



UNE ANNÉE AU SERVICE  
DE LA SANTÉ  
DES POPULATIONS

# SOMMAIRE

Avant-propos  
**PAGE 03**

Regards croisés du président du conseil  
d'administration et du directeur général  
**PAGE 04**

Organisation  
**PAGE 06**

Création de l'Agence  
**PAGE 08**

## ANTICIPER

Détecter les risques sanitaires  
et apporter les éléments  
de décision à la puissance publique  
**PAGE 10**

## COMPRENDRE

Améliorer la connaissance  
et concevoir des stratégies  
d'intervention  
**PAGE 16**

## AGIR

Mettre en œuvre des programmes  
de prévention et de promotion  
de la santé et répondre aux crises  
sanitaires  
**PAGE 24**

Mission scientifique et internationale  
**PAGE 30**

Concertation citoyenne  
**PAGE 31**

# UNE AGENCE D'EXPERTISE, AU SERVICE DES POPULATIONS



Santé publique France a vu le jour le 1<sup>er</sup> mai 2016.  
Que de chemin parcouru pour créer cette agence nationale  
de santé publique au service de tous.

En regroupant l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national  
de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Établissement  
de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus)  
et le groupement d'intérêt public Addictions Drogues Alcool Info Service (GIP Adalis),  
l'Agence a créé les conditions d'un continuum entre  
ses directions et ses différents métiers.

Ce rapport annuel, qui s'articule autour de trois axes – « Anticiper », « Comprendre »  
et « Agir » –, a ainsi vocation à retracer les temps forts  
de cette première année d'existence, mais aussi à illustrer  
la pluralité de nos missions, l'envergure de notre champ  
d'intervention et l'expertise de nos équipes.

# « RELEVER LE DÉFI DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ »

UN AN APRÈS LA CRÉATION DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, FRANÇOIS BOURDILLON, DIRECTEUR GÉNÉRAL, ET LIONEL COLLET, PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION, FONT LE POINT SUR LES AVANCÉES RÉALISÉES ET LES ENJEUX À VENIR.



LIONEL COLLET ET FRANÇOIS BOURDILLON.

« L'AGENCE EST UN  
LEVIER INDISPENSABLE  
POUR RÉUSSIR DES  
PROJETS AMBITIEUX. »

LIONEL COLLET, PRÉSIDENT

Quel bilan faites-vous de la première année d'existence de Santé publique France ?

**François Bourdillon** : La création du nouvel établissement a permis à notre pays de se doter, comme l'ensemble des pays industrialisés, d'une agence nationale de santé publique compétente sur l'ensemble du champ : prévention et promotion de la santé, veille et

surveillance, alerte et réponse aux urgences sanitaires. Cette première année a vu la mise en place d'une programmation intégrée, afin de permettre aux différentes directions de l'Agence de travailler en réelle complémentarité, mais aussi de conférer à nos activités une meilleure lisibilité. Il fallait immédiatement démontrer que le continuum faisait gagner en efficacité : je crois que l'on peut dire que l'objectif est atteint.

**Lionel Collet** : Le bilan est indiscutablement positif. La réunion fonctionnelle et géographique des trois agences et du GIP Adalis a permis de développer les synergies attendues entre vigilance, prévention et urgences sanitaires, au profit de la santé des populations. La publication d'études épidémiologiques et le déploiement d'importantes campagnes de prévention – notamment le Moi(s) sans tabac (cf. p. 28) ou le dispositif d'information sur les nouvelles stratégies de prévention du VIH (cf. p. 29) – ont rapidement assuré à l'Agence une visibilité optimale. Alors que la prévention est, aussi bien en France que dans les autres grands pays, une des priorités des politiques de santé, Santé publique France apparaît désormais comme le levier indispensable pour réussir d'ambitieux projets dans ce domaine. Un tel résultat a été obtenu grâce à l'engagement de l'équipe

# 4

## VALEURS FONDATRICES

LE SENS DE L'INTÉRÊT GÉNÉRAL

L'ÉQUITÉ ENVERS  
LES POPULATIONS

LA RÉACTIVITÉ ET L'INSCRIPTION  
DANS LA DURÉE

L'INNOVATION

de direction et de tous les agents de Santé publique France, qu'ils en soient ici salués et remerciés.

### Quels ont été les principaux acquis de la réunion des quatre établissements ?

**F.B. :** La force de Santé publique France, c'est de disposer de l'ensemble des métiers nécessaires à l'intervention en santé publique, du diagnostic à la réponse, et de pouvoir les coordonner et les moduler en fonction des objectifs et des enjeux, au sein d'une approche stratégique concertée. Seule la réunion des structures qui ont fusionné pouvait permettre de décloisonner les métiers, de raccourcir les circuits de l'information et de fluidifier les interactions. Nous avons fait une partie du chemin, importante et nécessaire, mais il nous faut continuer à avancer et à progresser pour donner pleinement sens et corps à nos grandes ambitions. Le potentiel est bien là et l'implication des agents et leur professionnalisme sont au service de nos objectifs. Après un tel travail – nous ne partions néanmoins pas de rien, les bases étaient là –, nous sommes aujourd'hui dans une phase de consolidation et de structuration plus forte.

### Quels ont été les premiers impacts de cette transformation ?

**F.B. :** Le premier impact est bien sûr pour les agents, qui ont dû adapter leurs méthodes de travail et s'adapter à une nouvelle organisation, et qui ont aussi très vite mesuré les nouvelles possibilités offertes par l'élargissement de notre champ de compétences. Mais l'impact est

également bien sûr visible de l'extérieur, et les premières crises sanitaires auxquelles il a fallu faire face ont prouvé notre efficacité. Notre engagement afin de faire face à l'épidémie de Zika, par exemple, en est une belle illustration : nous avons mobilisé toutes nos ressources épidémiologiques, nationales et locales, pour organiser la surveillance, y compris chez les nouveau-nés ; nous avons conçu des messages de prévention et des recommandations ciblées ; enfin, nous avons soutenu le dispositif de soins grâce à la mobilisation de la Réserve sanitaire (renforts de sages-femmes, puéricultrices, techniciens de laboratoire, etc.).

### En termes de gouvernance, quel est le rôle du conseil d'administration et comment son action s'articule-t-elle avec celle des trois autres instances (p. 06) ?

**L.C. :** Le conseil d'administration fixe les orientations de la politique de l'Agence, constituant ainsi son organe de délibération et donc de décision. Les premières réunions ont posé les fondements du fonctionnement de Santé

de l'année, les nombreuses thématiques ont nécessité une mobilisation constante des équipes : l'épidémie de Zika ; la lutte contre le tabagisme avec le lancement du Moi(s) sans tabac, une première opération de marketing social de très grande envergure ; la mesure de l'impact de la pollution atmosphérique ; la publication des rapports de survie aux cancers ; l'audition à l'Assemblée nationale de Santé publique France au sujet du burn-out ; la très importante mobilisation de la Réserve sanitaire, notamment pour faire face aux conséquences des attentats ; la consolidation des dispositifs d'aide à distance. Les équipes de Santé publique France, pour remplir du mieux possible les missions qui leur sont confiées, œuvrent au quotidien pour promouvoir des environnements de vie plus sains.

### Quels travaux, quels outils, quelles optimisations l'Agence doit-elle encore réaliser afin de mieux atteindre ses objectifs ?

**F.B. :** Après cette première année de fonctionnement, il est important de

## « L'ANNÉE 2016 A ÉTÉ CELLE D'UNE MOBILISATION MAJEURE SUR DE NOMBREUSES THÉMATIQUES, DONT L'ÉPIDÉMIE DE ZIKA. »

FRANÇOIS BOURDILLON, DIRECTEUR GÉNÉRAL

publique France et montré l'investissement des administrateurs quel que soit le collège. Au cours des réunions, les discussions sont toujours centrées sur les missions de Santé publique France, l'anticipation, la compréhension et l'action. À ce titre, la participation nouvelle de représentants d'associations irrigue les débats. Quant à l'articulation avec le conseil scientifique, le comité d'éthique et de déontologie ainsi que le comité d'orientation et de dialogue, elle est très positive et très attendue pour éclairer les décisions du conseil d'administration.

### Quels sont les temps forts que vous retenez de l'année 2016 ?

**F.B. :** Bien entendu, l'inauguration de l'Agence le 1<sup>er</sup> mai 2016, après deux années de préfiguration. Mais, tout au long

s'inscrire dans le moyen terme et donc dans une stratégie pluriannuelle : il nous faut relever le défi d'une programmation à cinq ans. Nous devons pour cela continuer de travailler sur l'efficacité, en installant des procédures plus rigoureuses, de la décision à l'action, et en coordonnant mieux nos approches, notamment en cas de crise. L'articulation avec le local, au plus près des enjeux, le déploiement de dispositifs pérennes, l'évaluation corrective de nos interventions, la valorisation des données probantes... guident notre réflexion et sont pour nous autant d'enjeux pour faire fructifier les premiers résultats qui sont pour nous encourageants et qui démontrent que Santé publique France a su s'imposer comme un acteur important de notre système de santé.

# LES INSTANCES DE GOUVERNANCE

LA GOUVERNANCE DE L'AGENCE EST ORGANISÉE AUTOUR DE QUATRE INSTANCES : LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LE CONSEIL SCIENTIFIQUE, LE COMITÉ D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE ET LE COMITÉ D'ORIENTATION ET DE DIALOGUE.

## Le conseil d'administration (CA)

Composé de 28 membres (dont 9 représentants de l'État), nommés pour quatre ans renouvelables une fois, le CA est chargé de se prononcer sur les grandes orientations stratégiques de l'Agence, son programme d'activité et les moyens humains et financiers nécessaires à l'exercice de ses missions.

## Le comité d'éthique et de déontologie (CED)

Composé de 7 membres, le CED contribue à la politique de prévention des conflits d'intérêts mise en place par l'Agence et à l'évaluation du dispositif qui garantit l'indépendance des agents quand ils s'expriment dans des manifestations publiques, notamment dans des entreprises privées, des syndicats professionnels, des sociétés savantes, etc.

