

Compte rendu

Commission des affaires sociales

Mercredi
17 décembre 2014
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 26

- Audition, ouverte à la presse, de M. Michel Collet dont la nomination à la présidence des conseils d'administration de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) est envisagée par le Gouvernement (application de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique)..... 2
- Présences en réunion..... 15

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

**Présidence de
Mme Martine
Carrillon-Couvreur,
Vice-présidente**

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 17 décembre 2014

La séance est ouverte à neuf heures trente.

(Présidence de Mme Martine Carrillon-Couvreur, vice-présidente de la Commission)

La Commission procède à l'audition, ouverte à la presse, de M. Michel Collet dont la nomination à la présidence des conseils d'administration de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) est envisagée par le Gouvernement (application de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique).

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente. Mes chers collègues, nous allons procéder ce matin à l'audition de M. Lionel Collet, à qui je souhaite la bienvenue.

Cette audition intervient en application de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique, issu de l'article 1^{er} de la loi sur le médicament que nous avons adoptée en 2011. En effet, l'InVS et l'EPRUS font partie des organismes dont les présidents, directeurs généraux et directeurs doivent être auditionnés par le Parlement – en l'espèce les commissions des affaires sociales des deux assemblées – avant leur nomination.

Nous ne sommes pas dans le cadre de la procédure de mise en œuvre de l'article 13 de la Constitution ; cette audition ne sera donc pas suivie d'un vote.

Cette audition présente toutefois une particularité puisque vous êtes proposé, monsieur Collet, pour la présidence des deux organismes, ce qui pourrait paraître étrange si l'article 42 du projet de loi santé ne prévoyait la mise en place d'un institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique regroupant les compétences de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), mais aussi celles de l'InVS et de l'EPRUS.

Nous examinerons ce projet de loi au printemps prochain. Il sera donc intéressant pour nous de vous entendre sur ce projet de fusion de trois agences existantes.

Je rappelle que nous avons entendu récemment les directeurs généraux des deux agences que vous allez présider : M. François Bourdillon, directeur général de l'InVS, le 9 juillet dernier, dans le cadre d'une audition préalable à sa désignation, et M. Marc Meunier, directeur général de l'EPRUS, à l'occasion d'une table ronde sur les risques épidémiques du virus Ebola, le 4 novembre.

Vous nous avez fait parvenir votre *curriculum vitae* et vos déclarations d'intérêts qui sont en distribution dans cette salle.

Monsieur Collet, je vous cède sans plus tarder la parole.

M. Lionel Collet. Je suis, en effet, pressenti par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes pour présider les conseils d'administration de l'Institut de veille sanitaire, d'une part, et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, d'autre part. Mon propos liminaire tiendra en trois points. Je rappellerai d'abord les

missions de ces deux établissements, ainsi que celles de leurs conseils d'administration, sachant que chacun des deux établissements comporte un directeur général exécutif. Puis je me présenterai brièvement, afin que vous puissiez juger si mon profil est en adéquation avec le futur poste pour lequel je suis pressenti.

Tout d'abord, ces deux établissements publics ont été créés à la suite de crises sanitaires. L'Institut de veille sanitaire l'a été en 1998 à la suite de la crise de la « vache folle », c'est-à-dire de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), et de l'affaire de l'hormone de croissance contaminée. L'EPRUS est né en 2007, à la suite de l'épidémie de chikungunya à la Réunion. Les missions respectives de santé publique de ces deux établissements sont donc différentes, mais centrées sur la population, et non sur les produits de santé.

Les missions de l'InVS, clairement définies par la loi, sont : l'observation de l'état de santé de la population ; la veille et la vigilance sanitaires ; l'alerte sanitaire ; la contribution à la gestion des situations de crise sanitaire, en proposant aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire. La mission de l'EPRUS est tout autre : cet établissement a été créé pour faire face aux menaces sanitaires de grande ampleur, qui nécessitent une réponse opérationnelle à la fois sur le plan matériel et humain. Sur le plan matériel, avec la gestion des stocks stratégiques des produits de santé, mais également des services en santé. Sur le plan humain, avec ce que l'on appelle la réserve sanitaire sur laquelle je reviendrai ultérieurement.

L'InVS a donc un rôle de vigie, il repère et alerte, tandis que l'EPRUS a des fonctions essentielles d'anticipation des crises et de réactivité face à celles-ci. Au demeurant, sa réactivité est exceptionnelle : cet établissement est capable, en moins de douze heures, de délivrer un produit de santé n'importe où sur le territoire, et, en moins de vingt-quatre heures, d'envoyer des réservistes partout dans le monde. Ces fonctions majeures doivent être renforcées.

L'article 42 du projet de loi de santé prévoit la création d'un grand institut national en santé publique : l'institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique, qui reprendra les missions actuellement assurées par l'InVS, l'EPRUS et l'INPES. Mais, afin d'éviter toute ambiguïté, je suis pressenti aujourd'hui à la présidence des conseils d'administration des deux premiers, sachant que le préfigurateur du futur institut unique est M. François Bourdillon, directeur général de l'InVS.

