

N° 189

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 7 décembre 2022

## RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1)*  
*sur l'enquête de la Cour des comptes sur Santé publique France,*

Par Mmes Corinne IMBERT, sénatrice  
et Élisabeth DOINEAU, rapporteure générale

---

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteure générale* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Brigitte Devésa, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, MM. Abdallah Hassani, Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, M. Jean-Marie Janssens, Mmes Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouveau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Mélanie Vogel.



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS .....	5
EXAMEN EN COMMISSION.....	15
RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES.....	29



Mesdames, Messieurs,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, qui dispose que « *la Cour des comptes peut être saisie par les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale, de toute question relative à l'application des lois de financement de la sécurité sociale* », la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat a, par courrier 14 décembre 2021, demandé au Premier président de la Cour des comptes de procéder à une **enquête sur l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France)**.

Cet établissement public de l'État à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministère de la santé, a été **créé en mai 2016**<sup>1</sup> par la fusion de l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaire (Eprus). Addictions drogues alcool info service (ADALIS) a été, à la demande du ministère de la santé, intégré à la future agence quelques mois avant sa création.

Il s'agissait alors, selon l'auteur du rapport de préfiguration et premier directeur général de la nouvelle agence François Bourdillon, de « *mettre fin au mille-feuille d'agences* » et de **regrouper « l'ensemble des fonctions de santé publique, intégrant la veille, l'alerte, la surveillance, la prévention-promotion de la santé et la réponse en cas de situation sanitaire exceptionnelle »**<sup>2</sup>.

Derrière la simplicité de l'objectif central affleurerait pourtant la gageure de concilier le **besoin d'autonomie** de l'ex-Eprus, chargé de la gestion des stocks nationaux de produits de santé constitués en cas de pandémie ou d'attaque terroriste, la **consolidation des crédits** nécessaires à l'exercice par l'ex-INPES de sa mission de conduite des programmes de santé publique, et **l'indépendance scientifique et l'implantation territoriale** de l'ex-InVS, chargée de la veille et de l'alerte sanitaire.

La Cour concède que l'agence n'avait pas achevé de relever cet ambitieux défi administratif lorsqu'elle a dû affronter la plus grave crise sanitaire de ces dernières décennies.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique.

<sup>2</sup> François Bourdillon, « La France se dote d'une agence nationale de santé publique. Illustrations de ses principales missions et enjeux », *Bull Acad Natl Med.* 2016 Mar;200(3):639-650.

Après trois ans ou presque de gestion de crise, la commande de la commission des affaires sociales visait à obtenir un bilan du fonctionnement de la nouvelle agence au triple plan de sa gouvernance, de son organisation et de sa gestion, une étude des moyens de l'agence rapportés aux missions qui lui sont assignées, une analyse sur la place de l'agence dans le paysage administratif et institutionnel, et une appréciation sur la gestion budgétaire de l'agence depuis le déclenchement de la crise sanitaire.

### **1. Un exercice par l'agence de ses missions encore perfectible sur de nombreux points**

**En matière de surveillance et de veille sanitaire**, la Cour fait d'utiles observations sur la nécessaire modernisation des dispositifs existants. Elle relève ainsi l'ancienneté du système d'information du dispositif de veille syndromique et regrette le déploiement « *limité de la certification électronique des décès, puisqu'elle ne concernait que 27 % de ces derniers en 2020* ». L'identification des signaux faibles figurait pourtant parmi les grandes orientations de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

Les rapporteurs s'appuient sur le rapport de la mission indépendante sur l'évaluation et la gestion de la crise<sup>1</sup> pour faire observer que « *sous l'effet de la crise de la covid-19, le besoin a été ressenti d'une nouvelle extension de ces dispositifs* ». C'est pourtant aussi ce que montrait celui de la commission d'enquête sénatoriale sur la gestion de la crise sanitaire, qui relevait par exemple l'aveuglement au secteur médico-social des outils de surveillance existants.

**S'agissant de la gestion des stocks stratégiques**, si c'est encore la mission indépendante qui admet dans le rapport que « *l'intégration des missions de l'Éprus au sein de SPF a nui à la bonne prise en compte des enjeux logistiques, le nouvel ensemble étant dominé par une culture et des préoccupations d'ordre plus scientifique* », c'est pour mieux rejoindre les craintes qu'avait exprimées le Sénat dès 2016, avant de les voir se confirmer dans le rapport de sa commission d'enquête<sup>2</sup>.

Sa commission des affaires sociales avait en effet à l'époque « [salué] *la création d'une Agence nationale de santé publique qui réunira en son sein l'ensemble des compétences dédiées à la veille et à la surveillance, à la prévention et*

---

<sup>1</sup> Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, mars 2021. Pour rappel, cette « mission indépendante » a été installée par le Président de la République deux mois après la création de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale et un mois après l'annonce d'une création analogue au Sénat ; l'un de ses membres et l'un de ses rapporteurs sont, depuis, devenus respectivement secrétaire d'État et député de la majorité présidentielle.

<sup>2</sup> Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19, rapport n° 199 (2020-2021) de Mme Catherine Deroche, M. Bernard Jomier et Mme Sylvie Vermeillet, fait au nom de la commission d'enquête Évaluation des politiques publiques face aux pandémies, déposé le 8 décembre 2020.

à la promotion de la santé et aux réponses aux urgences sanitaires », mais elle jugeait « utile de rappeler la marge d'autonomie qu'il conviendra de laisser à l'Eprus au regard de la spécificité de ses missions et des conditions particulières de sécurité et de confidentialité qui s'y attachent »<sup>1</sup>.

Le sénateur Francis Delattre s'était pour sa part, au nom de la commission des finances, « interrogé sur l'opportunité d'une telle fusion, du point de vue de l'efficacité des missions actuellement assurées par [l'Eprus] et de son impact sur les finances publiques ». Si son rapport<sup>2</sup> finissait par admettre sa pertinence, eu égard à la bonne coopération entre les trois organes dans la lutte contre l'épidémie d'Ebola, il la soumettait au respect de « certaines conditions préservant la réactivité de la future structure », notamment celle de « préserver une certaine autonomie des fonctions de réponse aux crises sanitaires actuellement assumées par l'Eprus ».

Au terme de l'analyse toutefois, si les rapporteurs de la Cour se rangent à la proposition de la commission d'enquête sénatoriale consistant à **rendre possible l'autosaisine de l'agence** sur cette question, ils plaident pour le *statu quo* dans la gestion des stocks par l'agence, qui demeurerait en toute hypothèse un opérateur logistique agissant pour le compte de l'État. Le débat n'en est sans doute pas clos pour autant.

**Quant à la réserve sanitaire, la Cour reconnaît que l'outil est « inadapté aux crises de grande ampleur »** – ce qui n'étonnera pas davantage les lecteurs des rapports antérieurs – en raison de la réglementation, du déficit d'attractivité financière du dispositif et des défaillances de sa gestion administrative. Elle propose en conséquence de rénover son cadre d'emploi et de lui donner une mission davantage interministérielle.

**La mission de prévention et de promotion de la santé est jugée « en cours de consolidation »**. Les crédits de promotion de la santé ont augmenté de 42 % entre 2017 et 2021 pour atteindre 84 millions d'euros, même si cette hausse est due pour l'essentiel en 2021 à la campagne des « 1 000 premiers jours » de l'enfant et à la lutte contre les discriminations.

La Cour relève cependant dans cette matière un **défaut de stratégie globale** discutée en conseil d'administration, conduisant à ce que certains champs restent absents des préoccupations de l'agence, tels que la santé mentale, la santé des personnes âgées, ou encore les accidents vasculaires cérébraux, qui sont pourtant en France la troisième cause de décès et la première cause de handicap acquis de l'adulte.

---

<sup>1</sup> Rapport n° 653 (2014-2015) de M. Alain Milon, Mmes Catherine Deroche et Élisabeth Doineau, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 juillet 2015.

<sup>2</sup> L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ? Rapport d'information n° 625 (2014-2015) de M. Francis Delattre, fait au nom de la commission des finances, déposé le 15 juillet 2015.

La Cour fait encore d'intéressantes observations sur le **fonctionnement de l'agence**, ses politiques immobilière et de ressources humaines. Les systèmes d'information restent un point d'alerte sensible. Plus globalement, l'agence a certes fait preuve de réactivité dans son organisation pour répondre aux besoins liés à la crise. En témoignent la réorganisation rapide des services, la mise à disposition de l'observatoire cartographique Géodes, la modification de sa programmation, ou encore la création de nouveaux partenariats avec des acteurs de la recherche.

Sur ce dernier point toutefois, **l'adossement de Santé publique France à la recherche reste insuffisant**. L'organisation par elle du réseau des centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles, la signature de partenariats avec des organismes de recherche pour ses études et le suivi de cohortes, sa participation financière aux appels à projets de l'Institut pour la recherche en santé publique (IReSP), ou encore la mise en place de réseau de surveillance, n'effacent pas **l'une des grandes différences entre Santé publique France et ses homologues étrangères** : Le Robert Koch Institut exerce par exemple des fonctions de recherche biomédicale, et les CDC et la FDA étatsuniens s'appuient sur des laboratoires et publient des travaux scientifiques de haut niveau. La Cour ne se prononce pas en la matière.

Les rapporteuses de la commission des affaires sociales s'étonnent de l'absence de **réflexion en matière d'éthique scientifique**, alors que l'agence est chargée de contribuer « à l'information, à la formation et à la diffusion d'une documentation scientifique et technique et au débat public »<sup>1</sup>, et est dotée d'un comité d'éthique, que la Cour a d'ailleurs auditionné. L'une des premières observations faites par l'agence elle-même à la récente mission d'information de la commission sur la lutte contre l'obésité<sup>2</sup> a été en forme d'avertissement, pour préciser que les industriels du sucre, comme ceux du tabac, ont « orienté des recherches pour instiller le doute sur la dangerosité de leurs produits ». Que peut une agence de santé publique pour remédier à de telles pratiques ?

## 2. Une gestion budgétaire déformée par la crise sanitaire

Pour ce qui concerne le financement de l'agence, l'enquête montre la **très forte augmentation des crédits dont a bénéficié Santé publique France** ces dernières années.

---

<sup>1</sup> Article R. 1413-1 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Surpoids et obésité, l'autre pandémie, rapport d'information n° 744 (2021-2022) de Mmes Chantal Deseyne, Brigitte Devésa et Michelle Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales – 29 juin 2022.



Cela s'est vérifié pour les **dépenses ordinaires**, passées de 166,3 millions d'euros en 2017 à 225,2 millions d'euros en 2021. Mais cela a surtout concerné les **dépenses de crise**. Celles-ci, comme le rappelle la Cour, ont donné lieu à des enveloppes exceptionnelles, allouées au moyen d'arrêtés ministériels, pour un montant total de **12,8 milliards d'euros sur la période 2020-2022** :

- 4,8 milliards d'euros en 2020, consacrés principalement à des achats de masques, matériels de protection et réactifs pour les tests PCR ;

- 4,2 milliards d'euros en 2021, en vue de l'acquisition de vaccins et autres équipements nécessaires à la campagne vaccinale ;

- et 3,8 milliards d'euros en 2022, notamment pour des achats de vaccins.

L'enquête retrace également le **reversement d'une partie significative de ces fonds** – pour 1,8 milliard d'euros, soit 14 % des dépenses exceptionnelles de crise – **à l'État lui-même**, au travers de divers fonds de concours.

De plus, la Cour des comptes souligne que, **bien que le financement de l'agence ait été transféré de l'État<sup>1</sup> à la sécurité sociale<sup>2</sup> en 2020**, Santé publique France a été, pendant la crise un « bras opérationnel des services de l'État ». En outre, même en temps normal, les dépenses de l'agence réalisées au titre des stocks stratégiques le sont « pour le compte de l'État ». L'audition du 7 décembre l'a pleinement souligné, la Cour qualifiant Santé publique France d'opérateur de l'État tandis que la direction de l'agence confirmait n'agir que sur consigne de l'État en matière de stocks.

À partir de ce constat, les rapporteuses partagent le regret de la Cour de la baisse de qualité et d'exhaustivité de l'information du Parlement qui résulte de ce transfert de financement.

Mais, si elles rejoignent également la Cour pour approuver le décroisement des subventions de l'État et de la sécurité sociale aux organismes, **elles peinent à trouver la justification d'un financement de Santé publique France par la sécurité sociale dès lors que l'ensemble des décisions stratégiques sont assumées par le seul État**. Dès lors qu'une part au moins des dépenses de l'agence relève sans conteste de l'État, la logique de décroisement des financements devrait, en l'espèce, justifier une subvention entièrement assumée par l'État.

---

<sup>1</sup> Mission « Santé », programme 204.

<sup>2</sup> Sixième sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

À leurs yeux, la question du mode de financement de Santé publique France ne se limite donc pas à une perte d'information du Parlement mais comprend aussi, d'une part, celle de la **cohérence entre décideur et payeur** et, d'autre part, celui de **l'absence d'autorisation parlementaire des dépenses conséquentes de l'agence**, dont celles qui ont été reversées à l'État) qu'a entraînée la débudgétisation de la subvention publique.

Les rapporteuses relèvent que, dans ce contexte, **le nouveau cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale a permis une première avancée**, à l'initiative du Sénat. Désormais, le Parlement est informé du montant de subvention prévu l'année suivante pour toutes les agences, dont Santé publique France, dès le dépôt du projet de LFSS. Néanmoins, ce dispositif ne permet qu'un contrôle particulièrement souple, une simple information des commissions des affaires sociales des assemblées étant prévue en cas de dépassement de la subvention envisagée de plus de 10 % en cours d'année.

Le contrôle que doivent conduire dans les prochains mois, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss), la rapporteure générale et Mme Annie Le Houerou sur les dotations des régimes de sécurité sociale à divers fonds et organismes permettra de déterminer s'il convient de renforcer ce cadre, au moins pour certaines structures.

### **3. Une réflexion sur la place de l'agence dans le paysage institutionnel encore loin d'être achevée**

La création de Santé publique France, et plus largement le recours aux agences, *« s'inscrit dans une évolution de plus long terme »*, pointée par l'ancienne sénatrice Nicole Bricq, à *« la recherche d'une action publique moderne et réactive. Conçues comme des formes alternatives aux administrations traditionnelles, les agences sont en effet supposées être le gage d'une plus grande efficacité, indépendance et transparence pour le citoyen »*. Son rapport ne prétendait toutefois pas trancher entre le modèle « tout agence » anglo-saxon et suédois, le modèle de gestion ministérielle danois, où les missions restent assurées principalement par l'administration, et le système français, intermédiaire<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> *Les agences en matière de sécurité sanitaire : de la réactivité à la stratégie, rapport d'information n° 355 (2006-2007) de Mme Nicole Bricq, fait au nom de la commission des finances, déposé le 27 juin 2007.*

**L'influence intellectuelle du modèle de gestion publique anglo-saxon et scandinave a cependant toujours dominé.** Elle perçait à vrai dire dès le deuxième paragraphe de l'introduction du rapport de préfiguration de Santé publique France : la création de l'agence est alors vue comme une « *opportunité unique* » de mettre sur pied « *un centre de référence et d'excellence* » qui soit « *à l'image des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) américains, du Public Health England (PHE) ou encore de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)* »<sup>1</sup>.

**Le rapport de la Cour permet d'observer que, d'une part, le choix du modèle semble n'avoir pas été complètement assumé** puisque la fusion n'a pas conduit à repenser les missions de l'agence et que ses moyens pour agir ni son autonomie n'ont été portés au niveau de ses homologues étrangers ; et que, **d'autre part, la réflexion n'a guère dépassé l'acceptation de l'argument d'autorité.**

La Cour pointe d'abord une ambiguïté originelle dans le rapport de préfiguration : celui-ci **mentionnait la logique d'efficience mais estimait** « *que la création du nouvel établissement [devait] s'accompagner d'un signal fort sur le plan des ressources permettant de donner de la visibilité et de la stabilité pour au moins les trois prochaines années* ». L'augmentation constatée des dépenses sur la période analysée par la Cour des comptes tient quasi-exclusivement aux dépenses de fonctionnement hors charges de personnel, alors que « *tant les dépenses d'intervention que celles d'investissement ont décliné* ».

Sur le plan des effectifs, la Cour estime que « *le diagnostic de maîtrise de l'effectif doit faire l'objet de tempéraments* » car la contrainte du plafond d'emplois a été moins forte que pour d'autres agences sanitaires, car l'externalisation de certaines activités a entraîné des coûts non compensés et car, conformément aux objectifs qui lui étaient fixés, SPF a dégagé des marges de manœuvre en renforçant la mutualisation des services support des organismes préexistants.

Les tempéraments au diagnostic n'empêchent pas que **Santé publique France paraisse sous-dimensionnée pour une agence sanitaire bâtie sur le modèle anglo-saxon** : « *aux États-Unis, le nombre d'employés des CDC est passé de 8 325 en 2007 à 11 574 en 2018, soit une augmentation de 28 % de l'effectif, évolution inverse à celle constatée en France* », bien qu'il soit redescendu en 2020 à 10 013 employés, ni qu'« *entre 2019 et 2021, l'effectif du RKI en Allemagne a augmenté de 21 %, passant de 1 204 à 1 461, et celui de l'agence de santé publique de Suède (Folkhälsomyndigheten), de plus de 80 %, passant de 348 à 636 personnes. Au Canada, l'effectif de l'Agence de la santé publique est passé de 2 134 à 2 860 entre 2018-2019 et 2020-2021, en hausse de 34 %* ».

---

<sup>1</sup> Agence nationale de santé publique, rapport de préfiguration remis par François Bourdillon à Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le 2 juin 2015.

**La nature incertaine de la tutelle sur SPF est un autre indice de l'agencisation imparfaite opérée depuis 2016.** La Cour relève bien que le contrat d'objectifs et de performance entre l'État et SPF a été conclu deux ans après la création de l'agence, en février 2018, et que la crise sanitaire a fait passer son respect au second plan. Ses 22 objectifs ne sont pas rattachables à ceux du programme 204 de la mission Santé du PLF, ni à ceux de la stratégie nationale de santé et, peu d'entre eux étant chiffrés, l'action de SPF reste difficile à évaluer, contrairement à celle de ses homologues étrangers.

Du reste, le conseil d'administration n'a jamais eu à en connaître. Ce dernier a bien établi des orientations générales, qui ont pris la forme d'orientations stratégiques pluriannuelles et d'un programme de travail annuel, mais ces derniers sont peu articulés avec le contenu du contrat d'objectifs et de performance, et couraient jusqu'en 2018 sur plus de 230 pages. Depuis 2021, les projets de SPF sont regroupés en six enjeux, mais leur maturité est jugée « *hétérogène* » et l'absence d'indicateur freine toujours autant leur évaluation.

Plus généralement, la Cour relève **la faible impulsion du conseil d'administration sur le pilotage stratégique de l'agence**, qui a donné lieu à peu de débats sur la prévention ou la promotion de la santé, et guère davantage sur la réserve sanitaire. Les grandes orientations sont élaborées en amont de ses réunions, et le conseil scientifique, peu impliqué depuis la crise sanitaire, est resté peu sollicité.

Au fond, il semble que **la réflexion sur l'efficacité de l'action publique en matière sanitaire, à ce jour, a porté excessivement sur le modèle administratif, au détriment des missions à assurer.**

Une telle réflexion aurait peut-être conduit à préserver les missions de l'ex-Eprus et dispensé d'attendre la crise sanitaire pour « *refaire de la préparation au risque pandémique une priorité de l'action publique* », ainsi que l'avait sous-titré la commission d'enquête sénatoriale – une telle mission est désormais dévolue à Mme Cécile Courrèges, chargée par le ministre de la Santé et de la prévention de préfigurer une direction de préparation et de gestion des crises sanitaires. Cette préoccupation rejoint la question relative à la **présence territoriale de l'agence et à la territorialisation de la veille sanitaire**, sur laquelle la même commission d'enquête a fait des propositions fortes. La Cour désapprouve celle de rattacher aux ARS les cellules territoriales de Santé publique France, mais ne tranche pas davantage ce nœud-là.

**Une telle réflexion porterait aussi à s'interroger sur la distribution des compétences entre les différentes agences existantes**, problème intellectuel dont trois exemples récents montreront la complexité. Le rapport de la mission d'information sénatoriale sur la politique de santé

environnementale<sup>1</sup> a ainsi relevé qu'au moins quatre agences – SPF, HAS, Anses, HCSP, mais en réalité sept si l'on ajoute les organismes intervenant en appui sur des risques sectoriels – intervenaient dans une matière qui n'en mobilise étrangement que deux aux États-Unis ; le rapport sur la lutte contre l'obésité précité a relevé les ponctuelles divergences d'appréciation de Santé publique France et de l'Anses sur l'évaluation scientifique de ce qui deviendra le Nutri-Score ; enfin, la question s'est récemment posée de confier la compétence scientifique pour donner un avis sur les occurrences des rendez-vous de prévention tout au long de la vie créés par la loi de financement pour 2023 à la Haute Autorité de santé ou bien au Haut Conseil de la santé publique, qui y prétendent également – et sans doute à raison.

**La coordination et la mise en réseau** peuvent ainsi rester l'antienne de la politique sanitaire, le thème admettant de nombreuses variations – il est par exemple intéressant de constater que le rapport de Nicole Bricq de 2007 précité envisageait à cette fin, outre l'équipement des agences en systèmes d'information compatibles et l'articulation de leurs programmes de travail, leur réunion au sein du Haut Conseil de la santé publique. C'est depuis 2017 au comité d'animation du système des agences (Casa) qu'est dévolu ce rôle de coordination, mais la Cour relève à juste titre qu'il « *n'a pratiquement joué aucun rôle pendant la première année de la crise sanitaire* » et qu'il ne contribue que « *de manière très modeste à l'élaboration de la politique nationale de santé et aux choix d'orientations prioritaires dans le champ de compétences de ses membres* ».

En définitive, il semble aux rapporteuses que la réflexion sur les modalités de gestion des risques et de conduite de la politique de prévention est encore loin d'être achevée.

---

<sup>1</sup> *Les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale, rapport d'information n° 479 (2020-2021) de M. Bernard Jomier et Mme Florence Lassarade, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 24 mars 2021.*



## EXAMEN EN COMMISSION

---

*Réunie le mercredi 7 décembre 2022, sous la présidence de Mme Chantal Deseyne, vice-président, la commission procède à l'audition de Mme Véronique Hamayon, présidente, MM. Jérôme Dossi et Sébastien Gallée, conseillers référendaires, de la sixième chambre de la Cour des comptes, Mme Marie-Anne Jacquet, directrice générale par interim de Santé publique France, et Mme Catherine Grenier, directrice des assurés de la Caisse nationale d'assurance maladie, pour donner suite à l'enquête de la Cour des comptes, transmise en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, sur l'agence nationale de santé publique.*

**Mme Chantal Deseyne, président.** – À la demande de notre commission, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a réalisé une enquête sur Santé publique France. Nous entendons Mme Véronique Hamayon, présidente, MM. Jérôme Dossi et Sébastien Gallée, conseillers référendaires, de la sixième chambre de la Cour des comptes pour la présentation de cette enquête. Nous avons également convié les principales parties prenantes : Mme Marie-Anne Jacquet, directrice générale par intérim de Santé publique France (SPF) ; Mme Catherine Grenier, directrice des assurés de la caisse nationale d'assurance maladie, financeur de l'agence. Le représentant de la direction générale de la santé du ministère de la santé et de la prévention, tutelle de l'agence, est excusé pour cause de triple épidémie.

Dans une demande formulée il y a un an, notre présidente soulignait les difficultés observées dans le positionnement de SPF dans ses relations avec l'administration centrale du ministère de la santé pour ce qui concerne notamment les missions de l'ancien établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), pour lesquelles elle ne dispose pas d'une réelle autonomie.

Nous avons tous en tête, pour ceux qui étaient alors présents, une audition de mai 2020 au cours de laquelle nous avons assisté à de multiples renvois de responsabilité entre l'Agence et sa tutelle sur la question des équipements de protection.

La demande de notre présidente visait donc un bilan du fonctionnement de la nouvelle agence, au triple plan de sa gouvernance, de son organisation et de sa gestion ; une analyse des moyens de l'agence rapportés aux missions qui lui sont assignées ; un questionnement sur la place de l'agence dans le paysage administratif et institutionnel ; et une appréciation sur ce que notre commission considère comme des débudgétisations de fait de dépenses au cours de la crise sanitaire, à la suite

du transfert à l'assurance maladie du financement de SPF, auparavant assuré par les crédits de la mission « Santé » du budget de l'État.

**Mme Véronique Hamayon, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes.** – Plusieurs questions nous étaient posées sur le positionnement de SPF par rapport à l'administration centrale, aux autres agences sanitaires et aux agences régionales de santé (ARS), sur l'adéquation des moyens, le mode de financement et l'effectivité des gains d'efficience attendus de la création de SPF en 2016. Nous avons mené des comparaisons internationales, comme vous nous y invitiez, sur certains sujets comme les stocks stratégiques, la prévention ou la promotion de la santé ; cependant, ces comparaisons ont été limitées, compte tenu des différences de périmètres entre agences, et parce que nous n'avons pas accédé à la comptabilité analytique des agences étrangères. Une différence importante, historique, tient à ce que les agences anglo-saxonnes, par exemple, intègrent des moyens importants de recherche, ce qui n'est pas le cas de SPF.

L'examen des rapports déjà publiés – de la Cour des comptes, du Parlement – montre que SPF joue un rôle essentiel dans la surveillance et la veille sanitaire. L'agence réceptionne les signaux issus des dispositifs d'alerte et de surveillance, elle les traite pour déclarer, s'il y a lieu, une alerte sanitaire. L'agence est donc à la fois acteur et organisateur de ces dispositifs de surveillance et de veille sanitaire ; nous avons constaté qu'ils étaient parfois obsolètes et qu'on recherchait désormais davantage à identifier des signaux précoces et des signaux faibles. La Cour constate la diversité des outils de veille et de surveillance, ils couvrent les risques potentiels pour la santé ; cependant, leur efficacité est limitée par l'ancienneté du système d'information, le Haut Conseil de la santé publique l'a déjà souligné. Le contrat d'objectifs et de performance (COP) 2018-2022 demandait d'analyser la pertinence de ces dispositifs, la Cour constate que ce travail n'a pas été fait. Il y a un besoin d'évaluation pour mieux traiter les signaux, cela fait l'objet d'une recommandation dans notre rapport, il faut quantifier les besoins matériels de SPF pour améliorer ces outils qui servent à déclencher l'alerte sanitaire.

S'agissant des stocks stratégiques, nous constatons l'effet de la crise sanitaire, qui a vu ces stocks décupler – nous sommes passés de 200 millions à 2 milliards d'éléments, principalement des équipements de protection individuelle. Nous avons examiné la question de leur dépréciation, qui revêt une ampleur nouvelle compte tenu des montants en jeu – il faut assumer le coût du renouvellement de ces stocks. La Cour estime que le cadre d'emploi de ces stocks appelle des précisions, qu'il faudrait lier à la cinétique des événements : il faut mieux graduer et évaluer les réponses en fonction du degré de la crise sanitaire. La question s'est posée de savoir s'il fallait maintenir, au sein de SPF, la mission relative aux stocks stratégiques. La Cour ne propose pas de remettre en cause l'organisation retenue en 2016, considérant que l'agence n'est pas responsable du niveau des stocks



puisqu'elle agit comme opérateur de l'État - et c'est bien l'État qui est responsable en la matière. Cependant, nous proposons que l'agence puisse s'autosaisir de la gestion des stocks stratégiques, pour émettre des recommandations en tant que de besoin.

Sur la prévention et la promotion de la santé, la Cour constate que le budget est passé de 59 millions d'euros à 84 millions d'euros entre 2017 et 2021 hors dotations exceptionnelles, une augmentation qui est liée en particulier à la campagne d'information sur les 1 000 premiers jours. Les effectifs que l'agence peut y affecter sont cependant bien moindres que ceux de ses homologues anglo-saxons : 62 ETP, contre près de 1 000 pour l'agence britannique, c'est aussi ce qui rend la comparaison délicate. La Cour se félicite qu'un continuum de santé publique se consolide, avec des campagnes sur la nutrition, le tabac ou l'alcoolisme, mais constate aussi que d'autres champs ne sont pas couverts, comme la santé mentale. L'établissement de programmes de formation à l'éducation pour la santé évolue sous l'effet de la crise sanitaire. Cependant, nous pointons des retards dans l'anticipation et dans ce qu'on appelle la promotion des actions prometteuses et probantes, alors que c'était une demande explicitement formulée en 2016. Dès la création de SPF, en effet, il était demandé de mettre en œuvre des programmes objectifs par des données épidémiologiques probantes et des indicateurs pertinents, ainsi qu'un référentiel d'actions prometteuses et probantes ; en réalité, très peu d'actions ont été conduites sur ce volet, la Cour recommande d'y travailler davantage et d'enrichir ce référentiel. Nous avons constaté également que les services d'aide à distance en santé sont insuffisamment évalués, en particulier leur intégration dans le parcours de santé.

La Cour consacre une partie de son rapport à la réserve sanitaire, fortement mobilisée pendant la crise sanitaire, principalement en faveur des outre-mer ; la crise sanitaire a fait changer d'échelle la réserve sanitaire, évolution facilitée par une évolution de la réglementation, puisque la période maximale d'emploi de la réserve est passée de 150 à 300 jours par an. Cependant, cet outil s'est trouvé dépassé par l'ampleur de la pandémie, sa gestion administrative s'est avérée défectueuse et son système d'information a montré qu'il était vieillissant. C'est pourquoi la Cour recommande d'actualiser le cadre d'emploi de la réserve sanitaire, en lui donnant une dimension interministérielle. Il y a aussi des enjeux financiers, avec le basculement vers un financement lié à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), sans passer par des ajustements en collectif budgétaire. La Cour considère qu'il faut une information suffisante du Parlement et qu'il y a eu une perte en ligne avec la nouvelle présentation : il y a une différence entre le « jaune » budgétaire opérateurs et l'annexe 8 du projet de loi de financement ; la Cour recommande donc que les informations de ce « jaune » figurent bien dans cette annexe, en particulier le nombre d'emplois, le niveau de trésorerie, ou la surface du parc immobilier.

Les concours publics à la réserve sanitaire sont passés de 159 millions d'euros en 2017 à 248 millions d'euros en 2021. Les gains d'efficacité liés à la fusion des quatre organismes sont difficiles à objectiver dans la durée, nous n'avons pas d'éléments probants en la matière. Les enveloppes exceptionnelles ont représenté 12,8 milliards d'euros, avec un reste à payer de 2,4 milliards d'euros en mai 2022, l'essentiel ayant été utilisé à l'acquisition d'équipements de protection individuelle puis de vaccins. Dans cette mobilisation exceptionnelle, la Cour critique le recours à plusieurs fonds de concours financiers pour abonder des dépenses de l'État, à hauteur de 1,8 milliard d'euros sur deux ans ; nous recommandons de nouveau l'extinction de ces fonds de concours et de financer ces achats par des crédits budgétaires.

L'agence SPF a montré une capacité d'adaptation et une certaine souplesse d'organisation au cours de la crise sanitaire. Nous constatons cependant qu'elle a eu besoin d'un prestataire extérieur pour élaborer son plan de continuation d'activité (PCA), qui est un document stratégique qu'elle aurait dû élaborer de longue date. Nous soulignons également le recours à d'autres prestataires externes pour la gestion des stocks et plus généralement la logistique liée aux équipements de protection individuelle et aux vaccins. L'agence maîtrise ses ressources d'emploi, malgré quelques dépassements du plafond d'emplois. La gestion des ressources humaines est donc perfectible, il reste à améliorer la gestion des emplois et à élaborer des parcours professionnels pour les salariés.

Les systèmes d'information ont connu des progrès limités depuis la création de SPF, alors que leur importance est centrale pour la veille sanitaire. Les enjeux de modernisation et d'interopérabilité sont signalés depuis 2016, mais la Cour constate une faible priorisation des chantiers et des retards d'exécution, qui conduisent à une obsolescence de nombreuses parties du système d'information. Nous recommandons d'adopter rapidement un schéma directeur des systèmes d'information et d'assurer la déclinaison opérationnelle en priorisant plus finement les projets associés, en définissant la cible à atteindre et en élaborant les modalités de suivi - et nous pointons le risque d'indisponibilité des systèmes d'information si rien n'est fait.

La stratégie de SPF reste à clarifier, en particulier les attentes en matière de santé publique. La Cour constate que son COP a été adopté tardivement, deux ans après la création l'agence - malgré une phase de préfiguration -, et qu'il contribue en réalité très peu au pilotage de l'agence, avec des indicateurs peu précis. Les 22 objectifs énoncés par le contrat ne sont pas rattachables au programme 204 et cette faiblesse reflète en réalité l'absence d'objectifs nationaux pluriannuels de plan national priorité prévention - ce constat reflète donc celui que l'on fait aussi pour le ministère de la santé. La Cour souligne que le foisonnement des programmes de SPF n'est guère propice à l'efficacité du pilotage et que ces programmes ne sont

pas priorités par rapport aux enjeux ; une réorientation est en cours depuis 2020, il faut assurément intégrer des indicateurs d'efficacité chiffrés dans le prochain COP.

Sur la gouvernance de SPF, la Cour constate la faible impulsion du conseil d'administration sur le pilotage stratégique de l'agence : il n'a pas participé à l'élaboration ni débattu de la stratégie, et il se focalise sur des questions budgétaires et administratives. Le conseil scientifique de SPF joue un rôle effectif mais incomplet, tandis que le comité d'orientation et de dialogue reste très discret, c'est en quelque sorte un rendez-vous manqué avec l'agence.

Enfin, les relations avec la tutelle et les ARS sont à conforter. Le ministère ne hiérarchise pas suffisamment les missions de SPF, ses demandes ont plus de quadruplé entre 2019 et 2022, passant de 20 à 88, ceci sans priorisation – le ministère demande à l'agence de prioriser son action, mais sans prioriser lui-même ses nombreuses demandes. C'est pourquoi la Cour recommande d'assortir les programmes annuels de travail d'une estimation chiffrée des moyens humains et budgétaires et de propositions de priorisation liée au degré de sévérité ou de létalité des maladies.

Nous considérons également que l'expertise de SPF est trop peu utilisée par les pouvoirs publics. Le rôle du comité d'animation du système d'agences est des plus limités, il peine à trouver sa place, entre les relations bilatérales qui se sont renforcées entre agences, et les travaux confiés au Haut conseil de la santé publique.

Enfin, la Cour considère qu'il n'y aurait pas de plus-value évidente à rattacher les cellules régionales de SPF aux ARS – les directeurs généraux d'ARS que nous avons rencontrés sont partagés sur cette question et nous considérons, nous, que le statu quo est préférable à l'expérimentation d'un rattachement.

**Mme Marie-Anne Jacquet, directrice générale par intérim de Santé publique France.** – J'assume l'intérim depuis que, le 30 octobre dernier, Geneviève Chêne a achevé son mandat de trois ans – elle aura donc connu la deuxième partie de l'histoire de l'agence, en pleine crise sanitaire, et je l'ai rejointe pour ma part en avril 2020.

Quelques mots sur la stratégie et la priorisation de nos programmes. Nous avons travaillé de concert avec la Direction générale de la santé, pendant la crise sanitaire même, pour prioriser plus explicitement nos programmes, nous les avons resserrés, de 28, à 6 enjeux de santé publique. Nous agissons avant tout sur les principaux déterminants de santé – donc contre le tabagisme, l'alcoolisme, la mauvaise alimentation et l'absence d'exercice physique, la Cour a souligné le continuum entre nos missions de prévention et de promotion de la santé. Nous travaillons à notre prochain COP 2023-2027 et souscrivons pleinement à l'objectif d'un nouveau contrat fondé sur des objectifs opérationnels et des indicateurs chiffrés, nous

travaillons avec le ministère dans le cadre de la nouvelle stratégie nationale de santé.

S'agissant de la surveillance de l'état de santé de la population, l'agence est très présente sur les expositions aux risques environnementaux, sur les maladies chroniques non transmissibles, avec une expertise interne très développée, nous produisons des études scientifiques, des articles, des bulletins épidémiologiques.

Sur la prévention et la promotion de la santé, nous souscrivons pleinement à la nécessité d'un référentiel des actions prometteuses et probantes ; sa réalisation a été retardée, mais nous avons, en pleine crise sanitaire, désigné un comité d'experts et notre objectif est bien de mettre à disposition des actions évaluées scientifiquement et faciles à déployer sur le terrain. La Cour des comptes confirme le fait qu'un continuum se consolide, entre la prévention et la promotion de la santé, et la surveillance. La santé mentale a été mise en avant par SPF, nous avons dès 2020 alerté sur l'impact de la pandémie en matière de santé mentale, l'étude CoviPrev est sortie dès le mois de mars 2020, nous avons lancé, en partenariat avec l'Éducation nationale, une enquête sur la santé mentale des 3-11 ans, inédite en France.

Les services d'aides à distance en santé sont-ils insuffisamment évalués ? Ils l'ont été en 2019 et ils ont été particulièrement mobilisés pendant la crise sanitaire, il faut saluer l'action de tous ces agents qui ont aidé concrètement les personnes isolées, qui ont accompagné dans les démarches, qui ont aussi aidé à adapter les sites internet.

Nous souscrivons aux constats sur la réserve sanitaire, nous réfléchissons à en réformer le cadre d'emploi, mais ce qu'il faut considérer d'abord, c'est le changement d'échelle intervenu à l'occasion de la pandémie : la réserve sanitaire a été pensée comme subsidiaire, mais quand les professionnels censés venir en réserve sont déjà mobilisés comme ils l'ont été par la crise sanitaire, les mécanismes mis en place pour la réserve ne peuvent suffire. En réalité, il faut un cadre plus global sur l'ensemble des renforts humains à apporter selon les types de crises, régionales ou nationales.

La gestion des stocks stratégiques n'est pas l'objet principal du rapport de la Cour des comptes, mais elle a été déterminante dans l'activité de SPF en 2020. Nous avons commandé 4,5 milliards de masques et nous en avons distribué 2 milliards partout sur le territoire, nous avons acheté et stocké 1,8 milliard d'autres équipements de protection individuelle, nous avons acheté de nouveaux médicaments de réanimation, nous avons mis en place la logistique pour acheter et distribuer 190 millions doses de vaccin contre la Covid-19, avec un portail commun et dans les conditions pharmaceutiques que vous savez, en particulier la chaîne du froid particulière aux vaccins à ARN messenger. Je veux souligner le continuum nécessaire entre cette gestion des stocks et nos compétences

épidémiologiques, nous l'avons encore vu l'été dernier face à la variole du singe. Nous partageons donc l'idée qu'il faut mieux définir, collectivement, le cadre d'emploi de cette réserve stratégique.

Nos systèmes d'information ne se modernisent pas assez vite, il faut cependant noter que la fusion des quatre structures constitutives de SPF, a représenté un gros travail d'homogénéisation des systèmes – nous avons alors constaté l'obsolescence de systèmes que nous avons entrepris de moderniser. La crise sanitaire a été un accélérateur et un catalyseur, les crédits nous ont été alloués, y compris pour moderniser le système de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD). L'un des enseignements majeurs de la pandémie est que nous avons besoin de systèmes de surveillance réactifs, opérationnels, qui collectent l'information au plus près du terrain, dans les hôpitaux et les établissements médico-hospitaliers et donc les impliquent tous. Il y a eu des réussites, avec les trois principales bases de données sur la crise de Covid-19, avec SI-DEP pour le dépistage et VAC-SI pour la vaccination, nous avons la responsabilité de capitaliser ces enseignements pour les pérenniser, ceci au-delà de SPF.

**Mme Catherine Grenier, directrice des assurés à la Caisse nationale de l'assurance maladie.** – La direction des finances de la Cnam n'ayant pas pu se rendre disponible, je vous parlerai surtout de la collaboration entre la Cnam et SPF en matière épidémiologique, comme en matière de prévention et de promotion de la santé.

Nos deux institutions collaborent habituellement sur des projets thématiques et populationnels dans le cadre de la lutte contre les addictions, nous avons une convention importante sur le marketing social en particulier sur le tabac et sur d'autres facteurs comportementaux de risque, nous travaillons sur le dépistage des cancers ou sur les campagnes de vaccination contre la grippe – et participons alors aux mêmes comités de pilotage, avec le ministère de la santé. La Cnam est aussi un relai des campagnes lancées par SPF, par exemple sur les 1 000 premiers jours, sur la stratégie antibiorésistance, ou encore sur les gestes barrières. Nous avons des collaborations également en matière de recherche, je pense par exemple au diabète ou aux maladies cardiovasculaires.

J'insisterai sur l'enjeu de communication entre nos deux institutions, l'assurance maladie fait beaucoup à travers ses propres outils, comme Améli ou *via* les professionnels de santé, puisque nous avons la possibilité d'envoyer des messages directement à chaque professionnel de santé. Nous avons, enfin, un enjeu commun pour la prévention, *via* les centres de santé, des travaux sont conduits sur les rendez-vous de prévention aux différents âges de la vie, ce que nous faisons en nous appuyant sur le site développé par SPF sur le bien vieillir.

**Mme Chantal Deseyne, président.** - Merci pour ces propos liminaires.

**Mme Corinne Imbert, rapporteure générale.** - Ce rapport me laisse sur ma faim, en particulier quand la Cour ne formule aucune recommandation explicite en matière de stocks stratégiques ou d'adossement à la recherche. Vous constatez de la timidité en matière de gouvernance et en matière de mobilisation de l'expertise par des pouvoirs publics, la stratégie reste à clarifier, comme vous le dites ; mais pourquoi, alors, restez-vous en retrait sur ces points, et pourquoi la Cour des comptes ne tranche-t-elle pas non plus le débat sur la présence territoriale de l'agence et la territorialisation de la veille sanitaire ? Vous paraissez désapprouver la proposition de notre commission d'enquête sénatoriale sur la gestion de la crise sanitaire, de rattacher aux ARS les antennes territoriales de SPF : pouvez-vous nous en dire davantage ? Quels ont été vos échanges avec les directeurs d'ARS sur ce point ?

Sur la réserve sanitaire, ensuite, nous avons crain, en 2016, que la fusion des quatre entités préexistant à SPF ne complique le recours à la réserve : la crise sanitaire a confirmé nos craintes. Vous mentionnez un recours à des prestataires extérieurs pour la gestion des stocks et la logistique : savez-vous pour quel coût ?

Madame la directrice de SPF, vous soulignez avec justesse que la gestion des stocks stratégiques n'était pas le point central de la mission confiée à la Cour des comptes. Cependant, quand la crise est là, l'accès à ces stocks est l'une des premières inquiétudes de nos concitoyens, il est donc bien normal que ce soit aussi l'une de nos premières préoccupations. Le dépistage a bien fonctionné, SPF a été réactive, de même que la coopération avec la Cnam est bonne - heureusement, et ce serait un comble de constater le contraire, puisque l'assurance maladie finance l'agence...

Madame la présidente de la sixième chambre, à qui devrait incomber, selon vous, le pilotage stratégique de SPF, dont le rapport dit bien que les missions sont de différentes natures et requièrent plus ou moins de capacité décisionnelle de son conseil d'administration ?

La Cour relève la porosité des champs d'expertise des différentes agences, la timidité du comité d'animation du système d'agences (Casa), ou encore l'infériorité de SPF dans la mobilisation de la recherche, par rapport à l'Anses par exemple. Quelles conclusions faut-il en tirer sur les missions de SPF, voire sur la place de l'agence dans le paysage administratif et institutionnel ? Une nouvelle répartition des missions avec les autres agences est-elle souhaitable ?

Si les comparaisons avec ses homologues étrangères sont difficiles, un ou des modèles étrangers ne se dégagent-ils pas néanmoins des observations de la Cour ?

Le rapport ne s'intéresse pas, me semble-t-il, à la déontologie ni à la gestion des conflits d'intérêts. Or, devant notre mission d'information sur la lutte contre l'obésité, SPF a d'emblée mis l'accent sur cette question, assurant que l'industrie du sucre comme celle du tabac cherchent à orienter des recherches pour instiller le doute sur la dangerosité de leurs produits et à vanter les avantages de l'autorégulation. La Cour s'est-elle penchée sur les moyens par lesquels SPF peut contribuer à assainir l'expertise scientifique ?

**Mme Annie Le Houerou.** – Élisabeth Doineau, qui ne peut être parmi nous, m'a chargée de vous poser les questions suivantes.

Les dotations de la sécurité sociale à SPF, effectuées au moyen d'arrêtés ministériels, ont été un véhicule privilégié pour les dépenses publiques en réponse à la crise sanitaire, non seulement en 2020, quand la crise a surpris tout le monde, mais aussi les années suivantes. La Cour des comptes semble montrer dans son enquête une certaine compréhension pour le procédé, voire pour celui ayant consisté à reverser une partie significative de ces dotations à l'État au travers de fonds de concours. En quoi ces crédits présentaient-ils une nature différente de ceux qui émanaient de l'État et qui ont donné lieu à de multiples collectifs budgétaires entre 2020 et 2022 ? Pourquoi ne devaient-ils pas relever du principe d'autorisation des dépenses publiques ?

De manière plus générale, vous semble-t-il cohérent que les dotations à SPF proviennent intégralement de la sécurité sociale, et pas du tout de l'État : eu égard aux missions de l'agence, quelle vous paraîtrait la meilleure clé de répartition ? Le changement de l'abondement financier de l'agence s'est-il traduit par des modifications dans la gouvernance de SPF ? Comment se répartissent les rôles entre l'État et la sécurité sociale en matière de gouvernance et de décision ? Ne devrait-il pas y avoir un lien entre financeur et décideur ?

À titre personnel, je m'interroge sur la production de masques en France. Pendant la crise sanitaire, quand on a manqué de masques, des entreprises françaises ont repris de la production, mais elles sont aujourd'hui en difficulté face à l'invasion de masques venus de Chine : dans le renouvellement des stocks stratégiques, est-il possible de donner une préférence nationale aux masques produits en France ? Que peut faire SPF pour que, demain si une nouvelle crise sanitaire apparaît, on puisse encore fabriquer des masques sur notre sol ?

**Mme Véronique Hamayon.** – Pourquoi la Cour ne formule-t-elle pas de recommandations explicites sur la gestion des stocks stratégiques, sur la gouvernance de SPF, sur son organisation territoriale, sur son niveau de dotation ? Nous avons établi des constats détaillés, mais pour aller plus loin, il faut mettre en balance l'intérêt de santé publique et la dépense publique qui en résulte, il y a des arbitrages budgétaires, qu'il s'agisse du niveau des stocks ou de la dotation à SPF : ces décisions sont entre les mains de l'État, garant de ce que le niveau des stocks corresponde aux besoins identifiés. Il sera intéressant, à cet égard, de suivre la mission confiée à Cécile Courrèges sur la création d'une Direction de préparation et de gestion des crises.

Sur la gouvernance, la Cour considère que la composition du conseil d'administration de SPF n'appelle pas de modification, mais nous regrettons le positionnement en retrait de ce conseil sur la stratégie.

Sur la territorialisation, nous constatons que les avis des directeurs généraux d'ARS sont partagés sur le rattachement des cellules départementales de SPF aux ARS. Le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes y est certes favorable, mais ses homologues des Pays de la Loire et des Hauts-de-France sont bien plus nuancés. Ce qui compte, c'est que ces cellules régionales soient présentes sur le terrain et en lien avec l'échelon central de SPF- et si c'est bien le cas, comme aujourd'hui, il ne nous paraît pas utile de changer l'organisation sur ce point.

La Cour vous rejoint pour dire que la crise sanitaire a confirmé les craintes que l'on pouvait avoir sur la réserve sanitaire – le cadre d'emploi, les rémunérations, l'organisation, tout de la réserve sanitaire est à revoir entièrement. La Cour recommande aux pouvoirs publics une remise à plat de cet outil utile face à la crise, mais qui a montré toutes ses limites dans son organisation actuelle.