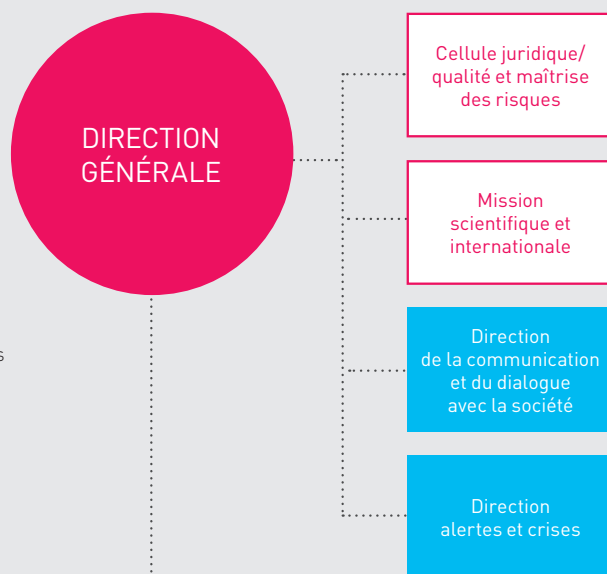
## Le conseil scientifique (CS)

Ses 27 membres ont entre autres missions celle de donner un avis sur les orientations de l'Agence, en termes de recherche, d'expertise, de programmation, de partenariats scientifiques et de contribuer à l'élaboration des politiques nationale et européenne de santé publique.

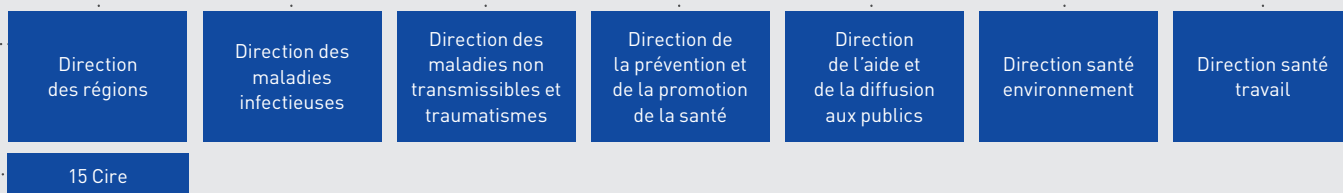
## Le comité d'orientation et de dialogue (COD)

Quatre missions ont été assignées au COD : contribuer à la qualité des actions de l'Agence et à optimiser ses modalités de communication (notamment en cas de crise sanitaire), hiérarchiser ses priorités dans les différents domaines d'activité et lui permettre de participer aux débats sur les questions de santé publique.

Pour toutes ces instances, un appel à candidatures et analyse des DPI (déclaration publique d'intérêts) sont réalisés. Pour le CS, le CED et le COD, les membres sont nommés par décision du président du CA pour quatre ans renouvelables après validation de la liste des membres par le CA lui-même.



Coordination



# ORGANISATION TERRITORIALE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE ET DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

## 15 CIRE

Les cellules d'intervention en région (Cire) ont pour missions d'évaluer les signaux régionaux, d'alerter, d'investiguer et de contribuer à l'élaboration des mesures de prévention et de contrôle; de constituer, d'animer et de mobiliser des réseaux de partenaires régionaux de veille sanitaire; d'assurer le pilotage et le développement de systèmes régionalisés de surveillance; d'apporter à l'ARS (agence régionale de santé) une expertise scientifique opérationnelle, disponible et réactive dans les champs d'intervention de Santé publique France.

### Agences régionales de santé (ARS)

■ Sièges

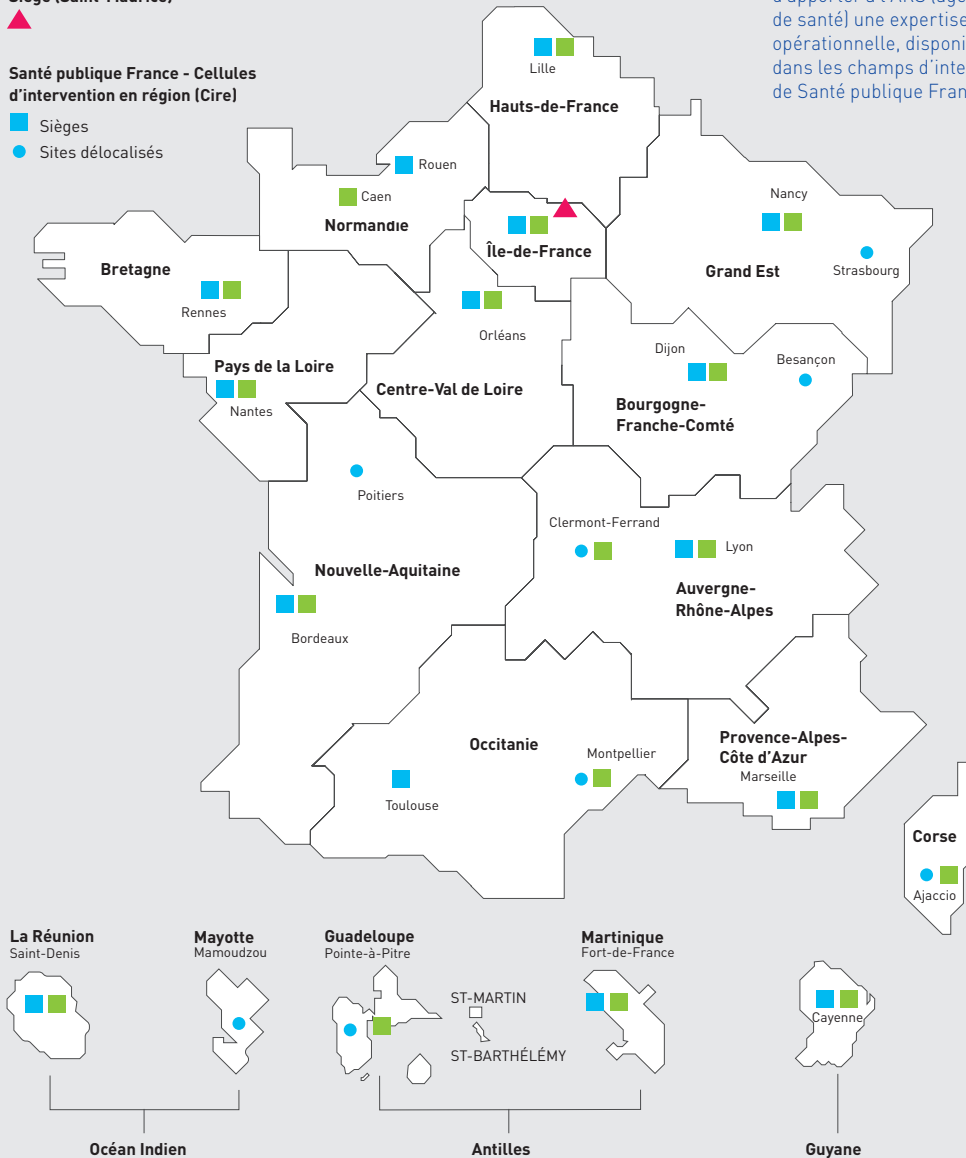
### Santé publique France Siège (Saint-Maurice)



### Santé publique France - Cellules d'intervention en région (Cire)

■ Sièges

● Sites délocalisés



- Direction des ressources humaines
- Direction des systèmes d'information
- Direction documentation, veille et archives
- Direction des achats et des finances\*
- Services généraux et immobilier

\* Cette direction a été créée par décision du conseil d'administration en date du 2 juin 2017, et regroupe les anciennes directions des achats et du contrôle de la dépense et la direction de la programmation budgétaire et du contrôle de gestion.

# SANTÉ PUBLIQUE FRANCE : UNE LOGIQUE DE CONTINUUM

LA CRÉATION DE LA NOUVELLE AGENCE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE A NÉCESSITÉ UN INTENSE PROCESSUS DE CONVERGENCE ENTRE LES TROIS ÉTABLISSEMENTS ET UN GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC, DONT VOICI LES PRINCIPALES ÉTAPES.



Le siège de Santé publique France, à Saint-Maurice, dans le Val-de-Marne.

Le 19 juin 2014, la ministre des Affaires sociales et de la Santé annonce, dans la continuité de la Stratégie nationale de santé présentée en septembre 2013, la création d'une agence nationale de santé publique, réunissant trois établissements et un groupement d'intérêt public : l'InVS, l'Inpes, l'Eprus et le GIP Adalis. L'objectif était de doter la France d'une agence d'une « taille critique suffisante », capable de porter les politiques publiques du ministère de la Santé. C'est en

septembre 2014 que François Bourdillon a été officiellement missionné pour préfigurer et conduire cette création.

## UNE COMITOLOGIE DE PRÉFIGURATION

À peine nommé, le préfigurateur met en place une comitologie resserrée, constituée d'une « équipe projet », conduite par le directeur général adjoint, et d'un comité exécutif du projet, présidé par le préfigurateur. Dès le début

du processus, pour permettre au plus grand nombre d'agents de contribuer à la réflexion, quinze groupes de travail thématiques sont créés. « *Après analyse de l'existant, explique Martial Mettendorff, directeur général adjoint, ils ont réalisé un diagnostic permettant d'élaborer les principes clés de fonctionnement du nouvel établissement, notamment les mutualisations, synergies et intégrations à mettre en œuvre pour créer une cohérence d'ensemble et des valeurs communes.* » C'est à partir des rapports de ces groupes



de travail que François Bourdillon a développé le rapport de préfiguration remis à la ministre le 2 juin 2015.

### UNE PROGRAMMATION COMMUNE ET SES MODALITÉS DE PILOTAGE

Un autre travail collectif a permis de réaliser le programme du nouvel établissement, pour l'année 2016, autour de 28 programmes s'inscrivant dans cinq axes stratégiques. Ce moment important a contribué à la construction d'une identité commune et à la mise en œuvre d'une transversalité. Pour réaliser les objectifs opérationnels fixés, chacun des programmes est porté par une direction métier, avec les concours de plusieurs autres. Ces modalités de pilotage ont pour finalités une intégration plus forte des activités de prévention dans une logique de continuum, mais aussi la volonté de développer la fonction d'expertise de l'Agence.

### LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONVERGENCE

Outre la mise en place de cette programmation, la convergence s'est également concrétisée par l'instauration des instances de l'Agence, dont le conseil d'administration (cf. p. 06). Par ailleurs, « les trois établissements et le GIP Adalis étant situés sur quatre sites géographiques, indique Martial Mettendorff, régis par des règles de gestion différentes, il a donc fallu, dès 2015, élaborer, avec les fonctions supports, un plan de convergence opérationnelle pour la nouvelle agence. Dix-sept chantiers ont été créés qui visaient à maintenir les trois établissements dans des conditions de fonctionnement normales et à préparer le passage à la nouvelle Agence dès qu'elle serait créée ». Les fonctions supports – direction des systèmes d'information, direction administrative et financière, direction des ressources humaines... – ont participé activement à cette convergence opérationnelle et ont eu un rôle décisif, malgré les difficultés soulevées par la réforme de la Gestion budgétaire et comptable publique (GDGP)

# 28

## PROGRAMMES S'INSCRIVANT DANS 5 AXES STRATÉGIQUES

qui a nécessité un certain nombre d'adaptations, dans l'attente du déploiement du nouveau logiciel permettant sa mise en œuvre.

### UN DIALOGUE SOCIAL ININTERROMPU

Toutes les équipes se sont investies dans ce processus, tout en continuant à assurer leur activité de service public qui n'a connu aucune interruption tout au long

de ce parcours. Et pour ce qui est du dialogue social, « dès le début, explique le DGA, nous avons mené des négociations avec l'ensemble des syndicats : nous avons d'abord signé un accord visant à fixer une méthode de négociation, puis un second qui portait sur l'ensemble du processus d'organisation des fonctions et des règles s'appliquant au personnel ».

### LA QUESTION DE L'IMMOBILIER

La ministre ayant annoncé un regroupement des trois instances à Saint-Maurice, plusieurs études de faisabilité ont été menées, notamment pour une installation provisoire au sein de l'hôpital. In fine, la décision a été prise d'installer, pendant toute la durée de la construction d'un nouvel édifice (qui sera livré fin 2018), des bâtiments modulaires. Cette solution – la plus économique et la plus rapidement opérationnelle – a permis d'accueillir toutes les équipes dès février 2017. En 2019, le nouveau bâtiment accueillera définitivement les équipes avec une restauration collective renouvelée. •



L'OBJECTIF ÉTAIT DE DOTER LA FRANCE D'UNE AGENCE D'UNE « TAILLE CRITIQUE SUFFISANTE », CAPABLE DE PORTER LES POLITIQUES PUBLIQUES DU MINISTÈRE.

# ANTICIPER

LES DISPOSITIFS  
NATIONAUX  
DE VEILLE MIS EN ŒUVRE  
PAR SANTÉ PUBLIQUE FRANCE,  
TOUT COMME LES ÉTUDES D'IMPACT,  
LES BAROMÈTRES DE SANTÉ,  
L'EXPERTISE MICROBIOLOGIQUE  
DES CENTRES NATIONAUX  
DE RÉFÉRENCE, PERMETTENT DE MIEUX  
ANTICIPER LES ENJEUX DE SANTÉ  
ET DE PRÉVOIR LES LEVIERS  
ET ACTIONS NÉCESSAIRES  
POUR Y FAIRE FACE.







## NUMÉRIQUE

### MISE EN LIGNE DE LA PLATEFORME E-DO



**Pour la trentaine de maladies à déclaration obligatoire (DO)**, une fois diagnostiquées, les cliniciens et les biologistes étaient jusque-là tenus de remplir un formulaire Cerfa papier et de l'envoyer à Santé publique France par voie postale. Une plateforme logicielle, intitulée e-DO, permet depuis avril 2016 de compléter un formulaire en ligne et ainsi simplifier ce processus de notification. Pour l'instant, elle n'est opérationnelle que pour le VIH-sida, mais les autres maladies y seront progressivement intégrées, la prochaine étant la tuberculose.

L'ensemble des parties prenantes ont été associées à la mise en œuvre de ce projet : les ARS, les cliniciens et les biologistes pour l'élaboration du cahier des charges. Quant au comité de pilotage, il est composé de représentants du ministère de la Santé, d'associations, de l'Ordre des médecins...



## APPEL À CANDIDATURES

### RENOUVELLEMENT DU RÉSEAU DES CNR



**Les Centres nationaux de référence (CNR)** pour la lutte contre les maladies transmissibles sont des laboratoires qui fournissent à Santé publique France l'expertise microbiologique nécessaire à la surveillance des maladies infectieuses en santé humaine. Financé, animé et coordonné par l'Agence, ce réseau est constitué de laboratoires de très haut niveau, chacun étant spécialisé dans une thématique ou un groupe de micro-organismes précis : virus des infections respiratoires dont la grippe, arbovirus, infections sexuellement transmissibles, virus de la rougeole, des oreillons et de la rubéole, risques infectieux transfusionnels, résistance aux antibiotiques...

La liste de ces thématiques ou groupes de micro-organismes, tous jugés prioritaires en termes de santé publique, est régulièrement actualisée pour répondre aux besoins de santé publique. Ainsi, tous les cinq ans, ce réseau est renouvelé afin d'être adapté à l'évolution de l'épidémiologie des maladies infectieuses en France.

En 2016, Santé publique France a lancé un appel à candidatures pour renouveler ce réseau, a évalué les dossiers des postulants avec l'aide de son comité des CNR, et a sélectionné 44 CNR pour un total de 75 laboratoires. Proposée par l'Agence au ministère de la Santé, la liste des nouveaux CNR a été publiée par un arrêté en date du 7 mars 2017. Le mandat du réseau actuel couvrira la période du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2022.



**SURVEILLANCE**

## LA REFONTE DU DISPOSITIF NATIONAL DE SURVEILLANCE DES MÉSOTHÉLIOMES ET DE LEURS EXPOSITIONS

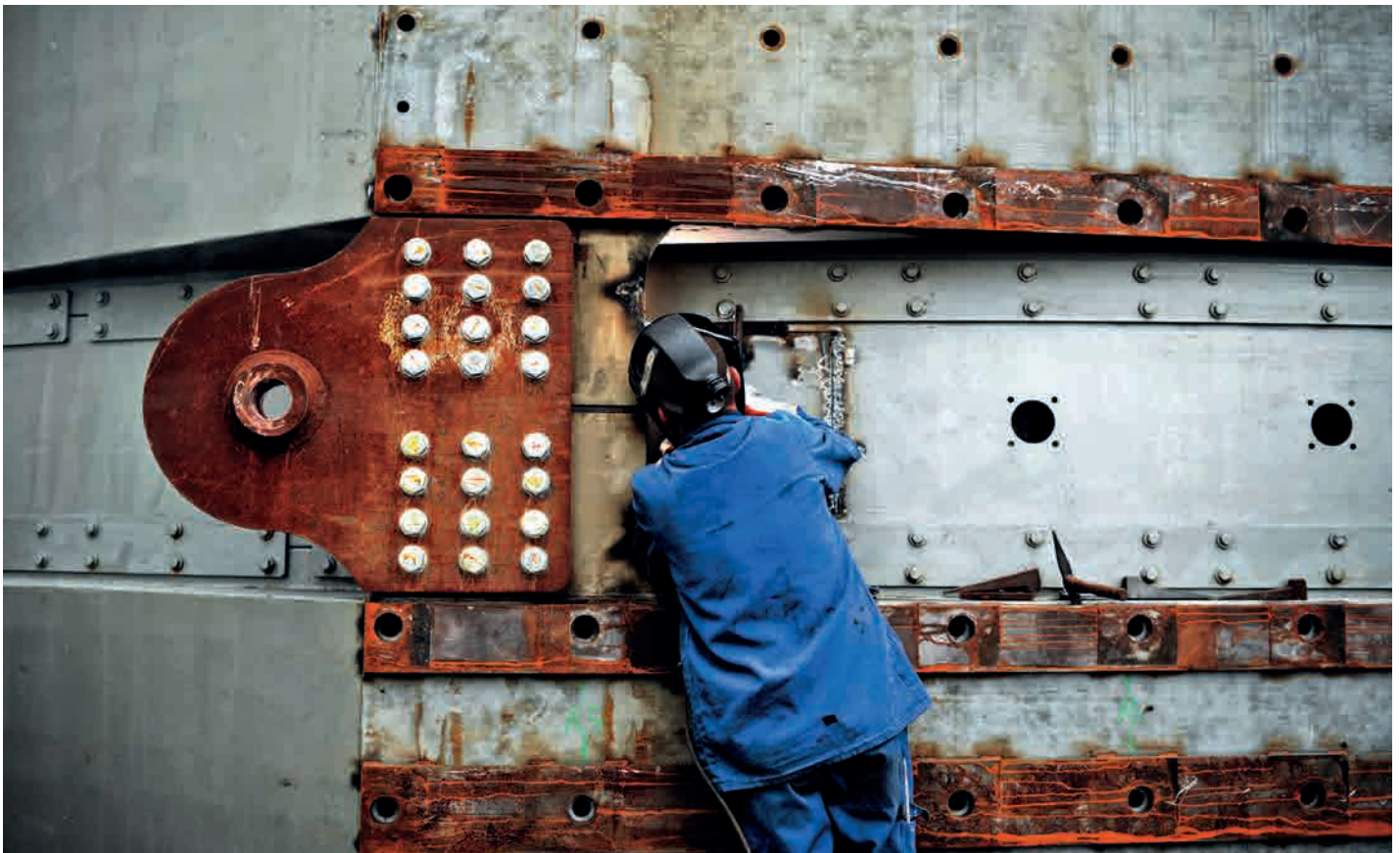
→ **SANTÉ AU TRAVAIL**

**La surveillance épidémiologique des mésothéliomes** s'étant complexifiée depuis 1998, il est apparu nécessaire d'unifier le dispositif national de surveillance des mésothéliomes, de le moderniser et de l'optimiser. De plus, la problématique de l'amiante a évolué avec un déplacement des expositions professionnelles des métiers de transformation et d'utilisation de l'amiante vers ceux de démolition des bâtiments qui en contiennent ou d'intervention sur des matériaux contaminés. Par ailleurs, d'autres

situations susceptibles de générer des expositions à l'amiante sont à prendre en compte, notamment l'exposition environnementale des populations riveraines d'anciens sites industriels d'exploitation de l'amiante, ou encore celles générées par des activités de bricolage.