Ensuite, les missions des conseils d'administration de l'InVS et de l'EPRUS, également définies par la loi, sont des missions traditionnelles. Ils doivent en effet délibérer sur les orientations stratégiques pluriannuelles de leur établissement, sur la base du contrat d'objectifs et de performance. Deux contrats ont ainsi été signés cette année, l'un pour la période 2014-2015 s'agissant de l'EPRUS, l'autre pour la période 2014-2017 concernant l'InVS. Les conseils d'administration doivent également délibérer sur le budget et les moyens alloués aux établissements, y compris en ressources humaines. Ainsi, les objectifs stratégiques des établissements, placés tous deux sous la tutelle du ministère chargé de la santé, figurent dans ces contrats d'objectifs et de performance.

Celui de l'InVS lui demande, d'abord, d'établir des priorités. En effet, dans la mesure où il est difficile de veiller sur l'ensemble des menaces sanitaires, il revient à l'établissement de définir – et c'est ce qui est demandé actuellement au directeur général exécutif – des priorités en matière d'examen, d'analyse et d'observation.

Deuxièmement, l'InVS doit pouvoir assurer une bonne articulation avec l'échelon régional. En effet, les agences régionales de santé (ARS) se sont vu confier, elles aussi, une mission de veille sanitaire.

Troisièmement, il est demandé à l'InVS d'identifier, de mettre au point et d'utiliser des outils épidémiologiques extrêmement performants, ce qui l'amène naturellement à coopérer avec des organismes de recherche. L'objectif en la matière est d'être capable de discriminer des signaux de faible intensité dans une population, c'est-à-dire une pathologie qui émerge sur quelques cas.

Enfin, la quatrième mission de l'InVS est d'optimiser sa gestion et son fonctionnement. Nous pourrions en reparler.

Du côté de l'EPRUS, le premier enjeu est l'optimisation de la gestion des stocks stratégiques de santé. Entre 2011 et 2013, le nombre des sites nationaux de stockage stratégique a été ramené de vingt-huit à sept, et, d'ici à la fin du premier semestre 2015 il ne subsistera plus qu'une seule zone stratégique en métropole, à Marolles-Vitry-le-François. Je précise que les sept zones de stockage qui subsisteront sont des bâtiments loués, tandis que le futur bâtiment appartiendra à l'État.

La première mission de l'EPRUS est de mettre en place les stocks stratégiques au plus près des populations, y compris en outre-mer. En effet, les territoires d'outre-mer ont été touchés par des épidémies très spécifiques depuis 2013 : la dengue en Guyane, le chikungunya aux Antilles, la fièvre due au virus zika en Polynésie française. Il est donc demandé à l'EPRUS de garantir une disponibilité permanente des stocks nécessaires au plus près des populations outre-mer, en plus des stocks nationaux.

Deuxièmement, l'EPRUS a une mission d'appui à la fois aux agences régionales de santé (ARS) et aux établissements de santé, en cas d'alerte sanitaire, de menace de dépassement des moyens ou encore de carence de professionnels. C'est ainsi que, l'été dernier, des obstétriciens de la réserve sanitaire ont été envoyés dans les hôpitaux de Mayotte.

La troisième mission de l'EPRUS relève de la réserve sanitaire. Les 1 700 personnes qui la composent aujourd'hui ont accepté de s'engager, elles sont prêtes à partir sous 24 heures, partout où un besoin s'exprime. Il est fondamental de simplifier les modalités administratives d'accès à la réserve sanitaire, mais également de fidéliser les réservistes et, enfin, de leur délivrer une formation qui leur permette de s'adapter au mieux aux besoins des populations. D'ailleurs, comme me l'a indiqué le directeur général Marc Meunier, en plus de ces 1 700 personnes, plus de 3 000 souhaiteraient intégrer la réserve sanitaire. L'objectif ici est l'optimisation et le maintien en capacité opérationnelle de la réserve sanitaire.

Quatrièmement, l'EPRUS remplit une fonction d'achat et de passation des marchés. Le plus important en termes de coût étant, en effet, l'achat des produits de santé.

Je vais maintenant me présenter.

Âgé de soixante ans, je suis actuellement conseiller d'État. Médecin de formation, ma discipline clinique était l'oto-rhino-laryngologie, ce qui m'a amené à exercer pendant vingt et un ans les fonctions de professeur des universités et de praticien hospitalier. J'ai donc mené à la fois une carrière hospitalière, comme chef du service d'audiologie aux Hospices civils de Lyon, et une carrière universitaire. Sur le plan de la recherche, j'ai créé et dirigé

pendant quinze ans un laboratoire du CNRS consacré à l'audition humaine. Sur le plan administratif, j'ai été président de l'Université Claude-Bernard Lyon 1, président de la Conférence des présidents d'université, avant de devenir directeur du cabinet de Mme Geneviève Fioraso, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.

