systèmes de vigilance existants.

6. Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient.

— Insérer l'expertise au cœur de la gestion

Il importe d'améliorer les interactions entre l'expertise scientifique et les contraintes opérationnelles de gestion. Dans cette perspective, les saisines de la DGS adressées aux différentes instances d'expertise intégreront une **demande de hiérarchisation et d'opérationnalisation des recommandations** afin de faciliter leur prise en compte et leur mise en œuvre par les acteurs de gestion (cf. action 54).

Par ailleurs, alors que les contraintes de l'urgence peuvent être incompatibles avec les exigences d'approfondissement des démarches scientifiques, il est parfois nécessaire de recourir à une expertise rigoureuse, transparente et performante dans des délais courts. Il sera préparé, dans le cadre du Casa et sur le modèle de celui de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), **des protocoles de traitement des saisines pour chacune des agences, y compris en situation d'urgence.**

Il est de surcroît parfois nécessaire d'identifier rapidement des experts ayant une compétence spécifique ; pour cela, il conviendra de développer des « viviers » identifiant les experts mobilisables, y compris en urgence, au niveau national ou régional (ex. : infectiologues, toxicologues, etc.).

Enfin, il est essentiel de développer les travaux de recherche, en particulier en matière d'épidémies, au moment des crises et dans les périodes intercrises, lors desquelles l'accumulation des connaissances sur certains thèmes spécifiques peut permettre d'optimiser l'intervention à venir. Les liens avec le *consortium* REACTing seront, dans cette optique, renforcés.

ACTIONS

22 _Réalisation d'un schéma d'urbanisation des SI concourant à la veille et à la sécurité sanitaire, autour du portail des signalements.

23 _Sur le modèle de celui de l'Anses, élaboration au sein du Casa de protocoles pour le traitement des saisines en urgence.

ACTION TRANSVERSALE

24 _Articulation des systèmes d'information qui concourent à la veille et à la sécurité sanitaire autour du portail des signalements.

— Un devoir d'innover

Les basculements sanitaires, environnementaux et sociétaux rendent plus fragiles nos moyens classiques de protection des populations. Dans ces conditions, il convient de réfléchir à de **nouveaux modes d'intervention et de financement**, tant pour la prévention que pour la préparation et la gestion des risques. Ces nouveaux modes doivent être développés pour tous les niveaux d'intervention impliqués dans la sécurité sanitaire, du local à l'international. Ils doivent également être pensés dans une logique pluridisciplinaire tant les acteurs concourant à la sécurité sanitaire sont nombreux : agents de l'État, professionnels de la santé, établissements de santé bien sûr, mais également usagers, collectivités, acteurs privés... Il s'agira d'identifier et de promouvoir la recherche de solutions techniques, humaines ou organisationnelles pour améliorer l'efficacité de nos interventions.

— Dans l'organisation, en allant de l'international jusqu'au local

En premier lieu, et dans la mesure où la plupart des risques infectieux émergents apparaissent jusqu'à présent à l'étranger et sont susceptibles de s'introduire rapidement sur le territoire, il apparaît opportun de **renforcer la capacité des États**, en particulier les plus vulnérables, à faire face à des épidémies. Il s'agit de privilégier un confinement et un traitement à la source des épidémies pour éviter toute propagation. En application du règlement sanitaire international (RSI 2005) de l'OMS, il conviendra d'intégrer un volet international à la stratégie de sécurité sanitaire nationale. Ceci conforte la nécessité d'amplifier notre présence lors des travaux communautaires et internationaux.

Il s'agira également d'être plus performant dans notre capacité collective à **impliquer la population dans la prévention et la gestion des risques**. L'analyse des crises récentes démontre sans grande surprise qu'une gestion des risques ne peut être efficace sans l'adhésion des populations aux stratégies mises en place. Une **meilleure connaissance de la perception sociétale des risques et des interventions permettant de les réduire** est absolument nécessaire, dans la mesure où les études montrent que celle-ci diffère généralement de celle des experts scientifiques, ainsi qu'une sensibilisation accrue des populations à la sécurité sanitaire. À ce titre, en lien avec les agences concernées, des partenariats avec des universités, et/ou avec les équipes du *consortium* REACTing (Inserm, Aviesan), seront établis pour faciliter la mise en œuvre d'une expertise scientifique, y compris en sciences humaines, et d'outils innovants (ex. : applications, réseaux sociaux, *serious games*, etc.) permettant de mieux entrer en contact avec les populations. Des stratégies de communication et de mobilisation sur les principaux risques émergents seront élaborées sur cette base. Parallèlement, le recours aux différentes formes de volontariat, comme celui du **service civique** sera développé pour favoriser le déploiement des messages sanitaires au plus près des populations.

L'innovation concerne aussi l'intégration des enjeux de sécurité sanitaire et environnementale dans les nouveaux outils de planification territoriaux, notamment dans les **projets régionaux de santé** (PRS) ou les **groupements hospitaliers de territoire**

(GHT). En effet, aucun acteur, aucun professionnel ou établissement ne pourra gérer seul un risque sanitaire à l'échelle d'un territoire. Pluridisciplinaire par essence, la sécurité sanitaire ne trouve son efficacité que dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets stratégiques partagés et ces nouveaux outils constituent donc des opportunités à saisir pour structurer la gestion à l'échelle d'un territoire. Sur le plan budgétaire, les conséquences sanitaires des crises sont prises en charge par le système sanitaire qui finance ainsi les externalités négatives issues de notre organisation socio-économique. Les tensions qui s'exercent sur notre système de protection sociale et le risque de multiplication des crises sanitaires, environnementales et alimentaires justifieraient de mener une réflexion sur l'anticipation budgétaire et un partage plus large de la prise en charge de ces coûts exceptionnels.

— Dans les méthodes de veille et de surveillance

Sur le plan technologique, il conviendra d'encourager l'innovation pour développer des méthodes d'intervention plus efficaces. À titre d'exemple, il s'agira de soutenir le développement de **méthodes de détection rapides** et fiables des polluants environnementaux ou des maladies infectieuses émergentes. Le développement de nouvelles méthodes d'intervention pourra également être encouragé, particulièrement dans le domaine de la lutte antivectorielle avec la recherche sur des modes alternatifs de lutte contre les moustiques et les autres espèces envahissantes (ex. : tiques, ambrosie, etc.) en limitant le recours aux produits phytopharmaceutiques et biocides ou en développant de nouvelles molécules moins nocives.

Sur le plan des études, il s'agira de développer les connaissances sur les expositions multifactorielles. À cet égard les agences de sécurité sanitaire et la HAS devront prendre en compte le concept **d'exposome**, introduit dans la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), dans le cadre de leurs travaux d'expertise en matière d'évaluations des risques. Il convient en effet d'intégrer l'ensemble des **expositions vie entière**, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs non génétiques qui peuvent influencer la santé humaine. La plupart des agents chimiques auquel est exposée la population sont présents de façon ubiquitaire dans l'environnement et sont susceptibles d'avoir des effets néfastes sur la santé humaine : composés cancérigènes, mutagènes, reprotoxiques (CMR), perturbateurs endocriniens...

Le développement de travaux de recherche doit permettre de mieux évaluer les risques sanitaires résultant de ces expositions cumulées tout au long de la vie, et la **surveillance des expositions de la population** à ces substances est essentielle pour suivre l'efficacité des politiques publiques visant à les réduire. Les études de biosurveillance permettent d'évaluer ces expositions en mesurant les niveaux de concentration dans l'organisme des substances chimiques de notre environnement *via* des prélèvements biologiques. Ces études doivent être poursuivies, de nouvelles doivent être encouragées. La DGS doit s'assurer que la coordination de cette biosurveillance puisse être croisée avec d'autres actions de surveillance telles que celles réalisées par les registres nationaux du cancer ou des malformations congénitales.

ACTIONS

25 _Participation à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie de sécurité sanitaire internationale, incluant le projet de réforme de l'OMS et d'implémentation du RSI, au travers du renforcement du bureau OMS de préparation des États situé à Lyon et du développement de partenariats avec les instances de coopération (AFD, Expertise France) afin de renforcer la capacité des États à faire face aux urgences.

26 _Développement en lien avec les agences concernées de partenariats avec des universités (en particulier avec l'Agence universitaire de la Francophonie [AUF]) pour faciliter la mise en œuvre d'une expertise scientifique multidisciplinaire et la création d'outils de prévention et de préparation des crises.