À l'issue d'une année de réflexion (2015) menée par Santé publique France, avec les experts du Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) et un certain nombre d'acteurs clés, la structure du futur dispositif national de surveillance des mésothéliomes (DNSM),

dont le portage sera assuré par l'Agence, a été définie. Il s'articulera autour de trois entités : un registre spécialisé des mésothéliomes sur une zone limitée, un guichet unique d'identification des cas de mésothéliomes pour les repérer de la manière la plus exhaustive et améliorer la connaissance des expositions et, enfin, le maintien de la déclaration obligatoire. En 2016, les rapports présentant les recommandations du futur DNSM ont été finalisés, et il serait envisagé de déployer les enquêtes notamment dans deux régions non couvertes jusque-là : les Hauts-de-France et l'Île-de-France.





**IMPACT PSYCHOTRAUMATIQUE**

## LA MISE EN ŒUVRE DES ÉTUDES D'IMPACT POST-ATTENTATS



**Une des missions de Santé publique**

**France** est de mesurer les effets des événements exceptionnels sur la santé physique et mentale de la population. Après les attentats de *Charlie Hebdo* et de l'Hyper Cacher de Vincennes, en janvier 2015, une étude intitulée IMPACTS (investigation des manifestations traumatiques post-attentats et de la prise en charge thérapeutique et de soutien

des personnes impliquées dans les attentats de janvier 2015 en Île-de-France) avait été lancée. Il s'agissait de rencontrer les personnes ayant vécu ces événements



– témoins, policiers, professionnels de santé, personnes endeuillées, soit 190 civils et 232 intervenants –, afin d'évaluer, avec des psychologues, leur état de stress post-traumatique, d'identifier ceux et celles susceptibles de développer de graves troubles de la santé mentale et de s'informer sur leur parcours de soins.

Les données recueillies étaient en cours d'analyse quand sont survenus les attentats de novembre 2015. Ils ont donné lieu à une deuxième étude, ESPA 13 novembre (enquête de santé publique post-attentats du 13 novembre), mais le nombre d'individus touchés par ces événements étant beaucoup plus important, il était difficile d'envisager des entretiens en face à face. Il a donc été décidé de réaliser cette enquête sur Internet. Un questionnaire a été élaboré et mis en ligne, en garantissant un degré de sécurité maximal des données. Pour en informer les personnes concernées, plusieurs canaux ont été

utilisés : pour les intervenants, la voie hiérarchique principalement ; pour les civils, via les médias, les différentes associations d'aide aux victimes, les services hospitaliers ainsi que des distributions de courrier dans les boîtes aux lettres des riverains. Ce questionnaire a suscité quelque 1400 réponses qui sont en cours de traitement. Une troisième étude est à l'œuvre suite à l'attentat de Nice.

# 190

**CIVILS**  
**ET 232 INTERVENANTS**  
**ONT ÉTÉ RENCONTRÉS**  
**DANS LE CADRE**  
**DE L'ÉTUDE IMPACTS**

## ENQUÊTE

# LE BAROMÈTRE SANTÉ 2016 ET LE BAROTEST



**Le Baromètre santé est un dispositif d'enquêtes périodiques** qui vise à mieux connaître les comportements et les opinions des Français en matière de santé et permet de suivre ces indicateurs dans le temps. Pour l'édition 2016, 15 216 interviews téléphoniques ont été réalisées, entre janvier et août, auprès de personnes âgées de 15 à 75 ans résidant en France métropolitaine. L'ensemble des données recueillies est actuellement en cours d'analyse. Les principales thématiques abordées par ce baromètre santé étaient :

- les maladies à transmission vectorielle notamment la maladie de Lyme, le chikungunya et la dengue ;
- la vaccination, notamment l'adhésion et les perceptions de la population vis-à-vis de certains vaccins et des maladies dont ils protègent, la mesure de l'hésitation vaccinale ;
- la santé sexuelle, plus particulièrement les comportements sexuels et préventifs à différents moments de la vie, la contraception, les grossesses non prévues ;
- le dépistage des hépatites B et C et du VIH, plus précisément sur les dates et circonstances de ces dépistages ou encore sur les connaissances et intérêt de l'autotest VIH.

Pour la première fois, un volet biologique, le « Barotest », a été mis en œuvre en complément du Baromètre santé.



Un dépistage combiné des hépatites B, C et du VIH a été proposé à toutes les personnes majeures interrogées dans le cadre du Baromètre santé 2016, via l'envoi à domicile d'une trousse d'auto-prélèvement. Le prélèvement sanguin (sur buvard) était ensuite expédié par voie postale aux laboratoires partenaires qui se chargeaient des analyses et du rendu des résultats. Les objectifs de cette démarche étaient d'évaluer, à l'échelle de la population générale, la faisabilité et l'acceptabilité de cette modalité de dépistage, ainsi que d'estimer la prévalence de ces trois infections dans la population et la proportion de personnes qui méconnaissaient leur séropositivité.

## ANTICIPATION DES CRISES SANITAIRES

# L'ÉTABLISSEMENT PHARMAÇEUTIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE



**L'Établissement pharmaceutique de Santé publique France gère**, pour le compte de l'État, les réserves stratégiques de produits de santé nécessaires à la protection de la population en cas de menace sanitaire grave : masques, antiviraux, antidotes, vaccins... Il en assure les acquisitions, les importations, le stockage, les exportations et la distribution en cas de situations sanitaires exceptionnelles (SSE), qu'elles soient d'origine épidémique, naturelle ou terroriste... En 2016, l'épidémie de Zika a ainsi nécessité l'achat de matériels tels que des respirateurs et des échographes, et pour le championnat d'Europe de



l'UEFA, des antidotes ont dû être déployés dans les dix villes organisatrices, dans le cadre du dispositif prudentiel.

Une partie de ces stocks est centralisée à la Plateforme nationale des stocks stratégiques de santé (PN3S), pleinement opérationnelle depuis avril 2016. Au niveau des régions, des dotations médico-pharmaceutiques (les postes sanitaires mobiles, PSM) sont stockées dans 120 établissements de santé pivots et sont utilisées localement pour les SSE. Un système d'information partagé a été développé pour rendre l'inventaire et la gestion de ces moyens tactiques parfaitement fiables et disposer d'une visibilité partagée ES-ARS-Santé publique France-DGS. Par ailleurs, afin de tenir compte de nouvelles SSE (agressions collectives), un comité d'experts a modifié la composition des PSM et proposé la création de PSM pédiatriques afin d'améliorer encore la prise en charge des victimes en cas de SSE.

# CONFÉRENCE

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE  
MÈNE DES ÉTUDES  
ÉPIDÉMIOLOGIQUES  
ET DES ENQUÊTES, PUBLIE DES  
RAPPORTS, ORGANISE DES COLLOQUES  
AFIN D'AMÉLIORER LES CONNAISSANCES  
SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION,  
LES COMPORTEMENTS, LES IMPACTS  
ENVIRONNEMENTAUX  
ET DE CONCEVOIR DES STRATÉGIES  
DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION  
DE LA SANTÉ.





COLLOQUE

## LES FEMMES AU CŒUR DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

→ **MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET TRAUMATISMES**

**Co-organisé le 10 mars 2016**

par le ministère des Affaires sociales et de la Santé et Santé publique France, en lien avec la Fédération française de cardiologie (FFC), ce colloque a été programmé suite à la parution d'évolutions épidémiologiques préoccupantes concernant le risque cardiovasculaire chez les femmes, notamment les moins de 65 ans. En effet, depuis une dizaine d'années les taux d'hospitalisation pour maladies cardiovasculaires de ces femmes, et en particulier pour infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral, sont en croissance régulière (+20% et +14% respectivement entre 2002 et 2013). Des causes multiples sont évoquées : évolution des comportements individuels et des facteurs de risque (tabagisme, stress, sédentarité, mauvaises habitudes alimentaires...) dans un contexte de profonde évolution sociétale des conditions de vie des femmes. De plus, la méconnaissance des symptômes, parfois atypiques, peut amener à sous-estimer leur gravité et conduire à un retard diagnostique et thérapeutique. Une stratégie de prévention est néanmoins possible et doit être abordée tout au long de la vie, par la sensibilisation des femmes et la mobilisation des

professionnels de santé.

Ce colloque, qui a eu lieu deux mois avant la création de l'Agence, préfigurait le lien à créer entre surveillance



épidémiologique et prévention. Ainsi, cette journée de sensibilisation, destinée à l'ensemble des acteurs de santé et de prévention et, à travers eux, au grand public, avait pour objectifs :

- de faire l'état des lieux partagé de la santé cardiovasculaire des femmes autour de ces signaux préoccupants, et des principaux déterminants, notamment comportementaux ;
- de valoriser les stratégies ou les pistes nouvelles de prévention adaptées aux femmes, comme le développement d'un dispositif de communication multimodal pour promouvoir auprès d'elles l'activité physique ou l'expérience de la ville de Strasbourg sur le parcours « sport santé sur ordonnance » par exemple ;
- de souligner les particularités de la prise en charge des femmes ;
- d'inciter l'ensemble des acteurs à s'emparer de cet enjeu.

**SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

## L'ÉPIDÉMIE DE ZIKA EN GUYANE ET AUX ANTILLES

→ **MALADIES INFECTIEUSES**

**Dès 2013, à l'occasion de l'épidémie qui frappait la Polynésie française,** Santé publique France s'était préparée au risque du virus Zika – très peu connu alors – en raison de ses liens avec les services de santé publique locaux. Lors de cette première épidémie d'importance, les équipes de Polynésie française ont montré que ce virus, réputé bénin, pouvait entraîner



des complications neurologiques, telles que des syndromes de Guillain-Barré, mais qu'il pouvait aussi se transmettre par voie sexuelle (le virus peut rester actif pendant six mois dans le sperme) et pas seulement par piqûre de moustique.

Quand, à partir de janvier 2016, l'épidémie s'est déclarée en Guyane et aux Antilles, le dispositif de surveillance mis en place par l'Agence était opérationnel. La collaboration avec le CNR des arbovirus et ses laboratoires associés a été étroite et constante pour adapter les modalités de la surveillance aux connaissances sur le virus (notamment sa responsabilité dans des cas de complications fœtales graves) et à l'évolution des outils diagnostiques. Le suivi quotidien, effectué par la Cire Antilles-Guyane, a permis de mesurer l'ampleur et la dynamique de l'épidémie. La publication hebdomadaire des données dans les points épidémiologiques garantissait l'information de la population et de l'ensemble des partenaires de la lutte contre cette épidémie.