En quoi ma qualité de médecin ou d'ancien président d'université peut me conduire à présider des conseils d'administration avec des personnels et des budgets en situation de regroupement ?

J'ai présidé l'Université Claude-Bernard Lyon 1 peu avant le vote de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités, dite « loi LRU », qui a transféré la gestion de la masse salariale et donc le budget des ressources humaines aux universités. Mon université a fait partie de la première vague de celles passées aux responsabilités et compétences élargies, ce qui m'a amené à gérer annuellement un budget consolidé supérieur à 300 millions d'euros, ainsi que plus de 5 000 personnels au service de 35 000 étudiants.

Lors de ma prise de fonctions de président d'université, Lyon 1 comptait vingt-trois composantes – UFR, facultés, instituts –, que j'ai tenu à regrouper de façon cohérente pour les ramener à treize à la fin de mon mandat. En particulier, quatorze composantes ont été réduites à quatre, notamment avec le regroupement de huit facultés thématiques en une grande faculté des sciences, et de quatre facultés de médecine en deux seulement.

Si mon parcours n'a pas fait de moi un professionnel de santé publique, mon domaine d'intérêt – l'audition humaine –, à la fois en tant que clinicien et chercheur, m'a amené à être confronté à une problématique de santé publique importante, celle de la surdité chez les enfants. En effet, un enfant sur 1 000 naît aujourd'hui avec une surdité en France – chiffre correspondant à la moyenne des pays développés –, ce qui pose la question du dépistage systématique pour la prise en charge précoce de ces enfants, afin de leur permettre d'accéder au monde sonore et, si possible, à une communication orale.

Le deuxième domaine de recherche sur lequel j'ai travaillé est la surdité en général et son traitement par dispositif médical, c'est-à-dire grâce à un appareillage auditif qui est soit la prothèse auditive, dite conventionnelle, soit la prothèse implantable, qui peut être l'implant cochléaire. Notre pays compte environ 6 millions de malentendants, sur lesquels 3 à 4 millions devraient être appareillés, alors que seuls 1,5 million d'entre eux le sont. Il s'agit donc également d'une question de santé publique.

Enfin, le troisième sujet sur lequel j'ai travaillé concerne les acouphènes, c'est-à-dire les bourdonnements et sifflements d'oreille. Lorsque j'ai pris mes fonctions, aucune étude épidémiologique n'avait permis de déterminer le nombre de personnes acouphéniques, mais par analogie avec d'autres pays, celui-ci a été évalué à 3 millions. Parmi ces 3 millions de personnes, dont on parle peu, certaines vivent avec cette affection sans aucun souci, mais d'autres en souffrent. Il y a là un modèle intéressant pour le chercheur, car il est caractérisé par une perception auditive sans stimulation acoustique, ce qui pose la question de la naissance de la perception auditive.

J'en ai terminé, madame la présidente, avec ma présentation liminaire.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente. La surdité touche chaque année un grand nombre d'enfants à la naissance, dont certains sont encore mal orientés à cause de diagnostics imprécis. Cette commission a travaillé à plusieurs reprises, en particulier dans le

cadre de propositions de loi, sur la question du dépistage chez l'enfant. Quant aux acouphènes, je crois que l'on n'en mesure pas encore l'importance. Aussi devons-nous rester très vigilants sur ces problématiques très importantes.

M. Michel Liebgott. Monsieur Collet, nous ne pouvons qu'être rassurés au vu de votre parcours qui fait de vous un homme de terrain, puisque votre formation de médecin vous a conduit à identifier très clairement des problématiques concrètes. Il est important de rappeler que la veille sanitaire ne porte pas seulement sur des maladies qui ont fait l'actualité – chikungunya, fièvre Ebola –, mais qu'elle concerne aussi les maladies chroniques et les affections de longue durée, comme le diabète, les cancers, les maladies psychiques. Votre champ d'intervention est donc très large, ce qui vous amènera à revenir devant nous pour parler de toutes ces questions.

Vous avez souligné l'objectif de rationalisation, en lien avec la couverture des agences régionales de santé. Nous nous réjouissons de la proximité des ARS avec les populations et les acteurs de santé dans les régions, condition essentielle à l'identification des problèmes sur le terrain.

La veille sanitaire ne s'arrête pas aux frontières. Comment concevez-vous les relations en la matière avec les autres pays, en particulier nos voisins européens, et celles-ci vous semblent-elles satisfaisantes ?

Je suis personnellement sensibilisé à la problématique de l'amiante, car je suis originaire d'une région sidérurgique, mais aussi parce que les élus locaux comme moi sont souvent interpellés sur ce sujet qui est rarement évoqué dans un cadre extraprofessionnel. Sans doute une chape de plomb pèse encore sur ce problème qu'il nous faut néanmoins garder en perspective.

Récemment, le Haut Conseil de la santé publique a insisté sur la nécessité de la gratuité de tous les vaccins. Y êtes-vous favorable ?

Enfin, la consommation des antibiotiques est repartie à la hausse depuis trois ans, après une nette diminution entre 2000 et 2010. Pourriez-vous revenir sur cette problématique ?