27 _Inscription des enjeux de sécurité sanitaire et de développement durable dans les projets des nouvelles organisations territoriales (ex. : PRS, GHT).

28 _Poursuite et développement des programmes de biosurveillance, en particulier dans le cadre du réseau européen EHBMI (*European Human Biomonitoring Initiative*).

ACTION TRANSVERSALE

29 _Contribution à l'adoption d'une stratégie sanitaire française pour les échanges internationaux, cohérente avec le règlement sanitaire international (RSI 2005) de l'OMS, visant à renforcer les systèmes de surveillance et de santé des États jugés prioritaires. Le Casa sera mobilisé à cet effet et des coopérations bilatérales seront nouées avec ces États, en lien avec le MAEDI et les opérateurs spécialisés (AFD et Expertise France).

— Consolider les savoir-faire

La sécurité sanitaire repose d'abord sur les **professionnels de terrain**. Ce sont eux qui surveillent l'émergence d'un risque, qui appliquent les premières mesures de gestion et qui mettent en œuvre les décisions publiques prises au niveau national. Face à la multiplication des risques, à l'émergence de nouveaux métiers plus spécialisés et aux demandes accrues de la population en matière de sécurité, un besoin d'accompagnement se fait pressant.

— Formation, exercice et partage d'expériences au centre des compétences

Il est essentiel d'intégrer la sécurité sanitaire et environnementale dans la formation initiale et continue des différents professionnels de la santé⁷ en s'appuyant autant que nécessaire sur les nouvelles technologies (*e-learning*, *serious game*, applications, etc.). Ces formations pourraient principalement porter sur les maladies infectieuses émergentes, la prise en charge des victimes d'attentats ou les pathologies imputables à l'environnement (saturnisme, intoxication au monoxyde carbone,

7. Professions médicales et paramédicales y compris les professionnels du médico-social.

etc.) et les facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur la santé (pollution de l'air, perturbateurs endocriniens, etc.). Il s'agira également de déterminer la manière de mieux associer et valoriser la participation de ces professionnels aux politiques publiques de sécurité sanitaire et environnementale.

De façon complémentaire, le développement des compétences nécessite des mises en pratique. Dans ce domaine, le ministère va se doter d'une stratégie et d'une méthode pour développer la **pratique des entraînements et des exercices**. La mise en œuvre de la **feuille de route « menace terroriste »** à l'issue des attentats perpétrés en Île-de-France en novembre 2015 a montré tout l'intérêt des exercices pour progresser ensemble dans nos pratiques.

Il conviendra d'améliorer l'identification et la valorisation des bonnes pratiques mises en place avec l'organisation systématique des **retours d'expériences**. L'expérience du réseau d'échanges en santé environnement (RESE) est à ce titre une réussite. Son élargissement à la veille et la sécurité sanitaire (VSS) sera une avancée majeure dans le partage des connaissances. **Des temps d'échanges scientifiques**, à l'instar de ceux réalisés par la HAS, seraient également à reproduire concernant les urgences sanitaires.

Enfin, la sécurité sanitaire et environnementale est un domaine qui se prête bien aux **démarches qualité et de maîtrise des risques**. Certaines initiatives en ce sens ont déjà été prises au niveau national ou local et leur mise en commun dans le cadre de l'établissement d'un **réseau de correspondants qualité** serait profitable à tous. Dans le prolongement, il sera mis en place un **mécanisme d'étude et d'évaluation par les pairs** des actions et des organisations déployé à l'échelle des territoires, à l'instar de ce qui se pratique dans le domaine de l'enseignement supérieur.

— La sécurité par l'expérience des autres secteurs

Il est pertinent de **s'appuyer sur les compétences d'autres secteurs ou d'autres pays** pour développer nos propres compétences. Le rapprochement avec le secteur de la **santé animale**, dans les domaines de l'identification des vecteurs de maladie, de la sécurité sanitaire des aliments ou du médicament vétérinaire apparaît comme une évidence dans une logique **One Health**. Le rapprochement avec le **service de santé des armées** trouvera naturellement sa place dans la déclinaison de l'accord-cadre signé entre les ministres des Affaires sociales et de la Santé et de la Défense. D'autres domaines doivent s'inscrire dans une logique d'harmonisation ou de mutualisation interministérielle ou européenne, en particulier la logistique de crise ou l'organisation des centres de crise.

— Adapter le cadre des missions

Enfin, l'accompagnement des acteurs passe aussi par la mise en adéquation des moyens avec les politiques publiques et les priorités stratégiques identifiées. De ce point de vue, le **cadre des missions en santé environnementale** des ARS et des opérateurs sera **modernisé** pour mieux tenir compte de la multiplicité des sujets émergents et des attentes sociétales. Cette actualisation des missions ira de pair avec la consolidation des systèmes d'information dans le domaine de la santé environne-

mentale. Il s'agira encore une fois d'ajuster les dispositifs de veille, de vigilance ou de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles à la réforme territoriale et d'ajuster les moyens d'action de l'État aux menaces prioritaires identifiées. Des travaux sur la mise en place d'un **mécanisme de financement en urgence** des actions nécessaires à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles seront menés. De même, il s'agira de disposer de **recommandations de prise en charge sanitaire** opérationnelles dans des **délais adaptés**.

ACTIONS

30 _Développement d'une offre de formation initiale et continue sur la veille et de la sécurité sanitaire et environnementale pour les agents de l'État et des agences et les professionnels de la santé (ex. : serveur régional de veille et d'alerte [SRVA]) en s'appuyant autant que nécessaire sur les nouvelles technologies de l'enseignement.

31 _Création d'une base documentaire permettant l'échange de bonnes pratiques.

32 _Élaboration d'accords-cadres avec d'autres ministères (Défense pour la gestion des crises, Agriculture dans une logique *One Health* notamment dans le domaine de la sécurité alimentaire et du médicament vétérinaire).

33 _Déploiement d'un mécanisme d'évaluation par les pairs du niveau de préparation des territoires.

ACTION TRANSVERSALE

34 _En lien avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP), création d'un référentiel de compétences liées aux nouvelles missions de la sécurité sanitaire, développement d'une offre de formations initiales et continues, certifiantes dans certains cas.

Adapter nos stratégies transversales au service des enjeux de santé

La présentation des trois enjeux de santé a fait apparaître des correspondances fortes entre les acteurs, ressources et territoires mobilisés. Ce sont ces dimensions qui font l'objet des stratégies et actions transversales qui suivent. Les acteurs tout d'abord sont nombreux, à la fois institutionnels, individuels et associatifs. Les ressources, ensuite, qui comprennent les connaissances disponibles, ainsi que les moyens humains, matériels et financiers mobilisables. Enfin, les territoires, au sens large, qui englobent les régions, les collectivités territoriales, l'Union européenne et le champ international. Chacune de ces dimensions requiert la mise en place d'outils de partage, de synthèse, de coordination, d'aide à la décision et d'évaluation.

Plusieurs actions transversales ont déjà été présentées dans le cadre des enjeux de santé 1, 2 et 3. Elles ne seront pas reprises dans la liste des actions qui suit.

— Les acteurs

Démocratie en santé, droits des usagers et des patients

Les premiers acteurs de la santé sont les citoyens et les usagers du système de santé. La stratégie de la DGS doit, au-delà d'un environnement sanitaire sécurisé et d'un système de santé offrant des services de qualité, intégrer la **reconnaissance et la préservation des droits des usagers** qu'il s'agisse du patient, acteur de son parcours de santé (« actient »), ou de ses représentants participant au fonctionnement du système de santé. Les représentants des usagers et leur regard sur notre système de santé sont incontournables pour progresser. À cette fin, la DGS poursuivra la valorisation des recommandations issues de la **Conférence nationale de santé** (CNS).

— Accompagner l'arrivée de nouveaux acteurs

La DGS assurera le suivi législatif et réglementaire du projet de création de l'**Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé** (Unaass) qui vise à encourager les actions de défense des intérêts des usagers, leur représentation dans le système de santé, l'animation du réseau national et régional, ainsi que la formation des représentants d'usagers (cf. action 19). La recherche et la formation sur le champ de la démocratie en santé seront développées, tant au profit des professionnels de la santé que des usagers du système de santé. **L'Institut pour la démocratie en santé** (IPDS) aura un rôle majeur en termes d'innovations et de valorisation des initiatives en faveur de la place et de l'autonomie des usagers dans notre système de santé. La DGS contribuera au programme de travail et à la préfiguration d'une organisation visant à renforcer le pilotage de la démocratie en santé au sein du ministère.