Le recours de SPF à des prestataires extérieurs pour la gestion des stocks a représenté 7 millions d'euros, le marché le plus important concerne les prestations d'appui opérationnel, pour 3,4 millions d'euros. Ce recours n'était pas au cœur de notre mission. Le Sénat a publié un rapport sur la question, et la Cour des comptes va se pencher prochainement sur le sujet.

Le pilotage stratégique de SPF est formellement aux mains de son conseil d'administration, mais c'est le ministère de la santé qui porte le pilotage de l'agence. Il faut donc une bonne coordination entre les instances de SPF et le ministère. Sur la gouvernance de la politique de santé, le comité d'animation du système d'agences contribue peu, je l'ai dit, à l'élaboration de la politique nationale de santé et aux priorités de la prévention et de la promotion de la santé, mais la Cour n'a pas identifié de problématique particulière de périmètre de compétences entre les agences.



La création de SPF a été inspirée par les agences qui existent en Grande-Bretagne, aux États-Unis et au Canada, mais il est difficile d'aller loin dans la comparaison tant les compétences sont différentes et parce que nous n'avons pas accès à la comptabilité analytique de ces agences. Cependant, nous constatons que les activités de recherche sont intégrées aux agences en Allemagne et aux États-Unis, et nous pensons que SPF doit conserver des liens forts avec la recherche.

La déontologie n'a effectivement pas fait l'objet d'investigation, elle a été examinée dans un rapport de 2016, nous y reviendrons probablement bientôt.

La Cour ne voit pas d'incohérence ni de difficulté particulière au fait que l'assurance maladie soit le financeur unique de l'agence. Nous n'avons pas non plus proposé que la gouvernance de l'agence en soit modifiée, ce schéma fonctionne dans d'autres cas, par exemple pour l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Il n'y pas de problème à découpler le financeur et le décideur. C'est ce qui se passe par exemple aussi avec les hôpitaux, qui sont financés par l'assurance maladie mais qui relèvent de la politique hospitalière définie par l'État.

**Mme Marie-Anne Jacquet.** – Le renouvellement des stocks et les achats de masques se font de manière continue ; nous venons de lancer un appel d'offres pour 200 millions de masques avec l'objectif d'avoir plusieurs fournisseurs, en proximité, dans le respect de la commande publique ; nous appliquons un critère prix de 20 % seulement, et des clauses de responsabilité sociale de l'entreprise (RSE), nous avons fait un *sourcing* approfondi auprès des entreprises.

Les cellules régionales de SPF représentent l'agence dans les territoires, elles sont le garant d'une agence forte et de l'unité de surveillance. Parce qu'elles font partie de l'agence, elles suivent partout la même méthode de référence – on ne pourrait pas accepter un calcul différent selon les territoires, l'unité est une garantie de la méthode scientifique de la surveillance. Cela n'empêche nullement les cellules régionales d'apporter un éclairage territorial, comme les ARS en demandent.

Enfin, SPF a recouru à des prestataires extérieurs uniquement pour de la logistique opérationnelle, en particulier pour redéployer un réseau – nous avons dû ouvrir en urgence 23 plateformes, alors que notre équipe dédiée ne comptait que 10 personnes. Ce dont il faut bien se rendre compte, c'est que la crise sanitaire a représenté un changement d'échelle tout à fait inédit.

**M. Alain Milon.** – Merci pour ce rapport, il reflète ce que nous pensions confusément sur le fonctionnement de SPF depuis quelques mois. Nous savons que SPF a été créé par Marisol Touraine pour des raisons budgétaires et nous avons dit alors nos craintes pour l’avenir. Or qu’est-ce qui s’est passé pour la gestion de crise ? La crise du H1N1 a été gérée par l’InVS et l’Eprus de manière admirable, au point que la ministre de la santé de l’époque a été critiquée pour avoir trop dépensé en prévention ; et face au Covid-19, c’est tout le contraire, pour des raisons qui ne concernent pas les personnes, mais l’organisation elle-même. N’avez-vous pas le sentiment que SPF est un mastodonte, un gros « machin » qui n’arrivera pas à être efficace comme l’étaient les agences qu’elle a absorbées, et que personnellement je regrette ?

**M. René-Paul Savary.** – A-t-on véritablement tiré les enseignements de la crise sanitaire ? Sommes-nous certains que nous ne referions pas les mêmes erreurs face à la crise ? On fait appel à des prestataires pour la logistique, pourquoi pas, mais maintenant que l’on connaît les circuits, cela ne paraît pas nécessaire si une nouvelle crise survenait. Ce qui a été efficace et ce qui compte dans la crise, c’est d’avoir une organisation territorialisée qui permet de gagner du temps : il faut une sorte de cellule de crise, avec le préfet de département aux commandes. Avez-vous configuré une gestion de crise à activer dans les 24 heures ? S’il y avait un accident nucléaire, comment seraient distribués les comprimés d’iode ? À Vitry-le-François, l’ex-Eprus avait la gestion d’un stock de masques, ils sont apparus périmés mais on nous a dit ensuite qu’ils pouvaient quand même servir pour aider les acteurs de deuxième rang : comment tenez-vous compte de ce genre de choses dans la gestion des stocks ?

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – Nous n’oublions pas qu’en France, 218 000 doses de vaccin AstraZeneca ont été jetées parce qu’on avait laissé passer leur date de péremption : cela ressemble bien à du gâchis. Pauline Londeix, fondatrice de l’Observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, souligne qu’un tiers de la population mondiale n’a reçu aucune dose de vaccin, parce que les pays riches ont accaparé les doses par peur de manquer, qu’ils ont donc constitué des stocks pour en jeter ensuite une partie... Que faites-vous pour que de telles erreurs ne se reproduisent pas dans la gestion des stocks ?

**Mme Véronique Hamayon.** – L’agence SPF est-elle un « gros machin » ? Je ne crois pas qu’une grande agence ne puisse pas être efficace, voyez ce qui se passe en Grande-Bretagne ou en Allemagne, avec des agences plus grandes encore, et nettement. Dans la comparaison entre les crises face au H1N1 et à la Covid-19, ce qu’il faut prendre en compte, c’est surtout la situation sanitaire elle-même, l’échelle n’est pas la même.

**Mme Marie-Anne Jacquet.** – Effectivement, cette pandémie a été d’une ampleur inégalée dans un passé proche, la question posée est celle de la taille critique qui est nécessaire pour faire face, cela suppose des renforts dans la durée – des hommes et des femmes qui se sont engagés sans discontinuer pendant deux ans, il faut des forces vives et une forte mutualisation pour faire face, ce qui est plus difficile lorsque l’organisation est morcelée. L’agence peut vous paraître un « mastodonte », mais que dire alors de ses homologues étrangères, certaines sont bien plus importantes…

S’agissant de la logistique et de l’organisation territoriale, SPF est organisée pour mettre en place une gestion de crise en 24 heures, dans un écosystème pilotée par le ministère de la santé, nous sommes alors en lien toutes les heures avec le centre de crise. Nous avons un stock d’iode en cas d’accident nucléaire, le plan iode est interministériel et piloté par le secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale, les doses d’iode sont mobilisables par le préfet.

La question des masques périmés a été largement débattue en 2020. SPF a agi alors sur instruction du ministère de la santé : des masques étaient périmés mais sans date de péremption, nous avons fait des tests montrant qu’ils étaient imparfaits, mais, face à la pénurie, le ministère a demandé à SPF de les tester de nouveau pour les distribuer non pas aux soignants, mais à des publics moins exposés, ce que nous avons fait – je le redis : à la demande du ministère.

Des doses de vaccin ont été jetées, SPF avait passé commande sur instruction et pilotage du ministère, les décisions avaient été prises dans un contexte de forte incertitude face à l’évolution de l’épidémie – ce qui était aussi le cas pour les autres États.

**M. René-Paul Savary.** – Il reste qu’on ne peut toujours pas géolocaliser les personnes pour les prévenir en cas de crise imminente, donc on ne peut pas les prévenir concrètement face au danger. Il faut modifier la loi, nous l’avons proposé mais nous n’avons pas été suivis – concrètement, nous ne sommes donc pas prêts, ce qui me fait dire que nous n’avons pas tiré toutes les conséquences de la crise sanitaire.

**Mme Marie-Anne Jacquet.** – Des travaux sont menés en ce sens notamment par le ministère de l’intérieur, pour une information de la population en temps réel.

**Mme Chantal Deseyne, président.** – Merci pour toutes ces précisions.

*Ce point de l’ordre du jour a fait l’objet d’une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).*

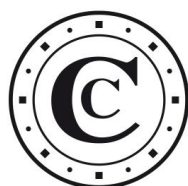


## **RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES**

---



Cour des comptes



# SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Des missions étendues,  
une stratégie à mieux définir

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

Décembre 2022





# Sommaire

<b>PROCÉDURES ET MÉTHODES</b> .....	<b>5</b>
<b>SYNTHÈSE</b> .....	<b>7</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
<b>CHAPITRE I UNE AGENCE AYANT À ASSURER UN LARGE ÉVENTAIL DE MISSIONS</b> .....	<b>17</b>
<b>I - UNE EXTENSION CONTINUE DES DISPOSITIFS DE SURVEILLANCE, UNE RÉFLEXION À CONDUIRE SUR LEUR PERTINENCE</b> .....	<b>17</b>
A - Un rôle essentiel dans l'organisation de la surveillance sanitaire .....	17
B - Une extension de dispositifs de surveillance et de veille parfois obsolètes.....	19
C - La nécessité d'une plus grande priorisation des dispositifs existants.....	21
<b>II - LA CONSTITUTION ET L'ENTRETIEN DES STOCKS STRATÉGIQUES : UN CONTINUUM À MIEUX ASSURER AVEC LES MISSIONS DE VEILLE ET DE SURVEILLANCE</b> .....	<b>22</b>
A - Des stocks stratégiques qui ont changé de dimension sous l'effet de la crise .....	22
B - Une question des dépréciations des équipements de protection individuelle qui revêt une ampleur nouvelle.....	23
C - Un cadre d'emploi dont la mise en œuvre appelle des précisions.....	24
D - La question posée du maintien de cette mission au sein de SPF.....	26
<b>III - LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ, UNE MISSION EN COURS DE CONSOLIDATION</b> .....	<b>28</b>
A - Un budget en forte hausse .....	28
B - Un <i>continuum</i> de santé publique en cours de consolidation.....	29
C - Un retard d'identification et de promotion des actions prometteuses ou probantes .....	32
<b>IV - DES SERVICES D'AIDE À DISTANCE EN SANTÉ ENCORE INSUFFISAMMENT ÉVALUÉS</b> .....	<b>34</b>
<b>V - LA RÉSERVE SANITAIRE : UN POSITIONNEMENT À MIEUX DÉFINIR</b> .....	<b>36</b>
A - Un outil inadapté aux crises de grande ampleur .....	36
B - Un cadre stratégique à renouveler dans une perspective interministérielle.....	41
<b>VI - UN ADOSSEMENT À LA RECHERCHE À RENFORCER</b> .....	<b>43</b>
<b>CHAPITRE II UNE GESTION BUDGÉTAIRE CONFORTÉE, DES AMÉLIORATIONS NÉCESSAIRES</b> .....	<b>47</b>
<b>I - UNE TRAJECTOIRE BUDGÉTAIRE BOULEVERSEE PAR LA CRISE SANITAIRE</b> .....	<b>47</b>
A - Une situation financière hors covid confortée .....	47
B - Une gestion des enveloppes exceptionnelles qui se traduit actuellement par d'importants restes à payer.....	51
C - Des arbitrages financiers à rendre prochainement dans un contexte incertain .....	53
<b>II - UNE ORGANISATION ADMINISTRATIVE COMPLEXE</b> .....	<b>54</b>
A - Des réorganisations nombreuses malgré la phase de préfiguration .....	54
B - Des difficultés de travail entre directions et entre secteurs .....	56
C - Des réorganisations liées à la crise sanitaire .....	56

<b>III - UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES SOUS CONTRAINTE.....</b>	<b>57</b>
A - Une maîtrise de l'effectif malgré des dépassements répétés des plafonds d'autorisation d'emplois .....	57
B - Une masse salariale à surveiller .....	60
C - Une gestion des emplois et des parcours professionnels à élaborer .....	63
D - Une gestion perfectible des frais de mission.....	63
<b>IV - L'INSUFFISANTE ROBUSTESSE DES SYSTÈMES D'INFORMATION .....</b>	<b>64</b>
A - Des progrès limités depuis la création de l'agence .....	64
B - Une externalisation croissante des systèmes d'information .....	66
C - Des risques d'indisponibilité.....	67
<b>V - UNE STRATÉGIE IMMOBILIÈRE PERTINENTE .....</b>	<b>68</b>
<b>CHAPITRE III DES ATTENTES À L'ÉGARD DE SPF À EXPLICITER D'AVANTAGE.....</b>	<b>71</b>
<b>I - UNE STRATÉGIE À CLARIFIER.....</b>	<b>71</b>
A - Des attentes en matière de santé publique à préciser .....	71
B - Une démarche de performance à améliorer.....	76
C - Un foisonnement de programmes peu propice à un pilotage efficient jusqu'à la crise sanitaire.....	77
D - Une réorientation de la programmation à affiner .....	78
<b>II - UNE GOUVERNANCE QUI N'EXERCE PAS LA PLÉNITUDE DE SES ATTRIBUTIONS.....</b>	<b>79</b>
A - Une faible impulsion du conseil d'administration sur le pilotage stratégique .....	79
B - Un rôle positif mais incomplet du conseil scientifique .....	80
C - Un repositionnement du comité d'orientation et de dialogue à mettre en œuvre .....	81
<b>III - DES RELATIONS AVEC LA TUTELLE ET LES ARS À CONFORTER DANS UNE LOGIQUE DE PRIORISATION .....</b>	<b>83</b>
A - Une hiérarchisation insuffisante des missions par la tutelle.....	83
B - Une prise en charge perfectible des saisines .....	84
C - Une expertise peu utilisée pour la formulation de recommandations.....	84
D - Un comité d'animation du système d'agences au rôle limité.....	87
E - Une articulation discutée entre SPF et les agences régionales de santé .....	88
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>91</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>93</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>96</b>

## Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour, ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, en particulier l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

**L'indépendance institutionnelle** des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapports publics.

\*\*

En application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a été saisie par lettre de la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat en date du 14 décembre 2021 d'une enquête sur l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), à laquelle le Premier président de la Cour des comptes a répondu favorablement par courrier du 22 décembre 2022 (cf. annexe n° 1). Le champ des investigations de la Cour a été précisé lors d'une réunion tenue le 3 février 2022 au Sénat.

L'enquête a été notifiée le 16 février 2022 à Santé publique France, au secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, aux principales administrations centrales concernées (direction générale de la santé, direction de la sécurité sociale, Institut national de la statistique et des études économiques, direction du budget, direction générale de l'alimentation, direction générale du travail), au Haut Conseil de la santé publique, à la Haute Autorité de santé, à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, à la Caisse nationale d'assurance maladie, à l'Institut national de la santé et de la recherche, médicale, aux agences régionales de santé Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France et Pays de la Loire et à l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (France Assos Santé).

Le projet de rapport a été délibéré le 5 octobre 2022 par la sixième chambre de la Cour, composée de MM. de la Guéronnière et Viola, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, MM. Dossi et Gallée, conseillers référendaires, et, en tant que contre-rapporteur, M. Rabaté, conseiller maître.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, M. Andréani, Mme Podeur, M. Charpy, Mme Demier, M. Bertucci, Mme Hamayon et M. Meddah présidents de chambre, MM. Martin, Advielle, Lejeune, Mmes Bourgogne, Renet, présidents de chambre régionale des comptes et M. Gautier, Procureur général, a été consulté sur le projet de rapport le 11 octobre 2022. Le Premier président en a approuvé la publication le 4 novembre 2022.

## Synthèse

L'Agence nationale de santé publique, également dénommée Santé publique France (SPF)<sup>1</sup>, est un établissement public de l'État à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Elle a pour missions l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations, la veille sur les risques sanitaires menaçant les populations, la promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé, le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé, la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires, ainsi que le lancement de l'alerte sanitaire.

Un premier regroupement des agences sanitaires nationales en pôles cohérents, correspondant à leurs grandes missions, avait été annoncé par le Conseil de modernisation des politiques publiques du 4 avril 2008. Ces agences devaient être rassemblées pour permettre de simplifier les conditions de leur pilotage par l'État, renforcer leurs capacités d'expertise interne, réduire les risques de redondance entre elles et rendre plus cohérent l'ensemble du dispositif.

Contrairement à d'autres agences<sup>2</sup>, l'Institut de veille sanitaire, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires n'ont toutefois pas été concernés par les premiers regroupements. Ces organismes et le groupement d'intérêt public « Addictions drogue alcool info service » ont finalement fusionné à compter du 1<sup>er</sup> mai 2016 au sein de SPF, en application d'une ordonnance prise sur la base de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Selon les termes du projet de loi et d'un rapport de préfiguration, la création de la nouvelle agence visait à améliorer la cohérence et la continuité de l'exercice des missions confiées aux organismes préexistants au service de la stratégie nationale de santé, ainsi que l'efficacité des politiques publiques.

### **Un *continuum* de missions en cours de consolidation**

Entre 2016 et 2019, SPF avait commencé à renforcer les liens entre les missions héritées des organismes préexistants. Compte tenu de l'ampleur des défis associés à la fusion de ces derniers (construction du nouveau siège, décloisonnement des pratiques professionnelles antérieures, nombreuses réorganisations administratives), les synergies attendues n'avaient toutefois pas encore porté tous leurs fruits début 2020.

---

<sup>1</sup> Article 166 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>2</sup> Comme l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), créée le 1<sup>er</sup> juillet 2010 par la fusion de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset).

La crise sanitaire liée à la covid 19 a représenté un défi majeur pour l'agence, qui a joué un rôle important au cours de cette période, en contribuant en particulier à la constitution et à la gestion des stocks stratégiques, ainsi qu'aux campagnes de vaccination. Cette mobilisation s'est traduite par des évolutions substantielles pour SPF, notamment en termes de création de postes et d'exercice de ses missions légales.

L'agence a su faire preuve de réactivité et de souplesse dans son organisation pour répondre aux besoins urgents liés à la gestion de la crise épidémique, ainsi qu'en témoignent la réorganisation rapide de ses services, la mise à disposition de l'observatoire cartographique Géodes, la création de nouveaux partenariats avec des acteurs de la recherche ou encore la modification de sa programmation. Si la crise a freiné la mise en œuvre de certaines actions, elle a aussi permis de renforcer certains liens entre les missions confiées à SPF.

La réserve sanitaire, composée notamment de professionnels de santé volontaires, qui contribue au renforcement du système de santé pour répondre à des situations sanitaires exceptionnelles, est montée en puissance au cours des premières années d'existence de l'agence. Cet outil a toutefois été dépassé par l'ampleur de la pandémie de covid 19. Ses caractéristiques intrinsèques expliquent pour partie ses difficultés à assurer sa mission et le développement rapide de solutions alternatives pour soutenir le système de soins à compter de mars 2020. Pour autant, l'absence d'outils de gestion adaptés aux enjeux, et l'absence de proposition et d'adoption d'un nouveau cadre d'emploi de la réserve sanitaire, pourtant sollicité par la tutelle depuis 2016, témoignent de l'insuffisance des synergies attendues. Un nouveau cadre d'emploi doit désormais être adopté et intégrer une vision plus interministérielle des renforts humains, à prévoir en cas de crise sanitaire majeure.

Depuis 2020, SPF a progressé en matière de gestion de crise et l'intérêt de sa compétence dans ce champ ne semble pas devoir être remis en cause, sous réserve, d'une part, de modifier le cadre d'emploi précité et, d'autre part, de renforcer la doctrine de constitution et de gestion des stocks stratégiques. À cet égard, une évolution de la législation serait souhaitable pour étendre la compétence de l'agence sur les stocks stratégiques à la faculté d'auto-saisine lui permettant de formuler des recommandations, faculté reconnue à l'agence pour l'exercice de ses autres missions.

En matière d'observation épidémiologique, de surveillance de l'état de santé des populations et de veille sur les risques sanitaires, l'agence a inscrit son action dans un contexte d'extension de dispositifs de surveillance et de veille parfois obsolètes. Elle cherche désormais à identifier les signaux précoces et faibles afin de consolider cette mission. En lien avec la direction générale de la santé (DGS), il convient désormais de relancer les travaux d'analyse de la pertinence de ces dispositifs et de quantifier les besoins futurs de SPF pour procéder au déclenchement des alertes sanitaires.

La mission de prévention et de promotion de la santé a, plus que les autres, bénéficié du *continuum* des missions, grâce à son rapprochement avec la surveillance de l'état de santé des populations et l'aide à distance en santé. Des progrès ont été accomplis, à la faveur également d'une hausse significative des budgets alloués à cette mission. Les actions de marketing en santé publique apportent une plus-value que SPF s'attache à mesurer et ont été diversifiées et améliorées depuis 2016. Néanmoins, le processus n'est pas encore abouti car il nécessite d'affiner les données disponibles sur les déterminants de santé et de mettre en œuvre une approche reposant davantage sur l'étude de la létalité et de la sévérité des maladies.

L'agence a également pris du retard dans la mise à disposition des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé d'un référentiel des actions prometteuses<sup>3</sup> ou probantes. Celui-ci apparaît incomplet : en l'état, ces actions, encore peu nombreuses, sont insuffisamment décrites, partagées, évaluées et analysées. Le référentiel attendu par le ministère de la santé et les parties prenantes doit être enrichi et actualisé régulièrement afin d'éclairer les choix des financeurs publics, en particulier des agences régionales de santé.

### Une gestion à consolider

Le manque structurel de vision stratégique des priorités de santé publique a pu nourrir au sein de l'agence le sentiment d'un financement et d'un effectif insuffisants pour le bon exercice de ses missions. En pratique, le budget a pourtant été consolidé et, en comparaison avec les évolutions ayant concerné d'autres agences sanitaires, l'effectif a été globalement maintenu depuis 2016.

La trajectoire budgétaire de SPF ne présentait pas de difficulté particulière avant 2020, dans un contexte marqué toutefois par un sous-investissement dans les stocks stratégiques de l'État. La substitution de financements de l'assurance maladie au budget de l'État à compter de 2020 a permis d'apporter les crédits complémentaires rendus nécessaires en cours d'année, sans qu'ils soient conditionnés à l'adoption préalable d'une loi de finances rectificative. Les enveloppes exceptionnelles versées à SPF ont toutefois été en partie consacrées à l'abondement de fonds de concours alimentant le budget de l'État, pour financer des achats liés à la crise sanitaire. La Cour rappelle que ces fonds de concours doivent être mis en extinction au profit d'un financement par des crédits budgétaires.

L'attribution des enveloppes exceptionnelles liée à la mise en œuvre des mesures de gestion de la covid 19 se traduisait au moment de l'enquête de la Cour par des restes à payer proches de 2,9 Md€ en 2022-2023.

Par ailleurs, à fin de bonne information du Parlement, l'annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale devrait présenter des informations financières sur SPF identiques à celles qui étaient mentionnées jusqu'en 2019 dans l'annexe générale au projet de loi de finances relative aux opérateurs de l'État et inclure des éléments sur les effectifs et la situation immobilière.

La stratégie immobilière a consisté à regrouper les agents des anciennes structures sur un site unique. Outre qu'elle était indispensable à la réussite du *continuum* des missions et à l'émergence d'une identité commune, elle s'avère budgétairement avantageuse. L'agence n'est toutefois pas allée au bout de la logique de rationalisation de ses implantations immobilières.

La gestion des ressources humaines fait apparaître une relative maîtrise de la masse salariale, permise notamment par une rotation notable de l'effectif. L'évolution à venir des dépenses en la matière reste néanmoins à surveiller : des facteurs de hausse de la masse salariale se sont en effet accumulés depuis 2020 et doivent faire l'objet d'une maîtrise accrue dans un contexte de demande d'effectifs complémentaires formulée par l'agence en 2022. La DGS doit pour sa part évoluer vers un pilotage budgétaire davantage fondé sur la masse salariale et SPF doit s'attacher à mettre en œuvre une gestion des emplois et des parcours professionnels.

---

<sup>3</sup> Une action prometteuse est une action « dont l'efficacité n'a pas été évaluée par la recherche mais pour laquelle une évaluation normative solide induit une présomption de résultats pertinents » ; Lacouture, EHESP, 2016.

L'insuffisante priorisation des projets et le sous-investissement structurel dans les systèmes d'information, malgré des lacunes identifiées avant même la création de l'agence, ont pénalisé la mise en œuvre de l'ensemble des missions. Dans un contexte d'externalisation croissante de prestations informatiques et de risques d'indisponibilité de ses systèmes d'information, SPF doit adopter un schéma directeur des systèmes d'information et assurer sa déclinaison opérationnelle en priorisant finement les projets associés, en définissant les cibles à atteindre et en élaborant des modalités de suivi opérationnelles. Plus globalement, l'adoption d'un plan pluriannuel d'investissement soumis au vote du conseil d'administration renforcerait la prise de conscience du caractère stratégique de cette question au regard des missions exercées par l'agence.

### **Une stratégie qui doit être clarifiée, articulée à la programmation des travaux et davantage priorisée**

Le premier contrat d'objectifs et de performance (COP) portant sur la période 2018-2022 a été signé en février 2018 par la ministre des solidarités et la santé et le directeur général de SPF, plus d'un an et demi après la création de l'agence, ceci malgré la période de préfiguration. Ses objectifs n'ont pas été articulés avec ceux du projet annuel de performance du programme 204 – *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*, qui concernait alors SPF et ne s'inscrivent pas dans une démarche de performance, compte tenu de la quasi absence d'indicateurs chiffrés. En particulier, les attentes relatives à l'efficacité de la gestion et du pilotage n'ont été assorties d'aucun objectif chiffré, alors qu'il s'agissait de l'un des motifs de création de SPF. Le prochain COP, qui devrait être adopté au premier semestre 2023, devra remédier à cette lacune.

La survenue de la pandémie de covid 19 a contribué à relativiser l'importance de ce contrat dans le pilotage de l'agence. Ce document n'a ainsi pas fait l'objet d'un suivi par la gouvernance de SPF en 2020-2021.

Parallèlement à ce contrat, l'agence a élaboré une programmation pluriannuelle et des programmes annuels de travail. Jusqu'en 2020, ceux-ci constituaient un cadre foisonnant, constitué de près d'une trentaine de programmes décomposés en de nombreux projets, sans que des outils de gestion (systèmes d'information) et des processus formalisés ne permettent de s'assurer de leur bonne mise en œuvre. Ces documents apparaissaient eux aussi généralement dépourvus d'indicateurs chiffrés et ils ne précisaient pas les ressources budgétaires et les effectifs associés aux projets, malgré des demandes en ce sens formulées par la DGS et le conseil scientifique de SPF. En outre, les orientations retenues ne semblent pas étayées finement au regard de l'étude de la létalité et de la sévérité des maladies, dans le cadre de la démarche dite du « fardeau global des maladies », dont la déclinaison en France est récente et reste à affiner au niveau local.

L'imprécision de ces documents n'a pas facilité la hiérarchisation des projets. Pour sa part, la DGS a formulé chaque année des priorités en nombre croissant, jusqu'à atteindre près d'une centaine en 2022. Dans un contexte de diminution des plafonds d'autorisation d'emplois, l'absence de réelle priorisation des projets, dont la responsabilité apparaît ainsi partagée, n'a pas facilité la tâche d'une agence confrontée par ailleurs aux difficultés inhérentes à la fusion de quatre organismes.

Depuis 2021, SPF a recentré sa programmation autour de six « enjeux » et commencé à clarifier ses priorités d'action. Elle doit désormais assortir ses projets d'estimations chiffrées des moyens qui leur sont affectés et renforcer le lien entre les financements alloués et une prise en compte fine du degré de sévérité et de létalité des maladies.



## Une expertise à mobiliser davantage

Parallèlement à ses activités programmées, SPF est destinataire de nombreuses saisines, émanant principalement de la DGS et des agences régionales de santé (ARS), dont le suivi demeure très perfectible. En amont de ces saisines, le processus de concertation avec la DGS pourrait être consolidé.

La dissémination de l'expertise dans de nombreux organismes procède de choix historiques et fragilise l'expertise propre de SPF qui, contrairement à ses homologues étrangers comme les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) aux États-Unis, ne bénéficie pas encore d'une légitimité forte et transversale sur les principaux champs de la santé publique.

Depuis sa création, l'expertise de SPF a ainsi pu apparaître sous-utilisée par le ministère de la santé, qui privilégie souvent les organismes plus collectifs, en sollicitant en particulier le Haut Conseil de la santé publique. Par ailleurs, la création de plusieurs structures *ad hoc* pendant la pandémie de covid 19 a contribué à faire passer au second plan l'expertise propre de l'agence.

Si, dans ce domaine, ses textes constitutifs sont moins détaillés que ceux d'autres agences sanitaires telles que l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail ou l'Institut national du cancer, SPF s'est néanmoins vu reconnaître une expertise qu'elle peut mobiliser en se saisissant de toute question relevant de la plupart de ses missions, possibilité qu'elle a peu utilisée.

La crise sanitaire a permis à SPF d'accéder à une notoriété plus forte grâce à la production de données de surveillance et sa participation à des campagnes de communication. Ne disposant juridiquement pas de compétence propre dans ce domaine, SPF doit consolider ses liens avec les acteurs de la recherche, malgré les faiblesses structurelles de la recherche en santé publique en France. À ce dernier égard, la crise de la covid 19 a joué un rôle de catalyseur qui doit être préservé, notamment dans le cadre de projets européens dans lesquels SPF est désormais activement impliquée.



## Recommandations

1. Relancer les travaux d'analyse de la pertinence des dispositifs de surveillance et quantifier les besoins futurs de SPF pour procéder au déclenchement des alertes sanitaires et pour produire les données nécessaires à l'élaboration et la conduite de la politique de santé (*Ministère de la santé et de la prévention, SPF*).
2. Élargir à la gestion des stocks stratégiques la faculté d'autosaisine de SPF pour émettre des recommandations, comme il est prévu pour l'exercice de ses autres missions (*Ministère de la santé et de la prévention*).
3. Actualiser régulièrement le référentiel des actions prometteuses et probantes (*SPF*).
4. Actualiser le cadre d'emploi de la réserve sanitaire avec une vision plus interministérielle des renforts humains (*Ministère de la santé et de la prévention, SPF*).
5. Produire, dans l'annexe 8 au PLFSS des informations financières sur SPF identiques à celles qui étaient mentionnées jusqu'en 2019 dans l'annexe générale au PLF relative aux opérateurs de l'État (*Ministère de la santé et de la prévention*).
6. Mettre en extinction les fonds de concours destinés au financement d'achats liés à la crise sanitaire et financer ces achats par des crédits budgétaires (*Ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*).
7. Adopter un schéma directeur des systèmes d'information et assurer sa déclinaison opérationnelle en priorisant plus finement les projets associés, en définissant la cible à atteindre et en élaborant les modalités de suivi (*SPF*).
8. Intégrer dans le prochain contrat d'objectifs et de performance qui doit être adopté en 2023 des objectifs et indicateurs d'efficacité chiffrés (*Ministère de la santé et de la prévention, SPF*).
9. Assortir les programmes annuels de travail d'une estimation chiffrée des moyens humains et budgétaires et de propositions de priorisation liées au degré de sévérité et de létalité des maladies (*SPF*).



## Introduction

L'Agence nationale de santé publique, également désignée sous le nom de Santé publique France (SPF)<sup>4</sup>, a été créée par une ordonnance<sup>5</sup> précisée par un décret d'avril 2016<sup>6</sup>. Établissement public de l'État à caractère administratif créé à compter du 1<sup>er</sup> mai 2016, elle est issue de la fusion de quatre organismes :

- l'Institut de veille sanitaire (InVS), établissement public créé en 1998<sup>7</sup>, chargé de la surveillance et de l'observation de l'état de santé de la population, du recueil et du traitement des données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, de la collecte et de l'analyse des connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leurs évolutions, ainsi que de la détection des événements modifiant l'état de santé de la population ;
- l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), établissement public créé en 2002<sup>8</sup> par substitution à une association éponyme. Il exerçait une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé et développait l'éducation pour la santé, y compris l'éducation thérapeutique ;
- l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) créé en 2007<sup>9</sup>. Cet organisme assurait la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire et avait pour mission, à la demande du ministre chargé de la santé, d'acquérir, d'importer, de distribuer et d'exporter des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves ;
- le groupement d'intérêt public « Addictions drogues alcool info service » (Adalis), dépendant du ministère chargé de la santé et placé sous l'autorité de l'Inpes. Service national d'information et de prévention sur les drogues et les dépendances, il recensait et mettait à disposition du public l'annuaire des structures spécialisées de soin en addictologie.

Le rapprochement de ces structures fait suite à d'autres regroupements d'agences sanitaires intervenus antérieurement (cf. annexe n° 2). La fusion de ces organismes visait, d'une part, à rapprocher la nouvelle agence du modèle de gestion intégrée de la politique nationale de santé publique observée au Royaume-Uni, aux États-Unis ou au Canada et, d'autre part, à permettre des gains d'efficience.

---

<sup>4</sup> Article R. 1413-1 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique, prise sur la base de l'article 166 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>6</sup> Décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique.

<sup>7</sup> Loi n° 98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

<sup>8</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>9</sup> Article 2 de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

Depuis sa création, inspirée du modèle de l'agence de santé publique anglaise, SPF a pour missions l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations, la veille sur les risques sanitaires, la prévention et la promotion de la santé, la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires, ainsi que le lancement de l'alerte sanitaire. Elle développe une approche principalement populationnelle, qui vise à améliorer l'état de santé d'une population entière et à réduire en particulier les inégalités en matière de santé entre différents groupes démographiques.

### **Une intégration des missions de santé publique inspirée de Public Health England**

L'agence de santé publique anglaise, *Public Health England (PHE)*, a été créée en 2013 par la fusion de 129 organismes, sur le modèle américain des *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, en application du *Health and Social Care Act* de 2012. Ses missions étaient la promotion de la santé et l'éducation à la santé, la protection des populations contre les menaces sur leur santé, l'anticipation et la préparation des réponses d'urgence, la recherche et l'innovation en santé publique, la production statistique et l'analyses de données, ainsi que le soutien aux autorités locales. Chaque année, le ministère anglais de la santé et des affaires sociales définissait les attributions et les priorités de PHE dans une lettre adressée à son directeur général.

PHE a été scindée en deux entités à compter d'octobre 2021 : la *UK Health Security Agency (UKHSA)*, créé en avril 2021, et l'*Office for Health Improvement and Disparities (OHID)*, qui sont rattachés au *Department of Health & Social Care*. Les missions de promotion de la santé ont été transférées à l'OHID, au *National Health Service (NHS) England* – système de santé publique anglais – et à *NHS Digital*. La UKHSA a en charge la veille épidémiologique, la surveillance génomique, la recherche sur les infections à pathogènes émergents et la surveillance de l'état de santé des populations, traduisant la volonté de créer une agence uniquement dédiée à la protection des populations face aux menaces pour la santé publique.

La scission de PHE en deux agences a été imputée aux difficultés rencontrées pour gérer la pandémie, notamment à l'inadéquation des plans de réponse à une pandémie préparés avant 2020, ainsi qu'aux difficultés des dispositifs de test et de traçage lors de leur montée en charge. La diversité des missions de PHE, intégrant la préparation aux menaces de santé publique, la surveillance de l'état de santé des populations et l'éducation à la santé, a été considérée comme la cause d'une attention insuffisante portée à la première de ces missions. Cette décision a toutefois été critiquée par divers experts scientifiques et la *British Medical Association*.

L'agence a été un acteur essentiel de la lutte contre la pandémie de covid 19, en particulier pour la constitution et la gestion des stocks stratégiques et au titre de la campagne de vaccination. Son fonctionnement et l'exercice de ses missions ont été mis à l'épreuve mais Santé publique France a su mettre cette période à profit pour renforcer les liens entre certaines de ses missions et revoir la programmation de ses actions.

En réponse à une demande de la commission des affaires sociales du Sénat, la Cour des comptes a examiné la façon dont l'agence a exercé la diversité de ses missions depuis sa création, sa gestion administrative, enfin la stratégie qu'elle a mise en œuvre en lien avec le ministère chargé de la santé.

# **Chapitre I**

## **Une agence ayant à assurer un large éventail de missions**

Depuis sa création, SPF a connu une extension continue des dispositifs de veille et de surveillance, mais une réflexion doit être menée sur leur pertinence (I). Un *continuum* reste à mieux à assurer entre la gestion des stocks stratégiques et les missions de veille et de surveillance (II). La prévention et la promotion de la santé constituent quant à elle des missions en cours de consolidation (III).

### **I - Une extension continue des dispositifs de surveillance, une réflexion à conduire sur leur pertinence**

#### **A - Un rôle essentiel dans l'organisation de la surveillance sanitaire**

Assurées auparavant par l'InVS, les missions de surveillance (entendues comme la collecte systématique et continue de données, ainsi que leur analyse, leur interprétation et leur diffusion<sup>10</sup>) et, plus largement, de veille (ensemble de missions visant à reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant représenter un risque pour la santé humaine<sup>11</sup>) consistent à identifier les menaces sanitaires qui justifient de déclencher une alerte auprès des autorités, lesquelles auront ensuite à prendre les mesures appropriées pour y faire face.

La surveillance épidémiologique repose également sur l'analyse des expositions environnementales, professionnelles ou des maladies chroniques ou non transmissibles, dans l'optique de l'élaboration de stratégies de prévention.

Il s'agit, dans ce cadre, d'identifier des signaux, consistant soit en une valeur atypique des indicateurs suivis, soit dans l'identification d'un événement anormal. Après appréciation du niveau de danger qu'ils représentent pour la santé publique, ces signaux donnent lieu, si nécessaire, au déclenchement d'une alerte destinée aux autorités sanitaires, à fin d'adoption de mesures de gestion, celles-ci étant plus ou moins amples en fonction de sa gravité.

---

<sup>10</sup> Source : Document de présentation du ministère chargé de la santé sur le dispositif de surveillance et d'alerte sanitaire en France.

<sup>11</sup> *Ibid.*

SPF est l'un des maillons du dispositif en place, qui englobe également l'administration centrale du ministère de la santé, les autres agences sanitaires, ainsi que les agences régionales de santé (ARS). SPF est simultanément dans un rôle d'organisateur et d'acteur. En effet, en application de l'article L. 1413-1 du code de la santé publique, elle doit assurer « *la mise en œuvre d'un système national de veille et de surveillance sanitaire*<sup>12</sup>, dont elle définit les orientations, anime et coordonne les actions ». Néanmoins, comme pour l'InVS auparavant, ces tâches doivent être exercées dans le respect des missions dévolues aux ARS<sup>13</sup>, ce qui implique un départ entre les dossiers sanitaires de portée régionale et ceux de portée nationale (cf. schéma en annexe n° 4).

SPF doit déclencher des alertes concernant les signaux qu'elle estime être de portée nationale, sur la base soit de signalements en provenance des ARS, soit de signalements générés par ses systèmes de surveillance et de veille, lorsqu'elle l'estime justifié après analyse par ses soins.

Ces alertes sont destinées à l'administration centrale du ministère de la santé, ceci sous la forme de bulletins quotidiens des alertes (BQA) et d'échanges hebdomadaires lors de réunions de sécurité sanitaire associant les autres agences sanitaires. Le nombre de ces alertes a diminué en 2020 et 2021. Selon SPF, la réduction des activités et interactions dans le contexte de pandémie de covid 19, en particulier lors des confinements sanitaires, a pu limiter les événements justifiant le déclenchement d'alertes.

#### **Les alertes sanitaires récentes déclarées par SPF 2021**

- Foyer de brucellose bovine en Haute-Savoie et expositions humaines
- Suspicion de toxi-infection alimentaire collective (TIAC) fulgurante ayant conduit au décès de deux personnes (Dordogne)
- Épidémie de salmonellose
- Détection de virus grippaux à Mayotte dans un contexte de recrudescence covid 19
- Syndromes hémolytiques et urémiques (SHU) pédiatriques en lien avec une TIAC à STEC O15714 en milieu scolaire (Nord)
- Nouveau cluster génomique de *Salmonella Enteritidis* dans plusieurs régions
- Légionellose : recrudescence de cas notifiés depuis fin juin
- Cas de dengue autochtone à Toulon (Var)
- TIAC dans un Ehpad en Île-de-France - 37 malades et 5 décès

<sup>12</sup> C'est à cette fin que SPF dispose des cellules régionales (article L. 1413-2 du code de la santé publique).

<sup>13</sup> Les ARS ont, en effet, pour mission « *l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant, en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires* » (article L. 1431-2 du code de la santé publique). C'est en particulier aux ARS que sont à signaler les infections associées aux soins, les cas de maladie à déclaration obligatoire ainsi que les menaces imminentes pour la santé de la population ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave paraît constituée, les ARS devant dans ce cas en informer SPF et le préfet (article R. 1413-59 du code de la santé publique).

<sup>14</sup> Désignation de l'une des bactéries à l'origine des intoxications alimentaires.



- Détection d'un premier cas humain d'infection à virus *West Nile* à Mayotte
- Plusieurs TIAC en Bourgogne-Franche-Comté et en Occitanie, en lien avec la consommation de produits au lait cru d'un même établissement
- Signalements de décès de survenue brutale dans le contexte de l'épidémie de dengue à la Réunion
- Difficulté d'identification et investigation des clusters covid 19 à Mayotte

### 2022 (jusqu'à début juin)

- Nouveau cluster génomique STEC O157, Île-de-France et Grand Est
- Épidémie extra-africaine d'infections autochtones par le virus *Monkeypox*
- Épidémie de fièvre typhoïde à Mayotte
- Cas groupés de SHU pédiatrique, épidémie nationale

## **B - Une extension de dispositifs de surveillance et de veille parfois obsolètes**

Les systèmes de surveillance et d'alerte sanitaire correspondent à une large palette de dispositifs :

- les 36 maladies à déclaration obligatoire (MDO), qui portent essentiellement sur des maladies infectieuses, ce mode de surveillance étant mis en œuvre en application de l'article L. 3113-1 du code de la santé publique<sup>15</sup> ;
- les autres dispositifs de surveillance reposant sur les centres nationaux de référence, les réseaux de cliniciens et de biologistes médicaux volontaires<sup>16</sup>, les enquêtes ainsi que, hormis pour les maladies infectieuses, les registres de morbidité ;
- l'analyse en temps réel des situations ou événements susceptibles de constituer une menace<sup>17</sup> ;
- la mise en œuvre des dispositifs de veille syndromique, reposant sur l'utilisation du système d'information de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SuRSaUD®), mais qui pâtit de son ancienneté car plusieurs de ses composantes ne sont plus maintenues par les éditeurs : il en résulte des risques en termes de sécurité informatique ainsi qu'un défaut d'évolution de ses fonctionnalités par rapport aux attentes des utilisateurs.

---

<sup>15</sup> Les médecins et responsables des services de biologie médicale ont obligation d'en faire la déclaration à l'administration (ARS ou SPF selon les cas). Sont notamment concernées les infections au VIH, les cas de légionellose ou encore ceux de chikungunya, de zika ou de dengue.

<sup>16</sup> Notamment pour la surveillance de certaines infections sexuellement transmissibles.

<sup>17</sup> L'article L. 1413-15 du code de la santé publique impose à divers acteurs publics et privés d'informer sans délai le directeur général de l'ARS des menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée. Le directeur général de l'agence porte immédiatement ce signalement à la connaissance de SPF et au représentant de l'État dans le département.

Outre l'ancienneté de SuRSaUD®, le fonctionnement de la surveillance syndromique est également affecté par le déploiement encore limité de la certification électronique des décès, puisqu'elle ne concernait que 27 % de ces derniers en 2020<sup>18</sup>.

Le système de veille et de surveillance couvre ainsi un nombre important de dispositifs : une cartographie élaborée par SPF en application du contrats d'objectifs et de performance (COP) en recense un total de 52 pour les maladies infectieuses (hors covid), 87 pour les maladies non transmissibles, 16 en matière de santé environnementale, 6 en matière de santé au travail, 11 au titre des surveillances régionales, 4 dans le cadre de la surveillance syndromique et 6 au titre du suivi de la covid 19 (en sus des 4 dispositifs de surveillance syndromique également utilisés pour suivre l'évolution du Sars-CoV-2). La validité d'un tel recensement reste néanmoins fragile, ne serait-ce qu'en raison de la difficulté d'énumérer les registres de morbidité, qui constituent une modalité importante de la surveillance pour les maladies non transmissibles<sup>19</sup>.

Cette palette s'élargit au cours du temps, dans une optique d'appréhension la plus large possible des signaux susceptibles de révéler une menace pour la santé publique. Cette tendance répond à l'une des orientations de la stratégie nationale de santé arrêtée pour la période 2018 à 2022, laquelle avait mentionné l'importance de l'identification des signaux faibles. Dans le même ordre d'idées, le rapport de préfiguration de SPF avait mis l'accent sur le déploiement de nouveaux dispositifs de veille reposant sur l'exploitation de données en masse, le COP mettant en avant un objectif de modernisation des outils de surveillance, impliquant notamment de numériser davantage le recueil d'informations sur les maladies infectieuses et de développer l'utilisation des différentes sources de données de santé (selon une logique de *big data*) issues des bases médico-administratives<sup>20</sup>.

Sous l'effet de la crise de la covid 19, le besoin a été ressenti d'une nouvelle extension de ces dispositifs. C'est ainsi que le rapport de la mission indépendante sur l'évaluation et la gestion de cette crise et sur l'anticipation des risques pandémiques a mis en avant le besoin de développer « *un dispositif de surveillance et d'analyse des signaux faibles recueillis notamment en médecine de ville dans le prolongement par exemple des réseaux Sentinelles* ».

Ce rapport a aussi relevé « *l'intérêt de favoriser l'innovation technique dans le champ de la veille et de renforcer les réseaux médicaux de veille* » et a proposé, en faisant intervenir SPF parmi d'autres organismes<sup>21</sup>, d'orienter la recherche en science des données et en intelligence artificielle vers le repérage des signaux précoces d'émergence et de surveillance de la crise et constituer des indicateurs d'alerte. Il s'agit d'une logique retenue dans le programme de travail de SPF pour 2022, qui prévoit :

---

<sup>18</sup> Pour remédier à cette difficulté, le décret n° 2022-284 du 28 février 2022 relatif à l'établissement du certificat de décès a renforcé l'obligation de certification électronique à compter du 1<sup>er</sup> juin 2022.

<sup>19</sup> Alors que le Comité d'évaluation des registres avait dénombré 64 registres populationnels, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) en a, quant lui, recensé 117 (HCSP, Registres et données de santé : utilité et perspectives, septembre 2021).

<sup>20</sup> Ces bases comportent principalement le système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram, entrepôt de données relevant de la Cnam) et le programme de médicalisation des systèmes d'information (produit par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation pour analyser sur le plan médico-administratif l'activité des établissements de santé).

<sup>21</sup> Institut national de recherche en sciences et technologies du numérique, Cnam, *Health data hub*.

- de poursuivre les travaux du consortium pour la surveillance et la recherche sur les infections à pathogènes EMERgents via la GENomique microbienne (Emergen)<sup>22</sup> dont l'objet est d'assurer une surveillance génomique des variants du virus Sars-CoV-2 ;
- d'étendre l'application du système d'information national de dépistage populationnel de la covid 19 (SI-DEP) à un plus vaste panel de résultats de biologie médicale, dans le cadre d'un projet de constitution d'entrepôt national des données de biologie (ENDB) ;
- de renforcer la surveillance syndromique, notamment en y intégrant les données issues de l'activité des services d'aide médicale urgente (Samu) ;
- enfin, est prévue pour la fin de l'année 2022 la mise en place d'un système intégré des infections respiratoires aiguës.

