

Message de l'ITMO Santé Publique d'AVIESAN

LES POINTS-CLÉ

- L'organigramme de l'ISP a été simplifié autour de trois pôles (recherche clinique, expertise collective et santé publique) afin de rapprocher son fonctionnement de celui des autres ITMOs d'AVIESAN. Un Comité d'Experts de santé publique a été constitué auprès du Directeur de l'ISP et un Comité d'Experts inter-ITMOs pour la recherche clinique mis en place. La Direction de l'ISP a été renforcée par la nomination de deux Directeurs Adjoints.
- Les synergies entre l'ISP et le GIS IReSP (ce dernier étant appelé à se transformer en Fondation de Coopération Scientifique) vont être facilitées par la mise en place d'un Directeur et d'une équipe de direction communes. Ceci permettra de mieux différencier leurs fonctions : organisation et animation de la recherche dans le périmètre d'AVIESAN pour l'ISP, organisation du dialogue avec les décideurs pour fixer des objectifs opérationnels pour la recherche en santé publique pour l'IReSP.
- Pour la recherche clinique, les priorités demeurent le renforcement du réseau des CIC et la promotion de la recherche translationnelle en « amont » (de la biologie vers la clinique et vice-versa) mais désormais également en « aval » (vers les interventions en populations et le système de santé).
- Pour l'expertise collective, la priorité demeure de garantir la qualité et l'indépendance de cette procédure formalisée de consultation d'experts chargés de réaliser une synthèse critique de l'évidence existant à un moment donné dans la littérature scientifique. L'objectif sera d'accroître l'impact direct des expertises collectives sur les politiques de santé et d'élaborer d'autres formes de collaborations en matière d'expertise avec les partenaires (notamment les agences sanitaires et le Haut Conseil de Santé Publique).
- Pour la recherche en santé publique, un premier objectif (pour lequel de premières avancées ont été obtenues ces derniers mois) est d'améliorer sa reconnaissance et sa visibilité dans le cadre d'AVIESAN et plus largement dans les dispositifs de soutien à la recherche (notamment dans la programmation de l'ANR et dans les appels européens). Un deuxième objectif est de promouvoir systématiquement l'ouverture des recherches en santé des populations aux Sciences Humaines, Economiques et Sociales, aux Mathématiques Appliquées et aux Sciences Cognitives.

Cher(e)s Collègues,

Comme je m'y étais engagé lors de ma nomination au printemps dernier, je reviens vers vous pour vous rendre compte des modifications que j'ai été conduit à introduire dans le fonctionnement de l'Institut Thématique Multi Organismes de Santé Publique (ISP) de l'Alliance des Sciences de Vie et de la Santé (AVIESAN) et pour entamer avec vous un dialogue sur les priorités à mettre en œuvre pour l'ITMO. Ces modifications ont notamment été entérinées par le Conseil de Direction d'AVIESAN du 21 Septembre 2011 et par le Conseil d'Administration de l'Inserm du 6 Octobre (après avis du Comité Technique Paritaire Consultatif).

L'ITMO Santé Publique présentait un certain nombre de spécificités par rapport aux autres ITMOs qui coordonnent désormais, dans leurs domaines respectifs, l'ensemble des partenaires de la recherche publique en sciences de la vie et de la santé. D'une part, il bénéficiait du travail effectué au siège de l'Inserm, bien antérieurement à la création de l'ITMO proprement dit, en matière de recherche clinique, d'expertise collective et de santé publique. D'autre part, comme ses homologues l'ITMO Cancer avec l'INCA et l'ITMO Microbiologie et Maladies Infectieuses avec l'ANRS, il avait l'avantage de pouvoir s'appuyer avec le GIS-IRESP sur une structure complémentaire susceptible d'organiser le dialogue avec les décideurs pour fixer des objectifs opérationnels pour la recherche en santé publique et d'assurer des financements conséquents pour cette recherche finalisée. Ces spécificités constituaient autant d'atouts mais ont pu également être sources de difficultés, en tout cas par comparaison avec la dynamique impulsée par les autres ITMOs : retards dans l'appropriation des activités de l'ITMO par les autres partenaires concernés d'AVIESAN (notamment les Sciences Humaines Economiques et Sociales du CNRS, les Universités et les CHU) ; déséquilibre relatif dans les activités de l'ITMO entre la recherche clinique et la recherche en santé publique ; manque de visibilité de la complémentarité entre l'ISP et l'IRESP, etc.