— Ajuster les règles du respect des droits aux évolutions de la médecine

Placer l'utilisateur au cœur des actions de la DGS, c'est aussi envisager un système lui garantissant la **transparence des décisions et de l'expertise**, la fiabilité de dis-

positifs reposant sur la qualité du droit, la maîtrise du risque de contentieux ainsi que le respect de ses **droits fondamentaux** tout au long du parcours de santé. Dans ce cadre, la DGS doit poursuivre une réflexion en propre et mettre en œuvre des dispositifs assurant le respect de la déontologie et s'assurer de la prise en compte de la loi du 4 mars 2002 consacrant les droits des malades et des usagers du système de santé, qui demeure le texte de référence. Ces droits reposent sur les principes d'autonomie, de bienfaisance/non malfaisance et de justice. Ainsi, le patient, qui est un codécideur et, qui à ce titre, doit être loyalement informé, peut prétendre à des soins de qualité, appropriés à son état et dont l'accès équitable doit être assuré. Il a droit au respect de sa dignité, de son intégrité et de sa vie privée.

Il s'agit d'un enjeu important compte tenu des évolutions de la médecine. Celle-ci devient de plus en plus pluridisciplinaire et collégiale, mais aussi de plus en plus individualisée, de plus en plus technique, apportant des bénéfices inégalés aux patients en termes de prévention des maladies, de progrès thérapeutiques ou encore d'autonomie dans la prise en charge de la maladie ou du handicap. Ces **évolutions doivent être anticipées** car elles renouvèlent la problématique des droits des patients : en termes d'accès équitable (au regard des coûts d'accès), de non-discrimination (assurance et emploi en cas de « risque aggravé »), de protection de la vie privée (production, transmission et conservation en masse de données personnelles). Une relecture des principes de droit s'impose afin d'adapter les réponses juridiques aux évolutions rapides des pratiques, des produits et des dispositifs médicaux disponibles. Cet important travail de mise en perspective des droits des usagers nécessite une approche en commun au sein de la DGS, avec les agences, les hautes autorités, la DGOS, la DGCS et la Cnam-TS au titre du parcours de santé conçu comme intégrant les champs médico-social et social.

Les questions juridiques portant sur les droits fondamentaux et comportant des enjeux pluridisciplinaires demandent également à être partagées sur un plan interministériel (ministères de la Justice, de la Recherche, de l'Économie, de l'Intérieur, etc.) et, le cas échéant, sur le plan international (Conseil de l'Europe, Unesco ou encore OCDE). Ces enjeux peuvent être de nature éthique et demander une réflexion en commun avec les comités d'éthique des organismes de recherche, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) ou, au niveau européen, le Comité d'éthique du Conseil de l'Europe.

— Poser les bases des choix collectifs par le débat et la consultation

Au-delà de la protection des droits des personnes, certaines évolutions nécessitent, par leur impact ou l'incertitude de leur impact, des **choix collectifs et des débats sociétaux**. Les progrès biotechnologiques et les innovations dans le champ de la médecine résultent de plus en plus d'un phénomène de convergence entre différentes disciplines scientifiques et technologiques. Ceci a pour effet de renforcer les interactions entre les sciences de la vie et les sciences de l'ingénieur, soulevant ainsi, avec les progrès que ces évolutions laissent espérer, de nouvelles questions quant à leurs conséquences non seulement sur l'avenir des pratiques médicales mais aussi pour les droits des personnes, faisant entrevoir les nouveaux défis éthiques de la biomédecine (risques d'eugénisme, de manipulations génétiques d'embryons, d'homme augmenté).

Ces progrès biotechnologiques et ces innovations nécessitent que soient repensés leur encadrement et leur finalité et renvoient aux principes d'équité dans l'accès au progrès, d'intégrité et de libre arbitre, de respect de la vie privée.

La DGS proposera que soient organisés des **états généraux** sur les sujets soulevant ainsi des interrogations et inquiétudes au sein de la population mais également pour apporter des éléments d'éclairage sur des innovations médicales ou technologiques en santé ou des orientations nouvelles en santé publique. À cette fin les remontées des associations, des agences sanitaires, des ARS, de la HAS et des professionnels mais aussi des parlementaires, des instances comme le CCNE, des médias seront les sources d'informations privilégiées pour le choix des thématiques. Le débat public est un outil essentiel de la démocratie en santé.

ACTIONS

35 _Développement de la formation des représentants d'usagers.

36 _Suivi et valorisation des recommandations de la CNS.

37 _Renforcement du dispositif permettant d'assurer la transparence de la décision et de l'expertise sanitaires par la prévention et la gestion des conflits d'intérêts.

38 _Renforcement de la veille sur la qualité juridique des normes et des décisions que la DGS produit en lien avec la Direction des affaires juridiques du SGMAS. Anticipation des contentieux par l'analyse des problématiques émergentes et des conflits en cours.

39 _Évaluation, dès l'élaboration de mesures nouvelles, de leurs impacts en termes de droits des patients et adaptation en conséquence de ceux-ci. Accompagnement des innovations en veillant à la balance bénéfices – risques pour la population, les malades et leurs droits afin d'anticiper sur les mesures juridiques à prendre ou à adapter en organisant le débat public et en s'appuyant le cas échéant sur les instances de démocratie en santé ou de réflexion éthique dédiées (Cese, CRSA, CCNE, ERERI).

40 _Participation aux réflexions pluridisciplinaires et interministérielles sur les grands enjeux éthiques et de société des innovations dans le domaine de la santé. Construction d'un argumentaire propre à la santé pour les débats interministériels et internationaux sur les principales questions éthiques d'actualité : séquençage à très haut débit et édition du génome, assistance médicale à la procréation, *big data*, etc. Préparation du débat bioéthique de 2017. Les réflexions sur la biomédecine seront portées en particulier avec l'ABM, l'ANSM, le CCNE, les parlementaires et associera les autres ministères (Justice, Recherche, Économie, Industrie, etc.).

Les associations

Le comité du partenariat associatif de la DGS va mettre en place une stratégie du partenariat associatif afin de valoriser l'importance des associations dans la construction et la mise en œuvre des politiques de santé. Celle-ci comprendra trois axes :

- le premier reposera sur le renforcement de leur participation à la **coconstruction** des politiques de santé, en leur mettant à disposition des **outils simplifiés et sécurisés** pour leur financement public, tout en permettant d'inscrire leur action dans la durée;
- le deuxième portera sur le choix des **modalités de financement** que la DGS souhaite adopter ces trois prochaines années: publication d'appels à projet, promotion de la coopération interassociative et recours au conventionnement pluriannuel;
- le troisième consistera à **rendre plus visibles les priorités de santé** que la DGS compte financer ces trois prochaines années et les règles d'arbitrages dans l'allocation de ressources aux associations (cartographie et audits permettant une analyse des cofinancements, une classification des actions financées selon leur nature (faire savoir, savoir faire, savoir et faire), etc.).

Ces axes ont vocation à être partagés avec les agences nationales, les ARS, la HAS et discutés avec le secteur associatif (associations de patients, associations de PPS, têtes de réseaux associatifs,...) dans le respect de la liberté et de l'initiative associative.

ACTION

41 Adoption d'un nouveau cadre du partenariat associatif partagé avec les agences nationales, les ARS, la Cnam-TS et le secteur associatif.

Les professionnels de la santé⁸

L'exercice des métiers de la santé au sens large est soumis à de profonds bouleversements en lien avec le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et de la dépendance mais aussi avec l'essor de nouvelles technologies, l'évolution de l'organisation territoriale des soins et la modification des rapports entre soignants et patients. Encourager les pratiques coopératives, l'intégration de la dimension préventive et assurer la formation des professionnels sur ces sujets tout au long de leur carrière, doivent se faire avec l'appui et le concours des professionnels eux-mêmes – ce sont les acteurs premiers de ce changement.

Si la DGS consulte déjà les professionnels sur les grands enjeux de santé publique, la confiance partagée nécessaire à cet exercice ne peut se construire sur une concertation épisodique rythmée par les crises ou les événements à fort impact politique et médiatique, mais doit reposer sur un **échange régulier** autour des thématiques de santé publique et des sujets médico-techniques.