### C - La nécessité d'une plus grande priorisation des dispositifs existants

L'organisation des systèmes de surveillance est marquée par une ambition de tendre vers l'exhaustivité dans le repérage des menaces potentielles pour l'état de santé de la population. Ce mouvement d'extension doit toutefois rester compatible avec la rapidité de traitement des signalements, tout en veillant à ne déclencher l'alerte que dans les cas les plus significatifs. En effet, l'accroissement du nombre de signalements à laquelle l'extension des dispositifs existants expose SPF à des besoins supplémentaires de traitement des signaux.

Outre la question du dimensionnement des moyens consacrés à l'analyse des signaux, la conciliation de ces deux besoins rend donc nécessaire une vérification du maintien de la pertinence des dispositifs de veille et surveillance qui ont été mis en place au cours du temps.

Le COP avait à cet égard mentionné un objectif d'amélioration de la pertinence des dispositifs de surveillance<sup>23</sup>, qui impliquait « *la production d'une cartographie complète en 2018 des systèmes de surveillance pilotés par SPF incluant l'analyse de leur pertinence et sa mise à jour en 2020* ». Ce point du COP n'a néanmoins été mis en œuvre que de façon partielle, faute d'analyse en 2018 de la pertinence des dispositifs existants et *a fortiori* dans le contexte de la gestion de la crise sanitaire. Pour des raisons qui ne tiennent pas uniquement à la crise de la covid 19 et qui marquent ainsi un investissement incomplet dans sa mission de coordination prévue par l'article L. 1413-1 du code de la santé publique, SPF n'a donc pas mené à bien les analyses qui devraient permettre de rationaliser le dispositif au regard des considérations de pertinence. Une réflexion de ce type apparaît d'autant plus nécessaire que le contenu de certains registres populationnels ou de pratiques présente des insuffisances selon le HCSP<sup>24</sup>.

Les préoccupations relatives aux moyens dont dispose SPF pour le traitement des signaux apparaissent dans les projections budgétaires pluriannuelles exposées au ministère en mai 2022. D'une part et comme en 2021, l'agence a demandé la création de sept équivalents temps plein travaillés (ETPT) supplémentaires au titre des missions de « *surveillance et d'alerte intégrée* ». D'autre part, elle a sollicité des moyens budgétaires en vue d'une modernisation des SI, de manière à ce qu'ils permettent d'améliorer la qualité du signal.

---

<sup>22</sup> Ce *consortium* associe à SPF différents organismes, parmi lesquels l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales | maladies infectieuses émergentes (ANRS | MIE).

<sup>23</sup> Objectif opérationnel 1.1.

<sup>24</sup> Rapport du HCSP sur les registres et données de santé (septembre 2021).

L'extension des dispositifs de surveillance et de veille, recherchée pour l'identification la plus exhaustive possible des signaux, devrait ainsi avoir pour corollaires :

- d'une part, une analyse de la pertinence des dispositifs existants, demandée dans le COP 2018-2022 mais non mise en œuvre ; il conviendrait donc, dans le prochain COP, de fiabiliser le recensement des dispositifs existants et de relancer les travaux permettant de déterminer s'ils demeurent pertinents ;
- d'autre part, une identification des besoins pour ces prochaines années en termes de capacité d'analyse des signaux, de manière à garantir, voire améliorer, la qualité d'examen de ces signaux pour pouvoir procéder aux alertes sanitaires.

Selon le ministère de la santé et de la prévention, les enseignements tirés de la crise de la covid 19 et la pérennisation des outils créés pour sa gestion constituent des moyens pour finaliser le renforcement et la modernisation des systèmes de surveillance, de même que par ailleurs le contexte de préparation des prochains Jeux olympiques.

## **II - La constitution et l'entretien des stocks stratégiques : un *continuum* à mieux assurer avec les missions de veille et de surveillance**

### **A - Des stocks stratégiques qui ont changé de dimension sous l'effet de la crise**

Parmi les missions de SPF figurent la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires. Il lui revient d'assurer « *pour le compte de l'État, la gestion administrative, financière et logistique [...] de stocks de produits, équipements et matériels ainsi que de services nécessaires à la protection des populations face aux menaces sanitaires graves* »<sup>25</sup>. Dans le contexte actuel, cette gestion doit prendre en compte les risques potentiels liés à une nouvelle pandémie imprévue ou aux menaces nucléaires, radiologiques, biologiques et chimique (NRBC), ceci dans un cadre plus européen avec la mise en place de la nouvelle Autorité européenne de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire (HERA).

Ces stocks sont détenus au sein de l'établissement pharmaceutique<sup>26</sup> de SPF, rattaché à sa direction des alertes et des crises. Sur le plan opérationnel, le stockage est organisé sur différents points du territoire. Il s'agit en premier lieu d'un site détenu en propre par l'Agence et dénommé « plateforme nationale des stocks stratégiques de santé (PN3S) », située dans l'un des établissements du service de santé des armées (SSA)<sup>27</sup>. Sont, en outre, mises en place un ensemble de plateformes dans les zones de défense, en Outre-mer, ainsi que des plateformes spécifiquement consacrées aux besoins engendrés par la gestion de la pandémie de covid 19.

---

<sup>25</sup> Article L. 1413-1 du code de la santé publique.

<sup>26</sup> Au sens de l'article R. 5124-2 du code de la santé publique. Par voie de conséquence, cet établissement a fait l'objet d'une procédure d'autorisation auprès de l'ANSM et est doté d'un pharmacien responsable.

<sup>27</sup> Ce service de soutien interarmées assure les soins aux personnes et la médecine d'armée, qui comprend la surveillance médicale spécifique à l'état militaire et la médecine de prévention ; il prescrit les mesures d'hygiène et de prévention et participe à leur exécution et à leur contrôle ; il assure l'expertise, l'enseignement et la recherche dans le domaine de la santé (article R. 3232-11 du code de la défense).

En clôture de l'exercice 2021, ils représentaient une valeur brute de 2,3 Md€, dont 2,1 Md€ au titre de la covid 19 et près de 162 M€ au titre des autres besoins. Le montant de ces stocks a en ainsi connu un changement de dimension inédit, passant de moins de 200 M€ à plus de 2,3 Md€ entre fin 2019 et fin 2021.

Les dépenses liées à l'acquisition des produits à stocker, en dehors de ceux liés à la gestion de la covid 19, ont oscillé jusqu'en 2020 entre un peu moins de 13 M€ et un peu plus de 26 M€ par an, avant de passer à près de 52 M€ sous l'effet du plan de pandémie grippale. Le changement de dimension des stocks résulte de l'emploi des dotations exceptionnelles dans le contexte de la crise de la covid 19, ayant fait que les dépenses liées à la gestion de la pandémie ont représenté un montant de l'ordre de 4,22 Md€ en 2020 comme en 2021<sup>28</sup>.

En termes de valeur comptable, les stocks détenus fin 2021 correspondaient, pour plus de la moitié, à des masques FFP2 (880 M€), des masques chirurgicaux (519 M€) ainsi que des surblouses (470 M€). L'importance prédominante de ces équipements, marqueur des mesures de gestion rendues nécessaires par la crise, constitue une évolution significative par rapport aux premières années de SPF au cours desquelles les médicaments représentaient les principaux actifs stockés.

## **B - Une question des dépréciations des équipements de protection individuelle qui revêt une ampleur nouvelle**

En application des principes définis dans le Recueil des normes comptables des établissements publics<sup>29</sup>, les stocks sont évalués à leur coût d'acquisition. Une dépréciation comptable est à constater en cas d'altération physique ou d'absence de perspectives d'emploi, de manière à traduire la perte de potentiel de service pour l'organisme.

Dans le cas de l'établissement pharmaceutique, ces dépréciations sont liées à des problématiques de péremption ou de non-conformité et leur évolution constitue un agrégat de première importance pour la gestion de SPF, les problématiques de non-conformité et d'arrivée à péremption ayant été particulièrement présentes au début de la crise de la covid 19<sup>30</sup>. Fin 2021, le stock de produits périmés (principalement des masques) représentait une valeur de 19,1 M€ contre 9,4 M€ fin 2020 et 10,7 M€ fin 2019.

L'accumulation progressive dans le temps de stocks emporte deux conséquences : d'une part, leur mise en destruction (génératrice de coûts<sup>31</sup>) ou leur don pour autant qu'il soit possible d'y recourir sur le plan juridique<sup>32</sup>, d'autre part, la décision à prendre quant au degré de renouvellement des stocks périmés et les conséquences à en tirer sur la dotation allouée à SPF.

---

<sup>28</sup> Ces dépenses ont été analysées par la Cour dans le cadre, pour 2020, de la communication à l'Assemblée nationale sur les dépenses de crise et, pour 2021, du rapport public thématique sur la vaccination contre la covid 19.

<sup>29</sup> Norme n° 8, consacrée aux stocks.

<sup>30</sup> Selon le rapport de l'Igas sur la gestion des masques (non rendu public), sur les 600 millions de masques que SPF avait en stock en février 2020, 75 millions étaient ainsi périmés et 362 millions d'entre eux, anciens et dépourvus de date de péremption, étaient non conformes.

<sup>31</sup> Des opérations de destruction des masques périmés ou non conformes sont prévues par SPF, à hauteur de 11 M€ en 2022 puis de 0,6 M€ par an.

<sup>32</sup> Un amendement gouvernemental avait été introduit lors des travaux parlementaires sur PLFSS pour 2022, mais cette disposition a fait partie des articles écartés par le Conseil constitutionnel dans le cadre de sa jurisprudence sur les cavaliers législatifs.

Comme l'avait relevé un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), les masques FFP2 sont en particulier concernés par les problématiques de péremption en raison de leurs propriétés électrostatiques qui font qu'ils se dégradent rapidement et arrivent à péremption en général au bout de cinq ans. Les autres équipements de protection individuelle (EPI) acquis dans le contexte de la crise sanitaire sont confrontés à des problématiques similaires de péremption, avec une acuité qui reste à appréhender : selon SPF, le délai de péremption des surblouses et gants excède en général celui des masques FFP2, mais il reste à s'assurer qu'il en va bien ainsi pour ceux acquis en urgence dans le contexte de la crise.

Les acquisitions importantes de masques FFP2, éventuellement des autres EPI, pour répondre aux besoins engendrés par la crise de la covid 19 conduiront à terme à une augmentation du nombre de produits périmés dont il faudra gérer la destruction et qui appelle une programmation des moyens pour assurer le maintien à niveau de ces stocks si telle est la doctrine retenue par le ministère de la santé. L'examen de ce dernier point a vocation à intervenir à l'occasion des arbitrages à rendre sur les demandes présentées par SPF en mai 2022 ainsi, éventuellement, que sur l'évolution du cadre d'emploi (cf. ci-après).

Le coût généré par la mise en destruction des produits de santé et EPI avait conduit le ministère chargé de la santé et l'agence à rechercher la possibilité juridique de procéder à des dons avant que ceux-ci n'arrivent à péremption. Ces démarches n'ayant pu encore aboutir, il reste à identifier les moyens par lesquels ces produits pourraient être utilisés à des fins d'intérêt général.

## C - Un cadre d'emploi dont la mise en œuvre appelle des précisions

Aux termes de la législation, l'agence procède à la demande du ministre chargé de la santé, aux opérations suivantes : « *l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, le transport, la distribution et l'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. [SPF] assure, dans les mêmes conditions, leur renouvellement et leur éventuelle destruction* »<sup>33</sup>.

Les conditions de mise en œuvre de cette mission diffèrent de ce qui prévaut pour les autres : la législation prévoit que SPF agit pour le compte de l'État et écarte la faculté d'autosaisine prévue pour les autres missions<sup>34</sup>. L'agence est ainsi, comme le caractérise le rapport de préfiguration, un opérateur logistique agissant pour le compte de l'État, à l'instar de l'Éprus.

---

<sup>33</sup> Article L. 1413-4 du code de la santé publique. Cet article prévoit un second cas de figure (l'acquisition par SPF de produits de santé qui répondent à des besoins de santé publique et qui font l'objet de ruptures d'approvisionnement ou d'arrêts de commercialisation) qui n'a été mis en œuvre jusqu'à présent ; c'est ainsi au regard d'une menace sanitaire grave que SPF avait fait l'acquisition exclusive de médicaments de réanimation au deuxième trimestre 2020.

<sup>34</sup> Le deuxième alinéa de l'article L. 1413-5 du code de la santé publique prévoit la possibilité pour SPF de se saisir de toute question concernant ses missions légales, hormis en ce qui concerne la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires.

De ce fait, SPF est destinataire chaque année d'instructions de la part du ministère de la santé (DGS) lui demandant de constituer ou de renouveler le stock de différents produits, soit par acquisition, soit par réservation (cf. ci-après). Ces demandes procèdent d'instructions interministérielles (par exemple en matière de distribution des comprimés d'iodure de potassium) et font parfois suite à des avis du Haut conseil de la santé publique – HCSP – (par exemple en ce qui concerne les masques et EPI<sup>35</sup>).

La gestion des stocks de l'Établissement pharmaceutique intervient également au regard d'un cadre de constitution et d'emploi de ces stocks défini en 2017<sup>36</sup> par le ministère de la santé après échanges avec le ministère du travail, SPF et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Le COP avait prévu pour 2020<sup>37</sup> la production par SPF d'un rapport concernant l'adéquation des stocks stratégiques aux besoins et sur l'optimisation et la mutualisation de leur gestion. Ce travail, différé sous l'effet de la pandémie de covid 19, a en fait pour objet l'actualisation de la doctrine posée par ce cadre d'emploi. À la lumière de cette crise épidémique, la pertinence de la distinction, dans le cadre d'emploi, des événements sanitaires en fonction de leur cinétique est identifiée par la DGS ainsi que par SPF comme devant être réexaminée.

Un second point appelant des précisions porte sur la modalité alternative à la constitution de stocks prévue par le cadre d'emploi, à savoir la conclusion de marchés de réservation, par lesquels les industriels garantissent la fourniture des produits de santé en question.

Au moment de l'enquête de la Cour, cette perspective avait eu une seule traduction concrète, sous la forme d'un marché public conclu en 2021 et notifié en février 2022, en vue de l'acquisition de curares et de propofol (médicament de la classe des anesthésiques, utilisé notamment pour la sédation des personnes ventilées). Les prestations retenues dans ce marché consistent en la constitution de stocks de ces médicaments par l'industriel, donnant lieu à une facturation mensuelle, ainsi qu'en une livraison des médicaments en fonction des bons de commandes émis par SPF. Conclu pour une durée de 36 mois et pour trois lots différents, ce marché conduit à un coût total de stockage de près de 1,3 M€ TTC<sup>38</sup>. Il restait à déterminer dans quelle mesure ce type de contrat permet l'obtention d'économies pour SPF par rapport au coût que génèrent la constitution et l'entretien des stocks dans les plateformes de l'agence. À cet effet, l'établissement public prévoit de faire un bilan de l'exécution de ce contrat une fois qu'il sera arrivé à terme.

Il faudrait que la révision du cadre d'emploi de 2017 qui est engagée soit l'occasion de déterminer le niveau de stocks d'EPI nécessaire pour répondre aux risques de crise sanitaire et de déterminer, en fonction du rythme d'arrivée à péremption des biens actuellement stockés, le niveau d'efforts budgétaires à programmer dans la durée.

---

<sup>35</sup> HCSP, avis relatif à la stratégie à adopter pour le stock de l'État en masques et équipements de protection individuelle, 6 août 2021.

<sup>36</sup> Outre ce texte, la circulaire du 21 août 2013 relative au dispositif de stockage et de distribution des produits de santé des stocks stratégiques de l'État pour répondre à une situation sanitaire exceptionnelle, examinée par la Cour dans ses observations définitives sur les dépenses covid 19 financées par des dotations exceptionnelles à SPF, traite des questions plus directement logistiques s'agissant des masques et autres EPI.

<sup>37</sup> Objectif opérationnel 3.3.

<sup>38</sup> Source : rapport de présentation du marché. Ce prix n'inclut pas la livraison des médicaments à SPF.

## D - La question posée du maintien de cette mission au sein de SPF

Au cours des premiers mois de la pandémie de covid 19, SPF a été confrontée à l'insuffisance des stocks stratégiques d'EPI pour faire face à la crise et à un défi logistique d'ampleur inédite imposé par la crise sanitaire.

Selon le rapport de la mission indépendante sur l'évaluation et la gestion de cette crise et sur l'anticipation des risques pandémiques (mars 2021), le niveau de préparation opérationnelle de SPF pour la gestion des stocks stratégiques a été insuffisant. Serait en cause le fait que « *l'intégration des missions de l'Éprus au sein de SPF a nui à la bonne prise en compte des enjeux logistiques, le nouvel ensemble étant dominé par une culture et des préoccupations d'ordre plus scientifique* ».

Dans ces conditions, ce rapport a préconisé de confier la constitution et la gestion de ces stocks à un opérateur qui relèverait du secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN), dans une optique de recentrage de SPF sur ses missions d'expertise scientifique. Néanmoins, le ministère des armées est défavorable à une solution qui verrait le service de santé des armées devenir l'opérateur suggéré par ce rapport : le ministère des armées y voit en effet un risque que l'accomplissement d'une telle mission se fasse au détriment de la qualité de la réponse aux besoins des forces armées en cas de conflit. Par ailleurs, le ministère de la santé et de la prévention envisage un renforcement du pilotage par ses soins de cette gestion des stocks stratégiques.

Pour la constitution et la gestion des stocks stratégiques, les organisations en place dans les États comparables à la France se répartissent en deux catégories. En Angleterre, c'est le ministère de la santé (*Department of Health and Social Care*) et non PHE ou depuis 2021 le UKHSA qui est responsable de la constitution et de l'entretien du stock stratégique d'EPI<sup>39</sup>. Il en va de même aux États-Unis, la gestion du stock stratégique (*Strategic National Stockpile*) relevant du ministère de la santé (*U.S. Department of Health and Human Services*).

En revanche, au Canada, c'est l'Agence de la santé publique du Canada qui est responsable de la réserve nationale stratégique d'urgence. De même, en Suède, l'agence de santé publique est responsable des stocks nationaux d'urgence de médicaments contre les maladies infectieuses.

Par ailleurs, l'Allemagne ne disposait pas de stocks stratégiques adaptés avant la pandémie de covid 19<sup>40</sup>. En juin 2020, le Gouvernement allemand a donc lancé un programme de résilience face aux catastrophes sanitaires, incluant des stocks stratégiques au niveau fédéral devant couvrir jusqu'à six mois de besoins.

En tout état de cause, dans aucun de ces États, une solution impliquant le ministère de la défense, et qui pourrait être celle à laquelle aboutirait la mise en œuvre de cette proposition de la Mission indépendante n'a été retenue.

---

<sup>39</sup> Les conditions dans lesquelles cette administration britannique s'est acquittée de cette mission ont été examinées par le *National Audit Office* en 2020 (*The supply of personal protective equipment (PPE) during the Covid 19 pandemic*).

<sup>40</sup> La situation en Allemagne était donc comparable à celle de l'Espagne, exposée par le rapport de la commission d'enquête du Sénat.



À l'issue de l'enquête de la Cour, la question du devenir de la gestion des stocks reste ouverte, les pouvoirs publics n'ayant pas encore arrêté leur décision sur les préconisations de la Mission indépendante. La forte réserve qu'exprime sur ce point le ministère des armées rend néanmoins improbable un transfert de cette mission vers le service de santé des armées. L'alternative serait donc la suivante : soit un maintien de son exercice au sein de SPF soit un retour à la situation ayant prévalu avant la création de l'Éprus.

Pourrait militer en faveur de cette seconde hypothèse une logique de recentrage des missions de SPF sur les questions d'expertise, qui renforcerait ainsi la cohérence de ses attributions. Par ailleurs, comme évoqué plus haut, la gestion directe par l'État des stocks stratégiques ne serait pas une solution atypique en soi dans la mesure où elle est en vigueur dans d'autres pays.

Il n'en reste pas moins qu'un tel transfert contribuerait à une certaine instabilité dans la répartition des tâches entre le ministère de la santé et l'agence. Il impliquerait aussi probablement un volet administratif non négligeable, lié notamment au transfert des agents<sup>41</sup>, ainsi que de la propriété des produits stockés ou des lieux de stockage. La conduite de ces chantiers administratifs ne rendrait, en tout cas, pas moins aiguë la détermination du niveau de stocks à atteindre et conserver dans le temps ainsi que celle de la programmation des moyens budgétaires nécessaires pour ce faire.

Une option possible pourrait donc consister à maintenir la gestion des stocks stratégiques au sein de SPF, tout en cherchant à mieux faire jouer les effets de synergies avec les missions de veille et de surveillance qui étaient attendus de la création de l'agence. Le rapport de préfiguration mentionnait ainsi que *« des interactions et liens fonctionnels seront à initier entre ces deux fonctions pour lesquelles un continuum existe par nature et en pratique. La détection et la caractérisation d'une menace pour la santé ou d'une épidémie importante sur le territoire ou à l'étranger, voire d'une pandémie, doit pouvoir interagir avec la fonction qui est portée par l'Éprus en amont (préparation), au moment de la réponse à la menace ou à l'épidémie (déploiement, mobilisation de la Réserve sanitaire et de produits de santé stratégique) et a posteriori (retour d'expérience), le tout en coordination avec le ministère chargé de la santé »*.

La prise en compte de l'expertise de SPF est parfois recherchée par le ministère de la santé : SPF s'est ainsi exprimée sur la stratégie de constitution d'un stock de contre-mesures médicales face à une pandémie grippale. Cet avis est néanmoins intervenu au terme d'une procédure ayant impliqué la constitution d'un comité d'experts, deux ans et demi après la saisine de la DGS<sup>42</sup> et donc probablement peu opérationnelle dans un contexte de réaction face à l'urgence. SPF a indiqué avoir engagé une réflexion tendant à pouvoir recueillir plus rapidement ce type d'avis dans certains cas.

Par ailleurs, des échanges informels peuvent intervenir entre l'administration centrale et SPF pour préparer la décision annuelle quant aux achats que l'agence doit réaliser, mais ils ne permettent pas, par nature, d'appréhender le rôle précis de SPF dans ces réflexions.

---

<sup>41</sup> Dans un contexte où, comme mentionné plus bas, la direction des alertes et des crises de SPF est déjà affectée d'un niveau élevé de *turnover*.

<sup>42</sup> L'avis a été rendu en mai 2019, la saisine de la DGS datant de novembre 2016.

La formulation de recommandations de SPF à son initiative et fondées sur son expertise dans le domaine de la veille et de la surveillance faciliterait la prise de décisions anticipées par le ministère de la santé. Une certaine contradiction est cependant à relever dans les textes : la formulation de telles recommandations ne peut intervenir en l'état, la législation s'y opposant. En effet, l'article L. 1413-5 du code de la santé publique écarte la possibilité d'autosaisine pour les missions se rattachant à la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires.

Deux rapports de la commission des finances<sup>43</sup> et de la commission d'enquête du Sénat<sup>44</sup> avaient proposé d'élargir la question de la gestion des stocks la capacité d'autosaisine. Une modification de la législation en ce sens permettrait effectivement, par l'émission de recommandations non rendues publiques, de mieux tirer parti de l'expertise de SPF en matière de veille et de surveillance sans remettre en cause son positionnement en tant qu'opérateur logistique agissant pour le compte de l'État.

### **III - La prévention et la promotion de la santé, une mission en cours de consolidation**

Au niveau national, SPF est le principal opérateur de l'État pour l'expertise en matière de prévention et de promotion de la santé (PPS). Il intervient en soutien de la Stratégie nationale de santé et du plan national de santé publique « Priorité prévention » dont les objectifs n'ont toutefois été ni chiffrés, ni assortis d'un échéancier<sup>45</sup>, ce qui ne facilite pas sa tâche.

Le champ de la PPS reste marqué par une dispersion des acteurs et des financements, avec des structures interministérielles (Mission interministérielle de lutte contre les conduites addictives – Mildeca et observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)), des administrations centrales (DGS, direction générale de la cohésion sociale – DGCS -, direction générale de l'offre de soins – DGOS- , délégation à la sécurité routière), la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam<sup>46</sup>) et son réseau des caisses primaires d'assurance maladie, plusieurs agences sanitaires (SPF et Institut national du cancer – Inca), les ARS, les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) et un grand nombre d'acteurs associatifs nationaux et locaux.

#### **A - Un budget en forte hausse**

Le budget consacré à la PPS a été conforté depuis la création de SPF. Malgré des régularisations comptables qui majorent les dépenses en 2017, les crédits de paiement (CP) consacrés à la PPS ont augmenté de 42 % entre 2017 et 2021, passant de 59 M€ à 84 M€. Après avoir décré de 0,4 M€, la masse salariale liée à cette mission a retrouvé en 2021 son niveau initial, autour de 9 M€. Les dépenses d'intervention ont connu une diminution de 40 % (6 M€) qui doit

---

<sup>43</sup> Rapport fait au nom de la commission des finances, *L'Éprus : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ?* 2015, recommandation n° 4.

<sup>44</sup> Rapport fait au nom de la commission d'enquête « Évaluation des politiques publiques face aux pandémies », *Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid 19*, 2020.

<sup>45</sup> HCSP, avis du 29 novembre 2017 sur le projet de Stratégie nationale de santé, et Cour des comptes, 2021, *La politique de prévention en santé. Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies*.

<sup>46</sup> Son Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) finance des programmes de dépistage d'affections, des programmes de vaccination, de promotion et d'éducation pour la santé.

être relativisée compte tenu de régularisations en 2017 liées à des conventions antérieures. En fonctionnement, les CP ont doublé, passant de 33 M€ à 65 M€. Hors dépenses liées à la covid 19<sup>47</sup>, cette hausse est de 82 % et s'explique par le quasi triplement des dépenses de marketing social<sup>48</sup>. En 2020, le report d'actions de prévention dû à la crise sanitaire<sup>49</sup> a été compensé par la hausse de 9,7 M€ des dépenses consacrées à la lutte contre les addictions (tabac et alcool principalement) permise par l'accroissement des recettes issues du fonds de lutte contre les addictions.

La forte hausse constatée en 2021 tient en particulier à la mise en œuvre de la campagne de prévention sur les 1 000 premiers jours et à la promotion du site internet dédié (8,7 M€) et au dispositif relatif à la lutte contre les discriminations (3,5 M€). Les opérations de prévention et de lutte contre les addictions sont également en hausse grâce au triplement des financements obtenus : les dotations plafonds sont en effet passées de 9,4 M€ en 2018 à 28,5 M€ en 2021.

Malgré ces évolutions, SPF dispose d'équipes de PPS plus réduites que certaines agences analogues pour son action. En 2016-2017, 879 agents – soit plus que la totalité de l'effectif de l'agence française – se consacraient à l'amélioration de l'état de santé des populations<sup>50</sup> au sein de *Public Health England* et environ 930 agents de cette ancienne agence ont rejoint l'OHID en novembre 2021, portant à plus de 1 000 l'effectif de cette nouvelle entité. En comparaison, 72 ETPT travaillaient à la direction en charge de la PPS à SPF en 2021.

## **B - Un *continuum* de santé publique en cours de consolidation**

Les programmes de SPF consacrés à la nutrition et au tabac concrétisent la plus-value apportée le rapprochement des missions au sein d'un unique organisme. Les connaissances tirées de la surveillance de l'état de santé des populations (en particulier les baromètres<sup>51</sup> et les études de cohorte) et, dans une moindre mesure, les informations recueillies auprès des usagers dans le cadre de l'aide à distance en santé permettent de définir des actions de PPS adaptées aux données disponibles.

Depuis sa création, SPF a affiné l'évaluation des effets des campagnes de marketing de santé publique (études de pré-test et de post-test), afin de réorienter au besoin les messages diffusés. Elle recourt massivement à des marchés publics pour ce faire. La Cour a déjà souligné la modernisation des campagnes d'information, reposant sur des messages simplifiés, accessibles au grand public et facilement utilisables par les professionnels<sup>52</sup>.

---

<sup>47</sup> Les dépenses de prévention en lien avec la lutte contre la covid 19 se sont élevées à 4,8 M€ en CP en 2020 et 5,5 M€ en 2021.

<sup>48</sup> Selon Philip Kotler et Gerald Zaltman (« *Social Marketing : An Approach to Planned Social Change* », *Journal of Marketing* vol. 35, No. 3, 1971), pp. 3-12), le marketing social est l'application des techniques utilisées en marketing commercial pour analyser, planifier, exécuter et évaluer des programmes afin de modifier le comportement d'une cible d'individus et d'améliorer ainsi leur bien-être personnel et celui de la société.

<sup>49</sup> Diffusion de la campagne de lutte contre les discriminations, dispositif de marketing social sur la rougeole lors de la semaine vaccinale, dépenses d'achats d'espace dans le cadre des messages de prévention contre les fortes chaleurs et l'antibiorésistance.

<sup>50</sup> Expertise sur les actions probantes ; production et interprétation d'informations sur l'état de santé des populations ; collecte de données sur les cancers, les anomalies génétiques et les maladies rares.

<sup>51</sup> Ces enquêtes régulières permettent de connaître les comportements et les perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population dans de nombreux domaines (tabagisme, alcool, drogues illicites, pratiques vaccinales, comportement sexuel, dépistage des cancers, activité physique, nutrition, santé mentale, etc.).

<sup>52</sup> Cour des comptes, *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, 2019, pp. 52-54.

L'opération « Moi(s) sans tabac », qui s'est inscrite successivement dans le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, puis du programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 et est un programme de changement des comportements, illustre les progrès accomplis. Le nombre de personnes inscrites à ce défi collectif visant à inciter et accompagner les fumeurs dans une démarche d'arrêt du tabac<sup>53</sup> a crû jusqu'à la crise sanitaire, sans différence notable selon le niveau socio-économique des participants. Entre 2014 et 2019, en France métropolitaine, le tabagisme a connu une baisse inédite de 1,9 million de fumeurs quotidiens<sup>54</sup>, grâce à un ensemble de mesures (dont une augmentation des prix de vente à travers celles des taxes ainsi que l'adoption du paquet neutre) dans lequel s'inscrit cette opération. L'action de SPF a été confortée par la création au sein des budgets de la Cnam, effective en 2017, du fonds de lutte contre le tabac<sup>55</sup>.

Dans le domaine de la nutrition, la Cour a relevé les progrès permis par l'introduction du Nutri-Score, qui restent néanmoins à amplifier<sup>56</sup>. Après une saisine de la DGS en 2012 sur l'actualisation des recommandations alimentaires, activité physique et sédentarité pour toutes populations, l'Anses avait remis un rapport en 2016, suivi en 2017 par une série d'avis du HCSP. SPF a été chargée de formuler de nouvelles recommandations facilement compréhensibles, acceptables et appropriables par tous, en particulier par les groupes les plus éloignés des recommandations et ayant des difficultés économiques. En réponse à ces attendus, l'agence promeut depuis 2017 le Nutri-Score mis au point par des équipes de recherche.

La mise à disposition d'outils de prévention en périnatalité, tels que le site internet lancé en juillet 2019 et devenu « [1000-premiers-jours.fr](http://1000-premiers-jours.fr) », pour accompagner les parents, a constitué un progrès important dans un champ jusqu'alors peu investi. SPF est désormais partie prenante de la politique publique de la petite enfance, qui accorde une attention particulière aux déterminants sociaux et au risque de rupture dans le parcours de santé des enfants à 2-3 ans<sup>57</sup>.

SPF a par ailleurs développé des campagnes de marketing social pour réduire les risques liés à l'alcool. Répondant en cela aux orientations de la DGS et à deux recommandations formulées par la Cour<sup>58</sup>, elle a adapté ses messages à l'attention des consommateurs à risque au vu des résultats des travaux sur les repères de consommation et développé des actions de communication vers des publics spécifiques.

Ces progrès ont été accomplis malgré l'absence d'une stratégie globale discutée par les membres du conseil d'administration (cf. ci-après). Cette dernière s'est traduite jusqu'en 2020 par le faible développement de certains champs (pollutions domestiques, accidents de la vie courante, santé mentale, santé en milieu scolaire...), sans que celui-ci apparaisse comme la résultante d'une réflexion étayée sur le fardeau global des maladies. À titre d'exemple, alors qu'ils constituaient la troisième cause de décès en France et la première cause de handicap acquis de l'adulte et que leurs caractéristiques restent insuffisamment connues<sup>59</sup>, les accidents

<sup>53</sup> La prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans est un indicateur de performance du programme 204 du budget de l'État (prévention et sécurité sanitaire).

<sup>54</sup> Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. « *Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019* », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2020;(14) : 273-81.

<sup>55</sup> Article L. 137-27 du code de la sécurité sociale et décret n° 2016-1671 du 5 décembre 2016.

<sup>56</sup> Cour des comptes, *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, pp. 68-69.

<sup>57</sup> Cour des comptes, *La santé des enfants. Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, p. 41.

<sup>58</sup> Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*, rapport public thématique, évaluation d'une politique publique, p. 135.

<sup>59</sup> Une étude menée par SPF (Gabet A., Houot M., Mas J.-L., Gourtay E., Gautier A., Richard J.-B. et al. « Connaissance de l'AVC et de ses symptômes en France en 2019 », *Bull épidémiol hebd.* 2020 (28 : 554-61) met en évidence une connaissance satisfaisante des symptômes mais celle-ci a été évaluée au moyen de questions fermées présentant lesdits symptômes aux personnes interrogées.

vasculaires cérébraux n'ont pas fait l'objet de campagnes de communication spécifiques comme celles développées au Royaume-Uni par *Public Health England* (*Act FAST campaigns*). Des campagnes visant certains facteurs de risque des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ont toutefois été menées.

Au même titre que dans la production du HCSP<sup>60</sup>, le champ de la santé mentale est resté jusqu'en 2020 assez peu investi par l'agence. Un changement a été amorcé par le biais des priorités exprimées par la DGS à l'été 2019, en lien avec la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie présentée en juin 2018. La crise sanitaire a changé la donne avec la mise en œuvre du programme CoviPrev qui, depuis mars 2020, permet de suivre l'évolution de la santé mentale. SPF publie un bulletin hebdomadaire de surveillance syndromique de la santé mentale, des synthèses mensuelles nationales et des points bimestriels régionaux.

Alors que cette population n'était quasiment pas couverte par des actions et que les données de surveillances apparaissaient très lacunaires, l'agence a également lancé en mai 2021 l'étude partenariale Confado, destinée à apprécier le vécu des confinements sanitaires chez les enfants de 9 à 16 ans, puis, en mai 2022, l'étude Enabee<sup>61</sup>, portant sur le bien-être des enfants de 3 à 11 ans. Les résultats de ces travaux seront exploités pour mieux promouvoir les actions de prévention. SPF a également lancé en juillet 2020 l'étude Covimater sur les comportements et la santé mentale des femmes enceintes. En 2021, elle a aussi produit et lancé deux campagnes de communication générale sur la santé mentale, ce qui n'avait pas été fait précédemment.

Malgré ces avancées, les crédits consacrés à la santé mentale représentaient seulement 2 % des dépenses de fonctionnement consacrées à la PPS en 2021. Très centrée sur ses liens avec la crise sanitaire, la couverture des problématiques de santé mentale reste incomplète et devra aller plus loin dans une approche globale de la santé mentale<sup>62</sup>. En comparaison, *Public Health England* a développé une approche préventive globale pour promouvoir la santé mentale, reposant sur une forte mobilisation des professionnels de santé dans le cadre du programme Making Every Contact Count (MECC), qui n'a pas d'équivalent en France.

SPF doit également prendre davantage en compte les maladies neurodégénératives<sup>63</sup>. La Cour a déjà eu l'occasion de souligner que la mesure de la prévalence de ces maladies chez les résidents d'Ehpad et en population générale n'est ni complète ni actualisée<sup>64</sup>, alors que des estimations font état d'un risque de quasi-doublement d'ici 2050 (2,3 millions) du nombre de personnes atteintes<sup>65</sup>. Des enjeux importants s'attachent à cette évolution en termes de prévention. Le ministère chargé de la santé a précisé que plusieurs axes d'une feuille de route « maladies neurodégénératives », en cours d'élaboration à l'automne 2022, concerneraient SPF.

<sup>60</sup> HCSP, Bilan de la troisième mandature du HCSP 2017-2021, octobre 2021, pp. 61-62.

<sup>61</sup> En mai et juin 2022, l'étude a permis d'interroger environ 30 000 enfants scolarisés de la maternelle au CM2 tirés au sort aléatoirement au sein de 600 écoles publiques et privées sous contrat en France métropolitaine. Elle doit permettre de renseigner les indicateurs de bien-être et d'estimer les prévalences des troubles de santé mentale et d'en préciser les déterminants, y compris de nature sociale.

<sup>62</sup> La santé mentale participe de « *l'état de complet bien-être physique, mental et social* » que définit la santé selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

<sup>63</sup> À ce titre, le programme de travail 2022 prévoit seulement la validation d'un algorithme de repérage dans le système national des données de santé (SNDS) à l'aide de la cohorte 3C (Bordeaux, Dijon et Montpellier).

<sup>64</sup> Cour des comptes, La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad. Un nouveau modèle à construire, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, février 2019.

<sup>65</sup> Alzheimer Europe, Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe.

En outre, avant qu'elle ne devienne l'une des priorités fixées par la DGS pour 2019, la santé des personnes âgées était un champ peu exploré par SPF et la crise a retardé certains projets comme la Cour a déjà pu le noter<sup>66</sup>. Il en va de même pour l'impact du changement climatique sur la santé<sup>67</sup> qui n'a que marginalement fait l'objet d'actions de prévention, ou pour l'impact sanitaire de l'exposition (en particulier des jeunes) aux écrans, peu présent dans les travaux de l'agence, alors même que l'usage problématique des écrans et des nouvelles technologies était l'un des trois champs de priorisation des actions de PPS prévus par le COP.

Par ailleurs, des missions réglementaires confiées à SPF restent insuffisamment exercées, comme l'établissement de programmes de formation à l'éducation pour la santé et la participation au développement de l'évaluation de l'impact sur la santé des politiques publiques, prévues par l'article R. 1413-1 du code de la santé publique.

### **C - Un retard d'identification et de promotion des actions prometteuses ou probantes**

Dans un environnement caractérisé par l'insuffisance de la recherche en PPS et une difficulté d'accès à la littérature scientifique, la feuille de route de la stratégie nationale de santé de 2013 avait fixé un objectif de développement d'une prévention scientifiquement fondée, en adaptant des programmes validés ou prometteurs par le repérage des programmes efficaces dans la littérature internationale<sup>68</sup>, et en s'appuyant sur des initiatives françaises. La stratégie nationale de santé a estimé nécessaire de développer la recherche interventionnelle<sup>69</sup>, d'évaluer les actions menées et de faciliter l'utilisation des résultats de ces travaux pour l'aide à la décision et l'attribution de financements aux acteurs (souvent associatifs) de la PPS, en développant notamment une plateforme d'accès aux données probantes<sup>70</sup>.

Dès 2016, la DGS avait demandé à SPF, d'une part, de s'engager dans un programme de recherche sur les conditions de mise en œuvre et d'efficacité des interventions en santé publique, notamment dans le domaine de la PPS, et, d'autre part, de mettre en œuvre des programmes objectivés par des données épidémiologiques probantes et des indicateurs pertinents, se prêtant à une territorialisation dans le cadre des projets régionaux de santé. En cohérence avec cette ambition, le COP a prévu la mise en place dès 2018 d'un référentiel des actions probantes. Cette orientation, reprise par la stratégie pluriannuelle de SPF, était la première priorité évoquée par la tutelle en vue de la programmation pour l'année 2019.

---

<sup>66</sup> Cour des comptes, La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Construire une priorité partagée, rapport public thématique, 2021, p. 76.

<sup>67</sup> En lien avec le plan national d'adaptation au changement climatique (PNACC-2), la DGS a inclus cette thématique parmi les priorités fixées à SPF pour 2020, avant la survenue de la crise sanitaire.

<sup>68</sup> C'est le cas du programme enfants et jeunes LST (*Life Skills Training* de G. Botvin), du programme familial *Strengthening Families Program* de Karol Kumpfer (devenu programme de soutien aux familles et à la parentalité en France) ou de l'opération Moi(s) sans tabac qui a transposé en France le *Stoptober* britannique dont l'efficacité a été démontrée (J. Brown *et al.*, « *How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'?* », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 135, février 2014, pp. 52-58).

<sup>69</sup> La recherche interventionnelle en santé publique a pour objectifs de concevoir, mettre en œuvre et évaluer scientifiquement des interventions en santé publique menées au sein de populations données.

<sup>70</sup> Ces données sont des conclusions tirées de recherches et autres connaissances pouvant servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins (OMS, 2004).

Le portail attendu a été mis en œuvre, grâce à l'appui d'un comité d'experts constitué en 2018. Une grille d'analyse des interventions a été élaborée, puis utilisée pour une première sélection d'interventions. En mars 2019, les 80 actions probantes ou prometteuses<sup>71</sup> identifiées étaient réparties en cinq thématiques. Les choses ont toutefois peu progressé depuis lors. Une instruction du 3 juin 2020 estimait « *difficile de proposer [...] une liste de programmes efficaces du fait que très peu d'évaluations ont été conduites ou que, lorsqu'elles existent, elles ne permettent que rarement de conclure quant à l'impact des programmes* ». En mai 2022, le catalogue des interventions comprenait une centaine d'actions, parfois présentes sous plusieurs rubriques, réparties en 15 thèmes.

À l'été 2022, le portail ne présentait pas la restitution de l'analyse dans les fiches descriptives des programmes et ne faisait pas apparaître la méthodologie d'évaluation des actions à destination des acteurs concernés. Un comité d'évaluation a toutefois été créé et s'est réuni pour la première fois en septembre 2022. Par ailleurs, la partie « capitalisation des savoirs issus de l'expérience » envisagée n'était pas disponible. Enfin, SPF doit s'impliquer davantage dans les enjeux de formation et de transférabilité des interventions, pourtant essentiels à l'utilité de la démarche.

Le degré d'avancement de SPF apparaît comparativement insuffisant (cf. encadré ci-après). Si l'agence a tiré parti d'actions probantes anglo-saxonnes en les transposant ou les relayant<sup>72</sup>, elle identifie mal les actions locales et la démarche reste essentiellement descendante. En comparaison, les *What Works Centers* anglais visent à changer les pratiques sur le terrain en aidant les porteurs de projets à s'approprier les enseignements de la recherche.

### **L'identification et la promotion des actions probantes au Canada et aux États-Unis**

L'Agence de la santé publique du Canada dispose d'un portail des pratiques exemplaires, des pratiques prometteuses et des méthodes autochtones éprouvées<sup>73</sup> plus abouti, accompagné d'un guide des possibilités d'apprentissage et de formation qui recense ateliers et modules d'apprentissage. Ce site fait le lien entre les données disponibles, les stratégies publiques, les orientations et les recherches dans chaque domaine de santé publique.

De manière analogue, en mai 2022, les *Evidence-based cancer control programs* du *National cancer institute* (NCI) des États-Unis répertoriaient 202 programmes de lutte contre le cancer jugés efficaces selon une analyse fondée sur le schéma RE-AIM<sup>74</sup> et détaillaient les prérequis, les ressources nécessaires et les recherches publiées. À la même date, seuls 3 programmes étaient répertoriés dans ce champ sur le site internet de SPF.

<sup>71</sup> La notion d'action prometteuses est apparue au Canada au début des années 2000. L'efficacité de ces actions n'a pas été évaluée par la recherche mais une évaluation robuste laisse présager des résultats pertinents.

<sup>72</sup> Ces actions comprennent le *Moi(s) sans tabac* ou le *Good Behavior Game* d'origine américaine, programme de prévention des risques psychosociaux destiné aux enfants de l'école élémentaire.

<sup>73</sup> En mai 2022, étaient recensées 38 pratiques prometteuses, 37 pratiques exemplaires et méthodes autochtones éprouvées.

<sup>74</sup> RE Glasgow, TM Vogt, SM Boles, AMC Cancer Research Center, « *Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework* », *American Journal of Public Health* 89, n° 9 (septembre 1999), pp. 1322-1327.

Selon un spectre plus large, la *Community preventive services task force* (CPSTF) identifie et valorise des actions prometteuses et probantes aux États-Unis. Pour ce faire, elle est soutenue par 32 organisations représentant les agences fédérales américaines dont les CDC qui lui apporte un soutien administratif et scientifique. En mai 2022, son guide des actions probantes présentait 214 actions, en nombre significativement plus important sur certaines thématiques qu'en France<sup>75</sup> et dans des champs parfois non couverts par SPF<sup>76</sup>.

L'insuffisance des progrès accomplis fragilise le pilotage efficient du fonds d'intervention régional (FIR) par les ARS. En lien avec la Cnam et en développant de nouveaux liens avec des équipes de recherche, SPF doit consolider son référentiel pour éclairer les choix de financement public. Le FIR doit servir à porter, efficacement, les priorités nationales et régionales, sur la base de faits scientifiques et d'actions évaluées. Le retard constaté fragilise aussi la mise en œuvre du service sanitaire des étudiants en santé<sup>77</sup>. SPF a conscience de ces enjeux : son programme de travail 2022 a retenu parmi ses enjeux « *l'efficacité des interventions et le retour sur investissement de la prévention* ». Par ailleurs, l'agence doit tirer davantage partie des possibilités offertes par la méta-analyse.

#### **IV - Des services d'aide à distance en santé encore insuffisamment évalués**

Après un développement de la téléphonie sociale dans les années 1960, les services d'aide à distance en santé se sont développés depuis la création d'une ligne d'écoute par l'association Aides en 1985 et ils sont en lien direct avec les usagers du système de soin. Créé en 1990, « Drogues info service », rebaptisé « Drogues alcool tabac info service » en 2001, dépendait de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie<sup>78</sup>. Le service proposé s'est transformé en 2004 en trois services distincts : « Drogues info service », « Écoute cannabis » et « Écoute alcool » et la DGS a transféré « Tabac info service » à l'Inpes. Ces activités ont été regroupées en 2009 dans le groupement d'intérêt public (GIP) Adalis qui, à la faveur de la loi sur la libéralisation et la régulation des jeux d'argent en ligne, a élargi son champ de compétence aux addictions aux jeux avec un service devenu « joueurs-info-service ».

En reprenant les missions exercées par Adalis, SPF a donné plus de visibilité aux liens entre ces services et les actions de PPS. Des liens avaient toutefois été noués bien avant 2016 : l'Inpes finançait le GIP depuis 2010 sous forme de dotation globale annuelle et la directrice générale adjointe de cet institut présidait le conseil d'administration d'Adalis. Le GIP était associé à la mise en œuvre du COP 2012-2015 passé par la DGS et l'Inpes et il avait obtenu à compter de 2014 le label « aide à distance en santé » mis en place par ce dernier.

<sup>75</sup> Par exemple, 1 action répertoriée en France pour la vaccination, contre 18 aux États-Unis ; 1 contre 9 pour les maladies cardio-vasculaires ; 3 contre 46 pour les cancers.

<sup>76</sup> Accidents de la route (16 actions répertoriées aux États-Unis), asthme.

<sup>77</sup> Depuis la rentrée universitaire 2018, ce service a pour but de familiariser les étudiants en santé avec les enjeux de prévention en santé.

<sup>78</sup> Mission devenue la Mildeca en 2014.



SPF est propriétaire de cinq dispositifs d'aide à distance<sup>79</sup>, et administre et anime divers sites thématiques de prévention<sup>80</sup>. Les nombres cumulés de visiteurs et de visites sur les sites internalisés ont respectivement doublé et triplé entre 2016 et 2019, avant une baisse d'environ 30 % des fréquentations constatées entre 2019 et 2021, en raison de facteurs essentiellement conjoncturels<sup>81</sup>. Le nombre de pages vues a quasiment doublé entre 2016 et 2021, pour atteindre près de 19 millions.

Parallèlement, les sollicitations du public par appel téléphonique, *chat* ou questions-réponses n'ont pas connu un reflux équivalent et oscillent autour de 155 000 par an en moyenne entre 2016 et 2021. L'introduction d'une ligne de pré-accueil en 2019 a permis de trier les appels non pertinents et d'améliorer sensiblement l'accessibilité du service, avec une augmentation de 33 % du taux de traitement des appels.