M. Jean-Pierre Door. Monsieur Collet, pour avoir été rapporteur de la loi portant création de l'EPRUS en 2007, dite « loi Giraud », je peux dire que votre formation de médecin convient parfaitement à votre future mission.

Ce rapprochement entre l'InVS et l'EPRUS est tout à fait nécessaire au regard des objectifs – veille et vigilance sanitaires, alerte, contribution à la gestion des crises pour le premier, stockage des médicaments et des matériels pour le second. Qu'en est-il des lots de pharmacie et de matériels, et les contrôles prévus chaque année sont-ils réalisés ?

Le rôle de la réserve sanitaire est fondamental. Comment se déroule la formation des réservistes ? Quel est leur statut ? Sont-ils satisfaits de leurs dernières missions ?

Quels seront vos liens avec l'ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control* – de Stockholm ? Qui effectuera des déplacements pour s'y rendre, les représentants du ministère ou, ce qui nous semble préférable, vous-même, monsieur Collet ?

Concernant la création du site de Vitry-le-François, quel en est le coût ? Est-on dans les temps ? Le budget n'est-il pas dépassé ?

Enfin, dans le cadre de la loi Giraud, nous avons insisté sur la déclinaison au niveau des zones de défense, qui regroupent plusieurs régions, la déclinaison auprès des ARS, mais aussi auprès des municipalités ou des grosses villes par l'intermédiaire des référents sanitaires locaux. Toute alerte doit, en effet, être déclinée sur le plan local pour permettre une réaction immédiate et une programmation identique sur tout le territoire. Cette loi est majeure en termes de réactions aux risques sanitaires. Néanmoins, rien n'est acquis, car nous sommes à la merci de risques permanents. J'espère que vous viendrez régulièrement devant notre commission pour présenter les rapports d'activité de l'InVS et de l'EPRUS, dont la fusion sera une excellente chose.

M. Jean-Louis Roumegas. Monsieur Collet, l'InVS est chargée de détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles d'altérer la santé de la population. Quelle part accordez-vous aux facteurs environnementaux, notamment ceux liés aux pollutions chimiques ?

Le projet de loi de santé prévoit la création d'un institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique, qui serait issu de la fusion de l'InVS, de l'EPRUS et l'INPES. Où en est ce chantier ?

N'estimez-vous pas nécessaire de découpler la fonction de veille sanitaire de celle de la veille spécifique en santé environnement, sachant que des procédures distinctes permettraient d'accorder à la problématique nouvelle que constitue la santé environnementale une considération à la hauteur des enjeux, je pense en particulier à l'explosion des maladies chroniques ?

Quelle logique voyez-vous à réunir l'éducation à la santé, assurée par l'INPES, et la veille sanitaire, assurée par l'InVS, dans un seul et même institut ?

Enfin, comment appréhendez-vous l'évolution des programmes d'éducation à la santé, notamment en matière de santé environnementale ?

Mme Bernadette Laclais. Monsieur Collet, nous nous réjouissons de votre future nomination car, pour avoir collaboré avec vous à plusieurs reprises, nous connaissons vos compétences et votre disponibilité. Dans le cadre de l'examen des missions budgétaires 2012 et 2013, nous avons déjà souligné l'intérêt d'un rapprochement entre certaines agences, ce que l'article 42 du chapitre III du projet de loi de santé prévoit expressément.

Né à la suite de diverses crises, le système de veille sanitaire a ensuite évolué en fonction des crises successives. Aujourd'hui, il présente des insuffisances, mais aussi des atouts. Les insuffisances ont été rectifiées à la suite du rapport Grall de 2013. Les atouts sont reconnus au plan international, puisque le Royaume-Uni a mis en place, lors des Jeux olympiques de 2012, un dispositif similaire au nôtre.

Les difficultés sont donc essentiellement liées à un système construit par strates successives en réaction à ces crises, mais aussi à l'inadaptation du dispositif de déclaration des événements sanitaires. En outre, nous avons affaire à une multitude de structures en région avec des financements épars. Enfin, le système se caractérise par une grande complexité et un manque de lisibilité.

Aujourd'hui, l'occasion nous est offerte, grâce au projet de loi de santé, d'améliorer le système. Néanmoins, il apparaît clairement que nous n'avons pas forcément une culture de veille sanitaire, ce qui suppose de mieux y associer les professionnels de santé.

Sur ces deux points, avez-vous des pistes à nous soumettre, monsieur Collet ?

Mme Isabelle Le Callennec. Monsieur Collet, quelles seront les conséquences de la fusion des trois agences, aussi bien en termes de moyens financiers que de ressources humaines ?

Vous avez indiqué que l'InVS fixait des priorités, mais il en est une qui n'est pas prise en compte à l'heure actuelle, je veux parler des conséquences sur la santé humaine des champs électromagnétiques à proximité des habitations.