8. Professions médicales et paramédicales incluant les professionnels du médico-social.

Afin d'anticiper les principales difficultés, de mieux appréhender les enjeux de santé publique et la réalité de terrain pour les soignants et les patients, il est nécessaire de renforcer les interactions avec les différents professionnels de la santé. Ceci nécessite une **structuration interne**, le développement d'outils et l'augmentation de la visibilité de la DGS (cf. action 12).

ACTION

42 _Augmentation de la visibilité de la DGS, des agences et de la HAS auprès des professionnels de la santé par la participation systématique au « groupe contact » piloté par le SGMAS, la participation aux réunions annuelles des différentes sociétés savantes, l'organisation d'une journée annuelle de la DGS dans le cadre d'une manifestation nationale et la poursuite des groupes de dialogue thématique et régulier (vaccination, PNRT, naissance et santé de l'enfant, notamment).

Le pilotage des agences nationales

— La dynamique interagence comme ligne directrice

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) a modifié le **paysage des agences sanitaires** en créant depuis le 1^{er} mai 2016, l'Agence nationale de santé publique (dénommée aussi Santé publique France). L'ambition portée avec cette agence qui reprend les missions de l'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) est de disposer d'un opérateur en capacité d'intervenir sur l'ensemble du champ de la santé publique **selon une approche populationnelle** allant de la production de données à l'action de prévention et la réponse à une situation de crise. Cette approche populationnelle vient compléter les **approches par « produits » et par « environnements »** des autres agences nationales. Pour accompagner la montée en puissance de cette nouvelle agence, la tutelle se doit d'être présente et soutenante.

La LMSS a également consacré le système d'agences avec le Casa, en donnant force de loi à la participation des agences et des hautes autorités à ce comité. L'objectif est d'assurer le bon fonctionnement des interactions entre agences, l'harmonisation et la complémentarité de leurs pratiques. Ce Casa doit devenir, à la fois pour les agences et la tutelle, l'outil de développement de la logique du **« système d'agences »** qui reflète l'approche globale de la santé où chaque agence apporte sa pierre à l'édifice. Il a vocation à devenir un lieu d'échanges, de partage d'informations, de mise en cohérence et de coconstruction entre les agences elles-mêmes, entre les agences et la tutelle et entre les agences et les autres administrations centrales. La production globale des agences en deviendra **plus facilement accessible et claire** pour le grand public comme pour les professionnels, les associations et les décideurs. Le Casa sera ainsi l'occasion **d'organiser ou de faire le point sur des projets en commun**, comme la mise à disposition des meilleures connaissances disponibles en matière de risques et solutions de santé (cf. les enjeux de santé 1, 2 et 3). De même, les journées scientifiques organisées par des agences

devraient pouvoir périodiquement donner lieu à un événement commun reflétant l'approche globale de la santé. Ce système d'agences constitue une force pour la santé publique, de part les interactions qu'il permet et les compétences sanitaires qu'il peut mobiliser.

— Une nouvelle doctrine de l'exercice de la tutelle

Le « **pilotage resserré** » des opérateurs de l'État est une priorité du Gouvernement. Ce pilotage resserré doit se traduire par un appui aux opérateurs. Le développement de la logique « système d'agences » est l'élément clé et porteur de la **doctrine de la tutelle des opérateurs**. Pour cela, l'animation et le programme de travail du Casa devront être construits et relayés par les réseaux thématiques transversaux. Afin de se centrer sur un pilotage stratégique, la DGS doit clarifier la répartition et l'exercice des missions de la tutelle et des agences. Ce travail s'appuiera, entre autres, sur les contrats d'objectifs et de performance et les programmes de travail des agences qui doivent être cohérents et alignés sur les objectifs stratégiques du ministère. Le sujet de l'expertise devra être intégré dans cette rénovation, et notamment les volets liés à la **programmation et à la formalisation des saisines** et aux pratiques en matière de gestion des conflits d'intérêt.

Le contexte budgétaire oblige aussi l'ensemble des acteurs de ce système d'agences, notamment la tutelle, à **rénover sa politique d'intervention** et sa gestion. La professionnalisation du pilotage financier des opérateurs doit se poursuivre et la tutelle doit apporter l'appui nécessaire à cette évolution.

Ce pilotage doit s'appuyer sur un **contrôle de gestion** renforcé. Cette nécessité suppose une montée en puissance des ressources consacrées à cette fonction au sein de la DGS et des opérateurs. Il s'agit d'apporter aux décideurs les outils d'aide à la décision et de suivi nécessaires pour garantir un « pilotage éclairé » qui doit associer l'ensemble des acteurs concernés, notamment les autres directions d'administration centrale du ministère et des autres ministères.

Un système d'agences suppose également une harmonisation des pratiques entre établissements, voire des **mutualisations**. Prise en application de la LMSS du 26 janvier 2016, l'ordonnance dite de mutualisation permettra de donner une base juridique aux initiatives de mutualisation qui pourront être lancées avec les opérateurs, que ce soit dans le domaine immobilier, informatique ou autre. Cette logique de mutualisation doit se construire avec les opérateurs et constituer une avancée utile pour ces derniers.

ACTIONS

43 _Animation du système d'agences dans une logique d'approche globale de la santé.

44 _Refonte de la doctrine tutelle des agences.

— Les territoires

L'approche régionale et locale

La nouvelle organisation du territoire avec l'apparition de grandes régions ainsi que la modernisation de l'action publique invitent à une **plus grande autonomie** des ARS dans la déclinaison territoriale des politiques de protection et promotion de la santé. Une démarche de **coconstruction** de ces politiques publiques sera mise en route en s'appuyant sur le **comité technique de santé publique**. Le soutien à l'élaboration et la mise en œuvre des projets régionaux de santé deuxième génération sera prioritaire. Dans ce contexte, la participation à l'élaboration d'un programme national de santé publique déjà évoqué précédemment, coordonné avec les autres politiques nationales pour une réponse aux besoins de santé, sociaux et médico-sociaux, sera particulièrement opportune et facilitera le travail de programmation annuelle des instructions.

La plus grande lisibilité des orientations nationales de santé doit s'accompagner d'une meilleure connaissance des évaluations des politiques publiques implantées sur les territoires. La DGS attachera une importance aux enjeux territoriaux liés à la lutte contre les **inégalités territoriales** et d'accès à la santé. Elle a ainsi la responsabilité du pilotage national et du suivi des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), ainsi que du suivi des contrats locaux de santé. Cette analyse sera rendue possible par le développement de systèmes d'informations partagés avec les ARS (SCORE-santé®, Atlasanté®, Oscar®, etc.).

— Une approche renforcée nécessaire pour les outre-mer

Dans cette logique territoriale, le fait que plusieurs indicateurs sanitaires dans les outre-mer soient souvent plus défavorables qu'en métropole et que les difficultés de résorption des écarts persistent malgré les efforts déployés, justifie qu'une attention spécifique soit portée à ces territoires. La **stratégie de santé pour les outre-mer** (SSOM) adoptée en mai 2015 servira à cet effet de feuille de route pour la DGS et les agences concernées. Plusieurs objectifs majeurs devront être traités :

- disposer de données d'observation par territoire et de leur évolution dans le temps;
- poursuivre la professionnalisation du dispositif de veille et de sécurité sanitaire et structurer l'organisation des vigilances compte tenu du contexte inhérent à ces territoires;
- identifier des mécanismes permettant de lutter contre l'isolement géographique. Étant donné les risques spécifiques qui pèsent sur les départements ultramarins, il convient de consolider la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif ORSAN;
- soutenir le développement de partenariats avec les acteurs et instances de la coopération internationale afin de renforcer la sécurité sanitaire (ex. : surveillance de maladies émergentes);
- poursuivre la systématisation de la mise à niveau du droit ultramarin.

Une meilleure anticipation des enjeux de santé et une plus grande efficacité dans l'action nécessite de développer une culture commune de l'outre-mer et de constituer, comme pour les questions régionales et internationales, un véritable **réseau**

avec les agences nationales (cf. action 48). Ce réseau permettra d'avoir une vision globale partagée des actions entreprises, de se répartir les sujets, de capitaliser sur les missions et déplacements effectués.

ACTIONS

45 _Coconstruction des politiques de santé publique avec les ARS. Coanimation avec le SGMAS du Comité technique des directeurs de santé publique des ARS.

46 _Mise en œuvre de la Stratégie de santé pour les outre-mer (SSOM).