Un organigramme de l'ISP clarifié

Mon premier souci a donc été de rapprocher le fonctionnement de l'ISP de celui des autres ITMOs, dont le rôle est avant tout de contribuer à la structuration et à l'animation de la recherche publique dans leur domaine et dans le périmètre d'AVIESAN, tout en préservant ses acquis antérieurs.

L'organigramme des équipes techniques qui contribuent au fonctionnement de l'ISP a été simplifié (voir le nouvel organigramme en Annexe 1). La fonction de secrétaire général, qui constituait un échelon intermédiaire, entre le Directeur de l'Institut et les responsables de ses différents pôles a été supprimée. J'ai confirmé Claire Lévy-Marchal et Marie-Christine Lecomte dans leurs rôles de responsables du Pôle Recherche Clinique et du Pôle Expertise Collective respectivement. Au cours de l'année 2012, le Pôle Expertise Collective devrait déménager pour

s'installer dans de nouveaux locaux où il bénéficiera de conditions de travail plus appropriées sur le site de Villejuif ; cette relocalisation lui permettra également de bénéficier d'un environnement scientifique favorable de par sa proximité avec le Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP) de Paris Sud, étant bien entendu que le pôle demeure au service de la communauté AVIESAN dans sa totalité. J'ai confié à Nathalie de Parseval la responsabilité du Pôle Santé Publique de l'ISP ce qui favorise les synergies opérationnelles avec l'IRESP puisqu'elle conserve par ailleurs ses fonctions de secrétaire générale de ce dernier. Les fonctions de chacun de ces pôles, telles que détaillées dans les textes officiels, sont présentées en Annexe 2.

L'équipe de direction de l'ISP a été, à mon sens, significativement renforcée par la nomination, par le PDG André Syrota et avec l'accord du Conseil d'AVIESAN de deux Directeurs-Adjoints : Archana Singh-Manoux, épidémiologiste, Directeur de Recherche Inserm et Professeur à l'University College de Londres, d'une part, et d'autre part, Pierre Demeulenaere, Professeur de Sociologie à l'Université Paris-Sorbonne, ancien Directeur Scientifique Adjoint de l'Institut des Sciences Humaines et Sociales du CNRS, qui conserve un rôle de conseiller scientifique auprès de Patrice Bourdelais, Directeur de cet Institut.

De plus, la mise en place d'un Comité d'Experts largement ouvert à toutes les disciplines et à toutes les composantes d'AVIESAN qui relèvent de la recherche en santé publique (voir sa composition en Annexe 3) permettra d'aligner le fonctionnement de l'ISP sur celui des autres ITMOs. La réunion de mise en place de ce Comité d'Experts de l'ISP s'est tenue le 10 Novembre dernier. Le rôle des membres du Comité d'Experts est d'abord de contribuer à la réflexion stratégique de l'ITMO et à la préparation des différentes manifestations scientifiques organisées sous son égide directe : par exemple, il tiendra lieu de Comité d'Organisation pour le premier grand colloque scientifique de l'ISP qui se tiendra à l'automne 2012 sur le thème de « la réduction des inégalités de santé », et pour lequel nous ne manquerons pas de solliciter l'ensemble des communautés scientifiques d'AVIESAN relevant de la santé publique. Mais, leur rôle sera également de représenter l'ISP dans différentes instances (scientifiques ou de santé publique) et de suivre un certain nombre de « dossiers » dans leurs domaines de compétences en relation étroite avec l'équipe de direction de l'ISP ; ces experts veilleront bien évidemment à éviter tout conflit d'intérêts dans l'exercice de cette responsabilité collective au titre de l'ISP et j'y veillerai, pour ma part, tout particulièrement.

Le souci de donner un rôle important au Comité d'Experts dans l'animation scientifique a logiquement conduit à modifier un certain nombre de fonctions précédemment rattachées au siège de l'Inserm. Ainsi, j'ai été conduit à mettre fin aux Missions Alcool et Ethique dont les activités d'expertise et d'animation devront à l'avenir être conduites et par le Comité d'Experts de l'ITMO. Dans le cas de l'ex-mission Ethique, l'appui aux projets européens a pu être transféré à la Plateforme Genotoul Societal rattachée au GIS Genotoul et au Genopole® Toulouse Midi-Pyrénées et dirigée par Anne Cambon-Thomsen (Directeur de Recherches CNRS). De même,

l'indépendance du Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm (CEEI) à l'égard de l'administration est désormais mieux garantie.