Ces résultats globalement positifs appellent une réserve. SPF subventionne diverses associations d'aide à distance en santé<sup>82</sup>, en particulier l'École des parents et des éducateurs, pour un montant stable de 1,6 M€ par an en moyenne, soit 8,0 M€ entre 2017 et 2021, et SIS association (Sida info service)<sup>83</sup>, pour un montant moyen de 4,3 M€, soit 21,3 M€ entre 2017 et 2021. Cette dernière association a été mise en redressement judiciaire. Le plan de redressement de mai 2017 a proposé un recentrage de l'activité sur le cœur de métier, une diversification des sources de financement et une diminution de ses coûts de fonctionnement. C'est dans ce contexte que la subvention versée par l'agence a baissé de 16 % entre 2016 et 2020. SPF et sa tutelle n'ont pas choisi d'internaliser les services proposés lors du redressement judiciaire. La diminution des subventions versées doit se poursuivre au cours des prochaines années.

En second lieu, hormis quelques évaluations d'efficacité ou enquêtes de satisfaction ponctuelles<sup>84</sup>, l'aide à distance en santé reste insuffisamment évaluée, malgré la volonté d'en améliorer la pertinence et l'efficacité exprimée par le COP et les lettres de mission du ministre de la santé en 2018 et 2020. Le COP prévoyait que SPF réalise des évaluations resituant l'usage de ces dispositifs dans les parcours de santé des usagers et réfléchisse au périmètre et à l'optimisation de ces services, aux objectifs qui leur sont assignés (information-orientation ou accompagnement personnalisé), ainsi qu'à leur fonctionnement.

L'agence a rédigé une note présentant les actions déployées et un référentiel des bonnes pratiques sur l'aide à distance en santé. Pour autant, elle n'est pas allée au bout d'une réflexion sur la cohérence du paysage global de l'aide à distance en santé et sur l'efficacité de cette

---

<sup>79</sup> Alcool info service, Drogues info service, Écoute cannabis, Joueurs info service et Tabac info service.

<sup>80</sup> SPF administre et anime les sites thématiques de prévention (grand public et professionnels) suivants : 1000 premiers jours, Manger bouger, Onsexprime, Pour bien vieillir, QuestionSexualite, Sexosafe et Vaccination info service. S'ajoutera en 2023 « site40etplus ».

<sup>81</sup> Incidence de la crise de la covid 19 sur les consommations d'alcool et de drogues illicites ; saturation médiatique de la pandémie qui a éclipsé les autres préoccupations d'ordre sanitaire ; évolution de l'algorithme de Google et blocage par Google de certaines annonces publicitaires de SPF.

<sup>82</sup> L'agence a financé à hauteur cumulée de 218 900 € les associations Asthme et allergie, Phare enfants parents, SOS amitié, Suicide écoute, SOS suicide phénix.

<sup>83</sup> Cette association gère les sites internet sida-info-service, hépatites-info-service, ligneazur, sidainfoplus et vih-info-soignants.

<sup>84</sup> Essai contrôlé randomisé sur l'efficacité d'un programme de renoncement au tabac entièrement automatisé sur internet (2018), enquête de satisfaction auprès des usagers des sites internet Alcool info service, Drogues info service et Joueurs info service (2019) et évaluation de l'efficacité de l'application e-tabac info service pour le sevrage tabagique (2022).

dernière, qui nécessite des évaluations spécifiques. La Cour a plusieurs fois appelé de ses vœux une réflexion sur l'avenir de l'aide à distance en santé<sup>85</sup>.

Pour sa part, le conseil scientifique de SPF a relevé à deux reprises que le problème de ces dispositifs dans la prévention du suicide reste un point majeur et justifie la mise au point d'un référentiel cohérent permettant d'éclairer le choix des associations subventionnées. Après une réflexion amorcée en 2019 et suspendue pendant la crise sanitaire, l'agence a repris ces travaux à l'automne 2022 en vue d'élaborer une charte commune dont les éléments seront ainsi intégrés au label « Aide en santé ». Des audits de labellisation devraient reprendre en 2023. SPF doit donc approfondir l'évaluation des services qu'elle propose et qu'elle finance au titre de l'aide à distance en santé.

## **V - La réserve sanitaire : un positionnement à mieux définir**

L'article L. 1413-1 du code de la santé publique prévoit que SPF « assure, pour le compte de l'État, la gestion administrative, financière et logistique de la réserve sanitaire ». Cette dernière est composée en particulier de professionnels de santé volontaires en activité ou retraités, d'internes en médecine, en odontologie et en pharmacie et d'étudiants<sup>86</sup> qui doivent signer un contrat d'engagement<sup>87</sup>. Elle contribue au renforcement du système de santé pour répondre à des situations sanitaires exceptionnelles. Anciennement animée par l'Éprus, elle a été créée en 2007 après l'épidémie de chikungunya à La Réunion en 2005-2006. Les missions liées aux risques infectieux représentent la majeure partie de l'activité de la réserve sanitaire. La crise sanitaire a renforcé cette caractéristique.

### **A - Un outil inadapté aux crises de grande ampleur**

#### **1 - Un changement d'échelle facilité par l'évolution de la réglementation**

Si les quatre premières années d'existence de SPF avaient confirmé une première montée en puissance amorcée en 2015, le recours à la réserve sanitaire a atteint un niveau sans précédent en 2020-2021, à la faveur de la pandémie. Le nombre de jours de mobilisation au cours de ces deux années a décuplé par rapport à 2018-2019 (cf. graphique n° 1).

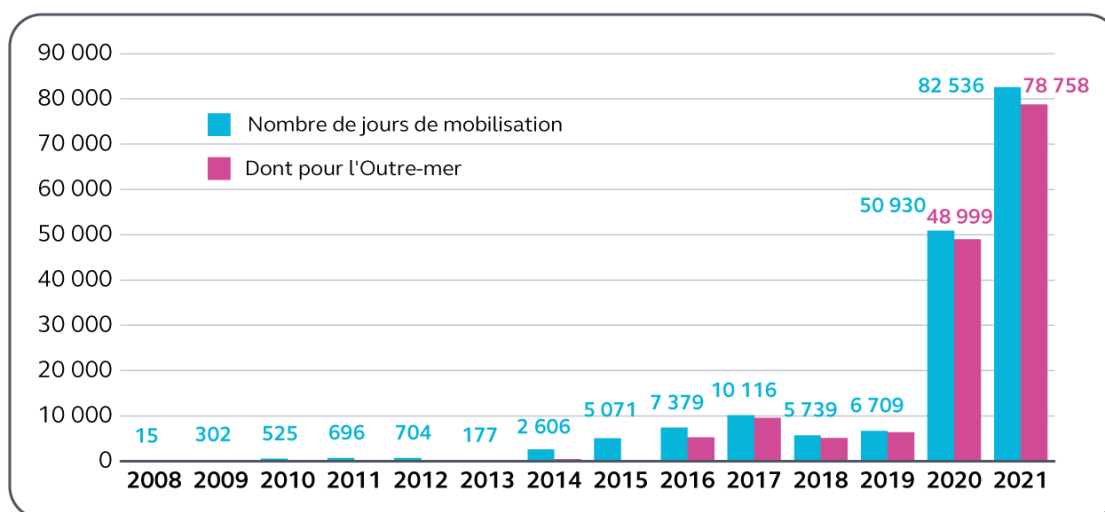
La réserve sanitaire est mobilisée prioritairement en Outre-mer, ce qui est cohérent avec l'isolement de ces territoires et la priorité qui leur est accordée dans la Stratégie nationale de santé, le COP et la programmation de SPF. Plus de quatre réservistes mobilisés sur cinq prenaient ainsi part à des missions en Outre-mer au second semestre 2018 et en 2019. Dans le contexte de crise sanitaire, cette proportion a été ramenée à un réserviste sur deux en 2020 et 2021. En nombre de jours, les interventions y ont toutefois représenté 77 % des mobilisations. Le recours à la réserve en application d'arrêtés nationaux covid 19 confirme l'effort consenti en faveur de ces territoires<sup>88</sup>.

<sup>85</sup> Cour des comptes, *L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*, 2013 ; *La prévention et la prise en charge du VIH*, communication à la Commission des affaires sociales du Sénat, 2019, p. 51.

<sup>86</sup> Article D. 3132-1 du code de la santé publique.

<sup>87</sup> Article D. 3132-2 du code de la santé publique.

<sup>88</sup> Par contraste, en 2020-2021, les journées de mobilisation en Île-de-France<sup>88</sup>, Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne et Normandie ont représenté moins de 2 % des jours d'intervention liés à la lutte contre la covid 19.

**Graphique n° 1 : nombre de jours de mobilisation de la réserve sanitaire depuis 2008**

Source : Cour des comptes, d'après données SPF

Les dépenses de la réserve sanitaire ont quasiment triplé entre 2019 et 2020, passant de 4,9 M€ à 14,0 M€ puis plus que doublé entre 2020 et 2021 pour atteindre 34,9 M€. La paie des réservistes et les frais de mission et déplacement représentent chacun environ la moitié des dépenses. SPF perçoit par ailleurs des recettes au titre de la réserve sanitaire lorsqu'elle est sollicitée par les ARS et au titre du rattrapage vaccinal et du soutien à la protection maternelle et infantile à Mayotte. Dans le cadre de la pandémie de covid 19, la mobilisation de la réserve a été financée via des ressources exceptionnelles de l'assurance maladie.

Au cours de la crise sanitaire, l'effectif chargé de la gestion administrative, financière et logistique de la réserve a triplé pour prendre en charge l'afflux des sollicitations mais de manière tardive. Dans un contexte de besoins pressants et massifs, marqué par ailleurs par un bogue informatique du site de la réserve sanitaire, le ministère de la santé est intervenu pour seconder l'agence et permettre rapidement aux ARS dont les besoins étaient les plus urgents (Grand Est et Île-de-France) de bénéficier de concours de professionnels. SPF n'a également pas pu satisfaire l'ensemble des besoins exprimés en Outre-mer lors de la quatrième vague épidémique, nécessitant un recours aux réquisitions<sup>89</sup>.

À l'occasion d'une précédente crise épidémique, la Cour avait déjà souligné le caractère contraignant des procédures régissant la réserve et préconisé une décentralisation des recrutements mettant à profit le savoir-faire acquis localement dans l'expérience des réquisitions<sup>90</sup>. Cette recommandation n'a pas été suivie d'effet.

Certaines contraintes liées à la constitution et à la mobilisation de la réserve ont été assouplies pour faire à la crise. Des arrêtés ministériels ont ainsi porté à 180, puis à 300 jours la période d'emploi maximale de la réserve<sup>91</sup>, soit le double du plafond exceptionnel précédemment en vigueur. Dans le cadre de saisines par les ARS, les professionnels de santé

<sup>89</sup> Articles 48 et 48-1 du décret n° 2021-699 du 1<sup>er</sup> juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

<sup>90</sup> Cour des comptes, « La campagne de lutte contre la grippe A(H1N1) : bilan et enseignements », in *Rapport public annuel*, 2011, p. 191.

<sup>91</sup> Arrêté du 23 juillet 2021 relatif à la durée de mobilisation de la réserve sanitaire.

en activité peuvent être mobilisés et, de manière opérationnelle, les directeurs généraux des ARS ont été chargés d'affecter les réservistes mobilisés<sup>92</sup>.

## 2 - Un outil dépassé par l'ampleur de la pandémie de covid 19

En 2017, SPF a rédigé un autodiagnostic faisant état des forces et des faiblesses de la réserve sanitaire. La crise sanitaire a mis en lumière la persistance des faiblesses identifiées : le manque de disponibilité des réservistes, la multiplication des engagements en urgence avec un manque de préparation des réservistes et l'insuffisance du vivier pour des professions sensibles. À ce dernier égard, moins d'une personne inscrite dans la réserve sanitaire sur deux faisait partie en 2020 des personnes demandées en renfort par les ARS dans le cadre de la pandémie.

L'équipe de la réserve était conçue pour prendre en charge quelques milliers de jours de mobilisation par an. Le passage soudain à une mobilisation représentant plusieurs dizaines de milliers de jours a mis en lumière la difficulté à changer rapidement d'échelle.

Le nombre de volontaires engagés<sup>93</sup> dans la réserve sanitaire a plus que triplé depuis la création de l'agence, passant de 1 900 à environ 6 500 fin 2021. L'écart entre le nombre de réservistes engagés et celui des volontaires (plus nombreux) inscrits sur le site internet de la réserve a atteint un niveau très élevé, de l'ordre de 1 à 10 en 2020-2021. SPF n'a jamais étudié précisément les raisons de cet écart, alors qu'il s'agit d'un enjeu important. SPF a toutefois précisé qu'une étude devrait être menée sur ce point début 2023.

En avril 2020, quatre réservistes sur cinq étaient des professionnels, 14 % des retraités et 5 % des étudiants. Une part importante des réservistes engagés n'a pas été mobilisée pendant la crise en raison de l'inadéquation de certains profils avec les besoins exprimés par les ARS<sup>94</sup>, expliquant, avec l'absence de disponibilité des professionnels les plus recherchés, la dégradation du taux de service, qui rapporte les effectifs déployés aux effectifs demandés.

Au cours de la première phase de la pandémie, la réserve sanitaire a été mobilisée pour freiner la pénétration du virus en France et encadrer le retour de Chine des ressortissants français. Elle a ensuite aidé à ralentir la propagation en intervenant sur des foyers épidémiques.

Une fois la crise étendue, la réserve sanitaire n'a pas été en mesure de contribuer de manière déterminante à la lutte contre l'épidémie<sup>95</sup>. Certains défauts structurels du système de soin ont constitué un premier facteur limitant. La forte proportion de réservistes en activité déjà engagés dans la lutte contre l'épidémie explique également la difficulté à mobiliser le vivier : en effet, plus des deux tiers des réservistes correspondant aux profils demandés étaient en activité, ce qui limitait les possibilités de mobilisation. Par ailleurs, de nombreux réservistes retraités avaient été rappelés par leur établissement d'origine ou les plateformes RH des ARS. Enfin, 15 % des personnes engagées n'étaient pas mobilisables en raison de leur âge<sup>96</sup>.

---

<sup>92</sup> Modification de l'article D. 3134-2 du code de la santé publique par le décret n° 2020-248 du 13 mars 2020 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire.

<sup>93</sup> Les réservistes engagés ont signé un contrat qui, seul, les habilite à partir en mission.

<sup>94</sup> La mobilisation a concerné en priorité les spécialités en lien avec les urgences et la réanimation. Certaines professions (personnel administratif, vétérinaires, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, sages-femmes, orthophonistes) n'ont pas été demandées en renfort.

<sup>95</sup> Plus de 1 000 réservistes ont été mobilisés au moins une fois entre mars et août 2020 pour renforcer les équipes locales.

<sup>96</sup> Les réservistes âgés de 65 ans et plus ne pouvaient être mobilisés avant leur vaccination car ils appartenaient aux catégories dites « à risque » pendant toute la première phase de la pandémie.

Pour maximiser les chances de trouver des réservistes disponibles, l'équipe de gestion de la réserve a diffusé les appels à mobilisation (alertes) de manière large au sein du vivier. De janvier à juillet 2020, le taux global de réponse brute aux alertes s'est élevé en moyenne à seulement 3 %, avec un taux de 9 % pour la réponse à l'alerte du 20 mars 2020 diffusée à 35 182 personnes. Ce taux s'est ensuite dégradé pour s'établir à environ 1 % entre juillet 2020 et février 2022, avec un taux maximal de 6 % pour une mission de vaccination à la Réunion. Au cours de cette seconde période, 18 alertes ont recueilli moins de 10 réponses et 4 d'entre elles n'ont obtenu aucune réponse pour 5 232 personnes contactées au total.

Même si les campagnes de vaccination sont prévues par son cadre d'emploi, la réserve sanitaire n'a pas été mobilisée pour les campagnes de vaccination sur le territoire métropolitain, en accord avec le centre de crise du ministère chargé de la santé qui a logiquement privilégié la mobilisation de professionnels de santé proches des lieux de vaccination.

L'inadéquation du vivier aux besoins exprimés tient en partie à un déficit d'attractivité financière. Les indemnités forfaitaires prévues pour les médecins sont inférieures aux conditions de rémunération des médecins spécialistes dans le cadre de la campagne de vaccination<sup>97</sup> ou plus encore sous contrat d'intérim médical. Ces écarts contribuent à expliquer la rareté de certains professionnels en activité dans le vivier. Les conditions d'indemnisation des libéraux constituent un frein important qui explique la présence de seulement 202 professionnels libéraux hors médecins généralistes et infirmiers en soins généraux parmi les inscrits en avril 2022<sup>98</sup>. À cette date, les libéraux représentaient seulement 6 % du vivier, soit près de dix fois moins que les autres professionnels en activité. Une réflexion sur l'adaptation des modalités d'indemnisation aux compétences prioritaires est souhaitable. SPF a indiqué qu'une réflexion en ce sens associant la tutelle, et sous réserve de l'appréciation du conseil d'administration, serait engagée d'ici la fin de l'année 2022 sur ce point.

La crise sanitaire a exercé un effet d'éviction sur d'autres missions de la réserve. Une campagne de vaccination non liée au Sars-CoV-2, programmée en 2020 en Guyane avec un budget prévisionnel de 3,4 M€, a ainsi dû être reportée. En 2020-2021, la réserve a ainsi été mobilisée pour lutter contre l'épidémie à hauteur d'environ 90 % des journées de mobilisation.

### 3 - Une gestion administrative défailante

Le mode de gestion habituel de la réserve s'est avéré inadapté au changement d'échelle imposés par la crise. Contrairement à ce qui prévaut pour d'autres missions, la réserve sanitaire doit être opérationnelle en urgence. Or, la fusion d'organismes aux temporalités très différentes a pu contribuer à diluer la culture de l'urgence consubstantielle à cet outil d'intervention.

#### *a) Un système d'information obsolète et inefficace*

Le site internet de la réserve sanitaire a été mis en grande difficulté par l'afflux d'inscriptions de volontaires au début de la crise. Le 12 mars 2020, SPF a invité les personnes n'exerçant pas des fonctions recherchées par les ARS à ne plus se connecter sur ce site.

---

<sup>97</sup> Du 2 juin au 8 novembre 2021, pour les médecins libéraux ou exerçant dans un centre de santé, l'indemnité forfaitaire pour la vaccination contre le Sars-CoV-2 s'élevait à 420 € par demi-journée d'activité d'une durée minimale de quatre heures (460 euros le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés). Les indemnités sont inférieures à 400 € brut par jour de mission pour les professionnels médicaux réservistes.

<sup>98</sup> Le vivier comptait alors 1 médecin réanimateur, 4 pneumologues et 33 anesthésistes par exemple.

Le logiciel de gestion des réservistes n'est pas interfacé avec son environnement et nécessite l'utilisation de nombreux outils. Les alertes reçues sont diffusées comme des questionnaires grâce à un outil spécifique car la base de données interne des réservistes et des formations n'intègre pas cette fonctionnalité. Des opérations manuelles d'extraction et de tri des listes de diffusion restent nécessaires et il n'y a pas de lien entre les données réceptionnées en réponse à l'alerte et la base de données. La sélection des candidatures nécessite des ressaisies liées à la dispersion des données parfois non dématérialisées dans plusieurs outils. Le suivi des missions n'est pas centralisé mais éclaté dans des plannings opérationnels et SPF est confrontée à des difficultés d'actualisation des données. Les défauts des outils utilisés contribuent à expliquer la difficulté à gérer simultanément plusieurs missions d'ampleur.

Après des travaux de cartographie des processus, un cahier des charges relatif à un nouveau système d'information (SI) destiné à remédier aux insuffisances identifiées<sup>99</sup>, a été rédigé et était en cours de relecture à l'automne 2022.

#### *b) Des délais d'indemnisation trop longs*

Les délais d'indemnisation des frais de mission des réservistes sanitaires se sont avérés beaucoup trop longs<sup>100</sup>, avec un retard de plusieurs mois dû à l'ampleur de la mobilisation de la réserve mais aussi à l'absence d'automatisation des échanges de données entre les directions de SPF. Pour des raisons en partie liées au calcul de leurs charges sociales, les professionnels libéraux ont été indemnisés avec plus de six mois de retard jusqu'à l'été 2022. L'agence n'a pas été en mesure d'absorber le travail supplémentaire que représentait la prise en charge des remboursements. De ce point de vue, elle n'a pas été en mesure de concrétiser la plus-value que pouvait constituer la mutualisation des fonctions support intervenue en 2016, alors que l'instabilité des processus de remboursement des réservistes avait été diagnostiquée en 2017. La mise en place depuis la fin de l'année 2021 d'un unique « train de paie » a néanmoins permis depuis lors d'intégrer l'indemnisation de la grande majorité des réservistes.

#### *c) Des modalités de formation perfectibles*

Même si elle ne constitue pas un prérequis avant les départs en mission, la formation des réservistes reste perfectible. En 2019, aucun exercice terrain n'a été organisé faute de sélection d'un prestataire. Seules 399 personnes ont été formées en 2020-2021, pour un nombre de contrats d'engagement signés 15 fois supérieur. Le nombre de réservistes formés entre 2017 et 2021 représente seulement un peu plus de la moitié des réservistes engagés en 2021. De nombreux réservistes ont été mobilisés sans formation additionnelle à leur formation de base, ce qui peut être préjudiciable au déroulement des missions.

---

<sup>99</sup> Éviter les ressaisies ; disposer de l'exhaustivité des données au sein d'un seul SI avec un tableau de bord comprenant l'ensemble des missions ; mettre en place la signature électronique ; développer une application mobile et un site internet réactif.

<sup>100</sup> 7 M€ en AE et en CP ont été consacrés au paiement des frais de déplacement et d'indemnisation (libéraux et employeurs) des réservistes mobilisés sur la crise de la covid 19 en 2020. Au 31 décembre 2020, un peu plus de 3 300 missions ont été réalisées par les réservistes dans le cadre de cette crise, générant un volume global de dépenses de fonctionnement de 9,7 M€. Du fait des délais de traitement des dossiers, seuls 7 M€ de ces dépenses ont pu être rattachées à l'exercice 2020 et 2,7 M€ l'ont été à l'exercice 2021.

#### *d) Un contrôle insuffisant du droit d'exercer certaines professions*

L'article D. 3132-1 du code de la santé publique prévoit que ne peuvent faire partie de la réserve sanitaire les aspirants réservistes qui font l'objet d'une suspension ou d'une interdiction du droit d'exercer leur profession, prononcée par une autorité administrative, disciplinaire ou juridictionnelle<sup>101</sup>. SPF procède à ces contrôles au moment de l'engagement des réservistes. En l'absence de tout lien organisé avec les instances ordinales et les fichiers des praticiens en exercice, il n'existe ensuite plus de flux de contrôle en aval de cette vérification, ce qui expose SPF au risque de mobiliser des réservistes sanctionnés. Cette insuffisance des contrôles opérés avait déjà été relevé lors d'un autodiagnostic en 2017.

### **B - Un cadre stratégique à renouveler dans une perspective interministérielle**

Le cadre d'emploi de la réserve sanitaire date de 2013. Ce document, prévu par l'article D. 3134-2 du code de la santé publique, précise le niveau d'intervention de la réserve et les actions nécessaires à son maintien en capacité opérationnelle. Il distingue les événements sanitaires à cinétique lente et à cinétique rapide. Pour les premiers, les ARS et les ARS de zone de défense et de sécurité peuvent solliciter la réserve pour renforcer les structures de soins en difficulté. Au titre des opérations sanitaires internationales, la réserve peut intervenir en soutien des structures de soins locales, prendre en charge ou rapatrier des ressortissants français.

Après qu'en novembre 2016 la DGS avait retenu comme priorité l'élaboration d'un nouveau cadre d'emploi et formalisé une saisine de l'agence en avril 2017, des travaux ont été engagés. L'actualisation de ce document stratégique n'a toutefois jamais été réalisée. SPF explique l'interruption rapide des travaux engagés par la mobilisation de près de 600 réservistes liée aux passages d'ouragans dans les Antilles à l'automne 2017. Malgré le fait que le ministre de la santé et la DGS en aient fait une priorité, les travaux n'ont repris que deux ans plus tard sur la base d'un document fourni par le ministère. Une unique réunion s'est tenue entre ce dernier et SPF en janvier 2020 mais le processus a été interrompu par la pandémie.

Or, le cadre d'emploi de 2013 n'apparaît plus adapté au fonctionnement et aux enjeux de la réserve sanitaire. D'abord, la distinction entre cinétique lente et cinétique rapide s'est révélée peu opérante. Ensuite, le cadre d'emploi ne précise pas les modalités pratiques de mobilisation et il n'envisage pas d'interventions dérogatoires. Surtout, au fil des années, la réserve sanitaire a été mobilisée à des fins différentes de celles prévues par le cadre d'emploi. De nouveaux besoins, non pris en compte par ce dernier, ont émergé à la faveur de la possibilité donnée aux directeurs généraux des ARS de solliciter l'intervention de la réserve sanitaire<sup>102</sup>. Des campagnes de vaccination ont pu être menées dans ce cadre<sup>103</sup>, de même que d'autres missions ne coïncidant pas avec le cadre d'emploi<sup>104</sup>.

---

<sup>101</sup> Cf. article L. 4124-6 du code de la santé publique.

<sup>102</sup> Les appels à la réserve sanitaire font dans ce cadre l'objet d'une demande écrite formalisée justifiant la demande de renfort.

<sup>103</sup> Mayotte en 2017-2018 ; Guyane en 2020 ; campagne de vaccination contre le méningocoque W dans les bassins de vie de Dijon et Genlis en 2018-2019 ; épidémies d'infections invasives à méningocoques dans les zones de Dinan et du Beaujolais.

<sup>104</sup> Missions de renfort hospitalier en Outre-mer en l'absence d'événement sanitaires (envoi de professionnels de santé à la maternité de Mayotte pendant un an) ; appui au contrôle sanitaire aux frontières ; préparation à des missions de transport de personnes infectées ; missions relatives à l'afflux de migrants.

En l'absence de solution alternative satisfaisante, une évolution du cadre d'emploi permettant un soutien plus large des systèmes de santé ultramarins indépendant de la survenue d'événements extérieurs aigus pourrait être envisagée. Par ailleurs, la correspondance entre un profil de réserviste et une typologie de missions prévue par le cadre d'emploi, peu opérante, a été abandonnée. En pratique, SPF mobilise les profils dont elle a besoin dans son vivier global en fonction des caractéristiques de la crise.

Enfin, le cadre d'emploi n'évoque qu'à la marge l'articulation entre le recours à la réserve sanitaire et les autres dispositifs de renfort en ressources humaines en cas de crise sanitaire. À la lumière des dispositifs mobilisés pendant la pandémie de la covid 19, le nouveau cadre stratégique devra nécessairement tenir compte des autres modalités de recours à des renforts, y compris les réquisitions.

La crise liée à l'épidémie de covid 19 a en effet mis en lumière les limites de la réserve sanitaire dans un contexte marqué par l'ampleur de la crise et le manque de professionnels de santé disponibles susceptibles d'être mobilisés. En sus du recours à des professionnels par le canal des agences d'intérim, le système de soin a bénéficié de renforts humains indépendants de la réserve sanitaire. En lien avec SPF, le ministère de la santé a ainsi créé fin mars 2020 la plateforme nationale « Symbiose », devenue ultérieurement plateforme de solidarité nationale. Ce vivier a permis aux ARS et au centre de crise sanitaire de mobiliser des professionnels de régions les moins touchées par l'épidémie pour renforcer les régions les plus concernées.

Parallèlement, ARS et établissements ont eu recours à des plateformes, parfois intrarégionales, de mise en relation de professionnels. La plateforme #Renforts-covid, proposée par un prestataire privé, a permis de mobiliser environ 60 000 volontaires dans plus de 6 000 établissements de santé. Le premier pic d'inscriptions a eu lieu fin mars 2020 avec près de 10 000 inscrits en une journée. Fin avril 2020, la plateforme comptait plus de 34 000 inscrits, dont plus des deux tiers se déclarant prêts à une mobilité nationale. Certaines ARS (Grand Est et Paca) ont eu recours à d'autres outils de mise en relation.

À la lumière de la multiplicité des dispositifs mobilisés lors de la crise pour satisfaire les besoins de renforts humains et au regard de l'impossibilité pour la réserve sanitaire d'y faire face seule de manière éloignée de la chaîne de commandement, SPF doit travailler plus étroitement avec les différents ministères pour mettre en place un dispositif intégré de mobilisation des renforts humains qui puisse bénéficier d'une expertise logistique plus robuste et d'une vision transversale des dispositifs.

Lors de son contrôle de l'Éprus, la Cour avait relevé l'existence d'une réflexion interministérielle engagée sous l'égide du SGDSN tendant à replacer le développement de la réserve dans la perspective plus large d'une « réserve de sécurité nationale » qui fédérerait les diverses réserves susceptibles d'intervenir en situation de crise. Cette réflexion n'a pas abouti et, douze ans plus tard, l'enjeu de coordination est toujours aussi prégnant. En outre, une approche mutualisée des dispositifs permettrait de réduire les risques de concurrence entre ces derniers, voire de rapprocher les conditions d'indemnisation hétérogènes des volontaires.

Indépendamment des situations de crise nationale, la doctrine d'emploi devrait préciser les scénarios dans lesquels cette dernière est susceptible d'intervenir dans le cadre d'une coordination renforcée avec les autres parties prenantes de la gestion de crise comme le



ministère de l'Europe et des Affaires étrangères<sup>105</sup>. La doctrine d'emploi devra tenir compte du projet européen de réserve de personnels médicaux, soignants et auxiliaires affectés volontairement par les États membres et prêts à être mobilisés face à une crise sanitaire<sup>106</sup>.

Enfin, la crise de la covid 19 a par ailleurs montré les limites d'une réserve trop centrée sur les renforts sanitaires. Le vivier des personnes engagées doit être élargi à d'autres profils et compétences, ne relevant pas des filières médicales et paramédicales.

## VI - Un adossement à la recherche à renforcer

Contrairement à une agence comme l'Anses qui définit, met en œuvre et finance en tant que de besoin des programmes de recherche scientifique et technique<sup>107</sup>, SPF ne dispose pas d'une mission et de structures de recherche. Aux États-Unis, les CDC et la Food and drug administration (FDA) sont dotés de nombreux laboratoires et s'appuient sur leurs activités de surveillance pour publier à un haut niveau d'expertise.

### La recherche dans les instituts nationaux de santé publique étrangers

En Allemagne, le *Robert Koch Institut* (RKI) exerce des fonctions fédérales dans les domaines de la surveillance et de la prévention des maladies, ainsi que de la recherche biomédicale. En 2021, la rémunération des chercheurs du RKI représentait 21 % de son budget total (27,6 M€ sur 133,9 M€). L'institut comprend des sous-directions consacrées notamment à la coordination de la recherche, à des groupes de jeunes chercheurs et au développement de méthodes et d'infrastructure de recherche. En janvier 2021, un Centre d'intelligence artificielle pour la recherche en santé publique (*Zentrum für Künstliche Intelligenz in der Public-Health-Forschung – ZKI-PH*) a été créé au sein du RKI. Il a pour objectif de combiner l'expertise de l'institut dans la recherche sur les maladies infectieuses et les maladies non transmissibles avec les méthodes de l'intelligence artificielle.

En Angleterre, le UKHSA, héritier de PHE, s'appuie sur des laboratoires régionaux implantés dans des hôpitaux du *National Health Service* et un laboratoire de microbiologie de l'eau, de l'alimentation et de l'environnement, situé à York.

En Suède, l'agence de santé publique effectue des analyses microbiologiques en laboratoire et contribue à la qualité et au développement de méthodes dans les laboratoires qui effectuent des diagnostics importants pour assurer le contrôle des infections. Elle effectue des examens diagnostiques d'échantillons pour détecter et suivre les maladies infectieuses.

En 2016, la DGS avait fixé à SPF trois priorités à développer, en lien avec les équipes académiques : un programme de recherche sur les conditions de mise en œuvre et d'efficacité des interventions en santé publique, une expertise dans le domaine de l'évaluation sanitaire, sociale et économique de ces interventions et une expertise dans le repérage et la prédiction des risques émergents à partir de méthodes de modélisation.

<sup>105</sup> SPF a prévu de participer à la *task force* constituée d'environ 250 personnes mobilisables en moins de 12 à 24 heures pour partir sur demande de ce ministère en accord avec le ministère de la santé et de la prévention.

<sup>106</sup> Article 4 e) du règlement (UE) 2021/522 du Parlement européen et du Conseil du 24 mars 2021 établissant un programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé pour la période 2021-2027.

<sup>107</sup> Article L. 1313-1 du code de la santé publique.

Les actions entreprises par l'agence jusqu'à la crise sanitaire étaient nombreuses, avec l'organisation du réseau des centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles (CNR), la signature de conventions avec certains organismes de recherche (Inserm)<sup>108</sup>, les partenariats avec des organismes de recherche pour ses études et le suivi de cohortes<sup>109</sup>, la participation financière de SPF aux appels à projets de l'IReSP, en particulier celui relatif aux les interventions favorables à la santé (en moyenne, six projets soutenus par an) ou encore la mise en place de réseau de surveillance<sup>110</sup>. SPF a aussi noué des partenariats avec l'École des hautes études en santé publique pour une formation à l'épidémiologie de terrain ou la promotion de la santé des populations ou encore l'inauguration en 2019 d'une chaire de santé publique au Collège de France.

Les actions menées se sont néanmoins révélées insuffisantes, pour des raisons qui échappent en partie à SPF. Le rapport de la mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid 19 et sur l'anticipation des risques pandémiques a ainsi relevé en 2021 la faiblesse historique de la recherche en santé publique, due notamment à la double dispersion des équipes de recherche et de l'expertise scientifique. Cette dernière est en effet disséminée dans les agences de sécurité sanitaire (dont SPF), le HCSP, la HAS, les laboratoires ou encore la mission nationale de coordination opérationnelle risque épidémique et biologique (Coreb) et ne bénéficiait pas de mécanisme permettant de mobiliser au mieux les compétences en urgence.

La Cour a relevé pour sa part que le pilotage et la coordination des acteurs par l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan) se sont essouffés, dans un paysage marqué par une multiplication des acteurs et des financeurs de la recherche<sup>111</sup>. L'Alliance a été créée pour permettre un pilotage conjoint de la recherche de ce secteur par les opérateurs impliqués. Figurent notamment parmi ses membres fondateurs le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), l'Inserm et l'Institut Pasteur. Aviesan a pour objectifs de mettre en place une stratégie commune, de coordonner leur programmation scientifique et sa mise en œuvre opérationnelle et d'assurer la représentation de la recherche en santé auprès des partenaires institutionnels.

Le rapport d'évaluation de l'Inserm de mai 2021 rédigé par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres) a suggéré aux ministères de clarifier le rôle de l'Alliance. Les actions de cet organisme dans le champ de la santé publique ont été jugées relativement faibles, portées essentiellement par quelques projets phares au détriment d'une ambition plus globale. Plus largement, le Hcéres a estimé que le développement par le ministère de la santé d'une stratégie de recherche en santé publique restait perfectible même si la crise sanitaire a permis d'enclencher une dynamique vertueuse.

SPF fait partie des douze membres<sup>112</sup> qui constituent l'Institut pour la recherche en santé publique (Iresp), créé sous forme de groupement d'intérêt scientifique et qui joue un rôle

---

<sup>108</sup> SPF a renouvelé son accord-cadre avec l'Inserm le 16 mai 2022.

<sup>109</sup> L'agence est ainsi partenaire d'organismes de recherche pour l'Étude longitudinale française depuis l'enfance (cohorte Elfe), les études Confeado, Echo, Sapris, Sacada, Cover, CoVaPred, ComCor, Movid, etc.

<sup>110</sup> Obépine ou observatoire épidémiologique dans les eaux usées.

<sup>111</sup> Cour des comptes, La recherche en infectiologie. Un enjeu fort insuffisamment piloté, février 2022.

<sup>112</sup> SPF, ministères de la santé et de la recherche, Mildeca, CNRS, Inca, Inserm, Cnam, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Institut de recherche pour le développement et Institut national d'études démographiques.

d'interface entre les ministères chargés de la santé et de la recherche, d'une part, et les acteurs de la recherche, d'autre part. De fait, malgré la mise en commun de ressources ayant permis de financer des appels à projets en nombre croissant<sup>113</sup>, l'action de l'Iresp reste relativement modeste par rapport à ce qu'il faudrait faire. SPF est rarement à l'initiative d'appels à projets<sup>114</sup>, y compris en matière de lutte contre les usages et les addictions aux substances psychoactives, contrairement à l'Inca (2018 à 2021).

La ministre chargée de la santé a demandé en février 2020 à la directrice générale de l'agence de conforter l'expertise scientifique de celle-ci, en développant les liens avec les acteurs de la recherche en santé, et de promouvoir davantage la recherche en santé publique appliquée aux politiques publiques.

La crise sanitaire a joué un rôle de catalyseur et permis d'accélérer les collaborations avec les principaux acteurs de la recherche. L'illustration la plus visible en est la mise en place d'un consortium pour la surveillance et la recherche sur les infections à pathogènes émergents *via* la génomique microbienne (Emergen) en janvier 2021. Coordonné par SPF et l'ANRS | Maladies infectieuses émergentes (agence autonome de l'Inserm), celui-ci a permis de produire plus de 300 000 séquences depuis son lancement en seize mois, multipliant par plus de 100 le nombre de séquençages réalisés en 2020. Au-delà du séquençage des variants du Sars-CoV-2, l'objectif du projet consiste à développer un système de surveillance génomique et de recherche sur les infections à pathogènes émergents qui permette de soutenir l'activité de surveillance et d'investigation de SPF et de ses centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles.

L'organisation du *data management* et de l'analyse intégrative, ainsi que la diffusion et le partage des résultats produits par les structures de séquençage ont été confiées à une infrastructure bio-informatique sécurisée, l'Institut français de bio-informatique, autorisant le recueil et le partage des données pour la surveillance et la recherche. Les données sont mises à disposition des acteurs français et européens de la surveillance et aux équipes de recherche.

Par ailleurs, SPF et divers opérateurs de recherches ont mis en place les cohortes Sapis<sup>115</sup> et EpiCoV permettant, respectivement, d'appréhender les enjeux épidémiologiques et sociaux de l'épidémie de covid 19 et de connaître le statut immunitaire de la population. SPF a également pris une part active dans le projet septennal de Partenariat européen pour l'évaluation des risques liés aux substances chimiques (#EU\_PARC), mis en œuvre à compter de 2022, doté d'un budget de 400 M€, financé à 50 % par l'Union européenne et 50 % par les États membres. Allant plus loin que le rôle qu'elle avait joué dans le *Human Biomonitoring for Europe* (HBM4EU), SPF assure avec l'Agence fédérale allemande pour l'environnement (*Umweltbundesamt*) la coordination scientifique du lot d'activités (*work package*) consacré à la surveillance des expositions aux substances chimiques et a été désignée point de contact national chargée de l'animation du réseau des parties prenantes françaises intéressées par le projet.

Si SPF dispose de moyens limités pour résorber les faiblesses de la recherche en santé publique en France, elle doit néanmoins continuer à adosser l'exercice de ses missions au secteur de la recherche et contribuer à orienter ce dernier en fonction des besoins de santé publique.

---

<sup>113</sup> Selon le site internet de l'Iresp, le nombre d'appels à projets clos s'est élevé à 4 en 2016, 5 en 2017 comme en 2018, 6 en 2019 comme en 2020 et 7 en 2021.

<sup>114</sup> L'agence était paradoxalement davantage à l'origine d'appels à projets partagés jusqu'en 2018 avec des appels à projets chaque année dans le domaine de la prévention en santé.

<sup>115</sup> Santé, pratiques, relations et inégalités sociales en population générale pendant la crise covid 19.

---

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

---

*Depuis sa création, Santé publique France a connu une implication croissante dans la conduite des politiques de santé, ce qui a concerné chacune des missions. Cette tendance s'est encore accélérée sous l'effet de la crise de la covid 19 : extension des dispositifs de veille et de surveillance, très forte augmentation des stocks stratégiques en lien direct avec la gestion de la crise, augmentation des budgets et des initiatives en prévention et promotion de la santé. Dans le même temps, l'agence s'est attachée à constituer un continuum entre ces différents champs d'intervention.*

*Les attentes à son égard de la part de la tutelle, qui ont constitué un corollaire de ce rôle accru, n'ont néanmoins pas toujours été pleinement satisfaites : c'est ainsi que ni l'analyse de la pertinence des dispositifs de surveillance, ni la contribution à la rénovation du cadre d'emploi de la réserve sanitaire n'ont été effectuées et que l'identification des actions probantes dans le domaine de la prévention et de la promotion de santé est restée insuffisante.*

*Lorsque la crise de la covid 19 aura été définitivement surmontée, ces différents travaux, en sus des nouvelles priorités qui seront dégagées dans le prochain COP, devraient donc pouvoir être menés à bien ou finalisés. Dans le domaine des stocks stratégiques, la réflexion sur l'évolution de la doctrine d'emploi au niveau du ministère de la santé, compte tenu notamment du traitement de la question de l'arrivée prochaine à péremption des produits acquis par SPF pendant la crise, devrait aussi pouvoir être menée à bien.*

*S'agissant de l'exercice de ses missions par SPF, la Cour formule les recommandations suivantes :*

- 1. relancer les travaux d'analyse de la pertinence des dispositifs de surveillance et quantifier les besoins futurs de SPF pour procéder au déclenchement des alertes sanitaires et pour produire les données nécessaires à l'élaboration et la conduite de la politique de santé (ministère de la santé et de la prévention, SPF) ;*
  - 2. élargir à la gestion des stocks stratégiques la faculté d'autosaisine de SPF pour émettre des recommandations, comme il est prévu pour l'exercice de ses autres missions (ministère de la santé et de la prévention) ;*
  - 3. actualiser régulièrement le référentiel des actions prometteuses et probantes (SPF) ;*
  - 4. actualiser le cadre d'emploi de la réserve sanitaire avec une vision plus interministérielle des renforts humains (ministère de la santé et de la prévention et SPF).*
-

# **Chapitre II**

## **Une gestion budgétaire confortée, des améliorations nécessaires**

La trajectoire budgétaire de SPF a été bouleversée par la crise sanitaire (I). L'agence se caractérise par une organisation administrative qui a beaucoup évolué (II), une gestion de ses ressources humaines sous contrainte (III), des systèmes d'information qui pâtissent d'une robustesse encore insuffisante (IV) et une stratégie immobilière pertinente (V).

### **I - Une trajectoire budgétaire bouleversée par la crise sanitaire**

#### **A - Une situation financière hors covid confortée**

Sur l'ensemble de la période de 2017 à 2021, le résultat comptable dégagé par SPF (hors opérations liées à la covid 19) s'est continûment amélioré, passant d'un déficit de 52 M€ en 2017 à un excédent de 52 M€ en 2021.

##### **1 - Une substitution de l'assurance maladie au budget de l'État**

Les financements publics (essentiellement de la part de l'État jusqu'en 2019, de la Cnam ainsi que la fiscalité affectée) constituent la part prédominante des produits de fonctionnement de SPF, les missions confiées à l'agence ne se prêtant pas à la réalisation de montants importants de recettes propres. Le seul autre produit de fonctionnement de SPF significatif sur le plan financier consiste en un produit d'ordre : la comptabilisation d'une production stockée et immobilisée depuis 2019, pour un montant de 24,6 M€ en 2021<sup>116</sup>.

---

<sup>116</sup> Sont principalement valorisés par ce biais des actifs immatériels tels que les marques associées aux actions de prévention (Moi(s) sans tabac, Nutriscore, Mangerbouger, Tabac Info Service) et, dans une moindre mesure, les algorithmes du SNDS et des applications informatiques produites par la Data.

*a) Une modalité de financement qui a permis une mobilisation plus rapide des moyens financiers dans le contexte de la crise de la covid 19*

De 2016 à 2019, SPF a été financée sur le budget de l'État (programme 204 de la mission *Santé*). En 2020, ce financement a été transféré sur sixième sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Ce transfert s'inscrivait dans une logique de décroisement des financements entre l'État et l'assurance maladie, dont le déploiement demeure partiel puisque tant l'Inca que l'Anses demeurent financés sur le programme 204.

Se pose la question, pour les dépenses liées à la constitution des stocks stratégiques, de la compatibilité entre leur financement par les dépenses d'assurance maladie et le fait que ces achats soient effectués, aux termes de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique, pour le compte de l'État.

Le mode actuel de financement par l'assurance maladie a permis de mobiliser plus rapidement des moyens financiers pour faire face à des besoins d'acquisition en urgence. Par ailleurs, comme l'a relevé la Cour<sup>117</sup>, si le financement avait continué à être assuré par le budget de l'État, la révision à la hausse des moyens dévolus aurait nécessité une autorisation en loi de finances rectificatives, non requise dans le cadre de la mise en œuvre d'une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). En contrepartie, une information circonstanciée au Parlement devrait être assurée lors de la présentation du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale introduit par la loi organique du 14 mars 2022<sup>118</sup> relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

*b) Une perte de contenu en termes d'informations financières au Parlement*

Outre la question de principe du mode de financement des stocks stratégiques, le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid 19 et de sa gestion<sup>119</sup> a relevé que ce transfert de financement avait eu pour effet d'amoinrir la qualité de l'information budgétaire remise au Parlement.

Est en cause le contenu moins nourri de l'annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) par rapport à celui de l'annexe générale relative aux opérateurs de l'État (dite « jaune opérateurs »)<sup>120</sup>.

À la différence de ce qui prévaut pour les opérateurs, cette annexe au PLFSS, même enrichie par la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale<sup>121</sup> ne comporte pas d'éléments sur le nombre d'emplois, le niveau de trésorerie ou encore la surface du parc immobilier occupé.

<sup>117</sup> Cour des comptes, observations définitives sur les achats liés à la crise sanitaire financés par les dotations exceptionnelles de l'assurance maladie à SPF.

<sup>118</sup> Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

<sup>119</sup> Décembre 2020.

<sup>120</sup> Depuis la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, les opérateurs de l'État sont les organismes répertoriés dans une des annexes générales au projet de loi de finances et qui sont associés aux démarches de maîtrise des dépenses de l'État. Le contenu de cette annexe, et les informations qui sont ainsi à y porter pour les organismes concernés, est dorénavant défini par l'article 179 de la loi de finances pour 2020.

<sup>121</sup> Article LO. 111-4-1 du code de la sécurité sociale issu de cette loi organique et applicable à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2022 au titre du PLFSS 2023.

Pour que le transfert de financement ainsi opéré n'ait pas pour conséquence une réduction de l'information financière communiquée au Parlement, il conviendrait donc de reprendre, au moins pour SPF, dans l'annexe 8 les éléments qui figuraient auparavant dans l'annexe générale sur les opérateurs de l'État.

## **2 - Une progression continue des financements publics, hors enveloppes exceptionnelles**

Pendant la période de 2017 à 2019, ayant précédé la crise de la covid 19, SPF a bénéficié d'une progression de ses concours publics : en faisant masse de la subvention pour charges de service public versée par l'État et s'imputant alors sur le programme 204, des autres concours publics<sup>122</sup> et des taxes affectées<sup>123</sup>, les moyens mis à la disposition de l'opérateur sont passés de 159,3 à 168,2 M€<sup>124</sup>. Sur les deux derniers exercices, les concours publics non liés à la crise de la covid 19 (176,5 M€ en 2020 puis 247,6 M€ en 2021<sup>125</sup>) ont connu une nouvelle progression, afin de financer des actions de marketing social ainsi que des mesures dans le cadre du plan de pandémie grippale.

Sur l'ensemble de la période de 2017 à 2021, les concours publics attribués à SPF (hors enveloppes exceptionnelles liées à la crise de la covid 19) ont ainsi augmenté de plus de 55 %.