L'approche internationale et européenne

La DGS et les agences sanitaires ont investi les instances européennes et internationales et jeté les bases d'une stratégie d'influence, sur la sécurité sanitaire internationale notamment. En lien avec la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI), il convient aujourd'hui de la consolider et de l'étendre à l'ensemble des domaines d'action en santé publique couverts par la DGS, en mobilisant tous les acteurs concernés et en tenant compte des évolutions récentes majeures du paysage de la santé mondiale.

En effet, en septembre 2015 à New-York, l'Assemblée générale des Nations unies a adopté les **Objectifs du développement durable**. Ceux-ci définissent pour l'horizon 2030 des enjeux de santé pertinents pour tous, au-delà des pays dits en développement, et invitent à adopter une approche transversale et partenariale intersectorielle. La récente épidémie de maladie à virus **Ebola** d'autre part, a ébranlé la gouvernance mondiale en santé et appelé à repenser l'architecture de la sécurité sanitaire, et en particulier les mécanismes de coopération pour la préparation et la réponse aux urgences sanitaires internationales. Enfin, la perspective du **Brexit** doit amener la France à en anticiper les conséquences et à renforcer son positionnement au sein de l'Union européenne sur les dossiers sanitaires.

Dans ce contexte, les avantages tirés à inscrire le travail de la DGS et des agences dans une perspective internationale vont croissant. L'international offre des pistes de réflexion, possibilités de *benchmarking* et de partage de bonnes pratiques, mais permet également de créer un effet de levier pour faire avancer des dossiers nationaux, d'optimiser le développement et la mise en œuvre de certaines réglementations européennes, ou de faire valoir un modèle, une expertise et des orientations spécifiques.

En retour, la France, dont le système de santé jouit d'une réputation d'excellence, est attendue dans la sphère internationale comme force de proposition tant sur l'organisation des systèmes de santé que sur le développement de politiques de santé publique.

L'objectif est **d'ancrer plus profondément la dimension internationale** dans les missions des entités de la DGS et des agences, à la fois comme source d'inspiration et comme tremplin assurant visibilité et portée à leurs actions. Il s'agira pour cela d'améliorer la connaissance des enjeux européens et internationaux et de leur influence sur le cours de la politique nationale en renforçant et systématisant la coordination et l'échange d'informations entre les agents de la DGS et des agences.

Il est également essentiel de développer un **cadre explicitant les priorités de la DGS et des agences** à l'international, notamment les axes relatifs à la promotion de systèmes de santé tournés vers la prévention, les soins primaires et la préparation aux crises sanitaires, à la cohérence des interventions bilatérales et multilatérales, au dépassement de la distinction entre européen et international, au développement de réseaux **francophones**, ou à la lutte contre les maladies non transmissibles. L'enjeu sera de définir une **stratégie d'influence** pour assurer la visibilité de ces priorités thématiques et géographiques auprès des partenaires clés (conseillers régionaux santé en ambassade, Expertise France, AFD, etc.) et leur intégration par le ministère des Affaires étrangères et du Développement international dans la **stratégie française en santé mondiale** en cours d'élaboration. La cohérence du plaidoyer politique et les synergies des actions conduites sur le terrain par les acteurs sanitaires français en seront ainsi renforcées.

ACTIONS

47 _Préparation avec la DAEI et le Casa des travaux et grands événements internationaux et de la contribution à la stratégie française en santé mondiale (priorités, acteurs clés, partenariats).

48 _Animation des réseaux internationaux et outre-mer incluant notamment agents de la DGS et agences sanitaires (réunions de coordination, système d'information, cartographie de la participation aux groupes de l'Union européenne et des activités de coopération bilatérale, agendas partagés, etc.).

__ Les ressources

L'information et la communication

La communication publique des autorités sanitaires s'insère dans un contexte où les interrogations de la population peuvent trouver des réponses dans une grande diversité de promoteurs de l'information en santé. Elle s'opère dans une société qui doit garantir le risque minimal à sa population et où les bénéfices sanitaires collectifs et les bénéfices individuels apparaissent pour beaucoup encore antagonistes. La rapidité de circulation de l'information représente par ailleurs un défi en tant que tel pour la communication des pouvoirs publics.

La densité des informations rend indispensable d'améliorer la **visibilité et lisibilité des actions et priorités de santé**. Il sera à cet effet primordial de **hiérarchiser les actions de communication** et de partager cette hiérarchie au sein du système des agences afin d'assurer la cohérence globale de la communication vis-à-vis des

publics cibles. Cette optimisation de la communication s'appuiera sur une animation continue des réseaux de communication « santé » (régionaux, partenaires et opérateurs, interministériels et internationaux). La DGS doit s'impliquer dans cette mission en renforçant le réseau du Casa-Communication (**Casa-Com**) réunissant les directeurs de communication des agences sanitaires et le réseau des responsables de communication des ARS, en lien avec le SGMAS et la Délégation à l'information et à la communication (Dicom). Cette coopération devra s'étendre au niveau ministériel (DGOS, DGCS, Drees, etc.) et interministériel (Service d'information du Gouvernement [SIG], MAEDI, Intérieur...). La participation aux réseaux internationaux de communication « santé », en particulier ceux de l'ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*) et du HSC (*Health Security Committee*) au niveau européen, du GHSI (*Global Health Security Initiative*) et de l'OMS au niveau international est indispensable pour garantir une communication cohérente entre les États.

Comme déjà souligné, la DGS doit renforcer ses liens avec les professionnels de la santé et inclure un volet information dans tous les groupes de dialogue avec les différents professionnels. La DGS contribuera à la volonté ministérielle de faire du service public d'information en santé une référence incontournable pour répondre à leurs attentes en matière d'information sur la protection et promotion de la santé. En ce qui concerne les usagers, devant l'essor et la multiplicité des sources d'information en santé, il est nécessaire de mettre à leur disposition les **informations de référence** concernant la prévention, la qualité des pratiques et des soins et la sécurité sanitaire, en un point de consultation unique. Il est indispensable de le faire également pour développer la démocratie en santé et associer les usagers à nos stratégies d'information afin de répondre au mieux à leurs questions et à leurs besoins. De nouveau, cela revient à intégrer, dès que cela est possible et pertinent, la solution SPIS dans les projets de communication.

La valorisation et l'échange direct entre acteurs autour des grands enjeux de santé ainsi que la mise en place du système des agences rendent désormais possible et souhaitable l'organisation d'événements communs de façon périodique comme des **journées nationales de santé publique**. Ce type d'événement réunissant l'ensemble des agences serait un moment privilégié pour aborder la santé dans sa globalité et faire rencontrer des professionnels et des publics n'ayant pas l'occasion de se croiser.

ACTIONS

49 _Organisation de la cohérence et de la complémentarité de la communication du Casa. Définition d'un plan de communication sur les grandes problématiques de santé pour donner une information objective notamment sur les cas d'incertitudes scientifiques ou les sujets polémiques.

50 _Contribution à la mise en place du service public d'information en santé (SPIS).

51 _Organisation périodique d'événements réunissant les agences nationales et les hautes autorités sanitaires (journées nationales de santé publique, débats, points presse, etc.).

La recherche et l'innovation

Comme les trois enjeux de santé l'ont montré, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé doivent pouvoir s'appuyer sur les **meilleures connaissances disponibles** concernant l'état de santé de la population et les inégalités de santé, leurs déterminants, les risques qui peuvent menacer la santé, et l'efficacité que l'on peut attendre des actions envisageables compte tenu des ressources disponibles. Ces connaissances sont issues d'un continuum qui va de la recherche fondamentale à la recherche translationnelle et à la recherche appliquée, dans les domaines de la recherche biologique, de la recherche clinique et de la recherche en santé publique.

— Accompagner l'évolution du système national des données de santé

Le **système national des données de santé** chaîne les données de consommation de soins ambulatoires (SNIIRAM), hospitaliers (PMSI) et les causes de mortalité (CépiDc). Sa création ouvre de nouvelles possibilités pour la veille sanitaire, pour des études portant sur la détection d'événements morbides inhabituels ou de fréquence inhabituelle et pour compléter les données recueillies dans le cadre de projets de recherche.

La DGS se dotera des compétences nécessaires à l'exploitation de ces bases de données complexes, afin, d'une part de pouvoir procéder directement à des études exploratoires et, d'autre part, d'être plus en mesure de piloter les agences qui sont sous sa tutelle pour la réalisation d'études plus approfondies.