Santé publique France a enfin fourni son expertise au sein des groupes de travail sur le Zika du Haut Conseil de la santé publique, ainsi que ceux mis en place par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Elle a aussi participé aux travaux internationaux, notamment en lien avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC).

**SURVEILLANCE  
ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

**SURVEILLANCE  
SANITAIRE  
DES POPULATIONS  
MIGRANTES  
ACCUEILLIES À  
CALAIS ET GRANDE-  
SYNTHE**

→ **RÉGIONS**

Entre janvier et octobre 2016, le campement de la « nouvelle jungle » de Calais a vu le nombre de migrants tripler, passant de 2000 à 6000 personnes.

Une situation qui a entraîné une dégradation importante des conditions de vie, notamment en termes d'accès à l'eau potable, à des sanitaires et aux soins. Suite aux recommandations de la mission interministérielle d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire qui s'était rendue à Calais, la Cire Hauts-de-France, en partenariat avec l'ARS, y a mis en place pendant un an (novembre 2015 – octobre 2016) un dispositif de surveillance épidémiologique, qui a été étendu en décembre 2015 à Grande-Synthe. Ses objectifs étaient de repérer précocement toute épidémie pour intervenir très rapidement et de suivre les tendances de pathologies cibles pour y adapter l'offre de soins.

Ce dispositif a pris appui sur le renforcement du dispositif de signalement des maladies à déclaration obligatoire à l'ARS et sur la transmission de données de surveillance syndromique par les Services d'accueil des urgences (SAU), les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et les dispensaires gérés par les ONG, notamment Médecins sans frontières, Médecins du monde et la Croix-Rouge. Trois épisodes épidémiques – grippe A (H1N1), rougeole et varicelle – ont été ainsi détectés et ont nécessité des campagnes de vaccination, organisées par l'ARS, les ONG et l'hôpital de Calais,

avec l'appui de la Réserve sanitaire et de l'Établissement pharmaceutique de Santé publique France. Malgré les contraintes et les difficultés liées au contexte (population des migrants très fluctuante, multiplicité des intervenants et des systèmes d'information), l'implication de l'ensemble des acteurs hospitaliers, associatifs et administratifs, a permis une adaptation rapide du système de surveillance et une réponse adaptée et réactive aux alertes de santé publique.

**ÉPIDÉMIOLOGIE**

**LE BURN-OUT**

→ **SANTÉ AU TRAVAIL**

**Santé publique France pilote depuis 2003**, en collaboration avec l'Inspection médicale du travail, le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP). Les MCP sont définies comme toutes les maladies (ou symptômes) jugées comme en lien avec le travail par les médecins du travail mais non reconnues en maladie professionnelle par les régimes de Sécurité sociale. Ce programme, qui s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires, a pour objectif principal de décrire et quantifier les MCP en France, ainsi que les facteurs d'exposition professionnelle qui leurs sont associés.

Depuis la création du programme MCP, la souffrance psychique est le deuxième groupe pathologique le plus fréquemment signalé par les médecins du travail après les troubles musculo-squelettiques. Dans ce programme, la souffrance psychique regroupe les troubles psychiatriques, ainsi que d'autres troubles relevant de la sphère de la santé mentale mais qui ne sont pas considérés comme des maladies dans les classifications de référence comme le syndrome d'épuisement professionnel



(burn-out) : entre 2007 et 2012, le taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail a augmenté (de 2,3 à 3,1% chez les femmes et de 1,1 à 1,4% chez les hommes) et la répartition des troubles qui la composent a changé, avec notamment une probable augmentation de la part du burn-out.

Si la souffrance psychique en lien avec le travail prend de plus en plus d'importance dans les pathologies d'origine professionnelle, celle-ci ne figure dans aucun tableau de maladie professionnelle reconnue par les différents régimes de la Sécurité sociale.

Dans ce contexte, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, qui a mené en 2016 une mission d'information sur le burn-out, a auditionné Santé publique France le 11 octobre 2016 et a notamment interrogé les représentants de l'Agence sur les modalités d'une surveillance épidémiologique et la méthodologie qui serait à mettre en œuvre. Le rapport d'information de la commission, publié en février 2017, peut être consulté sur le site de l'Assemblée nationale et de Santé publique France.

**BIOSURVEILLANCE**

**PUBLICATION DU TOME 1 DU VOLET PÉRINATAL DU PROGRAMME DE BIOSURVEILLANCE**

→ **ENVIRONNEMENT**

Le programme national de biosurveillance, issu de la loi « Grenelle 2 », repose sur la mise en œuvre de deux études, réalisées par Santé publique France, dont l'objectif est de décrire l'exposition de la population aux polluants de l'environnement : la première, intitulée Esteban<sup>1</sup>, porte sur la population générale de 6 à 74 ans, la seconde s'appuie sur un sous-

échantillon de 4 145 femmes enceintes ayant accouché en 2011 et incluses dans la cohorte Elfe<sup>2</sup>. L'objectif de ce tome 1 du volet périnatal du programme national de biosurveillance est de décrire, à partir de prélèvements d'urines et de sérum effectués au moment de l'accouchement, l'imprégnation de ces femmes par certains

**99,6%**

**DE L'ÉCHANTILLON  
A ÉTÉ EXPOSÉ  
AU MOINS À UN PHTALATE**

polluants organiques présents dans l'environnement : bisphénol A, phtalates, pesticides, dioxines, retardateurs de flamme et composés perfluorés, autant de perturbateurs endocriniens qui peuvent avoir des répercussions sur la grossesse et la santé de l'enfant, certains pouvant être cancérogènes.

Les résultats de ce tome 1 montrent que ces polluants organiques ont été mesurés à des niveaux de concentration quantifiables chez près de la totalité des femmes enceintes. Les résultats montrent également que si l'alimentation représente la source principale d'exposition, d'autres sources sont présentes, notamment dans l'air intérieur et extérieur.

1. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition.
2. Étude longitudinale française depuis l'enfance.



**ÉTUDE**

**PUBLICATION DE L'ÉVALUATION QUANTITATIVE DE L'IMPACT SANITAIRE LIÉ À LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE**

→ **ENVIRONNEMENT**

Cette nouvelle évaluation quantitative de l'impact sanitaire s'inscrit dans le cadre du programme de surveillance air et santé coordonné par Santé publique France. C'est la première étude qui porte sur les 36 219 communes de France continentale (et pas seulement sur les grandes agglomérations). Fondée sur des données « à la commune », elle prend comme traceur représentatif de la pollution atmosphérique globale les particules fines inférieures à 2,5 micromètres (PM<sub>2,5</sub>). Il en ressort que 48 000 décès par an leur seraient attribuables (soit 9 % de la mortalité française), qu'une personne de 30 ans peut perdre jusqu'à deux ans d'espérance de vie dans les villes les plus polluées et neuf mois dans les petites villes et en zone rurale. Cet impact sanitaire est la conséquence d'une exposition quotidienne aux particules fines.

Pour aider à l'action, quatre scénarios ont été étudiés afin d'évaluer, pour chacun d'eux, le nombre de morts qui pourrait être évité et le gain d'espérance de vie si :

- le taux de PM<sub>2,5</sub> de l'ensemble des communes était équivalent à celui de 5 % des communes les moins polluées ;
- la valeur de PM<sub>2,5</sub> recommandée par l'OMS (10 µg/m<sup>3</sup>) était respectée ;
- la valeur de PM<sub>2,5</sub> recommandée par le Grenelle de l'environnement (15 µg/m<sup>3</sup>) était respectée ;
- la valeur de PM<sub>2,5</sub> recommandée par la « valeur cible de la réglementation européenne » [20 µg/m<sup>3</sup>] était respectée.

Les résultats obtenus indiquent que les scénarios les plus ambitieux permettent de réduire le nombre de décès jusqu'à 34 000 et de gagner en moyenne neuf mois d'espérance de vie. Les auteurs de cette étude en concluent que « la baisse des niveaux de l'air constitue en France l'un des leviers d'action majeurs pour la prévention des cancers, des pathologies cardiovasculaires et respiratoires et des maladies neurodégénératives ».

Retrouvez le reportage de la Journée qualité de l'air et santé à Santé publique France, le 21 juin 2016.

## BILAN D'ACTIVITÉ

# BILAN DES SOLLICITATIONS EN MATIÈRE DE SITES ET SOLS POLLUÉS

### → ENVIRONNEMENT

**Santé publique France répond,** par l'intermédiaire des Cire, à des sollicitations locales, émanant de la population ou de ses représentants, concernant la santé environnementale. À la demande de la Direction générale de la santé, un bilan de l'activité des investigations menées autour des sites industriels et des sols pollués entre 2010 et 2015 a été effectué et recense :

- le type de pollution, son origine et les polluants suspectés ;
- les circonstances dans lesquelles sont survenues les expositions ;
- les populations concernées ainsi que les pathologies signalées ;
- les actions menées par Santé publique France.

Au total, sur six années, ce sont 116 sollicitations en matière de sites et de sols pollués qui ont nécessité une participation active des équipes de Santé publique France sur le terrain, mais également le recours à des expertises internes et externes. Les réflexions que suscitent de telles investigations concourent à mieux encadrer la sécurité sanitaire de ces sites où la population et les travailleurs sont exposés à des pollutions anciennes ou récentes.

Parallèlement, Santé publique France développe de nouvelles méthodes et des outils afin d'améliorer les réponses aux sollicitations locales. Une réflexion est ainsi menée sur la faisabilité de mettre en place une surveillance sanitaire autour des grands bassins industriels et, de façon plus large, sur la définition du périmètre des missions en santé-environnement à l'échelle locale.



## ENQUÊTE

# NUTRITION : ÉTUDE CORPULENCE CE1-CE2

### → MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET TRAUMATISMES

**En 2016 a été lancée la troisième édition de l'enquête sur la corpulence des 7-9 ans,** initiée en 2000 et réitérée en 2007. Elle a été réalisée dans les écoles primaires de 90 départements métropolitains (sur 96) et répartie entre les zones prioritaires et non prioritaires, de manière à obtenir des résultats représentatifs de la population des élèves scolarisés en CE1 et CE2. Les mesures de poids et de taille de plus de 5000 enfants ont été réalisées par des infirmières scolaires, et un questionnaire a été adressé aux parents afin d'appréhender quelques éléments de leur situation socio-économique et familiale.