Enfin, la maladie de Lyme toucherait plus de 35 000 personnes supplémentaires chaque année. Les associations de patients dénoncent une méconnaissance de cette infection bactérienne, mais aussi un défaut de prise en charge. Avez-vous prévu de travailler sur cette problématique ?

Mme Annie Le Houerou. Monsieur Collet, comment envisagez-vous les liens entre, d'une part, le nouvel institut national dédié à l'ensemble des missions de santé publique relatives à la santé des populations, qui sera créé par la loi de santé, et, d'autre part, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), laquelle est chargée notamment de la sécurité sanitaire des aliments, aussi bien pour les animaux que pour les humains ?

Par ailleurs, quel lien entretiendra le futur institut avec les ARS ? En effet, si une organisation régionale est prévue, elle pose néanmoins la question de la coordination entre les différents services relevant de la santé publique, mais aussi entre les différentes agences de santé publique et les préfets.

Enfin, quelle coordination est prévue entre le futur institut et les outils mis en œuvre aux niveaux européen et international ? Car les crises n'ont pas de frontières, comme l'ont montré celles de la grippe H1N1 et de l'épidémie d'Ebola.

M. Bernard Perrut. Monsieur Collet, au vu de votre parcours professionnel, je ne doute pas un instant de votre grande compétence, y compris en matière de gestion, pour assurer vos futures fonctions.

Les missions de l'InVS tiennent en trois mots : observer, surveiller, alerter. Le site internet de cet organisme présente la situation épidémiologique, au 12 décembre 2014, de la bronchiolite en France métropolitaine. Comment s'opère la remontée d'informations à partir des hôpitaux ? Quelles mesures sont prises pour pouvoir intervenir rapidement et limiter l'expansion des maladies ?

Par contre, ce site ne comporte pas de publication récente au sujet de la région Rhône-Alpes, dont je suis originaire. Comment l'approche régionale pourrait-elle être améliorée ?

Mme Chaynesse Khirouni. L'année 2015 sera marquée par une réorganisation des agences sanitaires, puisqu'un institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique devrait être créé.

Les cellules interrégionales d'épidémiologie, localisées au sein des ARS, constituent un réseau d'alerte de premier niveau qui me semble primordial. La nouvelle organisation territoriale amènera-t-elle à regrouper certaines d'entre elles afin de leur permettre d'avoir une taille suffisante, notamment pour le dispositif d'alerte des épidémies ? Quels moyens seront mis en œuvre pour éviter les pertes d'information ou pour associer davantage les généralistes, les services des urgences ou le SAMU, afin de ne pas reproduire le fiasco que nous avons connu lors de la crise H1N1, durant laquelle on ne s'est pas appuyé suffisamment sur les professionnels de terrain et les ARS ?

M. Elie Aboud. Monsieur Collet, je me réjouis de constater que le poste pour lequel vous êtes pressenti sera assuré par un soignant et non par un administratif.

À l'heure de la mutualisation des moyens, il faut mettre l'accent sur l'articulation entre les acteurs de terrain – ARS, collectivités, corps des soignants –, mais aussi prendre en considération tous les publics, sans oublier les seniors, et enfin tenir compte des nouvelles lois votées, en particulier celle relative aux lanceurs d'alerte. Ma question est simple : allez-vous passer d'un rôle de théoricien à un rôle opérationnel sur le terrain avec les ARS et, si oui, comment allez-vous procéder ?

Mme Hélène Geoffroy. L'article 40 du projet de loi de santé rénove le cadre stratégique de la gestion du risque, en prévoyant un plan national de gestion de risque établi pour une durée plus courte, qui sera décliné par un document par programme validé en conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Quelle sera l'articulation entre les ARS et les déclinaisons régionales des instituts ? Comment assurer une meilleure articulation entre ce qui relève de la coordination et ce qui relève de la mission d'appui ?

L'article 43 du projet de loi pose l'obligation légale de représentation des usagers dans les organes de gouvernance de toute agence sanitaire nationale, dont fait partie l'InVS. Comment appréhendez-vous la question de la démocratie sanitaire ? Jusqu'où les usagers devraient-ils être associés, selon vous, en termes d'information et de participation à la veille et à la vigilance ?

Mme Bérengère Poletti. Merci, monsieur Collet, de nous consacrer du temps pour nous parler de votre future mission. Le projet de loi de santé prévoit la création d'un nouvel institut qui réunira l'EPRUS, l'InVS et l'INPES, unification préconisée de longue date. Vous allez assumer des fonctions importantes, pour lesquelles nous vous souhaitons une entière réussite.

Votre champ de compétence sera très vaste, puisque vous allez traiter de problématiques diverses : cancers, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, maladie de Parkinson, diabète, obésité, grippe aviaire. Quelles leçons avez-vous tirées de la dernière crise de grippe aviaire, et qu'est-il advenu des stocks de Tamiflu, de masques et de vaccins ?