Dans le même esprit, un certain nombre de structures qui relevaient directement de l'organigramme de l'ISP comme les infrastructures ECRIN (European Clinical Research Infrastructures Network), son pendant français F-CRIN adossé sur le réseau des Centres d'Investigation Clinique, ou la plateforme Biobanques se sont vues reconnaître leur autonomie organisationnelle, ce qui a été facilité par leurs succès à des appels à projets européens ou du « Grand Emprunt ». A l'avenir, elles continueront à relever de l'ISP mais au même titre que les autres Services Communs, Unités Mixtes de Services ou structures du même type qui s'inscrivent dans le périmètre de l'ISP.

Même si vous pourrez constater à la lecture de la liste de ses membres que le Comité d'Experts de l'ISP compte en son sein un certain nombre de collègues ayant une importante expérience en épidémiologie clinique, ce comité n'a pas vocation à servir de référence en matière de recherche clinique. En effet, s'il est souhaitable que le Pôle de Recherche Clinique continue d'exercer ses activités de support logistique dans le cadre de l'ISP, il m'est apparu plus approprié de proposer la mise en place d'un Comité d'Experts « transversal » pour la recherche clinique qui associe des experts désignés par l'ensemble des ITMOs ; cette proposition ayant été accueillie favorablement, ce Comité inter-ITMOs est en cours de mise en place, chaque Directeur d'ITMO devant désigner des experts pour sa constitution.

Des synergies renouvelées entre l'ISP et l'IReSP

Mon second souci, en étroite concertation avec Alfred Spira qui dirigeait ce GIS, a été de clarifier les relations entre l'ITMO ISP et l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP). Le rôle de l'IReSP, qu'il accomplit avec beaucoup de succès depuis sa création en 2004 et sa constitution en GIS en 2007, est d'organiser la concertation avec les partenaires et les financeurs de la recherche en santé publique afin d'orienter leurs demandes vers les équipes de recherche, et de mieux contribuer à la valorisation et à l'utilisation pour les politiques de santé des résultats de cette recherche. La complémentarité avec les missions de l'ITMO ISP est donc parfaitement cohérente mais ne s'était pas toujours bien traduite en pratique dans la période récente, et une certaine confusion pouvait apparaître aux yeux de nos partenaires. Le mandat du directeur du GIS venant à expiration, et en plein accord avec lui, je me suis donc porté candidat à la direction de l'IReSP, candidature qui a été acceptée à l'unanimité des 23 partenaires du Comité de Pilotage du GIS et qui a donné lieu à ma nomination comme Directeur de l'IReSP par André Syrota.

Dans mon esprit, la complémentarité facilitée par le recouvrement des équipes de direction de l'ISP et de l'IReSP ne signifie en aucun cas fusion, ou pire encore absorption, de l'une des structures par l'autre. Elle devrait permettre au contraire de mieux différencier leurs fonctions

respectives et d'améliorer encore la cohérence du travail entre l'IRESP et l'ISP tout en réalisant des économies d'échelle pour les activités qu'il est légitime d'assurer conjointement (par exemple certains colloques, groupes de réflexion ou recensements). Ceci permettra également d'éviter une superposition des actions entreprises par ces deux entités, et de simplifier les relations de collaboration notamment avec les autres ITMOs (cancer, maladies infectieuses, etc.).

Cette différenciation des rôles pour mieux faire fonctionner la complémentarité sera facilitée par l'évolution juridique de l'IRESP. En effet, les partenaires ont ratifié l'idée d'une transformation, dans les mois qui viennent, du statut de l'IRESP du GIS actuel en une Fondation de Coopération Scientifique abritée dans le cadre de la Fondation Sciences et Santé dont AVIESAN a décidé la mise en place. Cette transformation devra à la fois garantir les acquis du GIS, et en particulier la grande qualité du dialogue noué entre ses partenaires, tout en dotant l'IRESP de possibilités d'action supplémentaires. Mon action, en particulier dans le contexte de cette transformation en fondation, visera à encore élargir le cercle des partenaires publics et privés impliqués dans les diverses formes de collaboration avec l'IRESP mais en veillant à ce que ces partenariats se fassent toujours dans l'intérêt exclusif de la recherche en santé publique et de l'amélioration de la santé des populations. Ce changement de statut pourra être l'occasion d'un changement de nom au titre de la nouvelle Fondation, simple changement sémantique qui devrait favoriser une meilleure compréhension par l'extérieur des fonctions différentes de l'ISP et de l'IRESP.