Il s'agira également, avec la Drees, l'ANSP, et la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS), de poursuivre dans ce nouveau contexte le développement d'un **système d'information** permettant de suivre l'évolution de l'état de santé de la population, et de ses déterminants, au niveau national et territorial, en France métropolitaine et outre-mer. Cela se fera en lien avec le développement des systèmes d'information européens et internationaux, à des fins de comparaisons internationales. Un **tableau de bord synthétique** de suivi de la SNS sera par ailleurs mis en place.

— L'expertise au service de la décision

Il s'agit d'organiser la **veille scientifique** avec les agences sanitaires et la HAS et d'améliorer les modalités de recours à l'expertise pour disposer d'une analyse critique et synthétique des connaissances disponibles afin d'éclairer, en temps utile, les décisions à prendre.

L'amélioration des modalités de recours à l'expertise repose notamment sur le développement des interactions entre la DGS, commanditaire, et les organismes responsables de la réalisation des expertises, afin :

- en amont, de préciser les objectifs et les échéances des expertises demandées, et de coordonner leur programmation ;
- en aval, de s'assurer de la bonne intelligibilité et des conditions de mise en œuvre des conclusions qui pourront en être tirées.

Les conclusions des expertises réalisées doivent systématiquement permettre **d'identifier les incertitudes et les limites des connaissances disponibles**.

Le choix des modalités d'action les plus **probantes** en matière d'efficacité sanitaire, sociale et économique doit pouvoir s'appuyer sur la synthèse des connaissances disponibles sur des interventions déjà mises en œuvre, dans le cadre d'un partenariat à construire entre les agences sanitaires, l'EHESP, la HAS ou encore la Société française de santé publique (SFSP) (cf. enjeu 1).

— Le soutien à la recherche et l'innovation

La DGS poursuivra son implication dans le développement de la recherche en santé publique, avec les partenaires réunis au sein de l'Institut de recherche en santé publique, et soutiendra la constitution d'un réseau européen de recherche sur les innovations dans le système de santé (ERA-NET) associant la HAS et les agences sanitaires concernées. Elle poursuivra son soutien à l'organisation des capacités de mobilisation de la recherche en situation d'urgence sanitaire (REACTing, cf. orientation 7), et son implication active dans les travaux d'harmonisation et de coordination des appels à projets de recherche en santé.

La DGS copilote, avec l'Inserm, le projet de création de centres d'expertise et de recherche régionaux en santé publique (**CERReSP**, cf. action 5), *consortiums* régionaux d'équipes de recherche en santé publique rassemblant des chercheurs de disciplines différentes, avec un double objectif :

1. organiser l'animation scientifique et la production de projets de recherche pluridisciplinaires, le cas échéant avec une compétence thématique spécifique pouvant constituer une référence au niveau national ;
2. répondre, par l'expertise scientifique, associée le cas échéant à l'expertise professionnelle, aux demandes portées par les décideurs des politiques locales ou des acteurs de terrain.

L'utilisation optimale des innovations impose de mettre en place, en lien avec le **délégué ministériel à l'innovation** et les autres acteurs du champ (directions centrales, agences sanitaires, HAS, caisses d'assurance maladie), les dispositifs et les organisations nécessaires pour repérer les innovations émergentes (cf. actions 21 et 39), apporter un appui au développement des innovations les plus prometteuses, s'assurer de la prévention des risques, qu'ils soient liés aux innovations elles-mêmes ou aux modalités de leur diffusion, et le cas échéant de la prise en compte des enjeux éthiques, enfin suivre l'impact, en termes de bénéfices et de risques, de la diffusion de ces innovations en **conditions d'utilisation réelle** dans la population. Le dispositif mis en place au sein de la DGS sur ses thématiques devra être conçu pour s'intégrer dans l'organisation portée par le délégué ministériel à l'innovation du MASS.

ACTIONS

52 — Mise en place du tableau de bord synthétique de suivi de la SNS.

53 — Participation au pilotage du système national des données de santé (SNDS).

54 — Amélioration des modalités de recours et de remise de l'expertise avec notamment l'intégration dans les saisines d'une demande de hiérarchisation et d'opérationnalisation des recommandations.

La gestion des données et la maîtrise des risques

La gestion interne des données est devenue une des clés de l'appui au pilotage. Elle recoupe des questions liées à **l'urbanisation et la gestion des besoins en SI**, le contrôle de gestion, la maîtrise des risques, le **contrôle interne** et enfin le suivi des recommandations des rapports d'inspections et d'audits.

De façon générale, l'usage des outils collaboratifs, du web, des réseaux sociaux, voire des capteurs pour assurer le recueil de données en univers mobile, soit directement sur le corps humain, soit au sein de l'habitat, soit dans l'air ambiant va totalement modifier l'approche conceptuelle des systèmes d'information dans le champ de la santé. À partir d'une définition précise du besoin, d'un référentiel validé de données, images voire sons, nécessaires à la prise de décision du maître d'ouvrage, il faudra :

- rechercher ou veiller à leur dépôt au sein du *big data* ;
- en vérifier l'intégrité et la qualification ;
- les rendre accessible à ceux qui doivent les connaître ;
- offrir les outils de décision sur lesquels seront implémentées des règles de gestion (agrégat financier, contrôle de normes sanitaires, etc.) ou des outils de projection géographiques.

Ces évolutions reposent sur la maîtrise de l'urbanisation des données, la construction, l'adoption et l'entretien de référentiels et nomenclatures, une connaissance approfondie des outils décisionnels et géographiques ainsi et surtout dans un univers ouvert une gestion pertinente de la sécurité des données (droit des usages, outil d'authentification et leurs contraintes, gestion de la qualité).

Dans la conception actuelle de la Cour des comptes, chaque direction d'administration centrale doit s'assurer de la mise en œuvre d'une **politique globale de maîtrise des risques** pour elle-même et ses opérateurs. Celle-ci, en lien avec les démarches qualité déjà mises en place, s'articulera autour des fonctions de : cartographie générale des risques majeurs, mise en place d'un plan d'actions et de maîtrise des risques, déploiement du contrôle interne sur les processus (contrôle de gestion, contrôle financier, budgétaire et comptable jusqu'à l'effectivité de l'action métier) et définition d'un plan d'audit et de suivi des audits et des programmes d'inspections. Elle vise à identifier, évaluer et prévenir les aléas liés à l'action d'une direction dans le cadre de ses missions et de son programme pluriannuel de performance.

Dans cette perspective la DGS devra :

- se doter des moyens pour identifier des risques émergents **et/ou majeurs pour son fonctionnement et la continuité de ses missions** (y compris lors des études d'impact autour de la rédaction d'une mesure réglementaire), ou lors d'un audit ou inspection (cf. action 21) ;
- proposer des mécanismes de prévention et s'assurer de leur mise en œuvre et de leur mise à jour au travers de tableaux de bord.

Au regard de ces besoins et des évolutions en cours, il apparaît que les fonctions traditionnelles de l'informatique de proximité vont tendre à diminuer par une prise en charge à distance et rationnelle du poste de travail qui deviendra un équipement « jetable et interchangeable » au profit de fonctions déjà émergentes de spécialistes de la gestion documentaire électronique, de webmestre et d'administrateur de gestion des données et annuaires. La fonction de **responsable sécurité des systèmes d'information** sera à renforcer par une connaissance fine des outils d'authentification et des risques attachés à la gestion des données tandis que la fonction de chef de projet va fortement évoluer vers :

1. l'urbanisation et l'intégration de données issues de systèmes d'information divers et interopérables : urbaniste SI, spécialiste du web en conformité avec les préconisations de la Direction interministérielle des systèmes d'information et de la communication (Dinsic) et dans le cadre du Comité ministériel des systèmes d'information (CoSis);
2. la conception et le paramétrage d'outils décisionnels et de SIG, spécialiste de l'approche statistique et de la modélisation.

La politique globale de maîtrise des risques va aussi s'accroître par l'analyse des données engrangées dans une perspective d'évaluation économique et d'anticipation.

ACTIONS

55 _Inscription du projet de dématérialisation du certificat de décès partagé jusqu'aux services communaux au titre des plans d'investissement d'avenir. Réalisation du projet CERT-DC.

56 _Réalisation d'un plan d'action sur la sécurité des SI.

57 _Réalisation partagée avec les agences sanitaires et les ARS d'un ensemble de deux fiches de risques dédiées à la crise sanitaire (« préparation » et « gestion »).