Les précédentes enquêtes de 2000 et 2007 avaient permis de mettre en évidence que la progression des taux de surpoids et d'obésité s'était stabilisée pour cette classe d'âge. Cet état de fait avait été également constaté en Suisse, au Danemark, en Suède... À la différence des deux précédentes éditions, cette dernière s'inscrit dans l'initiative du bureau européen de l'OMS, la Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), qui s'intéresse à la corpulence des enfants de cette même classe d'âge dans une quinzaine de pays européens. L'enjeu de cette étude, actuellement en cours d'analyse, est de déterminer si la courbe du surpoids et de l'obésité repart à la hausse, à la baisse ou reste stationnaire et de comparer ses résultats à ceux d'autres pays européens.

**SURVEILLANCE**

**LES FACTEURS DE RISQUES ATTRIBUABLES AU TABAC**

➔ **MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET TRAUMATISMES**

**La France est un des pays développés les plus consommateurs de tabac**, avec une proportion de fumeurs (adolescents et adultes) proche des 30%. Le tabagisme étant une cause majeure de maladies et de décès, les pouvoirs publics ont lancé, en 2014, le programme national de réduction du tabagisme, qui vise à diminuer de 10% le nombre de fumeurs en cinq ans et à faire passer sous la barre des 20% la proportion de fumeurs quotidiens d'ici à 2024. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'orientation de la surveillance épidémiologique mise en place par Santé publique France, dont les travaux ont notamment porté en 2016 sur l'évaluation de l'impact du tabagisme dans la population en termes de mortalité et son évolution entre 2000 et 2013.

Quelque 73 000 morts ont été imputés à la consommation de tabac en 2013, soit 13% des décès enregistrés en France métropolitaine cette année-là. Si entre 2000 et 2013, le nombre de décès dus au tabac semble légèrement s'infléchir pour les hommes, une très nette augmentation est observée chez les femmes. Ce nombre de décès a en effet été multiplié par deux dans la population féminine, passant de 3% de tous les décès chez la femme en 2000 à plus de 6% en 2013, indiquant une tendance particulièrement préoccupante.



**ENQUÊTE**

**ANALYSE DÉTAILLÉE DES DÉCÈS PAR TRAUMATISME D'ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS (ADT)**

➔ **MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET TRAUMATISMES**

**Tous les ans, en France métropolitaine**, on dénombre 450 décès par traumatisme d'enfants de moins de 15 ans. Ils sont victimes d'accidents de la route (120), de la vie courante (250) ou de traumatismes intentionnels (80). La surveillance épidémiologique de ces décès est réalisée à partir des données de mortalité recueillies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). Cependant, celles-ci ne fournissent ni la chronologie du traumatisme ni les renseignements sur les circonstances dans lesquelles il s'est produit.

En 2009, l'InVS avait réalisé dans trois régions françaises une enquête de faisabilité sur la « mortalité par accident de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans », pour recueillir auprès des médecins certificateurs le détail des circonstances ayant conduit au décès accidentel de 76 enfants. Cette expérience ayant été bien acceptée par les professionnels de santé et s'étant avérée concluante, une collecte systématique des circonstances détaillées des décès par traumatisme d'enfants de moins de 15 ans a été mise en œuvre à partir de 2015 sur l'ensemble du territoire. L'objectif est d'évaluer à quel point ils peuvent être évités afin de cibler les messages de prévention sur des circonstances et des populations à risque. Cette enquête est entrée dans sa phase de routine en janvier 2016.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

# LES RAPPORTS DE SURVIE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

### → MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET TRAUMATISMES

Inscrite dans les différents plans cancers, la mesure de la survie est un des principaux indicateurs permettant d'orienter et d'évaluer les politiques de santé publique en cancérologie. En 2016, elle a fait l'objet de deux rapports (l'un sur 37 tumeurs solides, l'autre sur 16 hémopathies malignes) résultant d'un partenariat entre quatre acteurs : le réseau Francim des registres de cancers, qui fournit à la fois les données épidémiologiques et son expertise pour appréhender la mesure de la survie ; le service de biostatistiques des Hospices civils de Lyon qui en réalise les analyses ; Santé publique France et l'Institut national du cancer, qui les financent, optimisent le travail partenarial et participent à la production des rapports ainsi qu'à leur valorisation.

Deux types d'indicateurs sont présentés dans ces rapports : la « survie observée », c'est la proportion de personnes survivantes plusieurs années après le diagnostic, quelle que soit la cause de décès (le cancer ou une autre pathologie) ;

la « survie nette », qui est celle que l'on observerait théoriquement si le cancer étudié était la seule cause de décès possible. Cette dernière constitue le seul indicateur



permettant de comparer la survie entre deux périodes ou entre des pays différents. Les résultats de ces deux études montrent que, malgré des disparités liées à l'âge ou au sexe, mais aussi aux localisations cancéreuses, une amélioration pour la plupart des cancers est attribuable aux progrès thérapeutiques et à la plus grande précocité des diagnostics, que permettent notamment les dépistages. Pour la première fois en France, des estimations de la survie quinze ans après le diagnostic sont également fournies.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

# LE SUICIDE CHEZ LES AGRICULTEURS

### → SANTÉ AU TRAVAIL

Dans le cadre d'une collaboration avec la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), Santé publique France produit des indicateurs réguliers sur la mortalité par suicide dans la population de ses affiliés. Ce partenariat s'inscrit dans le Plan de prévention du suicide dans le monde agricole, lancé en 2011 par le ministère chargé de l'Agriculture, dont la mise en œuvre a été confiée à la MSA.

L'étude chez les agriculteurs, mise en œuvre de 2007 à 2009 et reconduite en 2010-2011, a permis, par le calcul de ratios standardisés de mortalité (SMR<sup>1</sup>), de mettre en évidence, en 2008, 2009 et 2010, une surmortalité par suicide, chez les hommes agriculteurs, statistiquement significative par rapport à celle de la population générale masculine d'âge similaire, alors que les années 2007 et 2011 en étaient exemptes. En calculant les SMR pour les secteurs agricoles et les tranches d'âge, il est apparu que les hommes éleveurs bovins, producteurs

# +20%

**C'EST L'EXCÈS DE MORTALITÉ PAR SUICIDE CHEZ LES HOMMES AGRICULTEURS PAR RAPPORT À LA POPULATION GÉNÉRALE MASCULINE FRANÇAISE D'ÂGE SIMILAIRE EN 2010.**

de viande et de lait, étaient les plus touchés, ainsi que les hommes âgés de 45-65 ans.

Bien qu'il ne soit pas possible de mettre en évidence une causalité entre l'activité professionnelle et le suicide, on peut néanmoins constater que l'excès de mortalité observé coïncide avec la temporalité des contraintes financières liées à la crise économique subies par le monde agricole depuis 2007.

Pour rappel, une ligne d'écoute téléphonique pour les professions agricoles (exploitants et salariés) en détresse psychologique et leur entourage est portée par la CCMSA. Les appels sont pris en charge par les écoutants des associations SOS Amitié et SOS Suicide Phénix. Ces deux associations sont soutenues financièrement par Santé publique France.

1. Le SMR s'obtient en divisant le nombre de décès observés dans une population donnée par le nombre de décès qui seraient attendus si celle-ci présentait les mêmes caractéristiques de mortalité que la population générale française.

# AGIR

SURVEILLANCE  
DES FEMMES ENCEINTES  
LORS DE L'ÉPIDÉMIE DE ZIKA,  
PREMIÈRE ÉDITION DU MOI(S)  
SANS TABAC, MOBILISATION  
DE LA RÉSERVE SANITAIRE, ÉTUDE  
D'IMPRÉGNATION DE LA POPULATION  
AUTOUR D'ANCIENS SITES MINIERES,  
AUTANT DE RÉALISATIONS QUI VISENT À  
PROMOUVOIR LA SANTÉ, RÉPONDRE AUX  
CRISES SANITAIRES, AGIR SUR LES  
ENVIRONNEMENTS ET ÉLABORER  
DES PROGRAMMES DE  
PRÉVENTION.





## SUIVI ÉPIDÉMIOLOGIQUE

# ÉPIDÉMIE DE ZIKA AUX ANTILLES ET EN GUYANE : UN NOUVEAU DISPOSITIF DE SURVEILLANCE POUR LES FEMMES ENCEINTES

### → RÉGIONS – CIRE ANTILLES ET GUYANE

Après avoir touché l'Amérique du Sud et particulièrement le Brésil, le virus Zika a émergé dans les départements français d'Amérique en décembre 2015 (en Guyane et en Martinique) et janvier 2016 (en Guadeloupe). Même si le lien de causalité entre l'infection de la femme enceinte et la survenue de malformations cérébrales chez son enfant n'était pas formellement confirmé, les Cire Antilles et Guyane avaient mis en place un dispositif spécifique de surveillance épidémiologique – anté- et postnatale – des malformations congénitales avec, pour objectifs, de déterminer l'impact sanitaire de cette épidémie sur ces dernières et de détecter des phénomènes nouveaux, notamment d'autres malformations, des anomalies tardives, des séquelles...

Le protocole a mobilisé à la fois des laboratoires préleveurs, des laboratoires d'analyses, des centres d'échographie de 2<sup>e</sup> niveau et notamment les deux Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN), les pédiatres et neuropédiatres hospitaliers, les équipes de recherche dédiées au virus Zika. Les données recueillies ont ensuite été centralisées et traitées par les Cire Antilles et Guyane.



## ÉTUDE D'IMPRÉGNATION

# ÉTUDE D'IMPRÉGNATION DE LA POPULATION AUTOUR D'ANCIENS SITES MINIERS DANS LE GARD

### → RÉGION – CIRE OCCITANIE

Des campagnes de mesures environnementales dans les sols des anciens sites miniers de Carnoulès et de La-Croix-de-Pallières ont mis en évidence des taux de contamination en plomb, arsenic et cadmium très élevés. Pour répondre aux préoccupations des riverains, l'ARS Occitanie a mis en place un dispositif permettant aux populations concernées (environ 2800 personnes ciblées) de connaître leur niveau d'imprégnation à ces substances. Les mesures d'imprégnation ont été réalisées chez 651 personnes volontaires, dont 87 enfants de moins de 15 ans. Les premiers résultats indiquent des niveaux d'imprégnation supérieurs à la valeur de référence établie en population générale, en ce qui concerne l'arsenic (22% des participants) et le cadmium (13%). Malgré des taux élevés de contamination des sols en plomb, aucun cas de saturnisme n'a été décelé.