Pour mener à bien cette transformation du GIS en Fondation, j'ai demandé à Alfred Spira de rester à mes côtés le temps nécessaire ; j'espère d'ailleurs qu'il continuera de jouer un rôle important dans la future Fondation. Je compte par ailleurs doter l'IRESP d'un Directeur Adjoint, épidémiologiste, qui ne sera pas de trop pour nous aider à accomplir les tâches qui nous attendent dans ce domaine.

Bien évidemment, les modifications organisationnelles que j'ai tenu à vous expliciter ci-dessus n'ont de sens que pour mettre en œuvre les grandes orientations de l'ITMO. Les orientations que je vous propose ci-dessous ne sont que des pistes que j'espère faire évoluer et surtout co-construire avec l'ensemble de la communauté de recherche en santé publique et en recherche clinique ; je m'efforcerai tout au long de l'année 2012 de me rendre sur vos différents sites afin de discuter de ces perspectives de vive voix mais il vous est bien sûr loisible de faire « remonter » vos avis, points de vue et propositions dès à présent soit au travers des instances auxquelles vous participez, soit directement.

Recherche clinique : renforcer les acquis

L'objectif majeur doit demeurer l'impulsion d'une recherche clinique hautement compétitive au plan international en s'appuyant d'abord et avant tout sur les Centres d'Investigation Clinique (54 modules de CIC labellisés à l'heure actuelle) et en bénéficiant des opportunités nouvelles

offertes par la reconnaissance européenne (ECRIN) et nationale (FCRIN, Biobanques) de plateformes d'appui coordonnées avec l'expérience des CIC. L'évaluation des CIC, désormais confiée à l'AERES, doit être l'occasion d'encore élever notre niveau d'exigences de qualité et de rigueur scientifiques à leur égard.

L'adossement des CIC sur des unités de recherche d'AVIESAN les met évidemment dans une situation privilégiée pour promouvoir la recherche « translationnelle » qui établit un pont entre les avancées de la recherche fondamentale et physiopathologique et les applications cliniques (et vice-versa). En 2011, il a été possible de porter de 2 à 3 millions d'Euros le budget consacré à l'Appel à projets commun DGOS / Inserm spécifique pour la recherche translationnelle (une augmentation de 50% qui me semble un signal fort dans le contexte actuel de restrictions globales du budget de l'Etat !). Ceci a permis, non pas d'augmenter le nombre de projets sélectionnés (au total 19 en 2011), mais d'améliorer leur financement. Bien évidemment, ces montants demeurent insuffisants en valeur absolue et nous nous efforcerons, avec la DGOS du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, d'entamer un dialogue avec les partenaires concernés (ANR, Programme Hospitalier de Recherche Clinique, etc.) pour améliorer les possibilités offertes à la recherche translationnelle et pour élargir son champ d'applications (voir plus loin).

Pour autant, la recherche clinique en général, et les CIC en particulier, ne sauraient en aucun cas être confinées à ce seul volet translationnel mais recouvrent toutes les autres formes d'investigation clinique et d'essais cliniques, comme l'atteste d'ailleurs sans conteste possible leur bilan remarquable d'activité. Certes, il est légitime que les pouvoirs publics souhaitent étendre le maillage du territoire hospitalier français en matière de structures d'appui aux essais cliniques afin d'accroître l'attractivité de notre pays dans ce domaine ; certes, les CIC de par leur présence sur un nombre limité de sites et de par leur exigence de traduire au maximum leurs activités par des publications dans les meilleures revues scientifiques ne peuvent et ne doivent pas prétendre à assumer l'ensemble de cette tâche. Mais, il reste plus que jamais indispensable de préserver et promouvoir le rôle structurant des CIC. Ainsi, je me félicite que l'appel à projets lancé à l'automne 2011 par la DGOS pour la création de Centres de Recherche Clinique (CRC) afin d'étendre les capacités hospitalières à accueillir des essais cliniques dans de bonnes conditions ait été avant tout conçu en direction d'établissements ne disposant pas d'un CIC et qu'il ait été coordonné avec un second appel à projets visant à étendre l'activité des CIC dans les établissements où ils existent.