Les ressources humaines et financières

En matière de ressources humaines, le projet stratégique concourt à identifier de **nouvelles compétences** à acquérir (science des données, urbanisation des SI, économie de la santé...) et constitue une opportunité pour décliner le plan ministériel d'actions visant à améliorer la **qualité de vie au travail**. Dans le cadre de la politique ministérielle pilotée par la DRH, une stratégie en matière de ressources humaines sera ainsi mise en place afin d'assurer au fil du temps la mise à disposition des nouvelles compétences demandées par les entités, la réponse aux besoins issus du baromètre social et les réponses aux demandes d'évolution professionnelle de chaque agent.

La réponse aux besoins de nouvelles compétences sera facilitée par la **mise en place de formations initiales et continues adaptées**, en lien notamment avec l'EHESP, par la création d'une **bourse d'emplois commune** et par la construction de passerelles permettant d'avoir un **parcours professionnel interstructures**, intégrant la DGS et les autres directions du ministère, les agences sanitaires et les agences régionales de santé.

Offrir plus de possibilités de mobilité professionnelle, c'est aussi permettre le **télé-travail** pour celles et ceux qui le souhaitent. En la matière, la DGS s'inscrira dans les projets de déploiement prévus par la DRH. Des règles de **bonnes pratiques en matière d'utilisation des objets de communication** seront par ailleurs définies.

En matière de ressources financières, il s'agira d'optimiser l'utilisation des crédits du programme 204 («prévention, sécurité sanitaire et offre de soins») géré par la direction entre la DGS, les opérateurs et les associations par le biais des **priorités de santé** affichées et les pratiques de **bonne gestion** classiques comme le contrôle régulier des éventuels doublons dans les financements. Il s'agira par ailleurs d'optimiser la programmation budgétaire à travers les dialogues de gestion et la mise en place d'un **dialogue de gestion spécifique pour les grands projets structurants** avec l'ensemble des entités concernées, notamment pour les systèmes d'information. Le pilotage optimum des ressources financières requiert des outils de suivi et d'analyse. Une **application budgétaire** dédiée à ces missions sera à cet effet mise en œuvre. Enfin, les connaissances réunies en matière d'économie de la prévention et de la protection de la santé seront **répertoriées dans une base de données et de ressources documentaires afin d'en faire des aides à la décision budgétaire** (cf. action 5).

ACTIONS

58 __Faciliter les mobilités entre les agences et la DGS: emploi, formation, pilotage de projet.

59 __Définition des bonnes pratiques en matière d'utilisation des objets de communication.

60 __Mise en place des dialogues de gestion dédiés au financement des grands projets structurants.

**Ce projet stratégique ne constitue pas un programme de travail.
Pour autant la mise en œuvre des actions citées à titre illustratif
dans ce document s'accompagnera d'un suivi en termes d'indicateurs.**

Tableau synoptique

Enjeu 1 ___Investir collectivement dans la promotion de la santé et la prévention	
Orientation 1 ___Les connaissances pour la décision : un saut qualitatif à faire	
Action 1	Création d'un SI rassemblant les connaissances disponibles en matière de risques et solution en santé
Action 2	Évaluation de différents dispositifs d'étiquetage nutritionnel sur des denrées alimentaires en conditions réelles d'achat
Action 3	Expérimentation de la prévention de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans à risque
Action 4	Contribution à l'élaboration d'un programme national de santé publique
Action 5	Soutien à la structuration et à la mobilisation de la recherche en appui des politiques de santé : CERReSP (Inserm/IReSP/DGS), PNRSP, économie de la prévention. Constitution d'une base de référence en matière de données et ressources documentaires en économie de la prévention et de la sécurité sanitaire
Orientation 2 ___La santé comme responsabilité partagée	
Action 6	Santé environnementale : renforcement de l'implication de la DGS dans le domaine de la santé environnementale notamment dans le domaine de l'information du grand public sur certains sujets (eau potable, perturbateurs endocriniens, sites et sols pollués...)
Action 7	Santé des jeunes et des enfants : déploiement du parcours éducatif de santé (circulaire de l'Éducation nationale)
Action 8	Santé au travail : renforcement des relations institutionnelles santé au travail – santé publique par le biais d'une convention entre ARS et Direccte. Conduite d'actions prioritaires contre les risques multifactoriels (pratiques addictives et maladies cardiovasculaires) et promotion d'un environnement de travail favorable à la santé (3 ^e plan santé au travail 2016-2020 DGT)
Action 9	Mise en œuvre de la feuille de route interministérielle de maîtrise de l'antibiorésistance en comité interministériel pour la santé et mise en œuvre
Action 10	Poursuite des travaux du comité permanent restreint sur les priorités CIS. Élaboration d'une saisine pour disposer d'une méthode d'évaluation des impacts des politiques sectorielles sur la santé. Développement des modélisations des impacts sanitaires et économiques des risques émergents et des crises en lien avec les agences concernées et la HAS
Orientation 3 ___La proximité garante d'efficacité	
Action 11	Mobilisation avec la Cnam-TS pour soutenir les acteurs dans l'exercice de leurs missions en matière de prévention
Action 12	Consolidation du principe du « point de contact unique » à la DGS pour les différents professionnels de la santé
Enjeu 2 ___Garantir la sécurité et la qualité des pratiques et des soins	
Orientation 4 ___L'expérience collective au service des pratiques quotidiennes	
Action 13	Diffusion des démarches de culture de la qualité auprès des différents professionnels de la santé, en ville et en établissement. Thèmes prioritaires : la bonne prescription du médicament (et à l'inverse le mésusage), la iatrogénie
Action 14	Encadrement des pratiques et des prestations naissantes comme les prestations électroniques de conseil

Action 15	Renforcement de l'animation du réseau des référents démocratie sanitaire en ARS avec la mise en place d'un comité technique démocratie sanitaire
Orientation 5 ___ Conforter les droits des usagers du système de santé	
Action 16	Implication des usagers vis-à-vis des processus de qualité et de sécurité déployés. Renforcement, en lien notamment avec la HAS, de l'information des patients sur l'offre de soins conventionnelle, non conventionnelle et les produits innovants. Examen des modalités permettant de garantir la qualité des pratiques de santé
Action 17	Actualisation des critères de l'agrément des associations d'usagers
Action 18	Adaptation de la réponse indemnitaire pour 1/conforter l'indemnisation des dommages individuels liés aux soins au titre de la solidarité nationale ; 2/accompagner les réflexions sur la prise en charge des dommages corporels liés à l'environnement et aux produits et activités humaines
Action 19	Suivi législatif et réglementaire du projet de création de l'Unaass
Orientation 6 ___ Introduire les innovations en toute sécurité	
Action 20	Pilotage d'expérimentations permettant d'évaluer la place des produits de santé innovants dans la stratégie thérapeutique et leur impact sur les pratiques professionnelles
Action 21	Intégration, à l'échelle du Casa, du processus de veille mis en place par le délégué ministériel à l'innovation concernant les innovations technologiques, médicamenteuses et organisationnelles qui influencent la sécurité des pratiques et des soins
Enjeu 3 ___ Améliorer la gestion des risques sanitaires, environnementaux et alimentaires	
Orientation 7 ___ La préparation et l'expertise, clés de la réussite	
Action 22	Réalisation d'un schéma d'urbanisation des SI concourant à la VSS autour du portail des signalements
Action 23	Élaboration au sein du Casa des protocoles pour le traitement des saisines en urgence
Action 24	Articulation des SI qui concourent à la veille et à la sécurité sanitaire autour du portail des signalements
Orientation 8 ___ Un devoir d'innover	
Action 25	Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie de sécurité sanitaire internationale, incluant un projet de réforme de l'OMS et de renforcement du RSI et le développement de partenariats avec les instances de coopération (AFD, Expertise France) pour renforcer la capacité des États à faire face aux urgences
Action 26	Développement en lien avec les agences concernées de partenariats avec des universités pour faciliter la mise en œuvre d'une expertise scientifique pluridisciplinaires et d'outils de prévention et de préparation des crises
Action 27	Inscription des enjeux de sécurité sanitaire et de développement durable dans les projets des nouvelles organisations territoriales
Action 28	Poursuite et développement des programmes de biosurveillance, en particulier dans le cadre du réseau européen EHBMI
Action 29	Adoption d'une stratégie pour les échanges internationaux, cohérente avec le RSI visant à renforcer le rôle de l'OMS dans la coordination de la gestion des urgences et à renforcer les systèmes de surveillance et de santé des États jugés prioritaires