Les concours alloués par la Cnam, en sus de la dotation annuelle qu'il lui revient dorénavant de verser, sont en partie liés au fonds de lutte contre les addictions, prévu par l'article L. 221-1-4 du code de la sécurité sociale, constitué en 2017. Dans le cadre de la gestion de ce fonds, les dotations allouées à SPF ont augmenté compte tenu de l'extension du périmètre des actions qui lui sont confiées<sup>126</sup>.

---

<sup>122</sup> Ces autres concours financiers proviennent de différentes sources, en particulier : Cnam dans le cadre du fond dédié aux addictions, ministère de l'environnement, principalement au titre d'une action « agir pour bébé 2019 » (1,8 M€), ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion au titre des travaux de veille et de surveillance en matière de santé des travailleurs (0,97 M€), régimes de retraite au titre de l'action de partenariat « Bien vieillir » (0,5 M€).

<sup>123</sup> SPF se voit affecter 5 % du produit de prélèvements sur les paris hippiques, les paris sportifs ainsi que sur les sommes engagées par les joueurs de cercle en ligne (article L. 137-24 du code de la sécurité sociale), et qui représente un montant annuel de l'ordre de 5 M€. Jusqu'en 2020, elle se voyait également affecter le produit d'une contribution sur assise sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion des messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse et de produits alimentaires manufacturés (article L. 2133-1 du code de la santé publique) ; la loi de finances pour 2020 l'a cependant abrogée dans le cadre des mesures visant à supprimer les taxes fiscales de faible rendement, SPF continuant à en percevoir des reliquats liés aux délais de recouvrement. Dans les deux cas, cette affectation de produits fiscaux bénéficiait initialement à l'Inpes.

<sup>124</sup> 148,9 M€ en 2017 et 162,1 M€ en 2019 hors taxes affectées.

<sup>125</sup> 170,9 M€ en 2020 et 241,7 M€ en 2021 hors taxes affectées.

<sup>126</sup> Cf. Cour des comptes, La politique de prévention en santé. Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies, 2021, p. 53.

### 3 - Une augmentation des dépenses de fonctionnement hors covid 19

#### a) Une augmentation des dépenses de fonctionnement hors personnel

SPF organise la présentation de ses dépenses selon deux modalités : d'une part, en application de la nomenclature budgétaire applicable aux établissements publics nationaux, ses dépenses sont réparties en quatre enveloppes (personnel, fonctionnement hors personnel, intervention, investissement) ; d'autre part, en application partielle d'un objectif du COP prévoyant la mise en place d'une comptabilité analytique en fonction des priorités de la stratégie nationale de santé, selon la destination de la dépense (veille, surveillance et alerte ; prévention et promotion de la santé ; intervention en situation sanitaire exceptionnelle ; activités transverses ; infrastructure et support)<sup>127</sup>.

Sur l'ensemble de la période de 2017 à 2021, les dépenses au sens de la comptabilité budgétaire (CP consommés) non liées à la crise sanitaire sont passées de 166,3 M€ à 225,2 M€, représentant une augmentation de 35 %, soit un rythme d'évolution nettement inférieur à celui des concours publics lui ayant été alloués (55 %).

Au regard de la nomenclature budgétaire<sup>128</sup>, l'augmentation constatée des dépenses sur la période (+ 58,9 M€) tient quasiment exclusivement aux dépenses de fonctionnement hors charges de personnel (+ 62,5 M€), les dépenses de personnel ayant augmenté de 2,2 M€, alors que tant les dépenses d'intervention que celles d'investissement ont décliné. Cette diminution des dépenses d'investissement, que peut expliquer en partie l'absence d'adoption d'un plan pluriannuel d'investissement, a notamment porté jusqu'en 2020 sur les SI<sup>129</sup>, ce qui a contribué aux problèmes d'obsolescence qui sont aujourd'hui à traiter (cf. ci-après).

L'augmentation des dépenses n'a pas été linéaire, avec une accélération en 2019 ainsi qu'en 2021. En effet, ont été principalement concernées les missions de prévention et promotion de la santé, ainsi que la constitution et l'entretien des stocks stratégiques.

#### b) Des gains d'efficience à l'ampleur difficilement objectivable

Des synergies ont été réalisées depuis la création de l'agence mais les économies qui en ont résulté sont difficilement objectivables sur la durée. Il était en effet attendu de la création de SPF des gains d'efficience permettant de dégager des moyens pour renforcer des missions de conception et d'évaluation des interventions en santé<sup>130</sup>. En particulier, le rapprochement des fonctions support des trois établissements publics préexistants et le regroupement immobilier en étaient des leviers<sup>131</sup>.

<sup>127</sup> Ce suivi analytique est effectué dans le cadre de la comptabilité budgétaire de l'agence.

<sup>128</sup> Pour les établissements publics nationaux, les dépenses budgétaires sont réparties en quatre enveloppes : personnel, autres charges de fonctionnement, intervention et investissements.

<sup>129</sup> En termes de consommation de CP, les dépenses d'investissement hors covid en matière de SI sont passées de 2,6 M€ en 2017 à 1,3 M€ en 2020 avant de remonter à 2,6 M€ en 2021. Hormis en 2021, chaque exercice a connu une sous-exécution sur ce volet des dépenses (taux d'exécution de 67 % entre 2017 et 2020).

<sup>130</sup> Exposé des motifs de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dont l'un des articles a habilité le Gouvernement à créer SPF par voie d'ordonnance.

<sup>131</sup> Rapport de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du 20 mars 2015 sur le projet de loi.



Dans cette logique, le COP a prévu un point d'information périodique au conseil d'administration concernant l'évolution des « *dépenses de fonctionnement courant* », entendues comme les dépenses support au sein de l'enveloppe de fonctionnement, et de leur part dans les dépenses totales de cette enveloppe.

Le suivi effectué par SPF en 2021 en application de cet objectif opérationnel a abouti à l'identification d'une diminution de ces dépenses entre 2017 et 2019, de 11,7 M€ à 8,2 M€, sous l'effet des économies permises par le regroupement immobilier des équipes et d'un recours plus appuyé aux dispositifs d'achats publics mutualisés<sup>132</sup>. Les dépenses ont ensuite augmenté en 2020, sous l'effet de la conclusion du marché d'infogérance informatique<sup>133</sup>.

Dans ces conditions, la réalisation de gains d'efficience dans la durée grâce à la mutualisation des fonctions support des agences sanitaires préexistantes apparaît difficilement objectivable, dans la mesure où les dépenses ainsi suivies évoluent aussi sous l'effet de décisions de gestion postérieures.

Selon le ministère chargé des comptes publics (direction du budget), la construction de cet indicateur devrait reposer sur une appréciation plus qualitative des dépenses pouvant donner lieu à des gains de productivité.

## **B - Une gestion des enveloppes exceptionnelles qui se traduit actuellement par d'importants restes à payer**

### **1 - Des enveloppes exceptionnelles mises à disposition de SPF de 2020 à 2022**

Comme l'a constaté la Cour, SPF constitue un bras opérationnel des services de l'État pour la gestion de la crise de la covid 19<sup>134</sup>. Dans ce cadre, des enveloppes exceptionnelles d'un montant agrégé de 12,8 Md€ lui ont été allouées :

- 4,8 Md€ en 2020, soit un peu plus du cinquième des surcoûts constatés sur l'Ondam<sup>135</sup>, consacrés principalement aux achats de masques chirurgicaux et FFP2, d'équipements de protection individuelle à destination des professionnels de santé, de médicaments utilisés en réanimation, de respirateurs et des matériels médicaux associés ainsi que de réactifs pour les tests PCR ;
- 4,2 Md€ en 2021, soit un tiers du total des surcoûts sur l'Ondam<sup>136</sup>, en vue de l'acquisition de vaccins et d'équipements utilisés pour l'organisation de la campagne vaccinale ;
- 3,8 Md€ en 2022, pour les achats de vaccins et la gestion de la crise.

---

<sup>132</sup> Direction des achats de l'État, Union des groupements d'achats publics, Centrale d'achat de l'informatique hospitalière.

<sup>133</sup> Selon l'arrêté du 30 mars 2021 portant approbation du cahier des clauses administratives générales des marchés publics de techniques de l'informatique et de la communication, l'infogérance désigne l'externalisation des prestations de gestion ou d'exploitation de tout ou partie du système informatique de l'acheteur.

<sup>134</sup> Cour des comptes, Les dépenses publiques pendant la crise et le bilan opérationnel de leur utilisation, communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale, juillet 2021.

<sup>135</sup> 18,3 Md€ selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2021. L'emploi fait de cette enveloppe exceptionnelle a été examiné par la Cour des comptes.

<sup>136</sup> 14,8 Md€.

La dotation de SPF constitue l'une des composantes des dépenses de la provision constituée au sein de l'Ondam correspondant à la gestion de la crise sanitaire : pour 2022, cette provision, fixée à 4,9 Md€, comprenait ainsi une dotation prévisionnelle de SPF de 2,6 Md€.

Ce dernier montant, retenu dans le budget initial de SPF, a néanmoins rapidement dû faire l'objet d'un complément de 1,2 Md€ lors d'un budget rectificatif adopté en mars pour couvrir des dépenses d'achat de vaccins et de médicaments contre la covid 19 effectuées à la fin de l'exercice 2021. Ce complément de dotation a été signalé par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie<sup>137</sup> en tant que facteur de risque de dépassement important de l'Ondam et a fait l'objet d'un arrêté ministériel<sup>138</sup>.

## 2 - Un recours critiquable à des fonds de concours finançant des dépenses de l'État

La Cour a relevé dans sa communication à l'Assemblée nationale relative aux dépenses occasionnées par la crise de covid 19 que les enveloppes exceptionnelles versées à SPF avaient été en partie consacrées à l'abondement de fonds de concours<sup>139</sup> venant alimenter le budget de l'État (programme 204 au sein de la mission Santé) pour financer des achats liés à la crise. En l'absence de loi de financement rectificative de la sécurité sociale, ces enveloppes, bien que de nature budgétaire, ont été décidées sans autorisation parlementaire. En 2020, ces versements ont porté sur 700 M€ et été consacrés au financement de mesures de gestion de la crise :

- transport avec la mise en œuvre du pont aérien et maritime permettant l'acheminement des masques et EPI achetés par SPF à l'étranger ;
- suivi et surveillance de l'évolution de la crise (SI, centres d'appels, etc.) ;
- acquisition de divers matériels et équipements consacrés à la gestion de crise dans les hôpitaux.

En 2021, deux fonds de concours supplémentaires ont été institués. Outre celui destiné au programme 204 (à hauteur de 280 M€), ont ainsi été mis en place :

- un fonds de concours destiné au programme 214, géré par le ministère de l'éducation nationale, pour financer l'acquisition et la distribution d'autotests dans les lycées, l'achat de capteurs de CO<sub>2</sub> ou le financement des médiateurs « lutte anti-covid » (264 M€) ;
- un fonds de concours destiné au programme 161, géré par le ministère de l'intérieur, pour financer certaines dépenses relatives à la campagne de vaccination au titre des grands centres de vaccination ou encore la campagne de tests menée par les associations de la sécurité civile et les services d'incendie et de secours (160 M€).

En 2022, l'abondement de ces fonds de concours a été fixé à 237 M€ pour le programme 204, 77 M€ pour le programme 214 et 80 M€ pour le programme 161. En outre, un quatrième fonds de concours a été institué, destiné au programme 150, géré par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, en vue de l'achat d'autotests (18,5 M€). Selon SPF, seule une partie des versements ainsi prévue pour 2022 sera en fait réalisée, compte tenu de la cinétique épidémique.

<sup>137</sup> Avis n° 2022-1 du 15 avril 2022.

<sup>138</sup> Un arrêté du 8 juin 2022 a fixé, pour l'année 2022, à 3 830 M€ le montant de la dotation exceptionnelle accordée au titre de la prévention épidémique et la constitution de stock stratégiques, et à 186,26 M€ dont 24,8 M€ pour la pandémie grippale le montant de la dotation de l'agence.

<sup>139</sup> Les fonds de concours sont définis par l'article 17 de la LOLF comme une procédure budgétaire permettant d'affecter au sein du budget de l'État, notamment, des fonds à caractère non fiscal versés par des personnes morales pour concourir à des dépenses d'intérêt public.

À la fin de l'exercice 2022, ces abondements auront donc porté en cumulé sur les trois exercices sur un peu plus de 1,8 Md€, soit un peu plus de 14 % des enveloppes exceptionnelles.

Dans la communication de juillet 2021 à l'Assemblée nationale, la Cour a recommandé de mettre en extinction l'ensemble de ces fonds de concours et de financer par des crédits budgétaires ces dépenses réalisées par les ministères.

Tout en constatant que les dépenses financées par le fonds de concours concernant le programme 204 se recentraient notamment sur des dépenses de développement des systèmes d'information contribuant à la gestion de crise et sur la communication à destination des citoyens, la Cour a rappelé qu'il importait d'approfondir la démarche amorcée de clarification de la répartition des dépenses revenant à l'opérateur SPF d'une part et à l'État d'autre part, afin de mettre fin à ce fonds de concours au terme de l'exercice 2022.<sup>140</sup>

Les documents budgétaires annexés au projet de loi de finances pour 2023 (notamment le projet annuel de performance du programme 204) confirment la perspective précédemment annoncée par les ministères chargés du budget et de la santé, d'une mise en extinction des fonds de concours.

### **3 - Des restes à payer significatifs à apurer en 2022-2023**

Le montant total des enveloppes exceptionnelles attribuées à SPF jusqu'à présent (12,8 Md€) reste inférieur aux dépenses engagées en 2020 et 2021 (près de 13,3 Md€<sup>141</sup>). Il y aura donc lieu, lorsque les passifs correspondant à ces dépenses deviendront exigibles, de prévoir un complément de dotation, en sus de ce qui sera requis pour honorer les dépenses qui auront été engagées en 2022.

À la fin du mois de mai 2022, les restes à payer<sup>142</sup> liés aux exercices 2020 et 2021 s'élevaient à 2,4Md€ (dont 1,1Md€ à apurer en 2022 et 1,3Md€ à apurer en 2023). Par ailleurs, 449 M€ d'autorisations d'engagement (AE) ouvertes en 2022 avaient alors été consommées. À la fin juin 2022, près de 2,9M€ de crédits de paiement restaient à ouvrir afin de couvrir la mise en œuvre des mesures de gestion de la covid 19.

### **C - Des arbitrages financiers à rendre prochainement dans un contexte incertain**

Le dialogue de gestion entre le ministère de la santé et SPF se traduit au printemps de chaque année par la présentation par l'établissement public de projections budgétaires pluriannuelles, sur la base desquelles le montant des concours publics de l'exercice suivant est arrêté dans le courant de l'automne.

L'examen, en cours, des demandes ainsi présentées par SPF en mai 2022 intervient dans un contexte qui reste incertain, tant sur le plan sanitaire (en particulier du fait du risque encore présent de nouvelle vague de covid 19) que financier, dans l'attente de la définition de la trajectoire financière de la branche maladie de la sécurité sociale.

<sup>140</sup> Cour des comptes, *Le budget de l'État en 2021. Résultats et gestion*, juillet 2022.

<sup>141</sup> Total des AE consommées en 2020 et 2021.

<sup>142</sup> Différence entre les consommations d'AE et celles des CP. L'existence de restes à payer ne constitue pas, en soi, une irrégularité budgétaire.

Les principales caractéristiques des projections pluriannuelles en recettes, soumises par SPF au printemps 2022, sont les suivantes s'agissant des financements publics :

- augmentation de l'enveloppe au titre du plan de pandémie grippale qui passerait de 25 M€ en 2022 à un peu plus de 70 M€ en 2025 ;
- forte diminution de l'enveloppe exceptionnelle liée à la crise de la covid 19 en 2023. Une enveloppe de 1,6 Md€ est envisagée, ce qui correspondrait globalement aux restes à payer alors à apurer, ce qui nécessiterait un ajustement de la dotation en cas de besoin de mesures nouvelles ;
- augmentation des financements au titre du fonds de lutte contre les addictions, pour passer de 28 à 31 M€ d'ici à 2025 ;
- augmentation de la dotation finançant les compétences « socles » pour passer de 158 M€ à 188 M€ entre 2022 et 2025.

En matière de dépenses, SPF a mis principalement en avant les besoins suivants :

- renforcement de son effectif permanent à hauteur de 45 nouveaux ETPT sous plafond, simultanément à la diminution de l'effectif temporaire en dehors du plafond recruté en tant que « renforts covid » ; cet effectif viendrait notamment renforcer les services chargés des missions de veille et de surveillance<sup>143</sup> ;
- augmentation des budgets consacrés aux SI, SPF escomptant la mise en place d'enveloppes d'investissement à hauteur de 2,9 M€.

Dans ces conditions, l'agence connaîtrait un résultat budgétaire négatif, correspondant à un prélèvement sur son fonds de roulement de près de 724 M€ en 2022, 0,9 M€ en 2023 puis 3,9 M€ en 2024 avant un léger relèvement (2,6 M€) en 2025. Le niveau de trésorerie reviendrait alors de 86 M€ à 81 M€ entre 2022 et 2024 et passerait à 84 M€ en 2025. Dans un contexte d'extinction de la dotation exceptionnelle, la trésorerie dégagée passerait de moins d'un mois de dépenses de fonctionnement en 2022 à 2,7 mois en 2025.

Compte tenu des arbitrages qui seront à prendre, en particulier sur les demandes relatives à l'effectif de l'agence, le ministère de la santé et de la prévention devra prioriser ses attentes mieux qu'il ne l'a fait jusqu'à présent. À cet effet, l'insertion d'une trajectoire financière indicative en annexe au prochain COP permettrait de formaliser l'adéquation entre les objectifs assignés à l'agence et les budgets qui lui seront alloués.

## **II - Une organisation administrative complexe**

### **A - Des réorganisations nombreuses malgré la phase de préfiguration**

La mise en place de SPF a été facilitée par la proximité des règles de gestion des trois anciennes agences sous l'angle des ressources humaines : la grande majorité des salariés étaient régis par un décret de 2003 et une délibération commune aux agences sanitaires. En revanche, le GIP Adalis était soumis à un statut différent qui a nécessité des ajustements.

---

<sup>143</sup> C'est sous cette hypothèse que SPF envisage la mise en place d'un dispositif de veille et de surveillance dans le domaine de la santé mentale.

L'organisation administrative de l'agence a substantiellement évolué entre 2016 et 2019, dans un contexte où SPF est resté plus de deux ans sans organigramme général nominatif. En dépit de la période de préfiguration d'un an et demi, l'organisation administrative a ainsi connu des évolutions importantes (cf. annexe n° 5) dont certaines auraient pu être anticipées. À sa création, SPF comptait 14 directions, dont 5 purement axées sur les fonctions support, des services généraux et immobiliers, une mission scientifique et internationale et une cellule juridique, qualité et maîtrise des risques. À l'été 2022, elle comptait 13 directions, dont 3 directions purement support, ainsi que la cellule précitée.

En outre, après la réalisation d'un audit à l'été 2017 qui relevait l'incapacité de l'unité technique et exploitation à évoluer, dans un contexte de pannes, de non-conformité de certains systèmes et d'insatisfaction des usagers, l'externalisation de l'infogérance<sup>144</sup> n'est devenue effective qu'à compter de mars 2020, alors que le cabinet de conseil mandaté par SPF envisageait ce changement un an plus tôt. Les faiblesses des SI et de l'expertise technique interne étaient pourtant identifiées avant la fusion des anciennes agences. L'absence totale de documentation de systèmes a retardé cette externalisation. Cette évolution est censée permettre aux agents de se concentrer sur les projets métiers à forte valeur ajoutée.

Par ailleurs, les cellules régionales de SPF sont confrontées à un problème de masse critique, signalé par un rapport de l'Igas antérieur à la création de SPF<sup>145</sup>. Des projets de réorganisation ont vu le jour pour résoudre cette difficulté. Une fusion des cellules des Hauts-de-France et de Normandie a ainsi été expérimentée tandis que des fusions des cellules régionales de Centre-Val de Loire et d'Île-de-France, d'une part, et de Bretagne et des Pays de la Loire, d'autre part, étaient envisagées. Cette expérimentation n'a toutefois pas été concluante, et les cellules régionales ont toutes été maintenues.

Par ailleurs, plusieurs cellules continuent d'avoir des équipes dispersées sur plusieurs sites<sup>146</sup>.

Enfin, la rotation de l'effectif a atteint des niveaux très élevés dans certains services, en particulier à la direction alerte et crise, où le taux de rotation a atteint 50 % en 2017, 28 % en 2018 et 36 % en 2019<sup>147</sup>. Cette évolution a nécessairement fragilisé cette direction stratégique qui, à la veille de la pandémie de covid 19, a ainsi enregistré en trois ans le départ d'un nombre d'agents quasiment équivalent à son effectif.

Ces évolutions, combinées à une priorisation insuffisante des missions pesant sur la charge de travail des agents et à des problèmes de management n'ont pas facilité le processus de fusion des établissements. Elles expliquent pourquoi SPF a identifié la prévention des risques sociaux et psycho-sociaux comme faiblement maîtrisée entre 2017 et 2019, puis moyennement maîtrisée en 2021, et la survenue de tels risques a été associée à un niveau de criticité fort jusqu'en 2019 et très fort en 2021. L'agence a conscience de ces risques et a développé un plan de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail.

---

<sup>144</sup> Responsabilité du domaine de l'administration et des réseaux et support aux postes de travail.

<sup>145</sup> Igas, *Bilan et perspectives des Cire*, avril 2015.

<sup>146</sup> C'est ainsi le cas en Occitanie (8 ETP à Montpellier, 6 à Toulouse), dans le Grand Est (9 ETP à Nancy, 3 à Strasbourg), en Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

<sup>147</sup> En 2017, cette direction a perdu 9 agents et en a gagné 16 sur un effectif de 25 au 1<sup>er</sup> janvier 2017. En 2018, 7 agents sur les 30 que comptait la direction sont partis et 10 l'ont rejointe. En 2019, 13 des 33 agents l'ont quittée et 11 l'ont rejointe.

## B - Des difficultés de travail entre directions et entre secteurs

Les difficultés éprouvées pour faire travailler ensemble les agents des différentes directions ont été plusieurs fois évoquées en réunion du comité technique de l'établissement. Elles renvoient à la difficulté institutionnelle de l'intersectorialité et posent la question de la priorisation des activités. La direction générale de SPF a ainsi reconnu à la veille de la crise sanitaire « *le défaut de plasticité des organisations de l'agence* » que l'affichage de programme transversaux ne suffit pas à résoudre. Les mécanismes de fonctionnement de l'agence étaient alors jugés « *peu porteurs d'ouvertures* » avec une organisation et des statuts présentant « *un aspect un peu enfermant* »<sup>148</sup>.

Lors de l'analyse de certains programmes, le conseil scientifique a par ailleurs relevé le défaut de relations entre certaines directions. À titre d'exemple, en mars 2020, il a regretté la quasi-inexistence de liens entre le programme Outre-mer et la direction alerte et crise. Parfois, aucun dispositif d'animation interdirection n'a été prévu ou il peut se limiter à deux réunions (par exemple pour le programme « santé mentale »), ce qui est insuffisant pour mettre en œuvre les programmes de nature transversale et les piloter dans toutes leurs composantes.

Certains programmes bien ancrés dans les missions de l'agence, comme le programme alcool<sup>149</sup>, échappent toutefois à cette lacune. Certaines évolutions comme le rapprochement de la santé au travail et de la santé environnementale et la création de la direction appui, traitements et analyses des données (Data) ont également contribué à fluidifier les relations de travail.

Les quatre pôles d'activité des services d'aide à distance en santé (Lyon, Strasbourg, Toulouse et Lille) restent isolés par rapport au reste de l'agence, y compris les cellules régionales, et ce relatif cloisonnement s'est accentué pendant la crise sanitaire. Les fiches d'appel des écoutants sont exploitées en vue de nourrir l'activité de la direction de la prévention et de la promotion de la santé mais les données collectées pourraient être davantage exploitées.

La définition de six « enjeux » au titre des programmes annuels 2021 et 2022 (cf. ci-après), dont quatre revêtent une dimension très transversale, requièrent de nouvelles modalités de collaboration entre agents. En l'absence d'évolution de l'organigramme, cette nouvelle orientation doit en effet conduire à adopter des mécanismes de coordination des projets (travail en mode projet) qui n'apparaissent pas encore matures en 2022.

## C - Des réorganisations liées à la crise sanitaire

La crise sanitaire a mis à l'épreuve l'organisation de l'agence. Malgré le rôle qu'elle doit jouer dans des contextes de crise sanitaire et près de quatre ans après sa création, SPF ne disposait toujours pas d'un unique plan de continuité d'activité (PCA), alors qu'il s'agit d'une obligation. Depuis 2019, l'agence a engagé des travaux d'élaboration d'un nouveau PCA, avec l'appui d'un prestataire externe. Ce plan n'avait pas encore été adopté à la fin de l'enquête de la Cour.

Il est en revanche à souligner que SPF a su faire preuve de souplesse d'organisation au moment de la pandémie. Au cours de la première phase de la crise, de nombreux agents ont été mobilisés dans d'autres directions que leur service d'appartenance. Des renforts ont par ailleurs été attribués en 2020, avec un premier volet de 15 ETPT hors plafond anticipés en gestion et accompagnés d'un recours à des intérimaires et à des prestataires extérieurs. Au final, en 2020, les autorisations d'emploi en « renforts covid » ont été portées à + 46 ETPT.

<sup>148</sup> Procès-verbal du comité technique d'établissement du 26 septembre 2019.

<sup>149</sup> Collaboration des directions de la prévention et promotion de la santé, des maladies non transmissibles et traumatismes, de l'aide et de la diffusion aux publics et de la Data.

Les trois directions les plus mobilisées pour faire face à la crise et qui ont bénéficié à hauteur de 81 % de l'augmentation des effectifs constatée entre 2019 et 2021 (+ 93 ETPT ; + 15 %) sont les directions des régions (+ 41 ETPT ; + 36 %) et alerte et crise (+ 22 ETPT ; + 68 %) et des maladies infectieuses (+ 13 ETPT ; + 24 %). L'établissement pharmaceutique a eu recours à des renforts pour ses besoins logistiques.

Le télétravail était déjà développé au sein de l'agence avant la crise sanitaire : environ la moitié de l'effectif (334 agents) en a bénéficié en 2019, avec une journée de télétravail par semaine pour sept télétravailleurs sur dix. Avant même la signature de l'accord-cadre relatif à la mise en œuvre du télétravail dans les trois fonctions publiques le 13 juillet 2021 et en l'absence de dispositions ou stipulations précisant les modalités de prise en charge par l'employeur, SPF avait mis en place un dispositif d'indemnisation au bénéfice de certains (jusqu'en janvier 2017), puis de l'ensemble de ses agents. Depuis le déclenchement de la crise de la covid 19, le télétravail s'est développé, avec une quasi généralisation pendant les phases de confinement sanitaire.

### **III - Une gestion des ressources humaines sous contrainte**

#### **A - Une maîtrise de l'effectif malgré des dépassements répétés des plafonds d'autorisation d'emplois**

L'exposé des motifs du projet de loi de modernisation de notre système de santé indiquait que la nouvelle agence « *permettra[it] d'améliorer [...] l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre* » et que « *la création de ce nouvel institut permettra[it], au travers des synergies qui en résulteront, de dégager des moyens pour renforcer des missions aujourd'hui mal couvertes comme la conception et l'évaluation des interventions en santé.* »

Le rapport de préfiguration de SPF mentionnait ces mêmes éléments, sans chiffrer les synergies attendues. Ainsi que le relevait le rapport d'information sur l'Éprus rédigé au nom de la commission des finances du Sénat en 2015<sup>150</sup>, le projet de création de SPF s'accompagnait davantage de demandes de moyens supplémentaires que d'une promesse de réduction des dépenses publiques. En 2016, sur plus de 600 agents, seuls 8 agents ont bénéficié d'une indemnité de départ volontaire, pour un montant total de 350 103 €.

La diminution du nombre d'ETPT<sup>151</sup> n'a pas complètement respecté les plafonds d'emplois fixés par la tutelle en 2018-2019. Après une diminution de 12 % de l'effectif cumulé des trois agences préexistantes<sup>152</sup> entre 2010 et 2015, puis une diminution de 15 ETP entre 2016

---

<sup>150</sup> Sénat, Delattre Francis, rapport d'information sur l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus), 15 juillet 2015, p. 29.

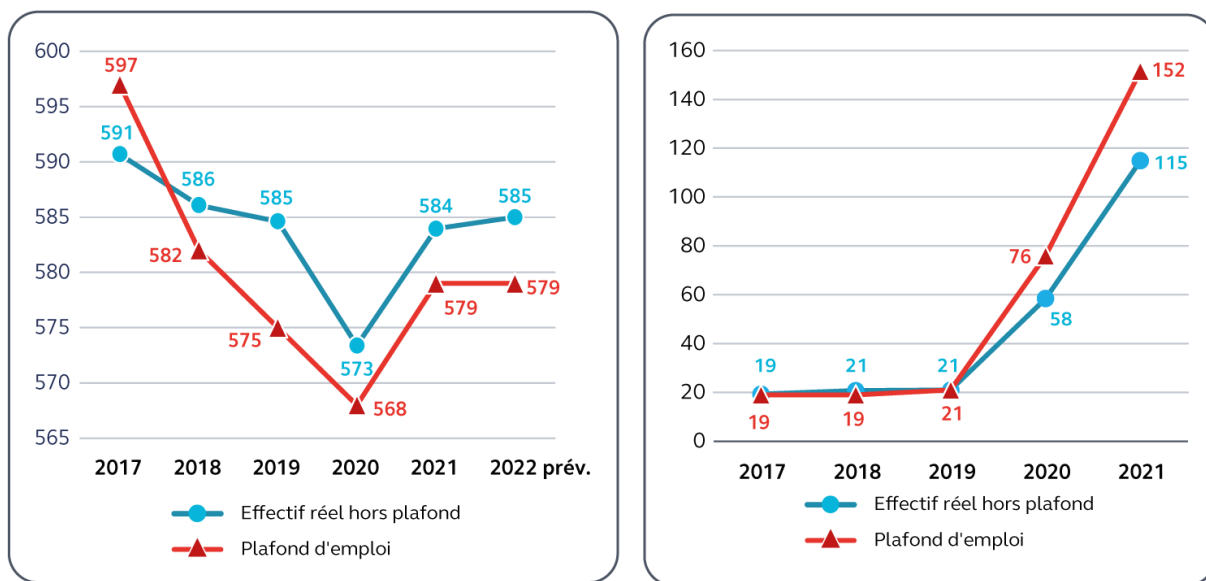
<sup>151</sup> L'ETPT est une unité de décompte proportionnelle à la quotité de travail des agents et à leur période d'activité sur l'année. Les données relatives à l'évolution de l'effectif des agents doivent être interprétés avec une certaine prudence car en début de période contrôlée, SPF ne déterminait pas sa consommation d'emplois en ETPT conformément aux dispositions prévues par le guide de décompte des emplois des opérateurs de la direction du budget, lequel ne décompte pas les agents en congé de maladie d'une durée consécutive supérieure à 30 jours. Cette façon de procéder, auparavant en vigueur à l'InVS, aboutissait à réduire le nombre d'équivalents temps plein travaillés (ETPT) consommés.

<sup>152</sup> Entre 2010 et 2015, les effectifs de l'Inpes, de l'InVS et de l'Éprus sont respectivement passés de 146 à 126 ETP, de 432 à 386 ETP et de 35 à 30 ETP.

et 2017, l'effectif total de SPF a été stabilisé entre 2017 et 2019 (- 0,7 %), à hauteur d'un peu plus de 600 ETPT. À la faveur de renforts autorisés par la tutelle au cours de la crise sanitaire, cet effectif a crû de 15 % entre 2019 et 2021 pour atteindre près de 700 ETPT.

Le plafond d'autorisation des emplois sous plafond est passé de 624,5 à 568 ETPT entre 2016 et 2020, en diminution de 9 %. Il a augmenté de 11 ETPT en 2021, en hausse de 2 %, et a été maintenu à 579 ETPT pour retrouver à peu près le niveau constaté en 2018 (582 ETPT). Si les ETPT sous plafond ont légèrement excédé les plafonds d'autorisation emplois à compter de 2018, l'autorisation de recruter des agents dans l'effectif hors plafond a permis à l'agence de mener à bien ses missions au cours de la crise sanitaire. L'effectif hors plafond<sup>153</sup>, qui regroupe les agents financés sur conventions de ressources, les apprentis et les renforts covid 19, est ainsi passé de 21 ETPT en 2019 à 58 en 2020 et 115 en 2021 (dont 96,5 ETPT au titre des renforts covid 19) quand les autorisations d'emplois correspondantes sont passées de 21 ETPT en 2019 à 76 en 2020 et 152 en 2021 (cf. double graphique n° 2).

**Graphique n° 2 : évolution de l'effectif et des plafonds d'autorisation d'emplois sous plafond (graphique de gauche) et hors plafond (graphique de droite), en ETPT**



Source : Cour des comptes, d'après données SPF

Ces évolutions peuvent difficilement être comparées à celle observée dans les agences nationales analogues compte tenu de l'hétérogénéité des missions assumées (cf. encadré).

<sup>153</sup> Les emplois dits « hors plafond » apportent une souplesse opérationnelle à l'agence et sont en particulier liés à des projets spécifiques, limités dans le temps et autofinancés. Leur nombre est plafonné.



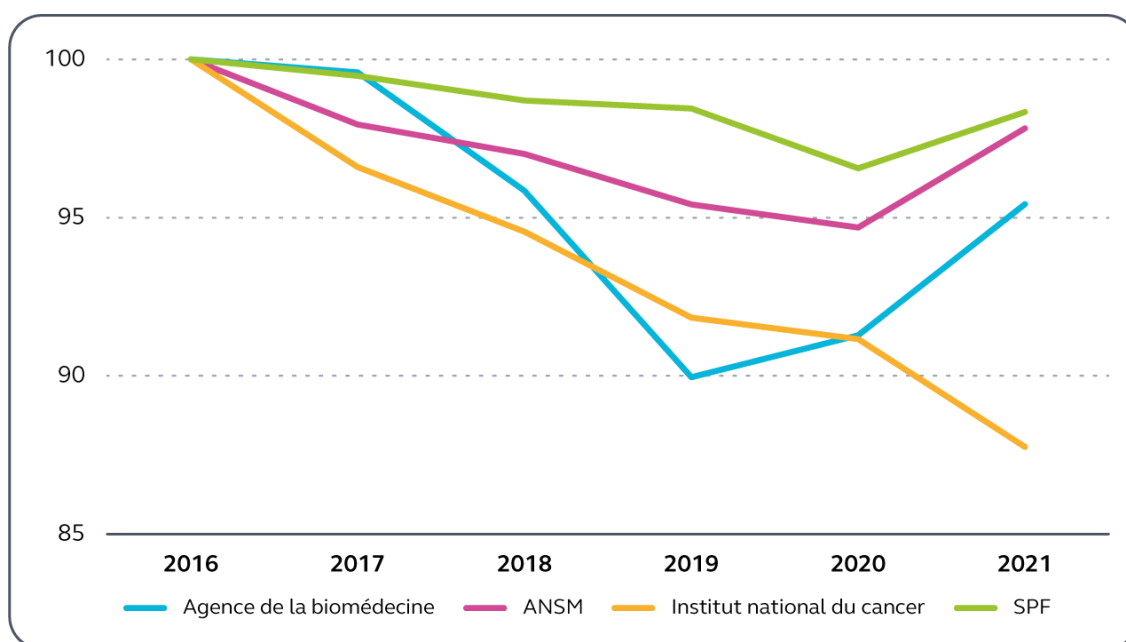
### L'évolution des effectifs d'autres agences nationales de santé publique

Aux États-Unis, le nombre d'employés des CDC est passé de 8 325 en 2007 à 11 574 en 2018, soit une augmentation de 28 % de l'effectif, évolution inverse à celle constatée en France. Entre 2018 et 2020, l'effectif des CDC a baissé de 17 % pour atteindre 10 013 employés. Une approche comparée avec SPF s'avère toutefois très délicate car les CDC bénéficient d'une interprétation très extensive de leurs missions de prévention et de contrôle des maladies. Ils exercent des missions partagées entre plusieurs acteurs en France. Ils sont par exemple en charge de la mise en œuvre de la politique vaccinale obligatoire, de fonctions ressortissant en France aux services la protection maternelle et infantile ou de la médecine du travail. Ils disposent en outre de leurs propres laboratoires de référence alors que SPF contractualise avec des laboratoires extérieurs. Enfin, le réseau du CDC *Center for global health* comprend 4 000 agents dont 1 000 à Atlanta et 3 000 recrutés dans le monde entier.

Entre 2019 et 2021, l'effectif du RKI en Allemagne a augmenté de 21 %, passant de 1 204 à 1 461, et celui de l'agence de santé publique de Suède (*Folkhälsomyndigheten*), de plus de 80 %, passant de 348 à 636 personnes. Au Canada, l'effectif de l'Agence de la santé publique est passé de 2 134 à 2 860 entre 2018-2019 et 2020-2021, en hausse de 34 %.

Le diagnostic de maîtrise de l'effectif doit faire l'objet de tempéraments. D'abord, la contrainte du plafond d'emplois a été moins forte que pour d'autres agences sanitaires.

**Graphique n° 3 : évolution des ETPT sous plafond d'emplois de quatre agences, indice 100 en 2016**



NB : le plafond d'autorisation d'emplois pour 2016 de SPF a été reconstitué (année de fusion).

Source : SPF et ministère de la santé et de la prévention pour les trois autres agences

Ensuite, l'externalisation de certaines activités<sup>154</sup> a entraîné des coûts non compensés à due concurrence par des suppressions d'ETPT et des économies réalisées sur la masse salariale. L'infogérance effective depuis mars 2020 a ainsi conduit SPF à repositionner sept des huit agents de son ancienne unité technique et exploitation<sup>155</sup>, avec la création d'un poste de responsable de pôle et des changements de catégorie d'emploi pour certains d'entre eux. En outre, pendant la crise sanitaire, les renforts correspondant à des prestations externalisées représentent un effectif important non comptabilisé dans les ETPT.

Enfin, dans un contexte de hausse des vacances<sup>156</sup>, une partie de la trentaine de vacataires des pôles d'activité de la direction de l'aide et de la diffusion aux publics, en charge de l'aide à distance en santé, ne sont pas de véritables vacataires au sens de la jurisprudence administrative<sup>157</sup>. Ils échappent à une soumission à des contrats de droit public alors même qu'ils répondent à un besoin permanent. En 2021, le montant brut annuel versé aux vacataires a atteint plus de 235 000 €<sup>158</sup> et 12 agents ont été indemnisés à hauteur de plus de 10 000 €. Les vacataires ont assuré 37 % du volume horaire et même 45 % au pôle lillois.

Conformément à un objectif fixé à sa création, SPF a dégagé des marges de manœuvre pour mener ses missions en renforçant la mutualisation des services support des organismes préexistants<sup>159</sup>. La part de l'effectif exerçant des fonctions support est ainsi passée de 21,0 % à 14,5 % entre 2016 et 2021, au bénéfice des profils métiers, en particulier de l'intervention d'urgence et, jusqu'en 2019, de la veille, de la surveillance et de l'alerte sanitaires.

Les évolutions ont toutefois été contrastées en fonction des directions, avec une diminution de 17 % de l'effectif de la DAF et de la DSI, une stagnation de celui de la direction de la communication et des hausses dans les autres directions. La DAF se démarque, avec un effectif supérieur à 50 ETPT en 2017 qui, malgré la perte de près de 9 ETPT, s'élevait encore à plus de 40 ETPT en 2021.

## B - Une masse salariale à surveiller

Sous l'effet du facteur limitant des plafonds d'autorisation d'emplois, les effectifs sont restés globalement stables entre 2016 et 2021 (- 1 %). Néanmoins, la masse salariale a augmenté de 9 % entre 2016 et 2019, passant de 42,7 M€ à 46,4 M€, et a retrouvé ce dernier niveau après une diminution constatée en 2020.

---

<sup>154</sup> Réalisation d'un retour d'expérience des études Esteban et Kannari ; inventaire et réconciliation comptable ; plateforme d'écoute et de soutien téléphonique ; retranscription des réunions institutionnelles, etc.

<sup>155</sup> Cette unité prenait en charge les demandes de support, l'administration des systèmes et intervenait sur les projets métier en expertise ou interventions planifiées en plus de ses projets techniques.

<sup>156</sup> Le volume horaire total des vacances de l'aide à distance en santé s'est élevé à 14 157 heures en 2019, 15 900 heures en 2020 et 15 615 heures en 2021.

<sup>157</sup> Un vacataire est un agent recruté pour accomplir une tâche précise, ponctuelle et limitée à l'exécution d'actes déterminés et rémunéré à la vacation. À la différence d'un agent contractuel, il n'est pas recruté pour assurer un besoin permanent et n'est pas recruté sur un emploi (CE, 11 février 2013, *M<sup>me</sup> Bakhtaoui*, n° 347145).

<sup>158</sup> Sur la base des seuls vacataires indemnisés en décembre 2021.

<sup>159</sup> Certaines mutualisations avaient été engagées avant la fusion, comme les ressources humaines et l'agence comptable (Éprus et Inpes) et la fonction de responsable de la sécurité des systèmes d'information (Éprus, Inpes et InVS).

Ces données tirées des comptes de SPF doivent toutefois être corrigées. L'augmentation rapide (8 %) constatée entre 2016 et 2017 doit être interprétée avec prudence. En effet, les dépenses de l'exercice 2017 ont été majorées par le versement de 817 873 € d'indemnités liées à la création de l'agence<sup>160</sup>. En outre, en raison du retard de signature des contrats de travail des agents du GIP Adalis, liée à la publication tardive de l'arrêté indemnitaire les concernant, 697 531 € de dépenses de l'exercice 2016 ont été reportées en 2017. D'un autre côté, les indemnités journalières de 2017 (419 000 €) ont été comptabilisées sur l'exercice 2018.

Après neutralisation de ces éléments, la masse salariale a augmenté de 5,3 % entre 2016 et 2021, soit une hausse maîtrisée de 1,0 % en moyenne annuelle (cf. tableau n° 1). La légère diminution de l'effectif et le glissement vieillesse technicité (GVT) négatif qui s'attache à l'importante rotation de l'effectif concourent à expliquer ce constat.

**Tableau n° 1 : évolution de la masse salariale, hors dépenses spécifiques à la covid 19**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016-2021
<i>Salaires et traitements</i>	30,9	34,3	33,8	33,7	33,3	34,7	12 %
<i>Charges sociales</i>	11,2	11,8	11,9	11,9	10,9	10,8	- 3 %
<i>Autres charges de personnel</i>	0,6	0,8	0,8	0,8	1,0	1,1	72 %
<i>Masse salariale</i>	42,7	46,9	46,5	46,4	45,2	46,6	9 %
<i>Masse salariale corrigée</i>	44,2	45,8	46,1	46,4	45,2	46,6	5 %

*NB : masse salariale hors impôts et taxes sur rémunérations. La masse salariale corrigée neutralise les indemnités liées à la création de SPF et rattache les dépenses de personnel aux bons exercices.*

*Source : Cour données d'après données SPF*

En raison de la crise sanitaire, les charges de personnel ont crû de 16 % en 2020 pour atteindre 53,9 M€ et de 24 % en 2021 pour s'établir à 66,7 M€. Les dépenses de personnel liées à la covid 19 ont représenté 8,7 M€ en 2020 et 20,1 M€ en 2021 ; après leur neutralisation, les charges de personnel ont augmenté de 3 % entre 2020 et 2021.

SPF ne justifie que partiellement auprès de la DGS les facteurs d'évolution de sa masse salariale. En témoignent les différences de chiffrage de certaines évolutions des rémunérations et l'absence de transmission de différents éléments<sup>161</sup> dans les documents prévisionnels de gestion des emplois et des crédits de personnel (DPGECP), qui a entraîné un avis défavorable du contrôleur budgétaire et comptable ministériel sur le DPGCEP initial pour 2020.

Jusqu'en 2021, la masse salariale a pu être globalement maîtrisée en dépit de nombreuses décisions porteuses d'impacts financiers (cf. annexe n° 7). Sous l'effet de ces différentes mesures, il n'est pas acquis que cette maîtrise puisse perdurer à compter de 2022, sauf à envisager de nouvelles réductions des plafonds d'autorisation d'emplois.

<sup>160</sup> Indemnités pour allongement de trajet pour 195 670 €, indemnités pour allongement de trajet avec changement de résidence pour 266 000 €, aide à la mobilité du conjoint pour 6 100 € et indemnités de départ volontaire pour 350 103 €.

<sup>161</sup> Tableau relatif au suivi des emplois en 2017 ; flux prévisionnels d'effectifs, dépenses associées et tableau relatif au détail des facteurs d'évolution de dépenses de personnel en 2018 et 2019 ; note explicative sur les tableaux du DPGCEP et facteurs d'évolution de dépenses de personnel en 2020 ; note explicative en 2021.

Par ailleurs, le respect global de ces plafonds s'est traduit par une accumulation d'heures de récupération<sup>162</sup> et un report des congés que la crise sanitaire a amplifié. Le nombre de jours épargnés sur des comptes épargne-temps (CET) a presque doublé entre 2016 et 2019 et même triplé entre 2016 et 2021, passant de 5 877 à 16 410 jours. La possibilité d'alimentation des CET a été majorée en 2021 compte tenu de la crise<sup>163</sup>. En décembre 2020, le coût de cette mesure avait été estimé à 540 000 € charges comprises, selon l'hypothèse d'une indemnisation d'un montant moyen de 10 jours pour 192 agents concernés.

Fin 2021, la provision comptable relative aux CET, correctement valorisée, s'élevait à 3,1 M€ et représentait 79 ETPT en année pleine ou 28 jours épargnés en moyenne par agent autorisé sous plafond d'emplois. En 2021 et 2022, les agents se sont fait indemniser des jours épargnés antérieurement à hauteur, respectivement, de 422 887 € et 474 660 € non chargés.

La fraction des jours de congés non pris liée à la gestion de la crise sanitaire a été évaluée par l'agence à seulement 37 % des jours épargnés en 2020 et 15 % en 2021. Au même titre que le recrutement d'agents en contrats à durée déterminée pour faire face à un surcroît d'activité<sup>164</sup>, ces taux relativement bas témoignent de la charge de travail structurelle qui pèse sur les équipes de SPF dans un contexte de plafonds d'autorisation emplois contraints. Cette évolution s'inscrit dans un contexte de risques sociaux et psychosociaux qualifiée de moyens par la cartographie des risques résiduels en 2021.

En l'absence de recrutements supplémentaires, le temps de travail annuel effectif des agents en fonction a augmenté. Cette évolution, qui ne se traduit pas par une charge financière dans les comptes de résultat, représente néanmoins une dette future pour l'agence<sup>165</sup>.

Enfin, la maîtrise de la masse salariale doit être interprétée avec prudence dans la mesure où elle tient en partie à des mesures d'externalisation ou de conseil. C'est le cas pour une partie importante de la gestion de ses SI, avec pour corollaire une augmentation des dépenses de fonctionnement. Dans un contexte exceptionnel d'épidémie de covid 19, marqué par un allègement des procédures de mise en concurrence<sup>166</sup>, SPF a eu recours à des prestations de conseil et d'accompagnement contractualisées pour plus de 7 M€ en 2020-2021. L'agence a passé un marché d'assistance logistique pour 0,48 M€, avec des missions complémentaires confiées au même prestataire pour 0,40 M€. SPF a également conclu un contrat d'accompagnement en appui du pharmacien de la direction alerte et crise, pour un montant porté à 0,71 M€ par six avenants. Elle a conclu un marché de conseil et d'accompagnement des activités de l'établissement pharmaceutique<sup>167</sup>, des marchés de pilotage et supervision des activités de la direction précitée et d'assistance managériale et de conseil, puis un marché de prestations d'appui opérationnel en logistique et distribution des produits de santé pour

<sup>162</sup> Mi-mai 2022, le nombre total d'heures de récupération (20 600) représentait environ 13 ETPT.