A l'avenir, des progrès importants pourront être obtenus si nous parvenons à mieux exploiter les synergies potentielles que recèle le fait que la recherche clinique et la recherche en santé publique coexistent sous l'ombrelle d'un ITMO commun. Par exemple, il me paraît paradoxal que les seuls modules spécialisés des CIC qui ne soient pas, à l'heure actuelle, organisés dans un réseau propre soient justement les CIC-EC (Epidémiologie clinique) ; leur constitution en réseau devrait être

l'occasion de les associer plus largement à d'autres équipes dotées de compétences avancées en biostatistiques, bioinformatique, épidémiologie et sciences humaines économiques et sociales.

De même, l'appel à projets que la DGOS consacre à un Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins (PREPS), et auquel l'ISP apporte désormais un appui technique, constitue une opportunité pour mobiliser en faveur de la recherche sur les « services de santé » (la *Health Services research* de nos collègues anglo-saxons) les équipes de Santé Publique et de Sciences Humaines, Economiques et Sociales (SHES) d'AVIESAN dans des travaux collaboratifs avec les équipes soignantes (hospitalières ou non). Il serait d'ailleurs souhaitable que cette mobilisation, qui devra être poursuivie dans les années qui viennent, se concrétise dès le prochain appel à projets qui se clôt le 13 Février prochain.

Enfin, le concept même de recherche translationnelle, évoqué plus haut dans son acception amont, devrait être élargi en aval, de la biologie et la clinique vers les interventions en population et l'ensemble des composantes du système de santé (et notamment la médecine générale). Si un consensus semble se construire sur une telle conception (avec une ouverture des CIC, du PHRC ou de nombreux partenaires de l'IRESP sur ce sujet), il faudra mieux définir les modalités opérationnelles du soutien à la recherche interventionnelle et à ce type de recherche « translationnelle aval » vers les populations et le système de santé.

Enfin, AVIESAN et son pendant ATHENA pour les SHES, constituent un cadre privilégié pour confronter les expériences des différents organismes en matière de réflexion éthique sur la recherche tant humaine qu'animale. L'ISP sera particulièrement proactif dans ce domaine pour susciter une réflexion et des initiatives communes.

Expertise collective : accroître l'impact sur les politiques de santé

Depuis 1994, l'expertise collective Inserm c'est-à-dire une procédure formalisée de consultation d'experts élaborant une synthèse critique de l'évidence existant à un moment donné dans la littérature scientifique, constitue un vecteur privilégié pour le transfert et la valorisation des résultats de la recherche vers les politiques publiques de santé. Elle suppose d'assumer les tensions que les résultats de l'expertise peuvent susciter auprès de tel ou tel acteur ou groupe d'intérêts et de défendre de façon inconditionnelle le principe de l'indépendance de l'expertise fondée sur l'évidence scientifique. Dans la continuité de l'action de mes prédécesseurs, l'ISP s'emploie à défendre ce principe, comme par exemple suite à la publication récente de l'expertise sur « Reproduction et Environnement » dont vous n'ignorez pas qu'elle a été partie prenante des vifs débats parlementaires sur l'interdiction de certaines substances chimiques suspectées d'être des perturbateurs endocriniens. Il nous faut continuer dans cette voie d'améliorer notre contribution à des politiques de santé « fondées sur l'évidence » (et nous savons que le chemin

sera en ce domaine aussi long à parcourir que pour promouvoir une médecine « fondée sur les preuves »).

Nous avons entamé, avec le pôle concerné de l'ISP, une réflexion sur ce qui pourrait encore améliorer la procédure d'expertise collective : mieux formuler les recommandations finales (et le « degré » de preuve qui les appuie) dans une perspective d'aide à la décision publique, assurer le suivi/réactualisation de certaines expertises suite à l'accumulation rapide de nouvelles connaissances.