La surdité et les acouphènes sont des problématiques très importantes. Après avoir assisté récemment à un match de basket, où j'ai constaté des pratiques délétères pour l'audition des jeunes enfants, j'ai interpellé l'ARS qui m'a répondu que les crédits en matière de prévention et de surveillance étaient alloués aux concerts de musique moderne, mais pas à la pratique sportive. J'espère que vous pourrez faire avancer les choses, car la prévention dans ce domaine est primordiale.

Pour finir, j'aimerais connaître votre approche sur l'utilisation des bases de données.

M. Christophe Cavard. Je salue à mon tour votre présence parmi nous, monsieur Collet.

La maladie de Lyme, pour laquelle il y a un problème de diagnostic et de traitement dans notre pays, est souvent évoquée dans nos circonscriptions. Que pouvez-vous nous dire sur cette maladie méconnue ou sous-estimée par la médecine classique ?

En cas d'urgence sanitaire, l'efficacité de la réponse repose sur la réserve sanitaire gérée par l'EPRUS. Or celle-ci est constituée en grande partie d'agents du secteur public, en sous-effectif, mais aussi d'agents comptabilisés dans le dispositif de réponse d'urgence, en particulier dans les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), si bien qu'une seule et même personne peut être comptabilisée plusieurs fois. À l'heure où le risque de crises sanitaires devrait augmenter, de quelle manière comptez-vous anticiper la demande croissante sans déstabiliser les moyens des services de soins usuels ?

L'urgence sanitaire concerne également les soins somatiques et la prise en charge des traumatismes psychologiques. L'organisation actuelle en la matière repose sur les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) qui, elles, sont gérées par les hôpitaux. Or les catastrophes de grande ampleur nécessitent de faire appel à des renforts qui dépassent les limites départementales. Comment envisagez-vous la coordination de l'organisation des urgences psychologiques entre l'EPRUS et les CUMP ?

M. Gérard Bapt. Monsieur Collet, les données environnementales sont éclatées entre l'InVS et l'ANSES et difficilement agrégables. Sachant que la conférence environnementale a abordé cette question, que pensez-vous de la mise en place d'un portail qui soit accessible, y compris aux associations et au public ?

La formation initiale de tous les professionnels de santé, et pas seulement les médecins, mais aussi par exemple des spécialistes en urbanisme, notamment les ingénieurs, n'intègre pratiquement pas la santé environnementale. Qu'en pensez-vous ?

M. Jean Jacques Vlody. Monsieur Collet, je suis très heureux de constater que vos compétences vont vous permettre d'accéder à de nouvelles responsabilités dans les prochains mois, car chacun ici connaît votre sérieux et votre engagement.

J'attire votre attention sur l'importance que revêt le regroupement des agences sanitaires à l'échelle territoriale, en particulier pour La Réunion. En effet, sa situation dans un milieu tropical, en plein milieu de l'océan Indien, en fait un territoire propice au développement de maladies tropicales, en particulier le virus du chikungunya, qui a contaminé 300 000 personnes et provoqué 250 décès sur l'île entre 2005 et 2006. C'est d'ailleurs à l'occasion de cette crise sanitaire que la surveillance de l'InVS a été mise en place à La Réunion.

Au moment où je vous parle, nous attendons les premiers résultats d'analyse du laboratoire de Lyon pour savoir si le cas supposé d'Ebola à La Réunion est avéré. C'est bien la preuve que ce territoire est particulièrement exposé aux maladies vectorielles émergentes pour des raisons qui tiennent à son climat et à sa situation géographique. En effet, le territoire

est ouvert sur tous les pays africains et la zone océan Indien, où les maladies vectorielles circulent de manière endémique ou épidémique. Ainsi, malgré la veille sanitaire, l'île est exposée au chikungunya, probablement au virus Ebola – après une éradication très tardive du paludisme dans les années soixante-dix.

Je souhaite que les territoires d'outre-mer, et en premier lieu La Réunion, soient des têtes de pont de la future organisation sanitaire, mais également un espace de veille sur l'ensemble des maladies tropicales, sachant que certaines d'entre elles sont susceptibles d'atteindre la France métropolitaine.

Comment envisagez-vous la déclinaison territoriale de la nouvelle organisation qui regroupera l'ensemble des agences sanitaires ? Quelle sera la liaison entre l'InVS et l'ARS à La Réunion ?

M. Olivier Véran. Monsieur Collet, je suis très heureux de votre présence parmi nous aujourd'hui.

Perturbateurs endocriniens, phtalates, dont une étude américaine a démontré récemment l'impact délétère sur le développement intellectuel des enfants exposés in utero ; chikungunya, dengue, virus Ebola, maladie de Lyme ; clusters de maladies rares, comme la maladie de Charcot, dont on suspecte la cause environnementale ; pollution de l'air, responsable de 20 000 à 40 000 morts par an en France. On le voit : de nouveaux risques émergent, plus ou moins identifiés, liés à des facteurs infectieux, endocriniens ou environnementaux. Dans ce contexte, le rôle de veille de l'InVS est tout à fait fondamental.