Sur la base de ces mesures biologiques, une étude est réalisée par Santé publique France afin de mieux comprendre les modalités d'exposition de la population et de formuler des recommandations pour la protéger. Pour ce faire, des questionnaires sur les comportements alimentaires et les habitudes de vie des participants ont été renseignés et des mesures environnementales au domicile (sols et poussières) ont été effectuées en complément.

Les résultats de cette étude seront disponibles fin 2017.



## URGENCE SANITAIRE

UNE ANNÉE  
EXCEPTIONNELLE DE  
MOBILISATION DE LA  
RÉSERVE SANITAIRE

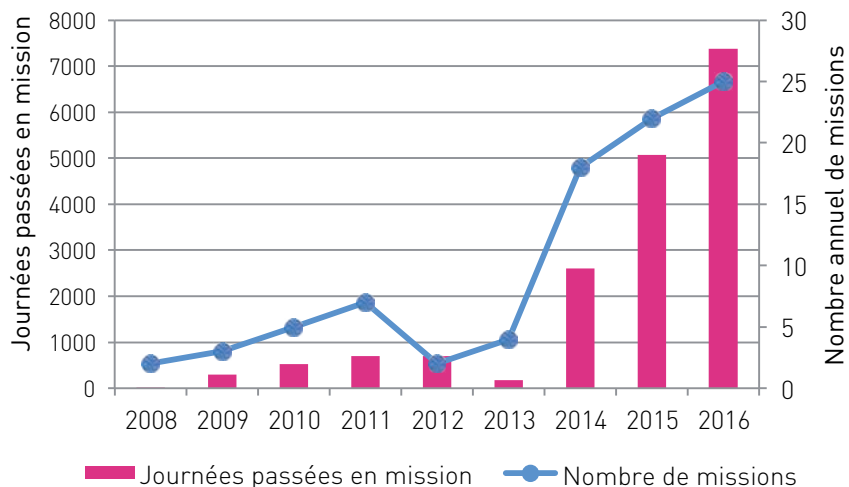
## → ALERTE ET CRISE

La Réserve sanitaire, c'est plus de 2000 professionnels du secteur de la santé : médecins, infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, mais aussi psychologues, techniciens de laboratoire, agents administratifs, directeurs d'hôpitaux...

La Réserve sanitaire est amenée à intervenir en renfort dans un établissement de santé ou médico-social, dans une agence régionale de santé, dans une ambassade, auprès d'une organisation internationale, lorsqu'une situation sanitaire exceptionnelle nécessite un appui en ressources humaines. Elle est mobilisée par Santé publique France sur demande du ministre en charge de la santé, mais aussi, depuis la loi de modernisation de notre système de santé (janvier 2016), sur demande d'une agence régionale de santé.

En 2016, la mobilisation de la Réserve sanitaire a atteint le niveau exceptionnel de 7379 jours-hommes/femmes (contre 5071 en 2015) en raison de trois interventions majeures qui ont représenté 90% de son activité : un renfort en médecins, infirmiers et sages-femmes auprès du centre hospitalier de Mayotte, un renfort en techniciens de laboratoire, épidémiologistes et sages-femmes au cours de l'épidémie de Zika dans les départements français d'Amérique et enfin un renfort en secrétaires médicaux, psychiatres et psychologues pendant plusieurs mois à Nice après l'attentat. Par ailleurs, elle a apporté un appui lors de campagnes de vaccination exceptionnelles – à Dijon, suite à une épidémie de méningite et dans des centres d'accueil de migrants – et a renforcé temporairement deux hôpitaux haïtiens après le passage de l'ouragan Matthew.

## Accroissement de l'activité de la Réserve



## BILAN

## LE BILAN 2016

→ AIDE ET DIFFUSION  
AUX PUBLICS

L'action de la Direction de l'aide et de la diffusion aux publics (DADP) s'articule autour du service direct rendu au public grâce à l'aide à distance ou à la diffusion d'outils de prévention.

En matière d'aide à distance en santé : Santé publique France dispose de trois dispositifs internalisés qui interviennent dans le champ des addictions : Drogues Info Service, Alcool Info Service et Joueurs Info Service (pour les jeux d'argent et de hasard) qui proposent lignes téléphoniques d'écoute et sites internet. Les plateaux d'écoute, situés à Lille, Marseille, Toulouse et Strasbourg, ont répondu en 2016 à plus de 98000 demandes d'aide et d'information (appels, chats ou questions-réponses). L'audience cumulée des sites compte plus de 5800000 visites. À cette activité s'ajoute le travail de production de

contenus d'information ou interactifs (forums, chats, FAQ...).

L'Agence finance en outre onze dispositifs associatifs de prévention tels que Sida Info Service, Fil santé jeunes, SOS Amitié...

Elle propose également Tabac Info Service, dont la mise en œuvre est confiée à des opérateurs externes.

Au total, plus d'un million d'appels ont été traités en 2016 par l'ensemble de ces dispositifs et on dénombre 19 millions de visites sur leurs sites.

En matière d'impression et de diffusion, la DADP doit faire en sorte que les affiches, brochures et outils pédagogiques conçus par Santé publique France parviennent à leurs destinataires. Parmi les documents les plus diffusés figurent : le dépliant « En novembre, on arrête ensemble » (1,5 M) emblématique de l'opération « Moi(s) sans tabac » ou encore la carte postale « Vaccination : êtes-vous à jour ? » (1 M). La DADP assure également l'achat et la diffusion des préservatifs mis gratuitement à disposition (5,8 M de préservatifs masculins).

## SUIVI ÉPIDÉMIOLOGIQUE

# ACCOMPAGNEMENT DE L'OUVERTURE DU DON DE SANG AUX HSH

### → MALADIES INFECTIEUSES

**Un arrêté du 5 avril 2016** a modifié les critères de sélection des donneurs de sang. Ainsi, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) sont autorisés, depuis juillet 2016, à donner leur sang sous certaines conditions. Pour le don de sang total, ces relations sexuelles avec un homme doivent dater de plus de douze mois. Pour le don de plasma sécurisé par quarantaine, ils doivent n'avoir eu qu'un seul partenaire au cours des quatre derniers mois, critère identique à celui des hétérosexuels. La quarantaine consiste à ne pouvoir utiliser la poche de plasma initiale que lorsqu'ils reviennent donner, si les tests réalisés sur ce deuxième don sont négatifs.

Depuis de nombreuses années, l'InVS puis Santé publique France assurent la surveillance épidémiologique des donneurs de sang en lien avec l'Établissement français du sang, le Centre de transfusion sanguine des armées et l'Institut national de la transfusion sanguine. Cette collaboration s'est intensifiée lors des travaux préparatoires à la modification des critères de sélection des donneurs de sang et de son impact.



Pour déterminer si ces nouvelles modalités n'entraînent pas une augmentation du risque de transmission du VIH par transfusion – aujourd'hui, celui-ci est estimé à un don infecté sur trois millions –, elles doivent s'accompagner d'un suivi épidémiologique renforcé. Mis en œuvre par Santé publique France, il s'articule autour de quatre volets :

- le suivi des indicateurs de la surveillance épidémiologique des donneurs de sang, tel qu'il est effectué depuis des années ;
- la mise en place d'une surveillance spécifique pour les dons de plasma sécurisés par quarantaine ;
- une étude sociologique auprès des donneurs trouvés VIH positifs lors d'un don de sang, afin de comprendre les mécanismes de non-adhésion aux critères de sélection ;
- une étude auprès d'un large échantillon de donneurs qui va être lancée en septembre 2017, pour évaluer leur adhésion aux nouveaux critères de sélection.

## MOBILISATION

# PREMIÈRE ÉDITION DE MOI(S) SANS TABAC

### → PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

**En 2016, Santé publique France** a proposé à tous les fumeurs d'engager une tentative d'arrêt du tabac du 1<sup>er</sup> au 30 novembre 2016. Cette opération s'est déployée sur tout le territoire grâce à un double pilotage : à l'échelle nationale, il a été conduit par l'Agence avec le copilotage de la Direction générale de la santé, du SGMAS, de la CNAMTS, de la MSA, de l'INCa, de la Mildeca, de la Société francophone de tabacologie, d'Alliance



contre le tabac ;

au niveau régional, il a été assuré par les ARS, soutenues par des organismes « ambassadeurs » recrutés par appel à projets, et avec l'ensemble des acteurs locaux de la prévention et de la prise en charge du tabagisme.

Pour promouvoir le Mo(i)s sans tabac, un dispositif de communication plurimédia de grande envergure a été mis en œuvre : télé, radio, web, mobile, affichage. Ce dispositif a été complété d'un important volet de relations presse et d'une présence sur les réseaux sociaux via la création d'une page Facebook et d'un compte Twitter.

Parmi les outils créés à l'occasion de Mo(i)s sans tabac : une nouvelle application smartphone, en collaboration avec l'Assurance maladie, un kit d'aide à l'arrêt du tabac, une websérie en partenariat avec France Télévisions et *Plus belle la vie*, et de très nombreux documents.

Quelques chiffres permettent d'appréhender le succès de cette opération : 180 113 personnes se sont inscrites à Mo(i)s sans tabac, 118 265 ont téléchargé l'application, 640 000 kits ont été diffusés, les recours à Tabac Info Service ont été multipliés par deux pour le 39 89 et par trois pour le site internet, la page Facebook a été likée près de 70 000 fois, plus de 100 partenariats nationaux et 3 200 partenariats régionaux ont été noués à cette occasion. Les premières évaluations réalisées sur la perception de Mo(i)s sans tabac et le caractère incitatif de la campagne confirment ces très bons chiffres et l'adhésion du public à l'opération, qui constitue désormais un rendez-vous annuel.