Nous devons aussi réfléchir à d'autres modalités de valorisation de l'immense gisement d'expertise que représente AVIESAN pour les politiques de santé : l'élargissement des contrats d'interface de chercheurs et d'enseignants-chercheurs ou de conventions de collaboration avec les diverses agences sanitaires (comme par exemple celle signée, peu après mon arrivée à la direction de l'ISP, avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé pour la mise en place de la cohorte de suivi de patients exposés au Mediator) sont des possibilités à saisir et approfondir. Une meilleure coordination de la présence de personnels d'AVIESAN dans de multiples instances d'expertise officielles (dont le Haut Conseil de santé Publique ou l'Organisation Mondiale de la Santé sont des exemples emblématiques parmi de nombreux autres) est aussi un outil à mieux utiliser. Il ne s'agit bien sûr d'organiser aucun contrôle (ou pire censure) sur les prises de position que tel ou tel d'entre nous peut être amené à prendre mais de mieux faire circuler l'information pour améliorer notre impact collectif. N'hésitez donc pas à vous adresser aux membres du Comité d'Experts et aux équipes des pôles de l'ISP pour leur demander conseil chaque fois que vous avez le sentiment que votre activité d'expertise peut avoir des répercussions significatives.

Enfin, le pôle d'expertise collective Inserm s'inscrit désormais dans une dynamique d'échange et de rapprochement avec les dispositifs analogues des autres partenaires des l'Alliance.

Santé publique : une nouvelle dynamique de reconnaissance de la recherche

Ce que je qualifie de « paradoxe » de la recherche en santé publique dans notre pays me semble s'appuyer sur un constat largement partagé par les communautés scientifiques de nos disciplines. D'une part, les questions de santé publique n'ont jamais suscité autant d'intérêt chez les décideurs, les media et la société dans son ensemble ; la recherche en santé publique, en tout cas celle qui se déploie dans le périmètre d'AVIESAN (c'est-à-dire non seulement à l'Inserm, mais aussi dans les universités et les autres organismes, en particulier dans les laboratoires de SHES ou de mathématiques appliquées du CNRS, de l'IRD, de l'INRA etc.), n'a jamais été d'aussi bonne

qualité internationale, ce qu'attestent toutes les analyses bibliométriques sérieuses. D'autre part, la recherche en santé publique demeure relativement peu (ou mal) identifiée et reconnue dans le contexte de l'ensemble des sciences biomédicales et des sciences en général ; et, ses résultats restent insuffisamment pris en compte dans les débats qui président à l'élaboration des politiques de santé et de protection sociale.

Disons le clairement : même si de nombreux autres facteurs interviennent, nous avons-nous-mêmes, scientifiques du domaine, notre propre part de responsabilité dans ce fossé persistant. La recherche en santé publique ne doit pas se contenter d'exprimer des frustrations (si légitimes soient-elles) et cultiver un complexe de « minorité assiégée ». Elle est suffisamment forte scientifiquement, et sa portée est tellement cruciale pour la santé des populations et l'avenir des systèmes de santé, pour affirmer son rôle dans l'ensemble des sciences de la vie et de la santé d'une part, des sciences humaines, économiques et sociales d'autre part. De plus, à l'heure où l'interdisciplinarité est dans toutes les bouches (mais beaucoup moins dans les faits et la pratique quotidienne de la recherche), nos disciplines peuvent jouer un rôle leader dans la promotion d'une interdisciplinarité vraie traitant les enjeux scientifiques les plus pointus (qu'on pense au programme de recherches sur les origines développementales de la santé et des maladies – DOHAD- qui donnera lieu à diverses initiatives de colloques inter-ITMOS en 2012, à la redéfinition des interactions gènes/environnement ou à l'interface avec les neurosciences et les sciences cognitives pour ne citer que quelques exemples).

Notre premier objectif doit bien sûr être de mettre la recherche en santé publique à la place qui lui revient dans AVIESAN et pour y parvenir, il nous faut dans toute la mesure du possible « jouer collectif », c'est-à-dire conjuguer nos efforts pour l'intérêt commun des recherches dans toutes les disciplines de santé publique.

C'est ainsi par exemple que nous avons pu obtenir que dans les futures CSS Inserm de la prochaine mandature (qui débutera en 2013), les disciplines de santé publique disposent de leur propre commission (future CSS n°9). De la même façon qu'un effort a été fait dans tous les domaines des sciences de la vie pour rendre plus cohérent le périmètre des sections du CNRS et celui des CSS Inserm, la future CSS Inserm n°9 permettra aussi des rapprochements avec les SHES, les mathématiques et les sciences cognitives des sections du CNRS, mais aussi des commissions IRD, INRA etc.