Les organisations régionales de veille sanitaire sont-elles dotées de moyens suffisants pour faire face à ces problématiques ? Ont-elles la capacité d'orchestrer une réponse rapide et efficace sur le territoire en cas d'émergence d'un risque ou de constat d'une anomalie ?

Existe-t-il un schéma organisationnel européen de partage des données ? En particulier, les recherches et les résultats en matière de veille sont-ils mutualisés ? Des suivis de cohortes coordonnés au niveau européen sont-ils réalisés, de façon à ne pas multiplier les études redondantes ?

M. Lionel Collet. Bien que je ne sois pas pressenti à la présidence du futur institut national de santé publique, puisqu'il n'est pas encore créé, je dois vous dire deux ou trois choses pour répondre à certaines de vos questions.

Ce futur institut sera centré sur la population, alors que certaines agences sont centrées sur les produits de santé, ce qui vous a amenés à évoquer également l'ANSES. Le lien entre les deux est forcément naturel : on ne peut pas évoquer les farines animales indépendamment de l'encéphalopathie spongiforme bovine, par exemple. Aussi le lien entre les établissements devra-t-il s'opérer d'abord au niveau des directeurs généraux et du ministère de la santé, mais aussi au niveau du président du conseil d'administration.

Le futur institut national de santé publique est très attendu, d'autant qu'il correspond à un modèle international. Le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) d'Atlanta a ajouté il y a quelques années le terme « prévention » à sa dénomination. Or le lien entre l'INPES et l'InVS sur lequel vous m'interrogez, c'est justement cette dimension de prévention. Nous sommes donc dans une logique totale. S'y ajoutera la particularité de

l'EPRUS, c'est-à-dire une capacité opérationnelle en termes de réactivité tout à fait remarquable.

Je n'ai pas abordé les budgets, car vous les connaissez mieux que moi, mais je vais tout de même vous en dire un mot.

Le budget de l'InVS passera de 60 millions d'euros cette année à 54,3 millions en 2015, au titre de la subvention pour charges de service public. Le plafond d'emplois sera de 392 pour 2015, contre 402 cette année. Une optimisation est donc demandée à l'Institut.

L'EPRUS compte peu de personnels : sa réserve s'élève à 1 700 personnes, mais son plafond d'emplois sera ramené de trente-quatre personnes cette année à trente l'année prochaine. Cet établissement bénéficie d'un financement à parité entre l'État et l'assurance maladie, pour un budget d'environ 65 millions d'euros. En 2015, l'État lui versera 16 millions et l'Assurance maladie 22 millions, sachant que le prélèvement sur son fonds de roulement, qui sera ramené à son niveau prudentiel, permettra d'équilibrer le budget de l'établissement.

Quant à l'INPES, où travaillent plus de 130 personnes, son budget s'élève à 70 millions d'euros, un tiers provenant de l'État et deux tiers de l'assurance maladie.

Le futur institut unique aura, bien sûr, un conseil d'administration. Or les actuels conseils d'administration de l'InVS et de l'EPRUS sont fondamentalement différents. Celui de l'InVS compte vingt-trois membres, essentiellement des représentants de l'État, auxquels s'ajoutent des personnalités qualifiées et des représentants des personnels. Celui de l'EPRUS est un conseil paritaire de vingt-cinq membres y compris le président, composé de représentants de l'État et de l'assurance maladie. Il faudra donc prendre en compte ces spécificités lors de la mise en place du futur institut.

J'ajoute que la question de la démocratie sanitaire se posera pour le futur institut, en vertu du projet de loi de santé qui prévoit la représentation des usagers au sein des instances. Par contre, il ne faudra pas oublier que, dans le cadre de l'EPRUS, la confidentialité est requise pour les membres du conseil d'administration, car la préparation à certaines menaces sanitaires de grande ampleur ne peut être rendue publique.

En tout état de cause, ce sera au préfigurateur de l'institut national, M. François Bourdillon, directeur général de l'InVS, de répondre à cet ensemble de questions.

S'agissant de la déclinaison territoriale, je crois savoir que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) étudie actuellement la question de l'articulation régionale, notamment avec les cellules interrégionales d'épidémiologie de l'InVS. En effet, sur le plan local, les ARS devront être en première ligne, mais il sera également indispensable que les données soient consolidées au niveau national pour permettre une logique d'action à chaque alerte.

Voilà pour le futur institut national.

Revenons maintenant aux deux instituts dont il est question aujourd'hui. La thématique « environnement et santé » fait partie des missions de l'InVS. En effet, l'étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN), qu'il réalise actuellement, porte, comme son titre l'indique, sur des aspects très divers. L'InVS est donc totalement engagé dans cette thématique, et le recueil des données sera finalisé dans les prochains mois.

Vous avez posé la question de la consommation des antibiotiques. Lorsque j'ai commencé mes études de médecine, il y a plus de quarante ans, on m'a expliqué que la prescription d'antibiotiques en cas de grippe se justifiait par le risque de surinfection bronchique. Il s'agissait donc d'éviter les complications dues au virus. Aujourd'hui, cette recommandation n'est plus d'actualité, mais le choix doit être laissé au médecin traitant.