Orientation 9 — Consolidier les savoir-faire	
Action 30	Développement d'une offre de formation initiale et continue sur la VSS et la santé environnement pour les agents de l'État et des agences et les professionnels de la santé
Action 31	Création d'une base documentaire permettant l'échange de bonnes pratiques
Action 32	Élaboration d'accords-cadres avec d'autres ministères (Défense pour la gestion des crises, Agriculture dans une logique One Health notamment dans le domaine de la sécurité alimentaire et du médicament vétérinaire)
Action 33	Déploiement d'un mécanisme d'évaluation par les pairs du niveau de préparation des territoires
Action 34	En lien avec l'EHESP, création d'un référentiel de compétences liées aux nouvelles missions de la sécurité sanitaire, développement d'une offre de formations initiales et continues, certifiantes dans certains cas
Stratégies transversales	
Les acteurs	
Démocratie en santé, droits des usagers et des patients	
Action 35	Développement de la formation des représentants d'usagers
Action 36	Suivi et valorisation des recommandations de la CNS
Action 37	Renforcement du dispositif permettant d'assurer la transparence de la décision et de l'expertise sanitaires par la prévention et la gestion des conflits d'intérêts
Action 38	Renforcement de la veille sur la qualité juridique des normes et des décisions que la DGS produit en lien avec la DAJ
Action 39	Évaluation, dès l'élaboration de mesures nouvelles, des impacts en termes de droits des patients et adaptation en conséquence de ceux-ci. Accompagnement des innovations en veillant à la balance bénéfiques pour le malade ou la santé publique et risques pour les droits des malades, voire les droits des personnes
Action 40	Participation aux réflexions pluridisciplinaires et interministérielles sur les grands enjeux éthiques et de société : séquençage à très haut débit du génome, procréation médicalement assisté, etc. Préparation du débat bioéthique de 2017
Les associations	
Action 41	Adoption d'un nouveau cadre du partenariat associatif partagé avec les agences nationales, les ARS et le secteur associatif
Les professionnels de la santé	
Action 42	Participation systématique au « groupe contact » piloté par le SGMAS, participation aux réunions annuelles des différentes sociétés savantes, organisation d'une journée annuelle de la DGS dans le cadre d'une manifestation nationale et la poursuite des groupes de dialogue thématique et régulier (vaccination, PNRT, naissance et santé de l'enfant, etc.)
Le pilotage des agences nationales	
Action 43	Animation du système d'agences dans une logique d'approche globale de la santé
Action 44	Refonte de la doctrine tutelle des agences

Les territoires	
Approche régionale et locale	
Action 45	Coconstruction des politiques de santé publique avec les ARS. Coanimation avec le SGMAS du comité technique des directeurs de santé publiques des ARS
Action 46	Mise en œuvre de la Stratégie de santé pour les outre-mer (SSOM).
Approche internationale et européenne	
Action 47	Préparation avec la DAEI et le Casa des travaux et grands événements internationaux (priorités, acteurs clés, partenariat)
Action 48	Animation des réseaux internationaux et outre-mer incluant notamment agents de la DGS et agences de santé sous tutelle (réunions de coordination, de délégation, système d'information)
Les ressources	
L'information et la communication	
Action 49	Organisation de cohérence et complémentarité de la communication du Casa. Définition d'un plan de communication sur les grandes problématiques de santé pour donner une information objective notamment sur les cas d'incertitudes scientifiques ou les sujets polémiques
Action 50	Contribution à la mise en place du Service public d'information en santé
Action 51	Organisation périodique d'événements réunissant les agences nationales et les hautes autorités sanitaires (journées nationales de santé publique, débats, points presse...)
La recherche et l'innovation	
Action 52	Mise en place du tableau de bord synthétique de suivi de la SNS
Action 53	Participation au pilotage du SNDS
Action 54	Amélioration des modalités de recours et de remise de l'expertise avec notamment l'intégration dans les saisines d'une demande de hiérarchisation et opérationnalisation des recommandations
La gestion des données et maîtrise des risques	
Action 55	Inscription du projet de dématérialisation du certificat de décès partagé jusqu'aux services communaux de la DGS au titre des plans d'investissement d'avenir. Réalisation du projet CERT-DC
Action 56	Réalisation d'un plan d'action sécurité des SI
Action 57	Réalisation partagée avec les agences sanitaires et les ARS d'un ensemble de deux fiches de risques dédiées à la crise sanitaire (« préparation » et « gestion »)
Les ressources humaines et financières	
Action 58	Faciliter les mobilités entre les agences et la DGS : emploi, formation, pilotage de projet
Action 59	Définition de bonnes pratiques en matière d'utilisation des objets de communication
Action 60	Mise en place de dialogues de gestion dédiés au financement des grands projets structurants

Sigles

— A

ABM	Agence de la biomédecine
Adalis	Addictions Drogues Alcool Info Service
AFD	Agence française de développement
AFNOR	Association française de normalisation
AllEnvi	Alliance nationale de recherche pour l'environnement
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites
Anses	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ANSP	Agence nationale de santé publique
ARS	Agence régionale de santé
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
Athéna	Alliance thématique nationale des sciences humaines et sociales
AUF	Agence universitaire de la Francophonie
Aviesan	Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé

— C

Casa	Comité d'animation du système d'agences
CCLin	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CERRESP	Centre d'expertise et de recherche régional en santé publique
Cese	Conseil économique, social et environnemental
CIS	Comité interministériel pour la santé
CLAT	Centre de lutte anti-tuberculose
CMR	Cancérogène, mutagène, reprotoxique
Cnam-TS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNS	Conférence nationale de santé
CoReSa	Comité de la recherche en santé
CoSis	Comité ministériel des systèmes d'information
CPP	Comité de protection des personnes
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie

— D

DAEI	Délégation aux Affaires européennes et internationales
DAJ	Direction des affaires juridiques
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DG Trésor	Direction générale du Trésor
Dicom	Délégation à l'information et à la communication
Dinsic	Direction interministérielle des systèmes d'information et de la communication
Direccte	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
DSS	Direction de la Sécurité sociale

— E

ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EFS	Établissement français du sang
EHBMI	European Human Biomonitoring Initiative
EHESP	École des hautes études en santé publique
EIS	Évaluation d'impact sur la santé
EPRUS	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ERA-NET	European Research Area Network
ERERI	Espaces de réflexion éthique régionaux et interrégionaux
Euratom	Communauté européenne de l'énergie atomique

— F

FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
-------	--

— G

GHSI	Global Health Security Initiative
GHT	Groupement hospitalier de territoire

— H

HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique

HSC	Health Security Committee
HMA	Heads of Medicines Agencies
I	
INCa	Institut national du cancer
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INTS	Institut nationale de la transfusion sanguine
InVS	Institut de veille sanitaire
IPDS	Institut pour la démocratie en santé
IRD	Institut de recherche pour le développement
L	
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
M	
MAEDI	Ministère des Affaires étrangères et du Développement international
MASS	Ministère des Affaires sociales et de la Santé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
N	
NBIC	Nanotechnologies, biotechnologies, informatique et sciences cognitives
O	
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
Oniam	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
P	
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSP	Programme national pour la sécurité des patients
PPS	Prévention et promotion de la santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional santé-environnement

— R

REACTing	REsearch and ACTion targeting emerging infectious diseases
RESE	Réseau d'échanges en santé environnement
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RSI	Règlement sanitaire international

— S

SFSP	Société française de santé publique
SGMAS	Secrétariat général du ministère chargé des Affaires sociales
SI	Système d'information
SIG	Service d'information du Gouvernement
SNDS	Système national des données de santé
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SNS	Stratégie nationale de santé
SPIS	Service public d'information en santé
SRVA	Serveur régional de veille et d'alerte
SSOM	Stratégie de santé pour les outre-mer

— T

TIC	Technologies de l'information et de la communication
-----	--

— U

Unaass	Union nationale des associations agréées d'utilisateurs du système de santé
Unesco	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
VSS	Veille et sécurité sanitaire

**Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF)
sur le site du ministère en charge de la Santé
www.social-sante.gouv.fr**

Réalisation Direction générale de la santé
Conception Délégation à l'information et à la communication

Octobre 2016



DGS

Direction générale de la santé

www.social-sante.gouv.fr