C'est ainsi également que nous avons contribué à faire réémerger la recherche en santé publique dans la programmation de l'ANR. Comme vous le savez, l'appel à projets fléché de l'ANR sur la santé publique n'avait donné lieu qu'à une initiative unique (à la différence du caractère pluriannuel de la plupart des appels à projets fléchés de l'Agence qui visent justement à mieux structurer des champs de recherche). En dépit des restrictions budgétaires qui s'appliquent à l'ANR, un appel à projets sur la thématique des « déterminants sociaux de la santé » sera lancé

par l'ANR en 2012. Cet appel à projets associe, pour la première fois, les Départements Sciences de la Vie et Sciences Humaines et Sociales de l'ANR. Il est décisif que notre communauté y réponde le plus massivement possible, et avec des projets les plus interdisciplinaires possibles (entre disciplines de santé publique elles-mêmes, entre celles-ci et les sciences biomédicales) afin de garantir la pérennité pluriannuelle d'une programmation ANR spécifique pour la santé publique.

C'est ainsi que l'IReSP et l'ISP ont appuyé, d'abord dans le cadre du dispositif Très Grandes Infrastructures de Recherches (TGIR) puis dans la préparation des réponses aux appels à projets des Initiatives d'Excellence (« Grand Emprunt ») les initiatives de constitution de grandes cohortes épidémiologiques (voir Annexe 4). Nous espérons notamment que la cohérence du dispositif de soutien aux grandes cohortes sera assuré par le succès à la deuxième vague des appels du Grand Emprunt de certaines des grandes cohortes en population (Constances, ELFE, SHARE) qui n'avaient pu, pour des raisons diverses, être qualifiées lors de la première vague. Une réunion de l'ensemble de ces grandes cohortes a fait apparaître l'intérêt à promouvoir des formes de mutualisation (en matière de questionnaires et d'outils de collectes, de gestion informatique de base de données, de traitement des échantillons biologiques etc.) qui soient basées avant tout sur les objectifs scientifiques et qui permettent de mettre ces « grandes infrastructures » à la disposition de toute la communauté.

C'est ainsi, enfin, que l'ISP contribuera à la réflexion d'ensemble que l'Inserm et AVIESAN entament pour homogénéiser les modalités de fonctionnement, d'évaluation, et de financement de ces structures indispensables d'appui à la recherche que sont les services communs, les unités mixtes de services ou diverses plateformes techniques.

A l'avenir, les disciplines de santé publique doivent mieux s'emparer des opportunités offertes par les dispositifs généraux d'aide à la recherche portés par AVIESAN : réponses à l'appel à projets ATIP/Avenir pour les jeunes chercheurs, soutien technique au dépôt de projets aux appels à projets juniors et seniors de l'European Research Council (où pour l'instant la performance française demeure médiocre pour la santé publique et les SHES), contrats d'interface, primes d'excellence scientifique, outils de communication etc. L'ISP s'efforcera de jouer un rôle d'interface actif entre ces dispositifs et nos communautés scientifiques.

Notre second objectif doit être de renforcer la structuration organisationnelle de la recherche en santé publique pour accroître sa visibilité et réaliser des économies d'échelle au service de l'efficacité scientifique. En particulier, dans les deux années à venir, interviendra le renouvellement des contrats quinquennaux des universités de la région Ile de France, où continue de se concentrer plus de la moitié du potentiel national de recherche en santé publique des Alliances. Ces Universités ont commencé de structurer leurs collaborations au travers de Pôles de Recherche et d'Enseignement Supérieur (PRES) et dans certains cas d'Initiatives d'Excellence

allant au-delà du périmètre des PRES. Il serait regrettable que les équipes de recherche en épidémiologie / biostatistiques / bioinformatique et SHES de la santé ne se saisissent pas de cette occasion pour s'inscrire dans une structuration plus collective : l'élargissement du centre de recherches déjà existant dans l'un des PRES, la constitution de centres associant l'ensemble des équipes de santé publique dans les autres PRES (voire à l'échelle des IDEX), et le souci d'organiser la complémentarité entre ces différents centres enverraient un signal fort à l'ensemble de la recherche et des décideurs publics. Dans le même souci d'éviter le saupoudrage et la dispersion, une démarche similaire devra bien sûr être conduite dans les PRES des autres régions en s'efforçant d'abord et avant tout de s'appuyer sur les quelques Universités où une accumulation significative de forces en santé publique est d'ores et déjà acquise.