<sup>163</sup> Augmentation du plafond de 60 à 80 jours, et possibilité d'alimentation à hauteur de 20 jours.

<sup>164</sup> Ce mode de recrutement a concerné 16 agents en 2016, 36 en 2017, 29 en 2018 et 43 en 2019.

<sup>165</sup> Indemnisation de jours épargnés sur des CET et remplacements éventuels des agents utilisant leur CET ou récupérant leurs heures supplémentaires.

<sup>166</sup> Ordonnance n° 2020-319 du 25 mars 2020 portant diverses mesures d'adaptation des règles de passation, de procédure ou d'exécution des contrats soumis au code de la commande publique et des contrats publics qui n'en relèvent pas pendant la crise sanitaire née de l'épidémie de covid 19.

<sup>167</sup> Les prestations étaient un appui et tuitage avec le pharmacien en place, un support au recrutement et la mise en place de ressources pour les activités opérationnelles, la prise en charge des activités pharmaceutiques relatives aux fonctions de la plateforme (assurance qualité et contrôle qualité), des comptes rendus, une supervision et un coaching des équipes.

3,40 M€, un marché d'appui aux processus d'assurance et de contrôle qualité en matière pharmaceutique pour 0,56 M€ et un marché d'appui en méthodologie et gestion de projet pour 0,60 M€. Compte tenu des travaux menés par le Sénat en 2021-2022<sup>168</sup>, la Cour n'a pas approfondi l'analyse de ces marchés dans le cadre du présent contrôle.

### **C - Une gestion des emplois et des parcours professionnels à élaborer**

L'agence a rédigé des fiches emplois repère pour préciser de manière détaillée les finalités, les activités, les conditions d'emploi et les comportements professionnels requis de ces agents. Hormis en 2020-2021, elle mène annuellement des entretiens d'évaluation avec environ 90 % de ses agents. Le processus d'évaluation des agents gagnerait néanmoins à être formalisé par une note de la direction générale ou du directeur des ressources humaines.

À ce jour, SPF n'a pas formalisé de gestion des emplois et des parcours professionnels. Si cette lacune ne l'a pas empêché de maîtriser sa masse salariale et de respecter globalement son plafond d'emplois, elle devrait néanmoins être corrigée. Une gestion prévisionnelle adossée au futur COP permettrait de mettre en œuvre les orientations arrêtées par les pouvoirs publics et de concrétiser les objectifs fixés à SPF, relatifs à une stratégie régulièrement mise à jour portant sur les besoins en compétences et à une vision prospective des recrutements.

La définition d'une stratégie est d'autant plus nécessaire que l'effectif de SPF, quoique modérément âgé (fin 2019, l'âge moyen des agents était de 45 ans et 4 mois), va connaître des besoins de renouvellement importants des compétences dans les années à venir. Ce défi ne saurait être relevé sans une consultation étroite avec l'État, les autres agences et la HAS, dans le cadre d'une réflexion commune sur l'attractivité de la carrière d'expert sanitaire.

### **D - Une gestion perfectible des frais de mission**

SPF applique la réglementation relative aux missions et déplacements des agents civils mais a prévu dès 2016 des plafonds de remboursement des nuitées<sup>169</sup> et des indemnités journalières de missions plus favorables que ce que prévoit la réglementation. Les écarts entre les plafonds de remboursement se sont toutefois réduits avec la revalorisation des forfaits réglementaires en 2020. L'agence dispose d'une note de procédure relative aux missions et déplacements, qui n'est plus à jour et devrait être actualisée.

En raison de la crise sanitaire, les frais de déplacement ont été globalement multipliés par huit entre 2017 et 2021, en passant de 1,9 à 17,2 M€ avec des variations hétérogènes. Les frais de mission des agents, experts et membres de la gouvernance de SPF ont été divisés par 5 au cours de cette période, en raison de l'impact des confinements et du développement du télétravail et des visioconférences en 2020-2021. Inversement, les frais de déplacement des réservistes sanitaire ont été multipliés par 13 compte tenu de leur mobilisation pour faire face à la crise de la covid 19, pour atteindre 17,1 M€ en 2021.

---

<sup>168</sup> Sénat, commission d'enquête sur l'influence croissante des cabinets de conseil privés sur les politiques publiques, *Un phénomène tentaculaire : l'influence croissante des cabinets de conseil sur les politiques publiques*, mars 2022.

<sup>169</sup> Plafonds de 120 € pour les villes du Grand Paris et dix grandes villes et 90 € pour les autres lieux.

Le nombre d'états de frais liés à la réserve sanitaire traités a triplé entre 2017 et 2020 et de nouveau doublé entre 2020 et 2021 ; parallèlement, le nombre d'ordres de mission a été multiplié par près de huit<sup>170</sup>. Compte tenu de la constance de l'effectif de l'unité en charge des missions et des déplacements et d'un recours tardif à des renforts lors de la crise sanitaire, SPF a accumulé en 2021 et début 2022 plusieurs mois de retard de traitement des états de frais.

Jusqu'à l'automne 2022, le responsable de l'unité précitée était le seul agent en son sein habilité à valider les états de frais après contrôle, activité chronophage qui explique pour partie le retard accumulé dans le contexte décrit précédemment. L'habilitation d'un second agent est prévue pour la fin de l'année 2022.

## **IV - L'insuffisante robustesse des systèmes d'information**

### **A - Des progrès limités depuis la création de l'agence**

Au regard de ses missions, notamment d'observation épidémiologique, de surveillance de l'état de santé des populations et de veille sur les risques sanitaires, les SI sont nombreux (cf. cartographie en annexe n° 8) et représentent un enjeu fort pour SPF.

Le Sénat avait relevé dans un rapport de 2007<sup>171</sup> l'absence de SI harmonisé d'échange de données entre agences sanitaires et administrations centrales. Compte tenu de la faiblesse des progrès réalisés depuis lors, la DGS a demandé en 2016 à SPF d'assurer l'interopérabilité des SI mis en place pour la surveillance (tels que Voozanoo, e-SIN pour les infections nosocomiales et e-DO) avec le portail de signalements et le SI de vigilance et de sécurité sanitaire (SI-VSS) au niveau des ARS. La stratégie pluriannuelle mettait également en avant la nécessité de fiabiliser et sécuriser les SI. En 2018, le ministre de la santé avait fait de la modernisation des dispositifs de surveillance épidémiologique la première mission du directeur général de SPF et l'avait invité à moderniser, urbaniser et rationaliser les SI de veille sanitaire.

À sa création en mai 2016 et dans l'attente de l'élaboration de son premier COP, validé en février 2018, la stratégie de l'agence s'est fondée sur un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) intermédiaire couvrant notamment la fusion des SI préexistants et la poursuite des projets métiers lancés préalablement. Il contient 53 projets prioritaires dont bon nombre ont été reportés ou se sont étalés sur les années ultérieures.

À la signature du COP, la stratégie qui devait reposer initialement sur un SDSI s'est en réalité appuyée sur des feuilles de route annuelles. Si celles-ci permettent de recenser les besoins métiers, cet exercice a une portée principalement à court terme contrairement à un SDSI. Par ailleurs, l'estimation des charges en jours-hommes n'apparaît pas exhaustive et les facteurs de priorisation des projets sont insuffisamment définis. Jusqu'à 2021, les projets à mettre en œuvre ne bénéficiaient d'aucune note de priorité et en 2021, SPF classait 47 % des projets en priorité 1 et 50 % en priorité 2, ne permettant pas réellement de les hiérarchiser.

---

<sup>170</sup> En intégrant également les autres missions et déplacements, le nombre d'ordres de mission et d'états de frais ont respectivement atteint 5 506 et 3 281 en 2021.

<sup>171</sup> Sénat, rapport d'information de M<sup>me</sup> Nicole Bricq, n° 355 (2006-2007) fait au nom de la commission des finances sur le dispositif des agences en matière de sécurité sanitaire, 27 juin 2007, p. 30.

Parallèlement, le dispositif de pilotage a été renforcé par l'arrivée en mai 2018 d'une coordinatrice de projets au sein de la DSI et le déploiement en 2021 d'un logiciel de gestion de projets. Si ce dernier permet de gérer les projets de manière plus centralisée, il reste encore en cours d'appropriation par les agents en 2022. Ces défaillances ont été aggravées par une sous-exécution des dépenses d'investissement consacrées aux SI qui s'est amplifiée jusqu'en 2020<sup>172</sup> avant un rétablissement en 2021.

Ce manque de clarté et de précision de la stratégie explique pour partie l'insuffisance des progrès accomplis depuis 2016. Les SI présentent en 2022 des situations d'obsolescence et exposent l'agence à des risques d'indisponibilité (cf. ci-après) et d'exploitation malveillante de failles de sécurité. Sur les 504 serveurs dont dispose la DSI sur sa propre infrastructure ou sur celle de ses prestataires, environ 23 % reposent sur des systèmes d'exploitation qui ne sont plus maintenus par leurs éditeurs. La moitié de ces serveurs sont toutefois des serveurs d'intégration ne contenant pas de données sensibles et certaines migrations vers de l'hébergement cloud ont été l'occasion de mettre à niveau certains de ces modules.

Cette situation est aggravée pour SurSaUD®, application essentielle dont l'ensemble des technologies, de la couche serveur à la couche applicative, sont obsolètes. Un projet de refonte de l'application vise à se doter d'une nouvelle plateforme d'ici 2023. Celle-ci pourrait bénéficier plus largement de la récupération des données pré-hospitalières des Samu ainsi que d'une augmentation du nombre de décès certifiés électroniquement et du nombre de services d'urgence remontant leurs données à l'agence.

La crise sanitaire a également vu naître de nouvelles applications visant à couvrir ce périmètre, dont les principales sont les systèmes d'information de dépistage (SI-DEP) et de vaccination (VAC-SI). Si SPF n'assure pas la collecte de ces données, confiée respectivement à l'Assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP) et à la Cnam, elle a mis en œuvre des traitements statistiques visant à exploiter ces données et à les publier, en particulier sur des plateformes publiques<sup>173</sup>. Le projet d'entrepôt national des données de biologie (ENDB) vise notamment à reprendre les fonctionnalités de SI-DEP et à étendre son champ d'application jusqu'aux résultats d'un ensemble plus large d'examens de biologie médicale.

En matière de surveillance sanitaire, SPF récupère depuis 2019 les données relatives aux infections respiratoires aiguës et aux infections associées aux soins provenant SI-VSS opéré par la DGS. Par ailleurs, elle a également continué à dématérialiser le processus de déclaration des MDO. Cette dématérialisation, déjà effective pour le VIH, les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC), le chikungunya, la dengue, le virus du Nil occidental et la maladie à virus zika, a été élargie à la tuberculose. Alors même qu'elle était déjà recommandée en 2012 par la Cour lors de son contrôle de l'InVS<sup>174</sup>, elle reste à étendre à plus d'une vingtaine d'autres MDO, pour lesquelles les projets de dématérialisation ont été mis en pause durant la crise sanitaire.

Quant aux SI de l'établissement pharmaceutique, reposant sur des logiciels de gestion des stocks et d'entrepôt, ils souffrent d'un manque d'interopérabilité entre eux et ont été complétés durant la crise sanitaire par un logiciel de gestion logistique pour pallier la difficile gestion des références et des mouvements de stocks dans les applications historiques. La direction alerte et crise a lancé un projet visant à se doter d'un progiciel de gestion intégrée et à couvrir par ce biais l'ensemble des besoins d'ici 2024.

<sup>172</sup> Taux d'exécution de 82 % en 2017, 86 % en 2018, 72 % en 2019 et 26 % en 2020 (hors covid 19).

<sup>173</sup> En particulier [data.gouv.fr](https://data.gouv.fr) et [geodes.santepublique.fr](https://geodes.santepublique.fr).

<sup>174</sup> Cour des comptes, rapport sur la gestion de l'InVS au cours des exercices 2002 à 2010, juillet 2012.

Si l'agence a bien identifié les faiblesses de ses applications métiers et a lancé des refontes visant à les résorber, la réussite de ces projets n'est pas garantie au vu de leur ampleur et de la capacité limitée des ressources internes à les gérer simultanément. À cet égard, il s'agit d'un problème structurel dans la mesure où la direction générale de l'InVS faisait déjà état d'une « *capacité de réalisation limitée des équipes [...] chargées de la définition des besoins et la rédaction des cahiers de charges* » lors du précédent contrôle de la Cour. L'externalisation de certains processus vise à repositionner des agents sur des projets de refonte des SI.

## **B - Une externalisation croissante des systèmes d'information**

La fusion des DSI préexistantes s'est accompagnée d'un déménagement des infrastructures au siège de SPF. Devant les difficultés éprouvées par la direction à fournir un service de qualité, un audit confié au cabinet CG2 Conseil en 2017 a identifié de nombreuses faiblesses comme le manque de compétences, l'insuffisance du management, le manque d'organisation des équipes, l'obsolescence et la défaillance des processus informatiques.

Deux recommandations de l'audit consistaient à mettre à niveau les ressources internes pour les faire évoluer vers l'état de l'art ou à recourir à l'externalisation. La première option ayant été jugée trop risquée, l'agence a opté pour l'externalisation d'une partie de ses activités. La nouvelle organisation interne s'est traduite par le maintien des compétences relatives au pilotage, à la gestion de projets, à la sécurité et à l'architecture des SI. SPF a parallèlement eu recours à des marchés de tierce maintenance applicative (TMA)<sup>175</sup> et d'infogérance<sup>176</sup> pour le support utilisateur, la supervision et la maintenance de l'infrastructure technique.

Au total, les dépenses en matière de prestations informatiques, qui progressent d'année en année, s'élèvent à un total de 28,8 M€ de 2016 à 2022. Ces prestations permettent à l'agence de bénéficier de compétences spécifiques mais elles se sont traduites par diverses faiblesses :

- deux marchés de TMA relatifs aux développements en matière d'informatique décisionnelle et de gestion de sites internet ont été arrêtés compte tenu des difficultés des prestataires à répondre aux besoins et ont été relancés ;
- l'activité d'hébergement a subi de nombreuses migrations, par nature risquées. Si une partie des infrastructures étaient auparavant dans la salle machine de SPF, elles ont migré à partir de 2016 chez un prestataire, puis à partir 2020 chez un infogérant et migreront de nouveau fin 2022 chez le nouvel infogérant, après que SPF a décidé de ne pas activer l'option de renouvellement pour un an du premier marché d'infogérance, pour insuffisance de la qualité de service<sup>177</sup> ;

---

<sup>175</sup> La tierce maintenance applicative est définie réglementairement comme « *les prestations qui consistent à conserver un système d'information dans un état lui permettant de remplir sa fonction. Ces prestations de maintien en condition opérationnelle et de maintien en condition de sécurité s'exécutent à titre préventif ou correctif. Elles peuvent également concerner des prestations d'évolution ou d'adaptation des logiciels* ». Cinq marchés de TMA ont été mis en œuvre à partir de 2018 permettant à la DSI de pallier l'absence de développeurs internes et de couvrir les besoins informatiques relatifs à certaines technologies. Deux autres marchés de TMA étaient en cours d'élaboration en juin 2022.

<sup>176</sup> L'infogérance désigne l'externalisation des prestations de gestion ou d'exploitation de tout ou partie du système informatique de l'acheteur. Le premier marché d'infogérance, entré en vigueur en mars 2020, se terminera en octobre 2022. Un nouveau marché d'infogérance lui succèdera alors.

<sup>177</sup> Les indicateurs de performance, comme les taux de disponibilité des applications métiers et les délais de résolution des incidents, étaient en dessous des engagements contractuels. De plus, certaines failles de sécurité remontées par le responsable de la sécurité des SI ont été insuffisamment prises en compte par le prestataire.



- l'activité de support utilisateur, confiée à partir de mars 2020 à l'infogérant, a fait l'objet de nombreuses insatisfactions, comme des problèmes de qualité et de lenteur dans la réponse aux demandes et la résolution d'incidents.

Si SPF a accompagné progressivement l'externalisation par la création de deux postes dédiés au suivi du marché d'infogérance, d'une équipe de gestion de projets<sup>178</sup> encadrant les prestataires assurant des missions de développement, la mise en œuvre d'indicateurs de performance associés aux activités externalisées, de comités de suivi avec les prestataires ou encore de pénalités, ces contrôles doivent être renforcés afin d'atteindre le niveau de satisfaction escompté.

## C - Des risques d'indisponibilité

Dans l'éventualité d'un incident affectant la disponibilité de son SI, SPF a déployé un dispositif de secours informatique reposant sur trois composantes : une salle machine hébergeant la production et une majorité des applications métiers, une salle de secours située dans un second bâtiment et un centre de données de l'infogérant hébergeant le reste des applications métiers.

Si le siège bénéficie de deux liens internet distincts physiquement permettant une connexion continue à internet en cas de coupure d'un des deux liens, des travaux étaient en cours à l'été 2022 afin d'améliorer la redondance et la robustesse de certains liens de télécommunication de l'agence avec ses partenaires qui ne sont pas encore redondés<sup>179</sup>.

SPF réalise une sauvegarde quotidienne des données de production de la salle machine sur les serveurs de la salle de secours mais ce dispositif ne garantit pas une reprise rapide et fonctionnelle de ses applications métiers en cas d'incident affectant la disponibilité de son site de production. Pour ce qui est des applications hébergées chez l'infogérant, un exercice de bascule de la production du centre de données nominal vers celui de secours a été envisagé mais n'a jamais eu lieu. La proximité des salles machine et de secours fait par ailleurs courir le risque de perdre la production et les sauvegardes associées en cas d'incident affectant les deux bâtiments, sans qu'une sauvegarde tierce n'ait été mise en place sur un site plus éloigné.

Consciente de ces enjeux, SPF a classé en 2021 le risque de défaillance majeure de ses SI comme l'un des plus critiques, avec un niveau de maîtrise moyen et une criticité très forte<sup>180</sup>. Des actions visent à en réduire le niveau de risque, comme le projet de transformation des infrastructures qui devrait se concrétiser en 2023 pour pallier les risques d'indisponibilité. Cependant, celles-ci doivent être mises en œuvre et complétées pour résorber l'ensemble des risques relatifs à l'indisponibilité des SI.

---

<sup>178</sup> Cette unité comprend notamment trois directeurs de projets et sept chefs de projets applicatifs.

<sup>179</sup> Les liens de télécommunications avec le réseau interministériel de l'État permettant l'échange de flux entre l'agence et les autres organismes publics, avec la plateforme nationale des stocks stratégiques de santé pour la gestion des flux liés à l'Établissement pharmaceutique et avec l'infogérant ne sont actuellement pas redondés et sont donc plus facilement sujets à des coupures.

<sup>180</sup> D'après la cartographie des risques de SPF mise à jour en décembre 2021.

## V - Une stratégie immobilière pertinente

Avant 2016, l'Inpes et l'Éprus louaient des locaux à Saint-Denis, le GIP avait signé des baux de location pour ses pôles régionaux et l'InVS occupait un bâtiment, dont il était propriétaire, à Saint-Maurice (Val-de-Marne). Lors de son contrôle de l'Inpes, la Cour avait estimé élevées ses dépenses immobilières et l'avait invité à réfléchir à une solution alternative.

La fusion des établissements s'est traduite entre 2016 et 2018 par un regroupement des agents à Saint-Maurice grâce à la construction de bâtiments provisoires. La mise en service au printemps 2019 du nouveau bâtiment (Simone Veil) a permis de pérenniser ce regroupement. SPF bénéficie d'un ancien bâtiment et d'une convention avec les hôpitaux de Saint-Maurice pour l'occupation du terrain du siège. Elle bénéficie par ailleurs d'une autorisation d'occupation temporaire du domaine public avec le ministère des armées pour l'occupation d'une emprise militaire consacrée à la PN3S. Enfin, elle dispose d'antennes locales pour ses cellules régionales et les pôles de la prévention et de l'aide à distance en santé, régis par des modalités juridiques diverses.

Le schéma pluriannuel de stratégie immobilière de SPF avait estimé pertinent en 2016 le projet de regroupement des agents sur un site unique et considéré que le rapport entre les dépenses liées à ce projet (17,5 M€) et les loyers annuels versés au titre des organismes fusionnés (1,7 M€) permettait un retour sur investissement à dix ans, susceptible d'être amélioré par des économies attendues sur les charges de fonctionnement. En pratique, l'évolution des dépenses effectives confirme l'ordre de grandeur de ce retour sur investissement de la construction qui a coûté 16,4 M€. En coûts complets, le coût annuel de fonctionnement des anciennes implantations s'élevait à 4,16 M€ en 2015, contre 1,98 M€ pour le nouveau siège en 2021, soit une économie annuelle de 2,18 M€.

En revanche, le souhait exprimé par la direction du budget de regrouper au siège les agents des pôles de la prévention et de l'aide à distance en santé ne s'est pas concrétisé, pérennisant une coupure entre ceux-ci et le reste des équipes et ne permettant pas d'obtenir tous les gains d'efficacité attendus. En outre, une unité mixte de recherche composée d'épidémiologistes de SPF et de chercheurs de l'université Paris XIII et du Conservatoire national des arts et métiers n'a pas été intégrée au siège. SPF devrait envisager sa relocalisation.

---

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

---

*En corollaire à l'augmentation des actions ou financements que SPF a eu à organiser depuis sa création, les concours publics alloués par l'État, et désormais par l'assurance maladie, ont connu une augmentation marquée depuis 2016. Cette trajectoire budgétaire a été bouleversée à la suite des missions importantes confiées à SPF lors de la crise de la covid 19, notamment pour contribuer en 2021 à la conduite de la politique vaccinale.*

*Dans le même temps, dans un contexte de baisse du plafond d'emplois, mais moins accentuée que pour d'autres agences, SPF a mené à bien d'importantes réorganisations de ses structures.*

*Santé publique France a néanmoins laissé s'accumuler au cours de ces dernières années un ensemble de retards dans la conduite de chantiers informatiques, qui lui imposent dorénavant un plan de charge conséquent sur le plan des systèmes d'information. Par ailleurs, plusieurs décisions sur le plan des rémunérations intervenues en 2021 risquent de rendre moins maîtrisable l'évolution des charges de personnel au cours de ces prochaines années.*

*S'agissant de la gestion de l'agence, la Cour formule les recommandations suivantes :*

- 5. produire, dans l'annexe 8 au PLFSS des informations financières sur SPF identiques à celles qui étaient mentionnées jusqu'en 2019 dans l'annexe générale au PLF relative aux opérateurs de l'État (Ministère de la santé et de la prévention) ;*
  - 6. mettre en extinction les fonds de concours destinés au financement d'achats liés à la crise sanitaire et financer ces achats par des crédits budgétaires (Ministère de la santé et de la prévention et Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique) ;*
  - 7. adopter un schéma directeur des systèmes d'information et assurer sa déclinaison opérationnelle en priorisant plus finement les projets associés, en définissant la cible à atteindre et en élaborant les modalités de suivi (SPF).*
-



# **Chapitre III**

## **Des attentes à l'égard de SPF**

### **à expliciter davantage**

Des facteurs plus structurels ont pesé sur la gestion de l'établissement public : la stratégie doit être clarifiée (3.1), la gouvernance n'exerce pas la plénitude de ses attributions (3.2) enfin les relations avec la tutelle et les ARS sont à conforter, dans une logique de priorisation des interventions (3.3).

#### **I - Une stratégie à clarifier**

Depuis sa création en 2016, SPF a connu deux périodes bien distinctes. Jusqu'en 2019, cet établissement public était préoccupé par sa propre mise en place après la fusion des quatre organismes préexistants, ainsi que par l'accomplissement de ses missions. Depuis le début de l'année 2020, l'agence a vu ses priorités et ses modes d'action bouleversés sous l'effet de la crise de la covid 19 et des mesures d'urgence qu'elle a rendu nécessaires.

#### **A - Des attentes en matière de santé publique à préciser**

##### **1 - Un contrat d'objectifs et de performance adopté tardivement**

Le contrat d'objectifs et de performance (COP) entre l'État et SPF, prévu par la réglementation<sup>181</sup>, a été signé le 12 février 2018 pour la période 2018-2022. Ce document a été conclu près de deux ans après la création de l'agence, qui a ainsi fonctionné sans document stratégique de programmation en 2016 et 2017, en dépit d'une phase de préfiguration antérieure de plus d'un an et demi. Le COP a été adopté à l'issue d'un processus conduit par la DGS et l'agence, avec l'appui de l'Igas. Avant sa présentation aux instances internes et sa validation par le conseil d'administration en novembre 2017<sup>182</sup>, il avait été soumis à un comité de pilotage réuni pour amorcer les travaux de groupes de travail interministériels animés par l'Igas puis pour valider les objectifs poursuivis.

---

<sup>181</sup> Article R. 1413-12 du code de la santé publique, qui prévoit une délibération du conseil d'administration de SPF sur ce point

<sup>182</sup> À cette date, les indicateurs du projet de COP n'étaient toutefois pas stabilisés.

La crise de la covid 19 a fait passer au second plan la mise en œuvre des objectifs du COP, la priorité ayant été accordée à la réponse aux attentes des pouvoirs publics pour contribuer à gérer cette crise d'ampleur inédite. Le COP n'aura donc été réellement utilisé pour le pilotage de SPF qu'en 2018 et 2019.

## 2 - Une contribution imparfaite du COP au pilotage de l'agence

Même si le contenu du COP n'est pas précisé dans le code de la santé publique, il a vocation à être comparable aux documents du même type conclus entre l'État et ses opérateurs définis par circulaire<sup>183</sup>. Ils doivent ainsi préciser les objectifs assignés à l'établissement<sup>184</sup>, ainsi que leurs modalités de suivi<sup>185</sup>. Il est par ailleurs recommandé<sup>186</sup> que les indicateurs utilisés répondent à un ensemble de critères de qualité : être significatifs (en couvrant des enjeux importants), mesurables (les systèmes d'information permettant de disposer des informations nécessaires à leur calcul à intervalles réguliers), atteignables, choisis de telle sorte que le résultat qu'ils mesurent soient imputables à l'action de l'opérateur, et assortis d'une cible afin de traduire une démarche d'amélioration de la performance.

Au regard du référentiel en vigueur, ces COP sont aussi susceptibles de donner lieu à une trajectoire financière indicative pluriannuelle<sup>187</sup>, notamment pour s'assurer de l'adéquation entre les missions et les moyens d'un opérateur nouvellement constitué. Dans le cas de SPF, le COP présente plusieurs caractéristiques qui l'éloignent de ce standard de qualité.

Le COP a bien été assorti de 22 objectifs, mais aucun d'entre eux n'est directement rattachable aux objectifs du programme 204 (Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins), qui constituait pourtant une référence potentielle jusqu'en 2019, et dont certains objectifs auraient pu guider l'action de SPF, comme le taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de plus de 65 ans, la prévalence du tabagisme quotidien ou le pourcentage de traitement des signalements en une heure.

Dans ces conditions, l'ensemble des objectifs du COP sont dits opérationnels car non liés au projet annuel de performance (PAP). Le dispositif mis en place pour en assurer le suivi repose essentiellement sur des comptes rendus peu quantifiés : dans un cas sur deux, la remise de notes ou de rapports doit permettre d'apprécier le respect de l'objectif<sup>188</sup>. Seuls quatre objectifs font l'objet d'un indicateur chiffré<sup>189</sup>, sans toutefois qu'ait été fixée une valeur cible à atteindre (cf. tableau n° 2).

<sup>183</sup> Circulaire du Premier ministre du 26 mars 2010 relative au pilotage stratégique des opérateurs de l'État.

<sup>184</sup> Il est ainsi prévu que les objectifs puissent être spécifiques à l'opérateur sous la forme d'objectifs opérationnels de gestion ou d'activité ou décliner le PAP. Ce projet retrace la stratégie, la justification des crédits demandés au Parlement, les objectifs, les indicateurs et les cibles à atteindre.

<sup>185</sup> Indicateurs assortis de valeurs cibles et d'actions à conduire, rapports de performance annuels et évaluation générale à la fin du contrat.

<sup>186</sup> Direction du budget, *Guide méthodologique pour la construction de COP*.

<sup>187</sup> Selon ce guide, de telles trajectoires « ne doivent pas être considérées comme des engagements de l'État sur les "moyens" accordés à l'établissement, mais comme une feuille de route représentant des hypothèses d'atteinte de résultats en fonction de l'ensemble des ressources et des emplois prévus sur cette période ».

<sup>188</sup> C'est notamment sous cette forme que la SPF doit rendre compte de ses actions concernant l'entretien et l'optimisation des capacités opérationnelles de la réserve sanitaire, contribuer à définir les priorités du ministère de la santé en matière de sécurité sanitaire ou de prévention et promotion de la santé à partir des résultats de la surveillance ou encore contribuer à la gestion efficiente des stocks stratégiques ou tactiques.

<sup>189</sup> Sont ainsi concernés la prise en compte des inégalités sociales et territoriales dans les dispositifs d'observation et de surveillance des maladies et facteurs de risque, le degré de dématérialisation des dispositifs de surveillance, la fréquence de traitement en comité de direction exécutif des questions de sécurité des SI et la proportion de nouveaux SI mis en production homologués et le nombre de publications scientifiques issues de travaux de SPF dans des revues à comité de lecture.

**Tableau n° 2 : modalités de restitution pour apprécier le respect des objectifs opérationnels**

	Notes ou rapports	Indicateurs chiffrés	Tableau	Point d'information oral au CA	Portail	Guide	Jalon
Nombre d'indicateurs concernés	11	4	2 <sup>190</sup>	2	1	1	1

Source : COP 2018-2022 conclu entre l'État et SPF

La faiblesse du COP reflète aussi l'absence d'objectifs chiffrés de la stratégie nationale de santé et du « plan national de santé publique - priorité prévention », adopté en mars 2018. Ce plan n'établit pas d'articulation précise avec les autres plans de prévention thématiques existants<sup>191</sup>. En outre, la Cour a déjà relevé qu'il n'est pas assorti d'objectifs nationaux pluriannuels coordonnés et accompagné d'un calendrier. Il ne peut donc pas être évalué, contrairement à la situation qui prévaut en Angleterre, en Allemagne et en Italie qui, tout en ayant opté pour une planification pluriannuelle largement décentralisée, l'ont assortie d'indicateurs de résultats chiffrés.

À titre d'exemples, *Public Health England* a inscrit son action dans une perspective de réduction chiffrée de la pollution de l'air et du niveau de sucre dans la nourriture et les boissons d'ici 2020 (*NHS Long-Term Plan* de 2019) et des programmes locaux ont fixé des cibles chiffrées pour prévenir l'alcoolisme<sup>192</sup>. De même, la stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025 a fixé un objectif de 10 % de fumeurs quotidiens et occasionnels à l'horizon 2025 et le plan d'action interministériel 2017-2021 a fixé des objectifs chiffrés<sup>193</sup>.

Le COP de SPF n'a pas explicité les objectifs d'amélioration de la santé de la population et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) et n'a pas défini d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs de santé. La programmation pluriannuelle, quoique plus précise, souffre des mêmes défauts : malgré la forte présence de la question des inégalités, le conseil scientifique a par exemple relevé, lors de son évaluation du programme « milieux de vie favorables à la santé » qu'aucune action, ni *a fortiori* aucun indicateur n'avaient été retenus pour juger à l'horizon 2022 de la contribution du programme à l'amélioration de la santé environnementale en France, ni de la réduction des ISTS.

<sup>190</sup> Les tableaux attendus de SPF consistent, d'une part, en une cartographie des dispositifs de surveillance et, d'autre part en un suivi du nombre, de la liste, des délais de traitement et de la pertinence des saisines en provenance des ARS pour rendre compte de l'appui donné à ces dernières.

<sup>191</sup> Cour des comptes, *La politique de prévention en santé. Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies*, communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, 2021, p. 11.

<sup>192</sup> Voir par exemple l'*East Sussex alcohol harm reduction strategy 2021-2026*.

<sup>193</sup> Réduire de 10 % l'écart de mortalité prématurée entre les personnes les plus défavorisées et les plus favorisées ; atteindre un niveau élevé de bien-être émotionnel et psychosocial chez au moins 80 % de la population ; atteindre une consommation minimale de cinq fruits et légumes chaque jour, chez plus de la moitié de la population ; accroître de 20 % la proportion de jeunes (12-17 ans) actifs durant leurs loisirs et déplacements.

Les lacunes du COP expliquent pour partie les difficultés de son suivi par la DGS et l'agence. Le point d'information inscrit à l'ordre du jour du conseil d'administration du 11 mars 2019 a fait l'objet de peu de débats<sup>194</sup>. En 2020 et 2021, le conseil d'administration n'a jamais eu à connaître de la mise en œuvre du COP, en raison de la crise sanitaire. Seules deux réunions opérationnelles s'en sont tenues en fin d'année 2020 et en juin 2021. Si la pandémie a relativisé la portée de certains indicateurs, elle n'a toutefois pas remis en cause la mise en œuvre des missions et les administrateurs auraient pu continuer à suivre le COP. Le conseil d'administration ne devrait ainsi se voir présenter un bilan de la mise en œuvre du COP qu'à la fin de l'année 2022, après identification des besoins nouveaux à couvrir et des améliorations à envisager dans le cadre du COP 2023-2027

Sur un plan plus qualitatif, le COP couvre l'ensemble des missions, mais il souffre d'un manque de vision stratégique. Les axes sont présentés de manière cloisonnée. Par ailleurs, alors que l'approche en termes de fardeau global des maladies s'est développée depuis les années 1990 dans l'approche des politiques de santé publique, elle est absente du COP.

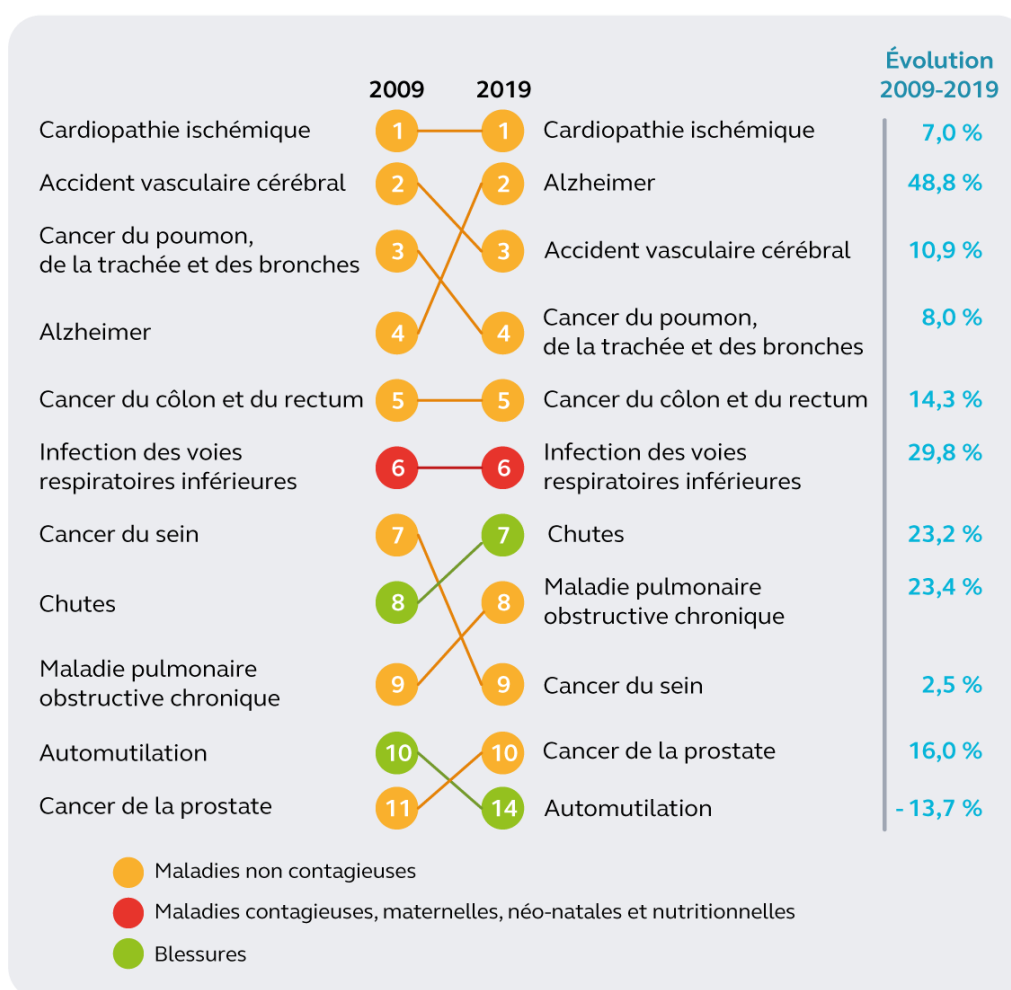
**Le *Global Burden of Disease*, standard international  
sur les causes de mortalité et le poids des maladies**

Le *Global Burden of Disease* (GBD) est une étude annuelle internationale qui vise à mesurer les effets sur la santé de plus de 100 maladies et blessures dans 171 pays, en estimant la morbidité et la mortalité selon l'âge, le sexe et la région géographique. S'appuyant sur une collaboration de plus de 1 800 chercheurs, elle est placée sous la direction de l'*Institute for health metrics and evaluation* de l'université de Washington. Elle permet de mesurer l'impact sur l'espérance de vie en bonne santé de chacune des grandes pathologies. Dans le cas de la France, elle aboutit notamment à identifier les maladies causant le plus de décès (schéma n° 1).

<sup>194</sup> La direction générale de SPF a alors fait état de difficultés pour deux indicateurs, annoncé la présentation à venir de deux indicateurs relatifs aux activités internationales et présenté trois axes du contrat.



## Schéma n° 1 : classement des causes de décès en France



Source : Institute for Health Metrics and Evaluation

La France participe à cette étude internationale et est partie prenante de l'initiative européenne du *European Burden of Disease Network*. Les premiers résultats des travaux menés par SPF et la Cnam ont été publiés dans le rapport charges et produits pour 2022<sup>195</sup>.

Le retard pris par SPF et ses partenaires dans la déclinaison infranationale du fardeau global des maladies ou charge de morbidité (*Global burden of disease – GBD*) n'a pas facilité une approche priorisée des actions fondée sur des éléments probants. L'Association internationale des instituts nationaux de santé publique (Ianphi) a également constaté cette lacune dans son rapport

<sup>195</sup> Selon la Cnam, le GBD une méthode scientifique visant à quantifier la charge de morbidité de manière systématique et comparative, par pathologie, âge, sexe et zone géographique à un moment donné, en se basant sur des indicateurs combinant des mesures de morbidité et de mortalité. Ces indicateurs sont le nombre d'années de vie perdues, le nombre d'années vécues avec une incapacité et le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité. Ces estimations enrichissent les indicateurs standards, tels que les prévalences ou la mortalité en intégrant l'espérance de vie, les poids de sévérité et d'incapacités liés aux pathologies. Ils permettent de suivre l'état de santé dans le temps et de le comparer entre des groupes de population.

d'évaluation d'avril 2019. L'agence de santé publique du Royaume-Uni a développé un partenariat avec l'*Institute for health metrics and evaluation* qui lui a permis d'affiner sa vision de la charge de morbidité à un niveau territorial<sup>196</sup>. SPF doit désormais décliner au niveau local ce type d'analyse, afin d'aider à mieux cibler les politiques de prévention.

## B - Une démarche de performance à améliorer

Le ministère de la santé n'a pas assigné à SPF d'objectifs chiffrés d'efficacité et l'absence de priorisation des actions complexifie l'élaboration d'une démarche de performance encore peu mature. En 2014, l'étude d'impact du projet de loi relatif à la santé prévoyant la création future de SPF évoquait « *l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre* » et le « *respect des plans d'économie du gouvernement, tant en matière d'effectifs que de moyens globaux de l'ensemble des structures publiques concernées* ». Elle précisait que « *La création de ce nouvel institut permettra[it], au travers des synergies qui en résulteront, de dégager des moyens pour renforcer des missions aujourd'hui mal couvertes comme la conception et l'évaluation des interventions en santé.* » Elle ne proposait toutefois aucune trajectoire précise et aucun objectif chiffré pour améliorer l'efficacité des agences. Le Sénat appelait de ses vœux « *une synergie par la mutualisation de certaines fonctions support* »<sup>197</sup>.

Le rapport de préfiguration de SPF, publié en juin 2015, souffrait pour sa part d'une ambiguïté : après avoir rappelé la diminution des ressources budgétaires et des plafonds d'emplois des agences préexistantes entre 2010 et 2015 et sans nier la logique d'efficacité, il estimait que « *la création du nouvel établissement [devait] s'accompagner d'un signal fort sur le plan des ressources permettant de donner de la visibilité et de la stabilité pour au moins les trois prochaines années* » et qu'un contrat de stabilité assorti d'engagements pluriannuels devait être signé. Il jugeait ainsi nécessaires des dépenses nouvelles.

### Les objectifs fixés lors de la préfiguration de SPF<sup>198</sup>

- construire un *continuum* entre les missions de santé publique autour de l'axe populationnel ;
- donner un nouvel élan à la prévention et promotion de la santé ;
- consolider le système national de veille et de surveillance ;
- renforcer l'expertise en santé publique (épidémiologie, prévention, évaluation) ;
- réformer la gouvernance ;
- moderniser les approches à l'ère du numérique ;
- inscrire l'agence dans une dimension régionale et renforcer ses capacités en Outre-mer ;
- travailler résolument à l'international, dans un contexte mondialisé.

<sup>196</sup> Collectif, « *Changes in health in the countries of the UK and 150 English Local Authority areas 1990-2016 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016* », *The Lancet*, vol. 392 November 3, 2018, pp. 1647-1661.

<sup>197</sup> Rapport n° 653 (2014-2015) de M. Alain Milon, M<sup>mes</sup> Catherine Deroche et Élisabeth Doineau, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 juillet 2015.

<sup>198</sup> Bourdillon (François), Rapport de préfiguration de l'Agence nationale de santé publique, 2015, p. 31.

## C - Un foisonnement de programmes peu propice à un pilotage efficient jusqu'à la crise sanitaire

La définition des orientations générales de SPF incombe au conseil d'administration, ce qui se traduit par l'adoption de plusieurs documents : outre le COP, il a en effet à se prononcer sur les orientations stratégiques pluriannuelles et sur le programme de travail annuel<sup>199</sup>, sans pour autant que la réglementation précise le contenu de ces documents, ainsi que la manière dont ils s'articulent entre eux.

Le conseil administration a bien adopté ces orientations pluriannuelles, sous le terme de « *stratégie 2022* » et délibère chaque année sur les programmes de travail. Il s'avère néanmoins que le COP, d'une part, et ces orientations pluriannuelles et les programmes annuels de travail, d'autre part, sont assez peu articulés. Alors que les 5 objectifs stratégiques du COP reprennent les missions des agences préexistantes<sup>200</sup>, les 27 programmes de la « *stratégie 2022* » et les programmes annuels 2016 et 2017 étaient structurés de manière différente, selon des déterminants de santé et des milieux (9 programmes), des pathologies (5 programmes), des populations (3 programmes), des territoires et des interventions (3 programmes) et des infrastructures (7 programmes). Ce cadre foisonnant (256 pages en 2017 et 231 pages en 2018) couvre la majeure partie des activités de SPF mais n'a pas favorisé une priorisation des missions dans un contexte de ressources humaines contraintes.

Dès 2016, la DGS a souhaité que le programme annuel comporte une estimation chiffrée des moyens mobilisés sur chaque sous-programme. Dans sa lettre de mission adressée au directeur général de SPF en 2018, le ministre de la santé a souhaité une « *adaptation des mécanismes de programmation, de régulation et de pilotage comptables et financiers à la nature des actions conduites afin d'assurer avec la tutelle une visibilité et soutenabilité des missions* ». Le conseil scientifique a également regretté l'impossibilité d'identifier les ressources mobilisées pour mettre en œuvre les programmes et les projets menés. Malgré ces demandes, l'agence n'a jamais présenté ainsi ses programmes de travail, même si elle est capable d'identifier en partie les moyens qui leur sont affectés. Depuis 2019, SPF a accru le nombre d'indicateurs associés à ces programmes sans remédier à cette difficulté.

Enfin, les programmes de travail ne précisent pas les méthodes de priorisation qui ont présidé à leur élaboration, en se fondant en particulier sur le GBD. À titre d'exemple, la place occupée par les chutes dans le classement des causes de décès en France (à la septième place en 2019) ne s'est pas reflétée dans la programmation.

Le suivi de la programmation reste également perfectible. Jusqu'en 2021, SPF n'était pas outillée pour suivre finement ses projets car elle recourait pour ce faire aux logiciels bureautiques usuels, rendant la collecte et l'analyse des données chronophages en termes de suivi et d'exploitation. Depuis 2021, elle s'est dotée d'un logiciel de gestion de projets, censé permettre de disposer d'une vision d'ensemble avec des informations consolidées et une automatisation de la remontée de données nécessaire au suivi de la mise en œuvre des

---

<sup>199</sup> [Article R. 1413-12 du code de la santé publique.](#)

<sup>200</sup> Améliorer et optimiser la surveillance épidémiologique et la veille sur les risques sanitaires ; développer et garantir l'efficacité des actions de prévention et de promotion de la santé ; assurer de façon optimale la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires ; contribuer en termes d'expertise aux politiques de santé publique au niveau régional et à l'international ; assurer une gestion et un pilotage efficient.

programmes, dans une perspective d'aide à la décision. En 2022, cet outil reste toutefois en cours d'appropriation, la direction des systèmes d'information (DSI) ayant été la seule direction à alimenter le logiciel dans un premier temps. Afin d'assurer le succès de cette démarche, l'ensemble des activités doit être intégré dans l'outil et les ressources budgétaires et le temps consacrés aux missions doivent être identifiés, afin de disposer d'une vision claire par projet.

Enfin, les programmes ne prévoient pas de composante consacrée à leur évaluation ; les futurs COP et programmations pluriannuelles devront remédier à cette lacune.

## **D - Une réorientation de la programmation à affiner**

En 2020, SPF a modifié sa programmation. Ses projets sont regroupés depuis 2021 en six « enjeux » visant à en améliorer la lisibilité dans une perspective plus stratégique<sup>201</sup> et dont la maturité est hétérogène. Malgré l'identification de son importance dans sa stratégie pluriannuelle après l'adoption du plan national climat de 2017 et son apparition dans les priorités de la DGS, le changement climatique est par exemple une orientation récente dans les travaux de l'agence. Par ailleurs, malgré l'identification de leur importance dès la création de SPF, les ISTS faisaient l'objet de mesures dispersées et mal coordonnées, avec une appropriation inégale<sup>202</sup>. Leur reconnaissance en tant qu'« enjeu » est un progrès pour identifier et résorber ces inégalités.

La démarche de rationalisation de la programmation, propice à une priorisation des actions menées, est à encourager, mais elle a toutefois été décorrélée du COP 2018-2022. Cette évolution aurait au contraire dû faire l'objet d'un avenant à ce contrat. En outre, le programme 2022 de SPF reste dépourvu de tout indicateur chiffré et ne présente toujours pas les ressources humaines et budgétaires consacrées aux enjeux et aux projets.

Le COP adopté en 2018 arrive à expiration fin 2022. Tant le ministère de la santé et de la prévention que SPF prévoient un aboutissement rapide du prochain contrat, sans faire de l'adoption de la prochaine stratégie nationale de santé un prérequis. La conclusion du prochain COP sera d'autant plus nécessaire qu'il s'agira de déterminer les priorités stratégiques de SPF dans un contexte encore marqué par les conséquences de la crise de la covid 19. Il sera donc important qu'il prenne en compte les priorités sanitaires ressortant d'études telles que celles du GBD et comprenne des objectifs assortis d'indicateurs chiffrés permettant de s'assurer que les actions de SPF répondent bien aux attentes des pouvoirs publics.