Vous avez abordé ensuite la gratuité des vaccins. Il s'agit là d'un sujet très complexe, car le fait que les vaccins ne soient pas tous gratuits laisse penser que certains d'entre eux sont prioritaires par rapport à d'autres, ce qui amène des familles à renoncer à certaines vaccinations non obligatoires, les jugeant moins importantes. Cette question fondamentale a été posée par le Haut Conseil de la santé publique.

Concernant le budget du site de Marolles-Vitry-le-François, je ne dispose pas des chiffres exacts. J'ai retenu que le budget s'élèvera à 33 millions d'euros pour un établissement de 33 000 mètres carrés. Pour l'heure, je ne suis pas capable de vous dire si le budget a été dépassé – je n'ai, en tout cas, pas été alerté par le directeur général.

La remontée des informations est une question fondamentale. Il s'agit de savoir comment une menace naissante peut être identifiée à partir de quelques cas. Cela suppose, comme je l'ai expliqué dans mon propos liminaire sur les objectifs de l'InVS, de disposer d'outils spécifiques en lien avec les données de la recherche pour être capable d'identifier des signaux très faibles dans une population. La remontée d'information en provenance des professionnels de santé est réalisée à partir de cellules, certains médecins étant engagés plus que d'autres dans cette démarche. Bien évidemment, il est indispensable que l'ensemble des professionnels de santé soient davantage associés à l'identification et à la transmission d'informations sur les signaux sanitaires, même de faible intensité. Il faut rappeler que le CDC d'Atlanta a pu identifier le sida aux États-Unis à partir de moins de dix cas, simplement parce que la maladie de Kaposi, qui sévit dramatiquement en Afrique, est survenue étonnamment sur le continent américain chez une population blanche qui n'avait pas eu de lien avec le continent africain.

Parmi les maladies, non pas émergentes, mais dont on parle un peu plus, figure en effet la maladie de Lyme, dont on nous a toujours appris qu'elle était provoquée par les piqûres de tiques. Aujourd'hui, la question est de savoir si cette maladie est en recrudescence ou si elle est mieux identifiée. En la matière, le rôle de l'InVS est de transmettre à la direction générale de la santé (DGS) les données les plus récentes.

Quant aux *clusters* de maladies rares, celles-ci surviennent parfois de manière regroupée, sans lien génétique démontré, et dans certaines zones géographiques, ce qui justifie une étude approfondie.

L'EPRUS est né à la suite de la crise du chikungunya à La Réunion. Comme je l'ai dit dans mon propos liminaire, l'un des objectifs de l'établissement est de mettre à proximité des populations, y compris en outre-mer, les stocks stratégiques dont elles ont besoin. Cela étant dit, les stocks sont une chose, la veille en est une autre et nous verrons ce qu'il en est avec M. Bourdillon.

Enfin, les urgences psychologiques ou psychiatriques font bien partie des missions de l'InVS. En effet, les thématiques abordées dans les plans de santé publique concernent aussi bien le suicide et les pathologies psychosociales, que les maladies neurodégénératives notamment.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente. Merci beaucoup, monsieur Collet, et à très bientôt.

La séance est levée à dix heures quarante-cinq.



Présences en réunion

Réunion du mercredi 17 décembre 2014 à 9 heures 30

Présents. - M. Élie Aboud, M. Bernard Accoyer, M. Joël Aviragnet, M. Pierre Aylagas, M. Gérard Bapt, Mme Véronique Besse, Mme Gisèle Biémouret, Mme Kheira Bouziane, Mme Valérie Boyer, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Christophe Cavard, M. Gérard Cherpion, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Jean-Louis Costes, Mme Michèle Delaunay, M. Jean-Pierre Door, Mme Françoise Dumas, Mme Hélène Geoffroy, M. Henri Guaino, Mme Joëlle Huillier, Mme Sandrine Hurel, M. Christian Hutin, M. Michel Issindou, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Bernadette Laclais, Mme Conchita Lacuey, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Geneviève Levy, M. Michel Liebgott, M. Gilles Lurton, M. Laurent Marcangeli, Mme Véronique Massonneau, M. Pierre Morange, Mme Monique Orphé, Mme Luce Pane, M. Bernard Perrut, Mme Bérengère Poletti, M. Jean-Louis Roumegas, M. Gérard Sebaoun, M. Fernand Siré, M. Dominique Tian, M. Jean-Louis Touraine, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer, M. Jean-Sébastien Vialatte, M. Jean Jacques Vlody

Excusés. - Mme Marie-Arlette Carlotti, M. Stéphane Claireaux, M. Rémi Delatte, M. Dominique Dord, Mme Monique Iborra, Mme Catherine Lemorton, Mme Gabrielle Louis-Carabin, M. Hervé Morin, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Dominique Orliac, Mme Martine Pinville, M. Arnaud Richard, M. Christophe Sirugue, M. Jonas Tahuaitu