Enfin, notre troisième objectif qui est, à mon sens, décisif pour faire de l'ITMO un outil au service d'AVIESAN dans son ensemble, est de promouvoir systématiquement l'ouverture des recherches en santé des populations aux Sciences Humaines, Economiques et Sociales et aux Mathématiques Appliquées et aux Sciences Cognitives, au-delà du nombre limité d'équipes de ces disciplines qui revendiquent une spécialisation explicite en santé, pour mobiliser sur ces sujets leurs compétences « généralistes ».

Ce rapprochement découle avant tout de nécessités scientifiques. Les développements de l'épigénétique ou des neurosciences incitent par exemple à repenser les interactions gène/environnement et à instaurer un dialogue nouveau avec les avancées des disciplines de SHES. Les réflexions méthodologiques en matière d'alternatives à l'essai randomisé pour l'évaluation clinique rejoignent celles des SHES sur les outils (expérimentations naturelles, quasi-expérimentations, contrôle des biais de sélection dans les enquêtes observationnelles, modèles de simulation, etc.) les plus rigoureux pour l'évaluation des politiques publiques. Les avancées de SHES en matière de mesure et de compréhension des inégalités sociales et économiques au plan mondial peuvent être mises au service d'une meilleure appréhension de leurs interactions avec les inégalités de santé. On pourrait multiplier les exemples témoignant de la nécessité et de la fécondité de ce rapprochement. Suite aux préoccupations récemment exprimées par la British Academy et divers groupes de chercheurs en SHES (voir par exemple, <http://www.eash.eu/openletter2011/>), la Commission Européenne vient d'ailleurs de réaffirmer que dans sa programmation à l'horizon 2020, « les financements européens ménageront une place significative pour les sciences humaines et sociales ».

Ce rapprochement est aussi une nécessité de santé publique : les difficultés souvent rencontrées par la mise en œuvre des politiques de santé (qu'on pense par exemple à la gestion des crises sanitaires) impliquent à l'évidence de mieux saisir le jeu des acteurs impliqués, la variabilité des réactions des populations ou les arbitrages en matière d'allocation alternative de ressources.

Plusieurs pistes devront être explorées pour faire du champ de la santé publique un lieu privilégié d'intégration des SHES avec les autres disciplines scientifiques :

- Faire de la santé des populations un thème prioritaire de la coopération entre AVIESAN et les trois autres Alliances structurant la recherche publique
- Rapprocher toutes les instances scientifiques d'AVIESAN des instances d'évaluation et d'animation des organismes et des Universités en matière de SHES (en utilisant notamment des possibilités de nominations « croisées »)
- Promouvoir systématiquement l'interdisciplinarité des projets entre SHES et disciplines de santé publique d'une part, entre celles-ci et les sciences biomédicales d'autre part (y compris de façon volontariste par exemple par des « primes » et « incitations » aux projets interdisciplinaires dans les différents appels à projet)
- Harmoniser les critères d'évaluation des disciplines de SHES appliquées à la santé avec ceux des autres disciplines (par exemple, reconnaître que les ouvrages constituent pour certaines disciplines de SHES une part significative de leur production scientifique ne doit pas conduire à un refus de toute analyse bibliométrique mais au contraire à proposer une façon concrète d'enrichir les indicateurs bibliométriques pour qu'ils puissent intégrer cette spécificité ; mieux définir les critères de prise en compte des activités de valorisation sociale des disciplines de santé publique dans les évaluations des structures et des personnes, etc.)
- Surmonter les blocages institutionnels qui peuvent faire obstacle à l'émergence d'équipes intéressées à la santé dans des ensembles « généralistes » de SHES.

Il est indéniable que la conjoncture des deux années à venir sera difficile pour la recherche mais elle est aussi riche d'opportunités. J'espère que nous saurons les saisir ensemble.

JP Moatti, Directeur de l'ITMO Santé Publique