---

<sup>201</sup> En sus de l'enjeu de la covid 19, les enjeux définis pour mieux structurer et prioriser la programmation sont les suivants : anticipation, préparation et réponse aux menaces de santé publique ; numérique en santé publique ; santé environnementale, changement climatique, environnements de travail ; fardeau des maladies et de leurs déterminants, efficacité des interventions et retour sur investissement de la prévention ; stratégie de prévention, marketing social et approche par populations ; inégalités sociales, vulnérabilités territoriales.

<sup>202</sup> Parmi les travaux récents, étude de l'impact de la « défavorisation sociale » sur la dynamique d'infection au Sars-CoV-2 en France entre mai 2020 et avril 2021, rapport sur la mobilisation de connaissances pour favoriser l'accès à la vaccination contre la covid 19 des populations en situation de précarité, étude sur la vaccination des personnes en situation de grande précarité, campagne d'incitation à l'arrêt du tabac visant les fumeurs les plus fragiles sur le plan socio-économique.

## **II - Une gouvernance qui n'exerce pas la plénitude de ses attributions**

### **A - Une faible impulsion du conseil d'administration sur le pilotage stratégique**

Alors que le conseil d'administration doit fixer les orientations de la politique de l'agence<sup>203</sup>, il n'a pas joué de rôle dans la définition des axes du COP. La préparation de ce contrat n'a pas donné lieu à des échanges avec cette instance, ainsi que l'a regretté sa présidente.

La spécificité des missions et le positionnement de SPF expliquent en partie le faible rôle du conseil d'administration sur les questions stratégiques. Les missions héritées de l'Éprus confèrent ainsi à la nouvelle agence, dans le domaine des interventions d'urgence, un rôle d'opérateur logistique de l'État ayant à exécuter les décisions prises par le ministère de la santé. Pour le compte de l'État et de ses établissements publics, SPF met par ailleurs en œuvre les programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités. Enfin, à la demande du Gouvernement, elle participe à des actions et instances internationales et européennes et y représente la France.

Pour autant, indépendamment de ces missions où son rôle consiste à exécuter les décisions du ministère de la santé, SPF peut s'autosaisir de toute question et, plus largement, dispose d'une certaine latitude pour définir sa stratégie. Or, depuis 2016 et en dépit des présentations de l'activité de l'agence effectuées en conseil d'administration, les débats sur les orientations générales sont restés épisodiques et peu nourris, en particulier dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé ou pour réfléchir au cadre d'emploi de la réserve sanitaire. La Cour avait déjà eu l'occasion de relever le caractère très formel des conseils d'administration de l'Inpes<sup>204</sup>.

Les grandes orientations sont élaborées en amont des séances du conseil d'administration. Ces derniers sont précédés de pré-conseils entre représentants de l'État et direction de SPF, au cours desquels des positions sont arrêtées, rendant la présence des administrateurs représentant l'État assez formelle. Les autres administrateurs, minoritaires, n'alimentent guère les débats, certains d'entre eux ayant exprimé le sentiment que les décisions étaient déjà prises en amont des séances. Pour sa part, le conseil scientifique a regretté en mars 2019 le positionnement insuffisant des administrateurs sur la stratégie scientifique.

Indépendamment de ce problème de positionnement, les obligations réglementaires<sup>205</sup> en matière de projets de délibérations soumis au conseil d'administration sont respectées, à l'exception de l'absence de délibération sur un plan pluriannuel d'investissement en bonne et due forme. Les délibérations budgétaires et administratives sont majoritaires : en 2018, sur les

---

<sup>203</sup> Article L. 1413-9 du code de la santé publique.

<sup>204</sup> Cour des comptes, *L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*, 2013.

<sup>205</sup> Article R. 1413-12 du code de la santé publique.

32 délibérations soumises au vote, 22 concernaient des sujets budgétaires. Cette caractéristique s'est accentuée lors de la crise sanitaire avec la multiplication de réunions du conseil d'administration en formation restreinte (24 réunions en 2020 et 10 en 2021)<sup>206</sup>, même si les sujets ne se bornent pas à des enjeux purement budgétaires (gestion des stocks stratégiques).

## B - Un rôle positif mais incomplet du conseil scientifique

Le conseil scientifique veille à la qualité et à la cohérence de la politique scientifique de l'agence. Il a en particulier pour missions<sup>207</sup> de :

- donner un avis sur les orientations de recherche, d'expertise<sup>208</sup> et d'études de l'agence ainsi que sur sa politique de partenariat scientifique et de programmation ;
- assister la direction de l'agence dans l'élaboration de procédures d'appels à projets ;
- valider et superviser le processus d'évaluation de l'activité scientifique de l'agence, et émettre, sur la base des résultats obtenus, des recommandations à la direction ;
- donner un avis sur la nécessité de constituer des comités d'experts.

Il compte 27 membres et son président est nommé parmi ses membres par le ministre chargé de la Santé, après avis du conseil scientifique. Lors de son dernier contrôle de l'InVS, la Cour avait estimé souhaitable de renforcer la présence au conseil scientifique de représentants des autres agences sanitaires. Le conseil scientifique, dans sa composition issue de son renouvellement intervenu en 2021, ne compte toujours pas de représentants des autres agences.

Le conseil scientifique a joué un rôle effectif jusqu'à la crise sanitaire. Il a rendu des avis sur le COP, la programmation pluriannuelle et les programmes annuels de travail ; il a par ailleurs examiné 12 des 27 programmes<sup>209</sup>. Sa forte implication dans les orientations scientifiques témoigne de la qualité du travail et du niveau de réflexion qu'il apporte. Ses travaux jouent un rôle d'aiguillon et ont contribué à l'évolution de la stratégie de l'agence observée depuis 2020. Le conseil scientifique qui intervenait *a posteriori* sur les choix de programmation a été associé *in itinere* à la définition des six nouveaux enjeux.

Son implication dans les orientations et les programmes contribue à garantir le niveau d'expertise des directions de SPF. Toutefois cette activité, qui repose sur le bénévolat, connaît ses limites, d'autant plus que la composition du conseil renouvelé en 2020 est très internationale et pourrait être confrontée à une moindre disponibilité de ses membres.

---

<sup>206</sup> Le conseil d'administration siège en formation restreinte, lorsque la confidentialité est requise par son président ou par le ministre chargé de la santé afin de protéger des secrets de la défense nationale, de la sécurité civile ou des secrets des affaires. Il est alors composé de son président, de représentants de l'État et des régimes obligatoires d'assurance maladie.

<sup>207</sup> Article R. 1413-20 du code de la santé publique.

<sup>208</sup> Au sein de l'agence, la notion d'expertise sanitaire ne concerne que les comités d'experts et s'appuie sur la charte de l'expertise sanitaire et la norme Afnor NF X 50-110 de l'expertise.

<sup>209</sup> Tabac ; alcool ; nutrition ; santé mentale ; milieux de vie favorables à la santé ; santé-travail ; avancer en âge ; programme régional intégré de santé publique ; Outre-mer ; expertise en PPS ; communication, valorisation scientifique et dialogue avec la société ; stratégie scientifique et internationale.

Le rôle de cette instance n'a toutefois pas toujours été compris par les équipes de SPF et a nécessité des échanges avec elles. Contrairement à son homologue de l'Anses<sup>210</sup>, le conseil scientifique ne comprend pas parmi ses membres des personnels scientifiques de SPF, lesquels pourraient être dotés d'une voix consultative<sup>211</sup>. Une telle évolution renforcerait le dialogue entre ce conseil et les équipes de SPF, et faciliterait la compréhension de ses travaux.

Malgré son rôle actif, le conseil scientifique n'a été sollicité ni pour élaborer des procédures d'appel à projets, ni pour valider et superviser des processus d'évaluation de l'activité scientifique de l'agence.

### **C - Un repositionnement du comité d'orientation et de dialogue à mettre en œuvre**

La charte de l'ouverture à la société, signée en 2016 par sept établissements publics de recherche, d'expertise ou d'évaluation des risques, prévoit que SPF doit « *mettre en partage les connaissances scientifiques disponibles mais aussi les incertitudes, les ignorances, les questionnements et les controverses* ». Le comité d'orientation et de dialogue de SPF peut être mobilisé pour atteindre cet objectif. Il doit contribuer au développement des débats publics et des réflexions collectives sur les problématiques de santé publique et à pour missions<sup>212</sup> de :

- contribuer à la pertinence des actions de l'agence en lui apportant sa vision des problématiques de santé publique et des questions de société qu'elles posent ;
- proposer des priorités et des orientations pour son programme annuel de travail ;
- contribuer à l'amélioration des modalités de communication et des conditions de diffusion des connaissances en santé publique ;
- permettre à SPF de nourrir les débats sur les questions de santé publique.

À ces fins, ce comité devait « *faire monter en puissance de nouveaux espaces d'ouverture à la société, avec des applications coaching plus modernes* »<sup>213</sup>. Cet objectif n'a pas été atteint depuis la création de l'agence.

Il aurait été utile de connaître ses analyses, mais il a joué un rôle discret au cours de la crise de la covid 19. Alors que la problématique des inégalités sociales devant la maladie, qui s'inscrit dans les priorités de SPF, était un terreau fertile pour ses travaux, le comité ne s'est pas prononcé sur ce point depuis 2020 et, plus largement, a peu contribué à la pertinence des actions et aux débats sur les questions de santé publique.

Plus de six mois après le début de la pandémie de Sars-CoV-2 et sur autosaisine, le comité avait seulement rédigé une note d'orientation sur la communication en période de crise, à la tonalité critique et assortie de propositions, qui a été validée par le conseil d'administration le 30 novembre 2020. En amont, le 7 mai 2020, le comité avait adressé à la direction générale et à la présidente du conseil d'administration une première note sur ce sujet.

---

<sup>210</sup> L'article R. 1313-24 du code de la santé publique prévoit que le conseil scientifique comprend trois membres à voix consultative désignés parmi les personnels scientifiques de l'agence par leurs pairs.

<sup>211</sup> Article R. 1413-19 du même code.

<sup>212</sup> Article R. 1413-26 du même code.

<sup>213</sup> Procès-verbal du conseil d'administration de l'agence du 23 novembre 2017.

Le comité doit par ailleurs composer avec l'existence d'autres instances de concertation associant la société civile, comme la Conférence nationale de santé, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, la comitologie propre à SPF ou encore le Comité de contrôle et de liaison covid 19. Dans ce contexte, son rôle et son positionnement n'ont pas été définis précisément avant une clarification intervenue en 2021 et après avoir fait l'objet d'une controverse. La question du statut de ses productions écrites illustre cette difficulté.

Le conseil d'administration a estimé difficile de dissocier dans la communication externe l'agence elle-même et ce comité. Lors du conseil d'administration du 26 février 2018, un représentant du comité avait indiqué que la validation de ses notes d'orientation ne relevait que de la décision de ce dernier. Pourtant, après des échanges relatifs au contenu d'une note relative à la nutrition, le conseil d'administration a décidé de valider la publication de ces notes. En 2019, à l'initiative de la présidente du conseil d'administration, la rédaction de la seconde note relative à la nutrition a été modifiée, limitant de ce fait l'autonomie d'expression du comité. Cette note a été validée fin novembre 2020, plus de deux ans après sa finalisation. En juin 2022, la note d'orientation et de dialogue sur la perception du cannabis de décembre 2019 n'était toujours pas validée et mise en ligne sur le site internet de SPF.

Dans leur bilan de mandature, le comité a fait part de son « *sentiment d'un rendez-vous manqué avec l'agence* ». Ignorant l'utilité de leur travail, ils ont eu l'impression de travailler en parallèle de l'agence. Dans un contexte marqué par un faible nombre de saisines, ils ont considéré que SPF a méconnu l'apport d'une discussion avec des interlocuteurs non scientifiques et que « *le manque d'interpellation de la part de l'agence témoigne d'une forme de malaise entre les deux structures, qui n'ont pas su comment interagir.* »

Compte tenu de cet échec relatif, la direction de SPF a clarifié ses attentes vis-à-vis du comité en avril 2021. Elle souhaite « *disposer d'un comité avec lequel elle interagit de manière régulière et dans la durée, qui connaît et comprend ses missions et les objectifs [...] qu'elle poursuit, et qui lui permet d'entendre différents points de vue sur les activités et manières de faire de l'agence du fait de leurs connaissances et de leur vécu et expériences.* »

Malgré cette tentative de clarification, le rôle joué par les membres de la seconde mandature du comité depuis le printemps 2021 s'est avéré plutôt effacé jusqu'à l'été 2022 : hormis un groupe de travail spécifique sur l'appropriation des messages « au dernier kilomètre » qui devrait faire l'objet d'un document formalisé, aucun autre groupe de travail n'a été constitué et aucune note d'orientation n'était en cours de réflexion à cette période. Le comité doit désormais mettre en œuvre ses missions réglementaires et adopter un programme de travail afin de conforter le positionnement et la légitimité de SPF dans les débats publics.



### **III - Des relations avec la tutelle et les ARS à conforter dans une logique de priorisation**

#### **A - Une hiérarchisation insuffisante des missions par la tutelle**

Le fait que la tutelle soit exercée par le seul ministre chargé de la santé<sup>214</sup> facilite le suivi des activités et du fonctionnement de l'agence. Depuis la création de cette dernière, la relation avec la tutelle exercée en pratique par la DGS apparaît claire. Elle est formalisée en particulier par un protocole sur les modalités de travail dans l'exercice de leurs missions, signé par les directeurs généraux de la santé et de SPF le 21 décembre 2016. Aux termes de ce texte, la DGS assure la tutelle administrative et financière de l'agence, définit les objectifs stratégiques qu'elle lui assigne et les ressources qu'elle lui alloue en conséquence.

La DGS a également élaboré des documents relatifs aux modalités de saisines des agences sanitaires et elle organise des réunions régulières avec SPF, indépendamment des réunions hebdomadaires de sécurité sanitaire. Enfin, le COP est un outil censé être le support du dialogue stratégique entre la tutelle et l'agence.

En pratique, le dialogue de gestion a été mis en œuvre de manière effective depuis la création de l'agence, mais il reste confronté à une série de limites. Tout d'abord, SPF n'a pas détaillé les coûts liés aux programmes qu'elle met en œuvre<sup>215</sup>, pas plus qu'elle n'a renseigné la direction du budget sur les déterminants de l'évolution de sa masse salariale entre 2017 et 2020, limitant de ce fait la possibilité pour la tutelle d'apprécier sa performance.

La priorisation des actions menées par SPF relève d'une responsabilité partagée avec la tutelle. Or, la DGS a adressé des priorités annuelles d'un nombre très hétérogène et en croissance continue avec un quadruplement entre 2019 et 2022, passant d'une vingtaine à près de quatre-vingt-huit<sup>216</sup>. Le nombre de ces priorités, sans qu'aucune hiérarchie soit par ailleurs établie entre elles, remet en cause la notion même de priorités.

À rebours de cette pratique, dans plusieurs de ses notes annuelles, la DGS a demandé à SPF de prioriser ses activités et, dans cette perspective, d'enrichir ses programmes annuels d'une visée stratégique et d'indications sur les moyens affectés et les priorités de réalisation. Jusqu'à la crise sanitaire, peu de progrès avaient été accomplis en la matière. Ce manque de priorisation, ressenti par les agents, ressort notamment de comptes rendus de réunions du comité techniques d'établissement et de l'évaluation professionnelle de certains agents.

---

<sup>214</sup> Article L. 1413-1 du code de la santé publique.

<sup>215</sup> L'agence ne dispose pas de comptabilité analytique au sens du décret relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. Sa comptabilité budgétaire comprend toutefois une codification analytique permettant une vision des coûts par grandes politiques publiques. Certaines dépenses sont également spécifiquement suivies sur des comptes de comptabilité générale permettant également d'appréhender leurs coûts « complets ».

<sup>216</sup> À titre d'exemple, la DGS a fixé 89 priorités pour 2022, dont 9 en matière de sécurité sanitaire, 3 pour la lutte contre les addictions, 7 pour la nutrition et l'activité physique (comme le lancement d'une étude sur la précarité alimentaire), 11 pour les déterminants environnementaux, 8 pour la santé mentale, 3 pour la santé sexuelle et les maladies transmissibles, 4 pour les maladies chroniques non transmissibles (comme par exemple une contribution à l'évaluation des programmes de dépistages organisés des cancers), 14 sur les déterminants environnementaux (comme le suivi des pathologies associées aux perturbateurs endocriniens ou la lutte contre les gastro-entérites aiguës hivernales), 9 pour la prévention de l'antibiorésistance, 5 pour une approche populationnelle, 1 sur le service sanitaire des étudiants en santé (enrichissement de l'offre pédagogique), 4 pour l'accompagnement des politiques publiques, 4 pour l'Outre-mer, 3 pour l'international et 2 pour le pilotage budgétaire.

L'agence devra remédier à cette lacune, qui plus est si elle n'obtient pas des arbitrages favorables sur ses demandes pluriannuelles formulées auprès de sa tutelle en mai 2022.

## **B - Une prise en charge perfectible des saisines**

La DGS et les ARS saisissent régulièrement SPF pour recueillir son expertise sur diverses questions de santé publique comme des agrégats spatio-temporels de cancers, l'impact sanitaire de pollutions environnementales ou d'accidents technologiques.

En novembre 2021, l'agence a constaté la nécessité de revoir le processus de traitement des saisines de la DGS, compte tenu de ses insuffisantes clarté et structuration, d'une analyse trop peu transversale au sein de l'établissement et d'une articulation insatisfaisante avec d'autres processus. En outre, les outils de suivi restaient hétérogènes. Quelques mois plus tôt, la DGS avait également dressé un constat analogue qui l'avait conduite à fixer comme priorités pour 2022 à SPF la mise en œuvre de modalités de travail garantissant le respect des délais de réponse impartis.

SPF a tenté d'y remédier en réinstaurant l'analyse des saisines en comité de direction, en révisant avec la tutelle la procédure pour partager les mêmes définitions des saisines et des sollicitations, en définissant des critères de qualification plus précis et en recourant à un unique outil de suivi partagé avec un enregistrement dans le logiciel de gestion de courrier, la création d'un tableau de suivi et la définition d'un circuit de prise en charge et de traçabilité. En avril 2022, l'agence recensait plus de 200 réponses à des saisines qui n'avaient pas été enregistrées dans ce logiciel.

En pratique, les saisines ont un impact très hétérogène sur les directions de SPF. Les cellules régionales, la direction alerte et crise et la direction des maladies infectieuses doivent traiter des demandes des ARS relativement nombreuses et au traitement souvent chronophage. Inversement, la direction de la prévention et de la promotion de la santé et, plus encore, la « direction scientifique et international » et la direction de l'aide et de la diffusion aux publics sont peu concernées.

## **C - Une expertise peu utilisée pour la formulation de recommandations**

### **1 - Une expertise partagée avec d'autres structures**

La législation confie à SPF la mise en œuvre d'une expertise répondant aux principes de l'expertise sanitaire pour l'exercice de ses missions, que ce soit pour la délivrance d'avis demandés par le ministère de la santé ou pour la formulation de recommandations à propos de questions dont elle se saisit<sup>217</sup>. Ces dispositions marquent un accroissement des missions de SPF par rapport à la situation antérieure : la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 n'avait pas reconnu une expertise propre à l'InVS qui était seulement destinataire d'expertises réalisées par d'autres organismes.

---

<sup>217</sup> Article L. 1413-5 du code de la santé publique. L'article R. 1413-1 du même code prévoit que SPF coordonne l'expertise en matière de lutte et de prévention contre les infections associées aux soins, exerce une fonction d'expertise et d'appui en matière de promotion de la santé, de prévention et d'éducation pour la santé et fournit à l'État une expertise logistique pour préparer et gérer les situations de crise et mettre en œuvre des plans de réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires.

Le positionnement de SPF diffère de celui de la HAS qui est une autorité publique indépendante et qui, comme l'avait indiqué le rapport de la commission d'enquête du Sénat<sup>218</sup>, est chargée, dans le cadre d'une approche médicale, de conseiller les professionnels de santé sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces.

De nombreux champs d'expertise restent partagés entre SPF et d'autres agences sanitaires ou organismes publics, auxquels des missions d'expertise sont également confiées. Tel est le cas de l'Anses<sup>219</sup>, de l'Inca<sup>220</sup>, de l'Agence de la biomédecine (ABM)<sup>221</sup>, de l'ANSM<sup>222</sup>. Par ailleurs, le Haut conseil de la santé publique (HCSP), sans constituer une agence sanitaire, est une structure d'expertise fréquemment mobilisée par le ministère de la santé et qui s'appuie pour ses travaux sur des moyens mis à disposition par les agences sanitaires.

### **Le rôle pivot du Haut Conseil de la santé publique en matière d'expertise**

Les interactions et la mise en commun de l'expertise des agences sanitaires interviennent en pratique davantage au HCSP, dont les agences sont membres de droit, que lors des réunions du Comité d'animation du système d'agences (Casa).

Créé en 2004 et installé en 2007, le HCSP sollicite et coordonne les expertises nécessaires à l'élaboration d'avis et recommandations relatives à la gestion des risques sanitaires, ainsi qu'à la conception et évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire. À ce titre, il s'appuie notamment sur l'expertise des agences sanitaires. À la différence de ces dernières, qui disposent de leurs propres experts, le HCSP sollicite et coordonne les travaux d'experts extérieurs, dont certains proviennent des agences.

Au titre de ses missions, SPF est membre de droit des commissions spécialisées et contribue aux groupes de travail coordonnés par le HCSP, en mettant à disposition son expertise sur des thématiques dont certaines relèvent directement de son champ de compétence.

En application de l'article R. 1411-55 du code de la santé publique, lorsque le HCSP est saisi d'une question relevant des compétences d'une ou plusieurs des agences sanitaires, le président de la commission spécialisée compétente et les membres de droit représentant les agences concernées déterminent conjointement les modalités de coordination des travaux. Le président du HCSP peut ainsi demander aux administrations de saisir cette agence afin qu'elle réalise les travaux jugés nécessaires.

La mise en place des nouvelles commissions du HCSP<sup>223</sup> représente une opportunité pour mieux articuler les travaux du Haut Conseil et de SPF.

La Mildeca et l'OFDT se voient, eux aussi, confier une fonction d'expertise dans le domaine des addictions.

La ligne de partage des expertises n'est pas toujours évidente : il n'existe ainsi pas de distinction claire entre les compétences de SPF et de l'OFDT en matière de production et de valorisation des données permettant de justifier l'actuelle dispersion des épidémiologistes dans ces structures. Par ailleurs, malgré les partenariats conclus, la valorisation des données a pu

<sup>218</sup> Rapport précité fait au nom de la commission d'enquête « Évaluation des politiques publiques face aux pandémies », page 319.

<sup>219</sup> [Article L. 1313-1 du code de la santé publique.](#)

<sup>220</sup> [Article L. 1415-2 du code de la santé publique.](#)

<sup>221</sup> [Article L. 1418-4 du code de la santé publique.](#)

<sup>222</sup> [Article L. 5311-2 du code de la santé publique.](#)

<sup>223</sup> [Arrêté du 20 juin 2022 relatif aux commissions spécialisées composant le Haut Conseil de la santé publique.](#)

ponctuellement donner lieu à un brouillage des stratégies de communication entre SPF et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)<sup>224</sup>.

Ce problème de frontières se pose également pour les actions de prévention et de promotion de la santé. Dans ce domaine, l'Inca mène ainsi des campagnes de communication<sup>225</sup> sur des thèmes qui sont au cœur de la stratégie de communication de SPF. Compte tenu du fait que le champ des pathologies liées au tabagisme est plus large que celui des cancers (maladies cardiovasculaires, bronchopneumopathie chronique obstructive, etc.), il serait logique que SPF assure seule le portage de la communication sur la lutte contre le tabagisme, en y associant l'Inca en tant que de besoin.

## 2 - Une expertise parfois insuffisamment mobilisée par les pouvoirs publics

Pendant la crise sanitaire, l'expertise de l'agence a été reléguée au second plan par la création de nouvelles structures telle que le comité de scientifiques prévu par l'article L. 3131-19 du code de la santé publique (conseil scientifique covid 19), le Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, la *Task force* vaccination covid 19 ou encore le Comité analyse, recherche et expertise covid 19. Dans le contexte de l'urgence sanitaire et malgré la production d'études et d'analyses scientifiques de SPF, l'expertise propre de l'agence a ainsi pu apparaître moins attendue par les pouvoirs publics, ceux-ci lui ayant surtout demandé de produire en flux continu des données pertinentes sur l'évolution de l'épidémie et de procéder aux achats d'urgence financés par les enveloppes exceptionnelles.

Même en dehors du contexte spécifique de la crise sanitaire, l'expertise de SPF éprouve des difficultés à s'affirmer. C'est ainsi qu'elle n'est qu'indirectement requise pour la conduite des politiques publiques. Contrairement à la Conférence nationale de santé et au HCSP, SPF n'est pas consultée sur le projet de stratégie nationale de santé et n'est pas habilitée à adresser au ministre de la santé des propositions susceptibles de contribuer à sa définition<sup>226</sup>. Par comparaison, l'Inca est expressément chargé de proposer, en coordination avec d'autres acteurs, une stratégie décennale de lutte contre le cancer<sup>227</sup>.

La situation est la même pour les projets régionaux de santé. Aux termes de l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, ceux-ci comprennent un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans, et des schémas régionaux de santé, établis pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Ces objectifs portent notamment sur la réduction des ISTS.

---

<sup>224</sup> En 2017, SPF a ainsi considéré qu'une publication de la Drees dans *Études et résultats* sur les données de santé perçue et de comportement et morbidité déclarés remettait en question la stratégie de communication discutée conjointement avec la Drees pour la publication du rapport *État de santé de la population*.

<sup>225</sup> « Savoir, c'est pouvoir agir » (Nous ne sommes pas impuissants face aux cancers ; Tabac et cancers ; Alcool et cancer). En 2022, la stratégie décennale de lutte contre le cancer prévoyait la structuration d'un plaidoyer, une étude des constitutifs d'une normalisation / « dénormalisation » sociale et la définition d'indicateurs d'opinion à suivre pour mesurer l'efficacité des actions entreprises.

<sup>226</sup> Article R. 1413-3 du code de la santé publique.

<sup>227</sup> Article L. 1415-2 du code de la santé publique.

Alors même que le cadre d'orientation stratégique vise à améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les ISTS<sup>228</sup> et que le diagnostic du schéma régional de santé tient compte notamment de la situation épidémiologique, des déterminants de santé et des risques sanitaires, ainsi que des ISTS<sup>229</sup>, le projet régional de santé n'est pas soumis à l'avis de SPF, même s'il en est un contributeur.

Enfin, pour mener ses missions, la loi a prévu en 2016 que SPF s'appuie sur un réseau national de santé publique (RNSP) qu'elle organise et anime. Constitué en 1992 sous forme de groupe d'intérêt public associant le ministère de la santé, l'Inserm et l'École nationale de santé publique, il était chargé d'améliorer la connaissance, l'observation et la surveillance épidémiologique ainsi que de développer l'aide à la décision pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique.

Aujourd'hui, la législation prévoit que ce réseau est constitué de toute personne publique ou privée qui apporte son concours aux missions de l'agence et coopère avec elle<sup>230</sup>. Le décret prévu pour préciser son organisation n'a cependant pas été adopté à ce jour. Sa finalité et ses modalités d'animation n'ont pas été définies, ce qui ne contribue pas à clarifier le rôle de SPF dans le champ de la santé publique, alors même que celle-ci est très dépendante de données fournies par d'autres acteurs.

## **D - Un comité d'animation du système d'agences au rôle limité**

Depuis une ordonnance de 2016<sup>231</sup> et en application de l'article L. 1411-5-1 du code de la santé publique, l'État assure la coordination de l'exercice des missions de l'Établissement français du sang, de l'Anses, de SPF, de l'Inca, de l'ABM, de l'ANSM, de la HAS, de l'Autorité de sûreté nucléaire et de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire. Cette coordination porte « *sur les domaines dans lesquels il est nécessaire d'assurer le bon fonctionnement de leurs interactions ou l'harmonisation de leurs pratiques, dans l'intérêt de la santé publique et de la sécurité sanitaire* ».

Pour exercer cette mission, un décret de 2017<sup>232</sup> a créé le Casa, qui existait de manière informelle depuis mai 2008. Piloté par le DGS, il est composé en tant que membres de droit des neuf directeurs généraux ou présidents des agences ou autorités nationales<sup>233</sup>. Prennent également part aux réunions des directeurs d'administrations centrales, le président de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le président du HCSP et un représentant des directeurs généraux des ARS.

Le Casa est doté d'un programme de travail annuel, mis en œuvre lors de séances mensuelles, plénières ou thématiques. Celles-ci se déclinent en trois axes : santé environnement, santé des populations, produits et pratiques de santé. En pratique, le Casa ne joue pas le rôle

---

<sup>228</sup> Article R. 1434-3 du même code.

<sup>229</sup> Articles R. 1434-3 et R. 1434-4 du même code.

<sup>230</sup> Article L. 1413-3 du même code.

<sup>231</sup> Ordonnance n° 2016-967 du 15 juillet 2016 relative à la coordination du système d'agences sanitaires nationales, à la sécurité sanitaire et aux accidents médicaux.

<sup>232</sup> Décret n° 2017-1590 du 20 novembre 2017 relatif à la composition et au fonctionnement du Comité d'animation du système d'agences.

<sup>233</sup> Article R. 1411-58-1 du code de la santé publique.

que le protocole sur les modalités de travail lui avait dévolu. Il contribue de manière très modeste à l'élaboration de la politique nationale de santé et aux choix d'orientations prioritaires dans le champ de compétences de ses membres.

Le Casa n'a pratiquement joué aucun rôle pendant la première année de la crise sanitaire. Aucun comité n'a ainsi été réuni par le ministère de la santé en 2020 pour réfléchir à la répartition des responsabilités entre agences face à une catastrophe sanitaire. Seules trois réunions ont été organisées en 2020 : la première a été consacré aux arboviroses, la seconde, en septembre 2020, a porté sur les retours d'expérience des agences sur la crise sanitaire et la troisième sur l'état d'avancement de la feuille de route sur les sites et sols pollués.

Le Casa n'a pas favorisé des approches partagées sur des problématiques communes touchant à l'organisation et au fonctionnement du système d'agences, alors qu'il s'agit de sa raison d'être. En particulier, il ne contribue pas au renforcement de la performance des agences par la valorisation des bonnes pratiques. Il ne répond donc pas à l'objectif d'« *harmonisation de[s] pratiques, dans l'intérêt de la santé publique et de la sécurité sanitaire* » fixé par la loi.

La Cour a déjà regretté le fait que, malgré des réflexions conjointes sur des possibilités de mutualisation, la DGS mette très peu l'accent sur la recherche de gains d'efficacité et que ces questions ne figurent pas à l'ordre du jour des réunions du Casa<sup>234</sup>. Pourtant, l'ordonnance n° 2017-45 du 19 janvier 2017 a donné un cadre juridique à la mutualisation des fonctions d'appui et de soutien des agences de santé, même si SPF n'entre pas dans le champ d'application de ces dispositions<sup>235</sup>. Or, ces mutualisations n'ont pas été mises en œuvre<sup>236</sup>.

Pourtant, les métiers des opérateurs concernés étant proches, ils auraient un intérêt certain à constituer un vivier de personnels doté de compétences transversales dans le secteur sanitaire et médico-social, même si, pour l'heure, le domaine des ressources humaines n'est pas inclus dans le champ des mutualisations prévu par l'ordonnance précitée. Ces rapprochements seraient particulièrement utiles pour élaborer et mettre en œuvre une gestion des emplois et des parcours professionnels, en complément des contacts noués par les directeurs des ressources humaines des structures. Or, à titre d'exemple, en matière de recrutement, les postes vacants sont d'abord publiés sur l'intranet de chaque agence.

Plus largement, le ministère chargé de la santé doit encore clarifier sa doctrine sur le rôle du Casa, qui peine à exister, d'une part, entre les relations bilatérales entre agences et entre la DGS et les agences, et, d'autre part, les travaux confiés au HCSP.

## **E - Une articulation discutée entre SPF et les agences régionales de santé**

Les missions confiées par la législation à SPF se superposent en partie à celles des ARS, en particulier dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, ainsi qu'en ce qui concerne la veille et la surveillance sanitaire. De cette situation, qui résulte originellement de la loi HPST, qui a prévu l'attribution aux ARS de missions dans lesquelles intervenaient l'Inpes et l'InVS, découle la nécessité de faire travailler de concert ces établissements publics.

<sup>234</sup> Cour des comptes, *L'Agence de la biomédecine*, avril 2019.

<sup>235</sup> Article L. 1411-5-3 du code de la santé publique.

<sup>236</sup> Voir également Cour des comptes, *L'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM)*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2019, pp. 42-43.

De surcroît, un sujet récurrent porte sur le positionnement des cellules d'intervention en région<sup>237</sup>, ainsi que sur le périmètre de leurs compétences. Sur le plan institutionnel, ces cellules, constituées plus de vingt ans avant la création de SPF, ont vu leur positionnement évoluer au cours du temps, pour devenir plus centralisé.

Conservant une logique de bi-appartenance, la législation a davantage rattaché les cellules à SPF, tout en leur confiant un rôle d'appui auprès des ARS. La pertinence de ce schéma a néanmoins été discutée au cours de la crise sanitaire de 2020-2021. Le rapport de la Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise covid 19 et sur l'anticipation des risques pandémiques a ainsi préconisé un rattachement de ces cellules aux ARS, SPF restant dans ce schéma, garante des méthodes et de leur diffusion par l'animation et la formation des agents des nouvelles cellules unifiées.

Lors des travaux de la commission d'enquête du Sénat, certains directeurs généraux d'ARS<sup>238</sup> ont souligné la difficulté qu'avait posé pour eux le fait que les cellules régionales ne relèvent pas de leur autorité, ces questions de rattachement venant s'ajouter à celles de leur dimensionnement ainsi qu'à la qualité des données épidémiologiques qu'elles fournissent lors des épisodes aigus de crise<sup>239</sup>.

Des échanges avec plusieurs directeurs généraux d'ARS<sup>240</sup>, il ressort des appréciations divergentes quant à la valeur ajoutée d'une modification du rattachement de ces cellules aux ARS. En revanche, la gestion du changement qu'impliquerait une telle modification institutionnelle pourrait rendre nécessaire un effort de mobilisation des équipes, qui risqueraient alors d'être moins disponibles pendant un temps pour l'accomplissement de leurs missions. Dans ces conditions, en l'absence de plus-value évidente et afin de préserver la distinction entre expertise et décision, une modification du rattachement des cellules est à considérer avec prudence.

---

<sup>237</sup> Articles L. 1413-2 et R. 1413-44 du code de la santé publique.

<sup>238</sup> Voir par exemple l'audition du directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes devant la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid 19 et de sa gestion.

<sup>239</sup> L'opinion exprimée à la Cour par les ARS étant que les Cire ont tendance à trop privilégier des préoccupations de qualité scientifique des données au détriment de l'urgence qu'il y a pour l'administration d'en disposer. De leur côté, les cellules auditionnées ont souligné le risque de diffusion trop hâtive de données épidémiologiques au niveau communal exposant à erreurs d'analyse sur l'évolution de l'incidence de la covid 19.

<sup>240</sup> Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France et Pays de la Loire.

---

### **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

---

*La stratégie poursuivie par Santé publique France mérite clarification, du fait du manque d'articulation entre les objectifs retenus dans le COP et les priorités déterminées dans les programmes de travail. La nouvelle structuration de ces derniers en six grands objectifs devrait néanmoins permettre d'y remédier, dans la perspective du prochain COP qui doit entrer en vigueur en 2023. Cette évolution requiert toutefois que l'administration centrale du ministère de la santé s'attache à mieux prioriser ses demandes à l'égard de l'agence et assure son rôle de coordination dans le cadre du Comité d'animation du système d'agences.*

*S'agissant de la stratégie de SPF et de ses relations avec le ministère chargé de la santé, la Cour formule les recommandations suivantes :*

- 8. intégrer dans le prochain contrat d'objectifs et de performance qui doit être adopté en 2023 des objectifs et indicateurs d'efficacité chiffrés (ministère de la santé et de la prévention, SPF) ;*
  - 9. assortir les programmes annuels de travail d'une estimation chiffrée des moyens humains et budgétaires et de propositions de priorisation liées au degré de sévérité et de létalité des maladies (SPF).*
-



## Conclusion générale

Santé publique France a joué un rôle important dans la gestion de la crise sanitaire, en contribuant en particulier à la conduite des campagnes de vaccination en 2021-2022. Cette mobilisation s'est traduite par des évolutions substantielles de la gestion de l'agence, notamment en termes de création d'effectifs et sur le plan budgétaire, ainsi que de conditions d'exercice de ses missions légales. Par ailleurs, l'agence a su faire preuve de réactivité et d'une souplesse d'organisation pour répondre aux besoins urgents liés à la gestion de la crise épidémique, ainsi qu'en témoignent notamment la mise à disposition de l'observatoire cartographique Géodes, la création de nouveaux partenariats avec des acteurs de la recherche, la modification de sa programmation et la réorganisation de ses services.

De manière plus structurelle, plusieurs questions s'étaient posées au moment de la création de Santé publique France : le positionnement de l'agence vis-à-vis des autres administrations du champ sanitaire (administration centrale du ministère, ARS, agences sanitaires), le dimensionnement de ses moyens par rapport à ses missions, le mode de financement de ces dernières et la pertinence de leur périmètre. Au terme de l'enquête de la Cour des comptes, plusieurs conclusions peuvent être tirées.

Dans le domaine de la gestion des stocks stratégiques, Santé publique France met en œuvre, sans ambiguïté, les instructions du ministère de la santé. Cela a été le cas y compris lors de la crise sanitaire. Le contenu des tâches liées à la gestion de ces stocks est différent de celui qu'impliquent ses autres missions de veille et de surveillance ou encore de prévention et de promotion de la santé. Pour autant, réattribuer cette mission à un autre organe administratif ne garantirait pas une amélioration évidente des conditions dans lesquelles elle est exécutée et risquerait d'entretenir une certaine instabilité administrative, au détriment du traitement de problématiques plus structurelles, tel que l'arbitrage à rendre sur le niveau des stocks à constituer ou maintenir, au regard des besoins de la population face aux risques pandémiques.

Le degré d'autonomie de l'agence est plus élevé pour l'exercice des missions de veille et de surveillance ou de prévention, dans la mesure où celles-ci supposent la mobilisation de l'expertise de SPF, mais la finalité reste la contribution à la mise en œuvre des orientations définies par le ministère de la santé. Les rapprochements entre ces missions au sein d'un unique établissement public, encore inaboutis en 2019, ont progressé au moment de la crise sanitaire.

Le financement de SPF a, comme celui d'autres agences sanitaires, été transféré, en 2020, de l'État vers l'assurance maladie, puisqu'il relève désormais de l'Ondam. Cette mesure procède d'une logique de décroisement des financements, dont le déploiement reste par ailleurs partiel puisque l'Inca et l'Anses demeurent financés par le budget de l'État. Dans le contexte de l'urgence suscitée par la crise de la covid 19, ce basculement a favorisé un redimensionnement des enveloppes exceptionnelles allouées à SPF en cours d'exercice. Il a néanmoins eu pour corollaire une perte d'information financière destinée au Parlement, qui justifierait une mise à niveau par rapport à ce qui prévalait lorsque SPF était un opérateur de l'État.

L'adéquation des moyens aux missions est un sujet de discussion récurrent entre l'administration centrale et SPF. Il n'existe pas de référentiel qui permettrait d'apprécier si l'agence est ou non en situation de sous-dotation et la comparaison avec les homologues étrangers de SPF est peu opératoire, compte tenu des différences constatées dans les portefeuilles de missions. Le niveau de concours publics alloués à SPF a augmenté de manière significative depuis sa création et son plafond d'emplois a certes été réduit, mais moins que celui d'autres agences sous tutelle du ministère de la santé.

Dans ce contexte, il importe que le dialogue de gestion permette de mieux identifier les attentes prioritaires du ministère de la santé et de déterminer l'impact qui s'y attache en termes de moyens en effectif ou en financements. En tout état de cause, SPF devra s'adapter à la trajectoire financière, encore à définir, en ce qui concerne le sixième sous-objectif de l'Ondam et des moyens seront encore à dégager au titre des enveloppes exceptionnelles créées pendant la pandémie, ne serait-ce que pour apurer les restes à payer encore présents, liés aux commandes de vaccins contre la covid 19.

La difficulté la plus marquante reste la difficulté qu'éprouve la tutelle à définir ses attentes prioritaires à l'égard de l'agence dans le cadre du dialogue de gestion, même si une partie des demandes adressées à SPF est naturellement difficile à programmer à l'avance, puisque procédant des aléas susceptibles d'affecter la santé des populations. L'élaboration du prochain COP, qui doit être mieux articulé avec les programmes annuels de l'agence, devrait constituer l'occasion de mieux asseoir le dialogue de gestion entre le ministère de la santé et SPF et de laisser à l'agence l'autonomie de décision nécessaire au bon exercice de ses missions, autonomie qui est plus limitée pour la constitution et de la gestion des stocks stratégiques puisqu'elle est effectuée pour le compte de l'État.

## Liste des abréviations

AE .....	Autorisation d'engagement
ANRS   MIE .....	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales   maladies infectieuses émergentes
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
AP-HP .....	Assistance publique - hôpitaux de Paris
ARS .....	Agence régionale de santé
Aviesan.....	Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé
Casa .....	Comité d'animation du système d'agences
CDC .....	<i>Centers for disease control and prevention</i> (États-Unis)
CFES .....	Comité français d'éducation pour la santé
Cgefi.....	Contrôle général économique et financier
Ciassp .....	Commission interministérielle d'audit salarial du secteur public
Cnam .....	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNR .....	Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles
CNRS .....	Centre national de la recherche scientifique
COP .....	Contrat d'objectifs et de performance
Coreb .....	(Mission nationale de) coordination opérationnelle risque épidémique et biologique
Coviprev.....	Enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de covid 19
CP.....	Crédits de paiement
CPSTF .....	<i>Community preventive services task force</i>
CRES.....	Comités régionaux d'éducation à la santé
DAF.....	Direction des achats et des finances
Data .....	Direction appui, traitements et analyses des données
DGRI.....	Direction générale de la recherche et de l'innovation
DGS.....	Direction générale de la santé
DPGECP .....	Documents prévisionnels de gestion des emplois et des crédits de personnel
Drees .....	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSI .....	Direction des systèmes d'information
DSS .....	Direction de la sécurité sociale
Ehpad .....	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Elfe .....	Étude longitudinale française depuis l'enfance
Emergen .....	Consortium pour la surveillance et la recherche sur les infections à pathogènes émergents <i>via</i> la génomique microbienne
ENDB .....	Entrepôt national des données de biologie
EPI.....	Équipements de protection individuelle

Éprus .....	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ETP(T).....	Équivalent temps plein (travaillé)
FDA.....	<i>Food and drug administration</i>
FIR .....	Fonds d'intervention régional
Fnes .....	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
FNPEIS .....	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
GVT .....	Glissement vieillesse technicité
HAS.....	Haute Autorité de santé
HBM4EU .....	<i>Human biomonitoring for Europe</i>
Hcéres.....	Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
HCSP.....	Haut Conseil de la santé publique
Ianphi .....	International Association of National Public Health Institutes (Association internationale des instituts nationaux de santé publique)
Igas .....	Inspection générale des affaires sociales
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
InVS .....	Institut de veille sanitaire
Ireps.....	Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé
Iresp.....	Institut pour la recherche en santé publique
ISTS .....	Inégalités sociales et territoriales de santé
LFSS.....	Loi de financement de la sécurité sociale
MDO .....	Maladies à déclaration obligatoire
Mecc.....	<i>Making every contact count</i>
Mildeca.....	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
NCI.....	<i>National cancer institute</i>
NHS.....	<i>National health service</i> (Royaume-Uni)
OHID.....	<i>Office for health improvement and disparities</i> (Royaume-Uni)
OMS .....	Organisation mondiale de la santé
Ondam.....	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PAP .....	Projet annuel de performance
PARC .....	<i>Partnership for the assessment of risk from chemicals</i> (Partenariat européen pour l'évaluation des risques liés aux substances chimiques)
Pestiriv.....	Étude pour connaître l'exposition aux pesticides des personnes vivant en zones viticoles et non-viticoles
PHE .....	<i>Public health England</i>
PLFSS .....	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PNACC-2 .....	Plan national d'adaptation au changement climatique
RKI.....	<i>Robert Koch Institut</i>
RNSP.....	Réseau national de santé publique
Samu.....	Service d'aide médicale urgente
SHU.....	Syndromes hémolytiques et urémiques
SI .....	Système d'information

---

SI-DEP .....	Système d'information national de dépistage populationnel de la covid 19
SIS .....	Sida info service (association)
SI-VSS.....	Système d'information de veille et sécurité sanitaire
SNDS .....	Système national des données de santé
Sniiram .....	Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
SPF.....	Santé publique France
SurSaUD® .....	Surveillance sanitaire des urgences et des décès
TIAC .....	Toxi-infection alimentaire collective
TMA.....	Tierce maintenance applicative
UKHSA.....	<i>United Kingdom health security agency</i>

## **Annexes**

Annexe n° 1 : échange de courriers entre la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat et le Premier président de la Cour des comptes .....	97
Annexe n° 2 : historique de la création de SPF .....	99
Annexe n° 3 : liste des personnes rencontrées .....	101
Annexe n° 4 : organisation de la veille sanitaire .....	105
Annexe n° 5 : principales évolutions de l'organisation de SPF .....	106
Annexe n° 6 : organigramme général .....	107
Annexe n° 7 : les facteurs de hausse de la masse salariale .....	108
Annexe n° 8 : cartographie des systèmes d'information .....	113

## Annexe n° 1 : échange de courriers entre la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat et le Premier président de la Cour des comptes



COMMISSION  
DES  
AFFAIRES SOCIALES

LA PRÉSIDENTE

Monsieur Pierre MOSCOVICI  
Premier Président  
Cour des comptes  
13 rue Cambon  
75100 PARIS Cedex 01

Paris, le 14 décembre 2021

Réf: AFSOC\_PDTE\_2021\_943

Monsieur le Premier Président,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous demander que la Cour des comptes procède à une enquête sur l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), ainsi que sur le bilan du dispositif 100 % santé et ses implications sur les relations entre le régime de base et les organismes complémentaires.

À propos de Santé publique France, les travaux du Sénat, en particulier de sa commission d'enquête sur la gestion de la crise sanitaire, ont mis en évidence les difficultés du positionnement de l'Agence dans ses relations avec l'administration centrale du ministère de la santé pour ce qui concerne les missions de l'ex-EPRUS pour laquelle elle ne dispose pas d'une réelle autonomie. Ces difficultés ont également été évoquées par le rapport Pittet.

Plus largement, se posent les questions de l'adéquation des moyens de cette agence à ses missions, de la répartition de ces missions avec les administrations centrales et d'autres agences, et de leur mode de financement. Il me serait agréable que la Cour puisse mener ces réflexions en examinant, le cas échéant, les moyens et les missions des agences de pays comparables.

Pour ce qui concerne le dispositif 100 % santé, la commission souhaiterait disposer d'une évaluation des objectifs que le Gouvernement avait fixé à ce dispositif, à savoir l'évolution de la couverture des besoins dans les domaines concernés, l'évolution des coûts et de leur prise en charge notamment en tiers-payant, leur répartition entre régimes de base et complémentaire, mais aussi l'impact sur les parts de marché et les marges des secteurs considérés. Il serait souhaitable que l'enquête identifie des perspectives d'évolution de ce dispositif.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier Président, à l'assurance de ma meilleure considération.

*Bien à vous*

Catherine DEROUCHE

Cour des comptes

KCC D2101973 KZZ  
22/12/2021

Le Premier président

Le 22 DEC. 2021

*Ch* Madame la Présidente,

En réponse à votre courrier en date du 14 décembre dernier concernant la réalisation d'enquêtes en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai le plaisir de vous confirmer que la sixième chambre de la Cour, présidée par M. Denis Morin, devrait être en mesure de réaliser les travaux que vous avez demandés, récapitulés dans le tableau ci-après.