**NUMÉRIQUE**

**LE NOUVEL ESPACE  
DU SITE  
MANGERBOUGER.FR**

➔ **PRÉVENTION  
ET PROMOTION DE LA SANTÉ**

L'espace «Bouger plus» a été considérablement développé et enrichi de nouveaux contenus. La sous-rubrique «Bouger plus à tout âge» intègre les nouvelles recommandations et notamment des recommandations spécifiques pour certains publics, comme les femmes à la ménopause. Pour accroître sa motivation, une palette d'outils a été conçue : un «Test de niveau d'activité physique», un «Catalogue» répertoriant 80 activités, un «Planificateur» pour en intégrer dans son emploi du temps et «Bougez près de chez vous», qui permet de repérer des activités à faire près de chez soi. Publié en février 2016, un rapport de l'Anses précise les repères dans le domaine de l'activité physique. Pour rester en bonne santé, il est recommandé d'effectuer trente minutes d'effort modéré et élevé au moins cinq jours par semaine, les activités d'endurance (marche, vélo) doivent être complétées par des activités qui permettent de renforcer sa musculature (natation...) et de gagner en souplesse (jardinage, danse, travaux ménagers) et pour les plus de 65 ans, de travailler l'équilibre. Autant d'objectifs que les exercices de l'espace «Bouger plus» – tous illustrés, accompagnés d'une explication et ciblant chaque partie du corps – permettent d'atteindre. Par ailleurs, il est recommandé de limiter la sédentarité en restant moins longtemps assis ou allongés.

**COMMUNICATION**

**CAMPAGNE « PRÉVENTION DIVERSIFIÉE »  
CHEZ LES HSH**

➔ **PRÉVENTION  
ET PROMOTION DE LA SANTÉ**

Les moyens de prévention du VIH se sont considérablement diversifiés. Aux préservatifs et au TPE (traitement d'urgence à prendre après un rapport à risque) se sont ajoutés la PrEP (prophylaxie pré-exposition) et le développement des stratégies de TasP (traitement comme prévention chez les couples séropositifs). Le dépistage a également vu son offre s'étoffer : TROD (test rapide d'orientation diagnostique), autotest (à réaliser soi-même), ou encore la création des centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

Alors que la situation épidémiologique des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) est actuellement préoccupante avec une recrudescence des infections par le VIH et par les autres IST, cette «palette» de protections est mal connue des HSH.

Santé publique France a donc mis en œuvre une campagne de communication dont le message mettait en exergue la diversité des outils de prévention et leur utilisation à travers différents moments de vie des HSH. Ce dispositif a été déployé au cours du troisième trimestre 2016, comprenant la création du site Sexosafe.fr, qui présente les outils de prévention. Le message a été diffusé grâce à l'affichage à la fois urbain (sur les abribus) et dans les lieux communautaires (bars gays), dans les titres de presse gay et sur internet (réseaux sociaux, applications de rencontres et sites communautaires). L'impact de cette campagne peut être évalué à l'aune de son retentissement médiatique (188 reprises dans la presse), des 276 064 visites sur le site entre le 8 novembre et le 31 décembre 2016 ou des 2744 nouveaux fans Facebook comptabilisés sur cette période.



# UNE ACTION TRANSVERSALE

**R**attachée à la direction générale, la Mission scientifique et internationale (MiSI) pilote et anime la stratégie scientifique et internationale de Santé publique France, mais aussi ses interactions avec la recherche. À ce titre, elle est responsable de l'ensemble des fonctions transversales et met en œuvre notamment :

- la prévention et la gestion des conflits d'intérêts ;
- la formation scientifique ;
- la supervision du processus d'expertise ;
- la création des conditions permettant de développer la réutilisation des données existantes ;
- la hiérarchisation des programmes et projets de l'Agence.

Elle assure également le secrétariat de deux instances de gouvernance, le conseil scientifique et le comité d'éthique et de déontologie (cf. p. 06).

## L'ANIMATION SCIENTIFIQUE

Elle se déploie à travers la conception et la mise en œuvre de formations, mais aussi l'organisation de séminaires.

### Les formations

Santé publique France étant issue de la réunion de quatre entités qui exercent des métiers très différents, il était essentiel de construire des référentiels scientifiques, des expériences de terrain, mais aussi de partager une culture commune.

Plusieurs modules ont ainsi été conçus par la MiSI, notamment :

- des formations à l'épidémiologie d'intervention et de terrain qui ont été élaborées en partenariat avec l'École des

- hautes études en santé publique (EHESP) et avec l'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) ;
- les CIMA (cours d'introduction aux métiers de l'Agence) qui ont réuni 253 agents ;
- une sensibilisation à l'éthique collective animée par deux universitaires québécois.

### « Les Jeudis de Santé publique France »

Ces séminaires scientifiques mensuels sont organisés, depuis septembre 2016, afin d'enrichir le partage d'expériences et les approches scientifiques au sein de l'Agence.

### L'INVESTISSEMENT DE L'AGENCE DANS LES ÉVOLUTIONS DU CADRE JURIDIQUE DES DONNÉES DE SANTÉ

L'Agence s'est associée à des groupes de travail sur certains textes juridiques qui, publiés en 2016, apportent des avancées majeures, notamment la création d'un Système national de données de santé (SNDS), auquel Santé publique France, comme toutes les institutions ayant des missions de service public, peut avoir accès.

### L'ENGAGEMENT INTERNATIONAL

Qu'il s'agisse de l'accueil du secrétariat principal de l'Association internationale des instituts de santé publique (IANPHI), du renouvellement d'un accord de collaboration avec la Chine ou de l'action en Afrique – où Santé publique France s'est beaucoup investie au cours de l'épidémie Ebola (2014-2015) – et qu'elle poursuit (cf. ci-contre), l'Agence multiplie les collaborations internationales.

## LES PROJETS EN AFRIQUE DE L'OUEST



Le premier, intitulé **PREPARE**, a pour objectif de former une équipe de réponse rapide dans huit districts de Guinée, dont les contributeurs sont des agents de Santé publique France. Il s'agit de mettre à disposition des stagiaires des connaissances de base et des outils dans le domaine de la surveillance épidémiologique, la détection d'alertes précoce et l'investigation épidémiologique.

En Afrique de l'Ouest, le projet **RIPOST**, piloté par l'AMP (Agence de médecine préventive) et auquel l'Agence participe, permettra le renforcement des capacités nationales de santé publique dans les pays francophones et la mise en réseau des institutions nationales dans les champs de la surveillance, de l'alerte et de la riposte aux épidémies.

# MOBILISER LES PARTIES PRENANTES

**D**epuis une dizaine d'années, toutes les études scientifiques et sociologiques attestent d'une défiance accrue des Français envers la vaccination. Cette « hésitation vaccinale », comme l'ont nommée les médecins de santé publique, se nourrit de doutes souvent infondés et de rumeurs propagées par les réseaux sociaux. À terme, cette hésitation pourrait se traduire par une baisse de la couverture vaccinale et présenter un risque pour la santé publique.

## LA CRÉATION D'UN COMITÉ D'ORIENTATION PRÉSIDÉ PAR LE P<sup>r</sup> ALAIN FISCHER

C'est dans ce contexte que la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Madame Touraine, dans une lettre datée du 3 février 2016 adressée au professeur Alain Fischer – immunologiste pédiatrique, chercheur, titulaire de la chaire médecine expérimentale au Collège de France et membre de l'Académie des sciences –, le nomme président d'un comité d'orientation indépendant, responsable d'une concertation citoyenne sur la vaccination et dont la mission est d'émettre des propositions pour restaurer la confiance. Dans ce courrier, Madame Touraine précise également : « *Pour mener à bien cette mission, vous bénéficierez du soutien de l'agence nationale de santé publique qui vous apportera l'appui organisationnel et logistique nécessaire.* »

## LA CONSTITUTION DU COMITÉ ET LES PREMIÈRES AUDITIONS

Le P<sup>r</sup> Fischer réunit alors, au sein de ce comité d'orientation de concertation citoyenne, cinq professionnels de santé,



P<sup>r</sup> ALAIN FISHER

cinq représentants de la société civile et cinq chercheurs en sciences humaines et sociales. Dans un premier temps, ils procèdent à 29 auditions d'associations, de médecins, de journalistes, de sociétés savantes, d'industriels pharmaceutiques, d'institutions publiques (Haute Autorité de santé, Agence du médicament), de chercheurs... Ils commandent également à santé publique France deux études qualitatives, l'une auprès du grand public, l'autre auprès des professionnels de santé afin de mieux identifier les leviers et freins à la vaccination. Par ailleurs, les chiffres extraits du Baromètre 2016 (cf. p. 15) sont mis à disposition du comité.

## LES JURYS CITOYENS ET L'ESPACE PARTICIPATIF SUR INTERNET

Deux jurys sont également réunis, l'un composé de vingt professionnels de santé, l'autre de vingt citoyens. Au cours d'une première session de trois jours, chacun de ces groupes a été informé sur la vaccination et ses enjeux, et a pu poser toutes les questions possibles à ce sujet. Ils ont également auditionné toutes les personnes qu'ils souhaitaient : industriels, associations de lutte contre la sclérose en plaques, scientifiques... Forts de ces connaissances acquises, ils ont produit deux mois plus tard, au cours d'une session, un rapport détaillant leurs propositions pour établir la confiance dans la vaccination.

Sur le site dédié à cette concertation, un espace a été créé afin que les internautes puissent exprimer leur avis et leurs attentes à l'égard des vaccins et des politiques vaccinales. Près de 11 000 personnes y ont apporté une contribution.

## LA REMISE DU RAPPORT

À partir de l'ensemble du matériel collecté – auditions, études qualitatives, textes produits par les deux jurys, contributions internet –, un rapport exhaustif de 450 pages a été remis le 20 novembre 2016 à Madame Touraine par le P<sup>r</sup> Alain Fischer, au cours d'une conférence publique où il a restitué l'ensemble des propositions du comité d'orientation.

# SANTÉ PUBLIQUE FRANCE EN 2016, C'EST :



27

NUMÉROS DU BEH

(BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE)

40 000

ABONNÉS  
SUR TWITTER

625

AGENTS

57

MILLIONS DE PAGES VUES

(SUR L'ENSEMBLE DES SITES WEB)

185,9

MILLIONS D'EUROS

(BUDGET CONSOLIDÉ DES 3 ÉTABLISSEMENTS)

Retrouvez-nous sur >>    