Intitulé	Remise
Le dispositif du 100 % santé	Décembre 2022
L'agence Santé publique France	Décembre 2022

Je vous propose que, comme les années précédentes, des échanges entre les rapporteurs de la commission et les présidents de chambre et magistrats concernés puissent avoir lieu très rapidement afin de préciser le champ, l'approche et la date de remise de ces enquêtes.

Mme Carine Camby, présidente de chambre, rapporteure générale du comité du rapport public et des programmes, se tient à votre disposition sur l'ensemble de ces sujets.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma haute considération.

*Cardinal*

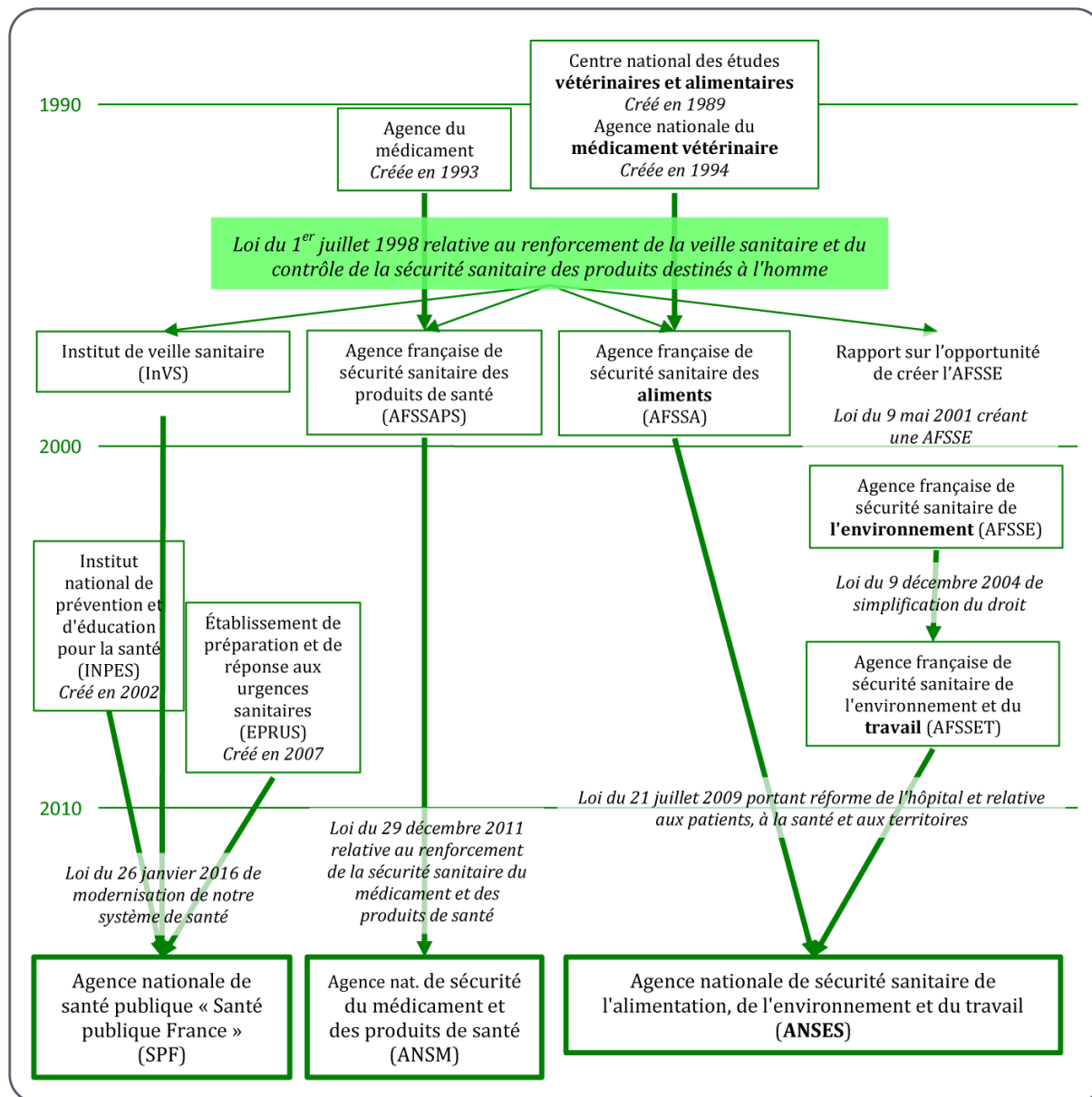
*P. Moscovi*

Pierre Moscovici

**Madame Catherine Deroche**  
Présidente de la Commission  
des affaires sociales  
Sénat  
15, rue de Vaugirard  
75006 Paris



## Annexe n° 2 : historique de la création de SPF



Source : IGF, Igas et al., *La santé-environnement : recherche, expertise et décision publiques*, 2020

- 1945 Création du Centre national d'éducation sanitaire démographique et sociale
- 1972 Création du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), remplaçant le Centre national d'éducation sanitaire démographique et sociale
- 1992 Création du Réseau national de santé publique (RNSP) sous forme de GIP
- 1994 Création de cellules interrégionales et régionales d'épidémiologie (Igas, 2015, *Bilan et perspectives des Cire*), devenues cellules d'intervention en région
- 1998 Création de l'Institut de veille sanitaire (InVS), reprenant les missions du RNSP  
Création de la ligne « Tabac info service »
- 2002 Création de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), se substituant au CFES, et création de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes)
- 2004 Création du Haut Conseil de la santé publique
- 2007 Création de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) et de la réserve sanitaire
- 2008 Création des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)
- 2009 Création du GIP « Addictions Drogue Alcool Info Service » (Adalis) par substitution au GIP « Drogue, Alcool, Tabac Info Service » (Datis)
- 2014-2015 Mission de préfiguration de SPF confiée au Pr. François Bourdillon
- 2016 Création de SPF par ordonnance et décret : fusion de l'InVS, de l'INPS, de l'Éprus et du GIP Adalis
- 2018-2022 Contrat d'objectifs et de performance de SPF
- 2020-2022 Crise sanitaire de la covid 19 : changement d'échelle du budget, modification de la programmation de l'agence, hausses du plafond d'autorisation d'emplois, mobilisation de la réserve sanitaire, montée en puissance des systèmes d'information métiers

## **Annexe n° 3 : liste des personnes rencontrées**

### **Ministère de la santé et de la prévention**

#### *Direction générale de la Santé (DGS)*

- Pr. Jérôme Salomon, directeur général de la santé
- M<sup>me</sup> Danielle Metzven-Ivars, cheffe de service des politiques d'appui au pilotage et de soutien
- M. Thomas Filleur, chef de division Agences de santé, partenariat, concertation
- M<sup>me</sup> Florence Lys, adjointe au chef de la division Agences de santé, partenariat, concertation

#### *Direction de la sécurité sociale (DSS)*

- M. Timothée Mantz, adjoint au sous-directeur du financement du système de soins
- M<sup>me</sup> Marine Jean-Baptiste, responsable de la mission de coordination et de la gestion du risque maladie
- M<sup>me</sup> Céline Laffaye, adjointe au chef de la mission de la coordination et de la gestion du risque
- M<sup>me</sup> Sophie Argence, chargée de mission à la sous-direction du financement du système de soin (SD1)
- M<sup>me</sup> Pauline Lurdos, mission de coordination et de la gestion du risque maladie

### **Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, direction du budget (DB)**

- M. Rayan Nezzar, chef du bureau des comptes sociaux et de la santé (6BCS)
- M. Remi Joho, adjoint chef du bureau des comptes sociaux et de la santé (6BCS)

### **Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, direction générale de la recherche et de l'innovation (DGRI)**

- Dr. Benoît Lavallart, chargé de mission à la DGRI
- Pr. Anne Paoletti, responsable du secteur biologie et santé à la DGRI

### **Ministère des armées**

- Dr. Sandrine Duron Martinaud, adjointe au chef du bureau « Sciences en santé », Service de santé des armées (SSA), division santé de défense

### **Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)**

- M<sup>me</sup> Fanny Richard, directrice de l'intervention sociale et de l'accès aux soins
- M<sup>me</sup> Sandra Reynaud, conseillère auprès du directeur général
- M<sup>me</sup> Geneviève Motyka, directrice de cabinet du Médecin conseil national,
- M. Said Oumeddour, responsable du département promotion et prévention de la santé

## **Agences, autorités sanitaires, autres**

### *Santé publique France (SPF)*

#### **Gouvernance**

- M. Jean-Jacques Coiplet, président du conseil d'administration par intérim
- M. Grégory Aiguier, président du comité d'éthique et de déontologie (CED)
- Pr. John Newton, président du conseil scientifique (CS)
- Pr. Philippe Quénel, ancien président du conseil scientifique
- M. Éric Vindimian, président du comité d'orientation et de dialogue (COD)

#### **Services (siège)**

- Pr. Geneviève Chêne, directrice générale
- Dr. François Bourdillon, ancien directeur général
- M<sup>me</sup> Marie-Anne Jacquet, directrice générale adjointe
- Dr. Laëtitia Huiart, directrice scientifique, directrice générale adjointe
- M<sup>me</sup> Alima Marie-Malikité, directrice de cabinet, directrice de la communication (Dircom)
- M. Stéphane Costaglioli, directeur alerte et crise (Dac)
- Dr. Catherine Lemorton, responsable de la réserve sanitaire
- Dr. Christine Debeuret, responsable de l'Établissement pharmaceutique
- Pr. Bruno Coignard, directeur des maladies infectieuses (DMI)
- Dr. Didier Che, directeur adjoint des maladies infectieuses (DMI)
- M<sup>me</sup> Anne Galley, directrice des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT)
- M<sup>me</sup> Emmanuelle Bauchet, directrice adjointe de la DMNTT
- M. François Beck, directeur de la prévention et de la promotion en santé (DPPS)
- Dr. Pierre Arwidson, directeur adjoint, de la DPPS
- M. Yann Le Strat, directeur de la direction appui, traitement et analyse de données (Data)
- Dr. Céline Caserio, directrice adjointe de la Data
- M. Julien Durand (Data)
- M. Sébastien Denys, directeur de la santé environnement travail (DSET)
- M<sup>me</sup> Karine Grouard, directrice de l'aide et de la diffusion au public (DADP)
- M<sup>me</sup> Angélique Morin-Landais, directrice des achats et des finances (DAF)
- M. Frédéric Grelet, responsable de l'unité « missions déplacements » - UMD (DAF)
- Dr. Anne-Catherine Viso, directrice scientifique et international (DSIn)
- M. Grégoire Delaforterie, directeur adjoint de la DSIn
- Dr. Anne Laporte, directrice des régions (Dire)
- M<sup>me</sup> Ami Yamada, directrice adjointe de la Dire
- M. Éric Amaudry, directeur des ressources humaines (DRH)

- M. Paul-Henri Lampe, directeur des systèmes d'information (DSI)
- M. Adel Arfaoui, directeur adjoint de la DSI
- M. Minh-Canh Quan, conseiller administratif et technique (DSI)
- M<sup>me</sup> Daniela-Ana Leprince, conseillère administrative et technique (DSI)
- M<sup>me</sup> Virginie Dubois, agente comptable

#### **Services (cellules régionales)**

- Dr. Christine Saura, responsable de la cellule régionale Auvergne-Rhône-Alpes
- M<sup>me</sup> Hélène Prouvost, responsable de la cellule régionale Hauts-de-France

#### *Haut conseil de la santé publique (HCSP)*

- Pr. Franck Chauvin, président
- M<sup>me</sup> Zeina Mansour, vice-présidente
- Dr. Bernard Faliu, secrétaire général
- Dr Ann Pariente-Khayat, secrétaire général adjointe

#### *Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)*

- Dr. Roger Genet, directeur général
- M<sup>me</sup> Agathe Denéchère, directrice générale adjointe
- M. Matthieu Schuler, directeur général délégué « Pôle Sciences pour l'expertise »
- Dr. Juliette Bloch, directrice des alertes et des vigilances sanitaires

#### *Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)*

- Pr. Rémi Slama, Directeur de l'Institut thématique multi-organismes (ITMO) santé publique

#### *Société française de santé publique (SFSP)*

- M. Emmanuel Rusch, président de la SFSP et président de la Conférence nationale de santé
- Dr. Catherine Bernard, administrateur
- Dr. Yves Charpak, administrateur
- Sylvain Gautier, administrateur de la SFSP

#### *Société francophone de santé environnement (SFSE)*

- M<sup>me</sup> Elisabeth Gnansia, présidente

#### *Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnés)*

- Dr. François Baudier, président
- M<sup>me</sup> Christine Ferron, déléguée générale

## **Agences régionales de santé**

### *ARS Hauts-de-France*

- Pr. Benoît Vallet, directeur général
- M<sup>me</sup> Élisabeth Lehu, sous-directrice Parcours de prévention à la direction prévention promotion de la santé
- M<sup>me</sup> Lyliane Marcelle, sous-directrice finances achats au secrétariat général
- M. Éric Pollet, directeur sécurité sanitaire et santé environnementale (D3SE)

### *ARS Pays de la Loire*

- M. Jean-Jacques Coiplet, directeur général

### *ARS Auvergne-Rhône-Alpes*

- Dr. Jean-Yves Grall, directeur général
- Dr. Anne-Marie Durand, directrice santé publique

## **Contrôle budgétaire et comptable ministériel (CBCM)**

- M. Laurent Fleuriot, contrôleur budgétaire et comptable ministériel
- M<sup>me</sup> Hélène Phaner, contrôleuse générale économique et financière
- M<sup>me</sup> Marie-France Ozeti, cheffe du pôle opérateurs
- M. Laurent Rour, adjoint à la cheffe du pôle opérateurs

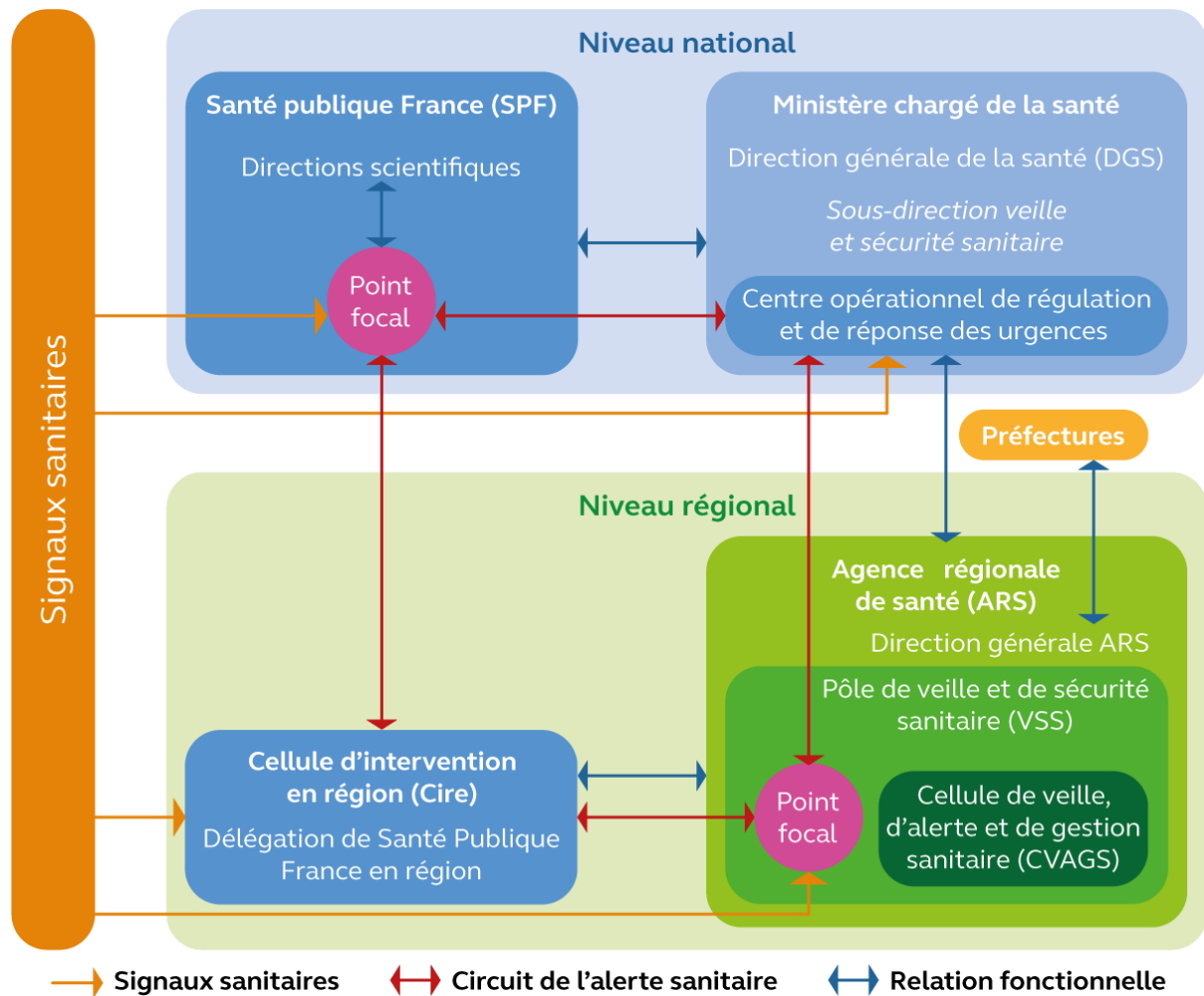
## **Inspection générale des affaires sociales (Igas)**

- M<sup>me</sup> Cécile Courrèges
- M. Christophe Schmit

## **Représentants des professionnels de santé et des usagers**

- France Assos Santé a été sollicitée mais n'a pas donné suite aux demandes d'entretien de la Cour

## Annexe n° 4 : organisation de la veille sanitaire



Source : J.-C. Desenclos, « Les acteurs de l'alerte », *Actualité et dossier en santé publique*, 2019

## Annexe n° 5 : principales évolutions de l'organisation de SPF

En 2017, une direction des achats et des finances (DAF) s'est substituée à la direction des achats et du contrôle de la dépense et à la direction de la programmation budgétaire et du contrôle de gestion mais sans réelle réorganisation. Cette dernière n'est intervenue que deux ans plus tard, avec la fusion des unités « contrôle de la dépense » et « pilotage et programmation budgétaire ». En 2019, les services généraux et immobiliers (six personnes début 2022) ont été rattachés à la DAF. Composée de 42 ETPT en 2021, cette dernière a fait l'objet d'une nouvelle évolution présentée au conseil d'administration le 12 mars 2021 : une sixième unité a été créée et certaines activités ont été regroupées au sein de différentes unités.

En 2017, une direction appui, traitements et analyses des données (Data) a été créée pour traiter, analyser et valoriser les données collectées. Cette direction, qui comptait 46 ETPT en 2021, regroupe des activités de soutien aux directions métiers en matière de méthodes, de traitement et de valorisation des données. Cette création constitue un progrès car l'organisation initiale avait hérité de l'organisation de l'InVS : chaque direction métier disposait d'une unité de traitement des données composée d'une dizaine de personnes et ayant investi de manière hétérogène l'exploitation des bases médico-administratives.

En 2018, une unité supplémentaire a été créée au sein de la direction des maladies non transmissibles et traumatismes, portant ainsi à trois le nombre d'unités. Compte tenu notamment du caractère déséquilibré de ces dernières, la réorganisation n'a pas donné satisfaction et a contribué à créer un contexte de souffrance au travail. Une nouvelle réorganisation a vu le jour en 2020, avec la création d'une unité supplémentaire.

En 2019, une direction santé environnement travail a regroupé les activités des directions santé environnement et santé travail, concrétisant un rapprochement pourtant évoqué dès 2015 et après le constat de difficultés durables au sein de la première direction. Cette évolution visait principalement à clarifier la stratégie suivie et résoudre des problèmes d'organisation et de charge de travail des agents.

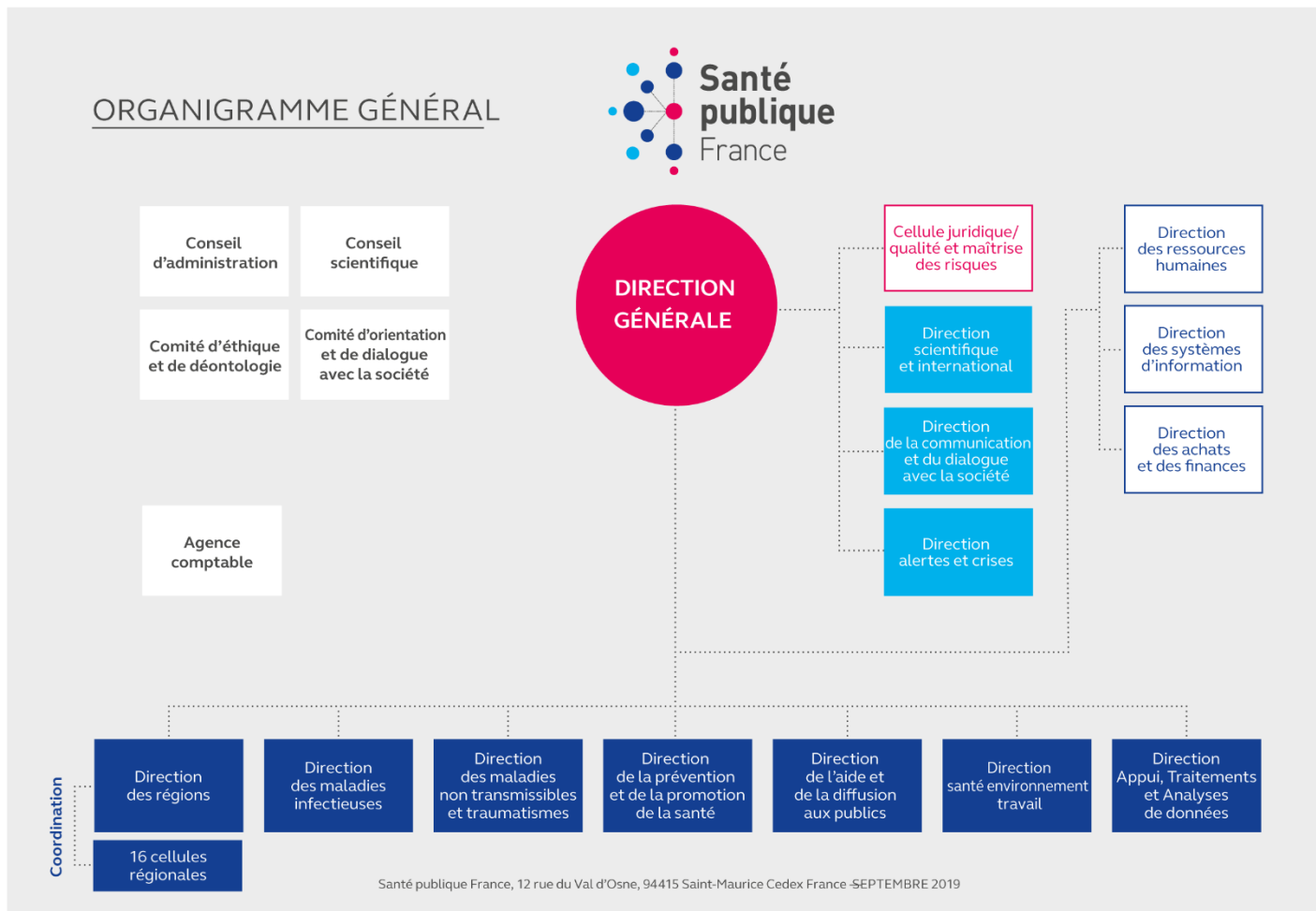
Alors que la mission scientifique et internationale avait été directement rattachée au directeur scientifique, adjoint au directeur général, à la création de l'agence, une nouvelle « direction scientifique et international » a regroupé en 2019 les activités de la « mission scientifique et international » et de la direction documentation, veille et archives. De manière atypique<sup>241</sup>, la directrice scientifique de SPF n'est donc pas intégrée à la direction scientifique.

---

<sup>241</sup> L'Anses et à la HAS ne sont pas organisées ainsi.



## Annexe n° 6 : organigramme général



Source : Santé publique France

## Annexe n° 7 : les facteurs de hausse de la masse salariale

De nombreux facteurs, d'importance inégale, ont pesé et, pour la plupart d'entre elles, vont continuer à influencer sur la hausse de la masse salariale de SPF.

- En premier lieu, cette stabilité ne tient pas compte de l'externalisation de l'infogérance pour un montant de 5,45 M€ concentré sur 2020-2021. Cette dernière explique pour partie l'augmentation du budget de fonctionnement de la DSI, tandis que sept des huit agents en charge des tâches externalisées depuis 2020 sont restés en poste et exercent de nouvelles missions.
- En second lieu, l'avancement automatique des agents est dynamique. La plupart des contractuels de l'agence sont régis par les dispositions du décret n° 2003-224 du 7 mars 2003, parfois qualifié de quasi-statut. Les grilles indiciaires sont avantageuses<sup>242</sup> : la durée à passer dans les douze premiers échelons de la première catégorie est ainsi de seulement un an ; elle est de deux ans du 13<sup>e</sup> au 16<sup>e</sup> échelon, puis de trois ans du 17<sup>e</sup> au 19<sup>e</sup> échelon. La progression indiciaire retenue par l'agence est plus rapide que celle qui prévaut pour les administrateurs civils<sup>243</sup>.

En outre, la progression de carrière jusqu'au 19<sup>e</sup> échelon, correspondant à l'avant-dernier échelon du grade d'administrateur général de l'État, n'est conditionnée à aucune mobilité, contrairement à la double mobilité requise pour les administrateurs de l'État<sup>244</sup> ou d'autres corps de niveau comparable. Enfin, l'indice terminal du dernier échelon exceptionnel des agents de classe normale est intermédiaire entre les chevrons E et F de la fonction publique auxquels ne peuvent prétendre les administrateurs de l'État. L'indice terminal de la hors classe (1 594) est supérieur au chevron G, le plus élevé pour les fonctionnaires, dans un contexte où l'agence a promu 52 agents de première catégorie à la hors classe de 2016 à 2022. La rapidité de progression dans la grille indiciaire et le choix assumé de recourir à de nouveaux agents expérimentés expliquent pourquoi environ 90 agents étaient éligibles à la hors classe de 2020 à 2022, contre 57 à 76 au cours des années 2016 à 2019.

Enfin, héritant ainsi d'une pratique des agences qui l'ont précédé, SPF ne recourt pas à la catégorie 4, correspondant aux agents qui « *concourent à l'exécution des tâches courantes administratives, scientifiques ou techniques.* »<sup>245</sup> Or, de telles tâches sont exécutées par des agents comme les assistants ou les gestionnaires qui, comme les techniciens, relèvent de la catégorie 3. À titre d'exemple, en mai 2022, l'unité missions et déplacements, au sein de la DAF, comptait 9 agents de catégorie 3 (dont 8 CDI), principalement en charge de la création des ordres de mission et des états de frais<sup>246</sup>. Par comparaison, l'ANSM comptait 32 agents de catégorie 4 en 2018, dont 20 de nature administrative.

---

<sup>242</sup> Pour les agents des catégories 1 et 2, le quasi-statut permet de recruter des agents aux parcours et profils correspondant aux besoins de l'agence, tout en favorisant un certain dynamisme, lorsque ces profils et ces expertises trouvent des débouchés sur des emplois où la négociation salariale est possible. Pour les agents de catégorie 3, le quasi-statut combiné au dispositif de répartition assez égalitaire des enveloppes de bonification indiciaire, a conduit à « fidéliser » cette catégorie du personnel.

<sup>243</sup> Il faut 10 ans pour passer de l'indice 581 à l'indice 827 au sein de l'agence, contre 11 ans et demi pour passer de l'indice 591 à l'indice 821 pour les administrateurs civils.

<sup>244</sup> Articles 10 et 11 du décret n° 2021-1550 du 1<sup>er</sup> décembre 2021 portant statut particulier du corps des administrateurs de l'État.

<sup>245</sup> Article 23 du décret n° 2003-224 du 7 mars 2003 précité. 1,1 ETPT relevait de la catégorie 4 en 2018, puis 0,1 ETPT de 2019 à 2021.

<sup>246</sup> La rémunération brute mensuelle moyenne des agents de cette unité s'élevait à 2 898 € en 2021.

La grille indiciaire de la catégorie 3 permet aux agents de classe normale d'atteindre l'indice majoré 610 et aux agents hors classe l'indice 691. La grille indiciaire de la catégorie 4 permet aux agents de classe normale d'atteindre l'indice majoré 475 et aux agents hors classe l'indice 526. Par analogie, un adjoint administratif (corps comparable<sup>247</sup> de la fonction publique de l'État de catégorie C) principal de 2<sup>e</sup> classe peut atteindre seulement l'indice 420 et un adjoint administratif principal de 1<sup>re</sup> classe, l'indice 473.

- En troisième lieu, l'agence a développé une politique favorable d'avancement de son personnel aux échelons exceptionnels<sup>248</sup> et à la hors classe<sup>249</sup>. Entre 2017 et 2022, elle a ainsi promu à la hors classe 130 agents, dont 23 (18 %) de plus que ce que prévoyait le protocole d'accord avec les organisations syndicales du 17 octobre 2016. Elle a également promu 23 agents dans des échelons exceptionnels, dont 6 de plus que prévu aux échelons exceptionnels ; 5 des 6 agents promus au-delà des ratios définis par le conseil d'administration l'ont été en 2021 et 2022, témoignant d'une moindre sélectivité des promotions<sup>250</sup>.

Ces promotions supplémentaires sont intervenues prioritairement en faveur des agents des catégories 2 à 4, en partie par un transfert des promotions attendues pour les agents de la catégorie 1<sup>251</sup>. En outre, ces promotions décidées en décembre sont rétroactives au 1<sup>er</sup> juillet de l'année en cours au lieu d'entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

Au 30 avril 2022, parmi les agents en CDI, un quart de ceux de catégorie 2, un tiers de ceux de catégorie 1 et près de la moitié de ceux de catégorie 3 étaient en hors classe. Près d'un contractuel en CDI sur trois était ainsi en hors classe à cette date, soit un niveau élevé.

Cette politique d'avancement dynamique et différenciée selon les catégories d'emplois explique en partie les augmentations de la rémunération nette mensuelle de 4 % pour les agents de catégorie 2<sup>252</sup> et de 10 % pour les agents des catégories 3 et 4<sup>253</sup>, couplée à une stagnation de la rémunération moyenne des agents de catégorie 1 entre 2016 et 2021.

La politique d'avancement menée explique pourquoi 16 % des agents de catégorie 2 étaient en hors classe en 2016, contre 24,5 % en 2020, soit le quart des agents concernés.

---

<sup>247</sup> Aux termes de l'article 4 du décret n° 2006-1760 du 23 décembre 2006 relatif aux dispositions statutaires communes applicables aux corps d'adjoints administratifs des administrations de l'État, « *Les adjoints administratifs sont chargés de fonctions administratives d'exécution comportant la connaissance et l'application de règlements administratifs. Ils peuvent également être chargés de fonctions d'accueil et de secrétariat.* »

<sup>248</sup> Articles 6, 34 et 37 du décret n° 2003-224 du 7 mars 2003.

<sup>249</sup> Articles 6, 34 et 38 du décret n° 2003-224 du 7 mars 2003. Ces deux types d'avancement sont prononcés par la directrice générale après avis de la commission consultative paritaire et dans les limites fixées par délibération du conseil d'administration en fonction d'un ratio promus / promouvables.

<sup>250</sup> Le taux d'agents promus à un échelon exceptionnel personnes sur le nombre de salariés éligibles est ainsi passé de 15 % en 2020 à 28 % en 2021, puis 36 % en 2022.

<sup>251</sup> Ces agents assurent des fonctions d'encadrement supérieur ou des fonctions d'expertise dans les domaines scientifiques entrant dans le champ des missions de l'agence (article 10 du décret n° 2003-224).

<sup>252</sup> Ces agents occupent des fonctions de conception, d'encadrement ou d'expertise (article 15 du décret n° 2003-224).

<sup>253</sup> En 2021, la rémunération mensuelle nette moyenne d'un agent s'élevait à 4 515 € pour un agent de catégorie 1, à 2 931 € pour un agent de catégorie 2 et 2 070 € pour un agent des catégories 3 et 4.

La mise en œuvre par SPF du statut de contractuel de 2003 peut être un frein au départ d'agents vieillissants qui auront du mal à trouver une rémunération équivalente ailleurs.

En l'absence d'un système d'information des ressources humaines suffisamment fin<sup>254</sup>, il n'est toutefois pas possible de calculer la rémunération moyenne des personnels en place (RMPP)<sup>255</sup> et d'apprécier le rôle du glissement vieillisse technicité négatif (ou effet de noria<sup>256</sup>) dans cette évolution. La maîtrise de la masse salariale dans un contexte de GVT négatif estimé à 1,8 % par l'agence laisse toutefois supposer l'importance d'un effet de noria renforcé par la rotation de l'effectif importante<sup>257</sup>, voire anormalement haute pour la direction alerte et crise en 2018-2019<sup>258</sup>.

- En quatrième lieu, l'agence a augmenté le pourcentage de la masse salariale pris en compte pour le calcul de la bonification indiciaire attribuable à certains de ses agents recrutés par contrats de droit public à durée indéterminée<sup>259</sup>, passant de 0,5 % en 2016 (taux également en vigueur dans les précédentes agences en 2015) et 2017 à 0,6 % en 2018, 2019 et 2020, puis 0,7 % en 2021. Cette évolution combinée à l'augmentation du nombre de bénéficiaires explique l'augmentation attendue d'environ 80 % de l'enveloppe des bonifications indiciaires (hausse d'environ 110 000 €) entre 2017 et 2022.

Par ailleurs, les points de bonification indiciaire peuvent être convertis en réduction du temps à passer dans un échelon, accroissant le dynamique de progression d'échelon permise par les grilles de rémunération. En 2021, les réductions d'ancienneté pour les 51 agents bénéficiaires de ce dispositif ont représenté en moyenne 3 mois pour les agents de catégorie 1, 5 mois pour les agents de catégorie 2 et 7 mois pour les agents de catégorie 3.

---

<sup>254</sup> Le SIRH ne permet pas non plus de contrôler que le montant obtenu grâce à une bonification indiciaire n'excède pas le gain qu'aurait procuré à l'intéressé un avancement d'échelon et que la période de versement ne dépasse pas la moitié de la durée normale de l'échelon auquel est placé le bénéficiaire. Ces contrôles, dont l'impact est important chaque année, sont effectués manuellement par la direction des ressources humaines.

<sup>255</sup> Cette notion permet d'évaluer l'évolution moyenne du salaire des agents présents deux années consécutives. L'évolution de la RMPP prend ainsi en compte les mesures portant sur la valeur du point, les mesures statutaires et indemnitaires, de même que l'impact des mesures d'avancement individuel et des promotions (GVT positif) ainsi que les autres éléments susceptibles d'avoir un impact sur le traitement ou le salaire.

<sup>256</sup> L'effet de noria mesure l'économie obtenue lors du remplacement d'agents âgés par des agents plus jeunes, à effectif constant.

<sup>257</sup> Ce taux de rotation était de 13 % en 2017 et en 2019, contre 8 % en 2016 à l'Anses. Les taux d'entrée et de sortie des fonctionnaires oscillaient entre 8 et 10 % pour les trois versants de la fonction publique en 2019. Entre 2016 et 2019, 73 agents ont quitté l'agence en moyenne annuelle, soit 290 agents au total.

<sup>258</sup> Ce taux de rotation a atteint 28 % en 2018 (7 départs sur 30 agents) et 36 % en 2019 (13 départs sur 33 agents). Cette direction réunit la réserve sanitaire, l'Établissement pharmaceutique et l'unité de coordination des alertes et des crises.

<sup>259</sup> Ces agents sont soumis au décret n° 2003-224 du 7 mars 2003 fixant les règles applicables aux personnels contractuels de droit public recrutés par certains établissements publics intervenant dans le domaine de la santé publique ou de la sécurité sanitaire.

- En cinquième lieu, par délibération du 26 juin 2020, l'agence a modifié les conditions d'attribution de la prime d'encadrement modulable ouverte aux agents contractuels (catégorie 1 ou 2)<sup>260</sup> dans un sens favorable à ses bénéficiaires<sup>261</sup>.
- En sixième lieu, l'agence a versé, en 2020 et 2021, respectivement 90 % et 95 % des montants maximum attribuables en fonction de sa règle de gestion interne au titre de la part variable du régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel. Le faible nombre d'agents concernés par cette prime (20 en 2021) et son plafonnement à hauteur de 40 % du plafond autorisé par la réglementation minorent toutefois l'impact de cette pratique de gestion tenant manifestement insuffisamment compte des résultats professionnels des agents concernés.
- En septième lieu, par délibération du 26 juin 2020 applicable au 1<sup>er</sup> octobre 2020, le conseil d'administration a ajouté les postes de directeurs à la liste des emplois ne relevant pas du décret précité du 7 mars 2003. L'agence a justifié cette évolution par la nécessité de renforcer la direction générale (qui a pourtant gagné 3,1 ETP entre 2017 et 2021, passant de 12,9 à 16,0 ETPT) et le management de l'institution grâce à une meilleure attractivité des rémunérations. L'agence a évalué le coût de cette évolution à 110 000 €, charges employeur comprises, sur la base des rémunérations des directeurs alors en fonctions<sup>262</sup>. Ce changement a amplifié en 2021 les évolutions antérieures<sup>263</sup>. La progression salariale des directeurs est ainsi dynamique. La rémunération annuelle des directeurs en fonctions tout au long des années 2020 et 2021 a augmenté de 8 % entre ces deux années.

À compter de janvier 2022, les adjoints aux directeurs ont également été ajoutés à la liste des emplois ne relevant pas du décret du 7 mars 2003. Au regard du nombre d'emplois concernés (9 en mai 2022) et du caractère avantageux des grilles des catégories d'emploi 1 et 2, cette décision dont le surcoût en 2022 devrait s'élever à environ 69 000 € hors charges employeur, ne s'imposait pas.

- En huitième lieu, par délibération du 26 juin 2020, le conseil d'administration a également revalorisé les primes d'encadrement des responsables d'unité, « *afin que leur niveau soit comparable à celui d'autres agences sanitaires.* » L'agence avait alors évalué le coût de cette évolution à 155 000 €, charges employeur comprises<sup>264</sup>. Cette délibération, comme la précédente, avait fait l'objet d'un double rejet en comité technique d'établissement.
- En neuvième lieu, une prime exceptionnelle liée à la crise sanitaire a été versée en décembre 2020. Elle a été versée à un peu plus de 400 agents pour un montant de 316 750 €. Cette prime n'a toutefois pas d'incidence sur les déterminants structurels de la masse salariale.

L'ensemble des mesures précédentes contribuent à expliquer la hausse de 57 % (855 312 €) des indemnités et avantages divers versés au personnel de l'agence entre 2019 et 2021, alors que les ETPT n'avaient augmenté que de 15 %.

---

<sup>260</sup> Décret n° 2004-1290 du 26 novembre 2004.

<sup>261</sup> Attribution de la prime d'encadrement au niveau normal pour les responsables de pôle, au niveau majoré pour les responsables de département et au niveau supérieur pour les adjoints aux directeurs.

<sup>262</sup> Par avenant à leur contrat, les directeurs en fonctions ont été positionnés sur des emplois fonctionnels avec un gain de rémunération de 10 % sur la rémunération lissée anticipée pour les trois ans à venir.

<sup>263</sup> Entre 2018 et 2021, la rémunération annuelle des directeurs en fonctions tout au long de la période a ainsi augmenté de 18,4 %, soit 5,8 % en variation annuelle moyenne.

<sup>264</sup> Hors charges d'employeur, l'agence a chiffré à 39 832 € le coût de cette évolution en année pleine.

De manière générale, SPF et la tutelle ne disposent pas d'éléments de comparaison sur les pratiques salariales. La DSS et le contrôleur budgétaire et comptable ministériel pourraient approfondir le suivi de la masse salariale de l'agence et de ses déterminants. À cet effet, ils pourraient envisager l'inscription de l'agence dans le champ de la commission interministérielle d'audit salarial du secteur public (Ciassp), qui relève de la mission « Gestion des ressources humaines et audit salarial du secteur public » du Contrôle général économique et financier (Cgefi).

- En dixième lieu, au 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'agence a reclassé ses vingt-sept écoutants non vacataires en catégorie 2, assimilés à des emplois de fonctionnaires de catégorie A<sup>265</sup>, alors qu'un arrêté du 5 décembre 2016 classe toujours ces agents en catégorie 3<sup>266</sup>. Cette évolution, en partie liée au positionnement de ces agents dans leur grille salariale<sup>267</sup>, a été présentée comme liée à une évolution des missions et des profils de recrutement. Elle apparaît discutable au regard des missions confiées à ces agents, n'aurait pas dû intervenir sans modification de l'arrêté précité. Le surcoût budgétaire en année pleine, de 200 000 € à 300 000 € en 2022<sup>268</sup>, ira croissant compte tenu de la dynamique différenciée des grilles indiciaires concernées<sup>269</sup>.
- En onzième lieu, l'agence attribue des bonus de rémunération aux agents qui la rejoignent en détachement<sup>270</sup>. Si ces gains, contrôlés par le service du contrôle budgétaire et comptable ministériel, sont limités à 10 % de la rémunération antérieure et sont en moyenne de 5 à 7 %, ils peuvent exceptionnellement être significatifs : à la faveur de leur détachement, deux directeurs ont vu leur rémunération annuelle augmenter de 21 %<sup>271</sup> et 23 %, correspondant à un gain brut annuel d'environ 17 500 € par rapport à leur rémunération antérieure.
- En douzième lieu, l'agence a exceptionnellement revalorisé l'indemnisation des réservistes sanitaires et de leurs éventuels employeurs, de 50 % à 73 % selon les professions et les statuts, pour toutes les missions dont le premier jour de mobilisation s'inscrivait dans la période du 7 avril au 18 mai 2021 inclus. Cette revalorisation était toutefois compréhensible au regard des besoins et de la nécessité d'attirer des professionnels sous-représentés dans le vivier.
- En treizième lieu, par délibération du 18 juin 2021, l'agence indemnise désormais les interventions des agents dans le cadre des astreintes<sup>272</sup>. Si elle apparaît logique et non contestable, cette évolution est également un facteur de hausse de la masse salariale : en décembre 2020, son coût était estimé pour 2021 à 240 000 € charges comprises.

<sup>265</sup> Selon le procès-verbal du comité technique d'établissement du 9 novembre 2017.

<sup>266</sup> Ces agents assurent des tâches de mise en œuvre des orientations et programmes ou participent à l'exécution des travaux (article 19 du décret n° 2003-224).

<sup>267</sup> Fin 2021, les écoutants de classe normale étaient à l'indice moyen 530, pour un indice plafond de 610.

<sup>268</sup> 203 600 € hors charges employeurs selon la direction des ressources humaines en avril 2022 ; 300 000 € selon la note de présentation de la délibération validant cette évolution.

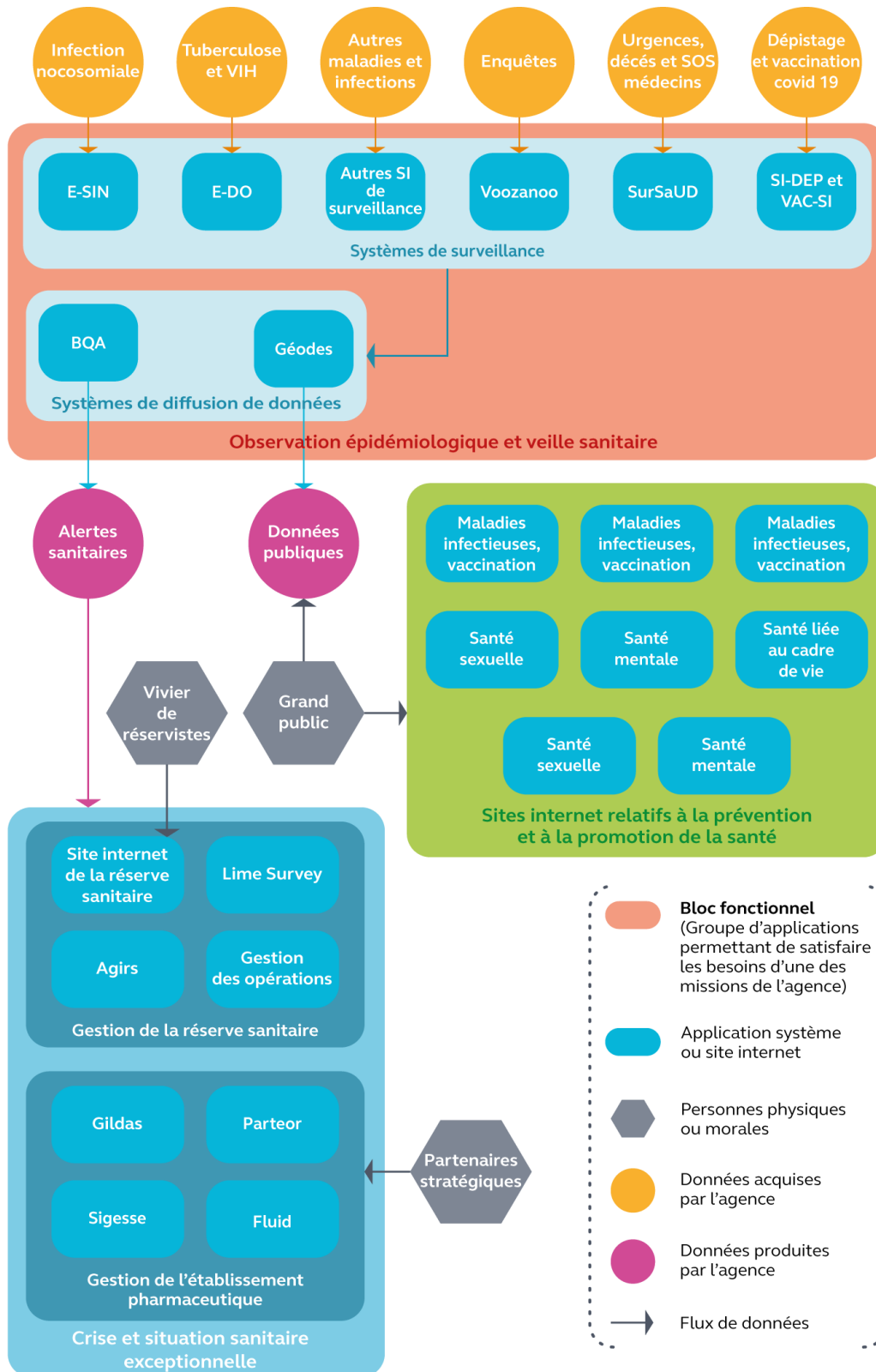
<sup>269</sup> En classe normale, un agent de catégorie 2 progresse en moyenne annuelle de 14,0 points d'indice, contre 8,6 pour un agent de catégorie 3. L'indice du dernier échelon de classe normale d'un emploi de catégorie 2 est 30 % plus élevé que l'indice du dernier échelon de classe normale d'un emploi de catégorie 3. Cet écart est de 62 % entre les indices les plus élevés de la hors classe pour ces deux catégories d'emploi (48 % hors échelons exceptionnels).

<sup>270</sup> Le détachement est la position du fonctionnaire placé hors de son corps d'origine et continuant à bénéficier dans ce corps de ses droits à avancement et retraite.

<sup>271</sup> Simultanément, l'agent était promu à la hors classe dans son corps d'origine, les 9 000 € bruts annuels de bonus détachement s'ajoutant à l'impact financier de sa promotion.

<sup>272</sup> Montants horaires de 16 € pour une intervention effectuée un jour de semaine et de 22 € pour une intervention effectuée une nuit, un samedi, un dimanche ou un jour férié.

### Annexe n° 8 : cartographie des systèmes d'information



Source : Cour des comptes