



LES
ATELIERS
MERCURE

REFONDATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

VISION ET
PROPOSITIONS

Septembre 2021



Chers Lecteurs,

Le présent document est le fruit d'un travail que nous avons mené au cours de l'été 2021. Il fait suite à notre sollicitation par la mission ministérielle de "refondation de la santé publique", confiée par le ministre Olivier Véran au professeur Franck Chauvin, président du Haut Conseil de la Santé Publique. Celui-ci s'est entouré d'un collège d'expert qui ont élaboré une trame de questions pour articuler les réflexions.

Pour cette raison, notre document se présente comme une suite de réponses à ces différentes questions. Nous avons faits le choix de maintenir ce format car c'est en se posant ces mêmes questions que nous avons mené nos travaux.

Au cours de nos échanges, il nous a semblé essentiel de nous concentrer sur les aspects les plus systémiques, tout en mentionnant quelques mesures simples qui nous paraissent être essentielles pour la santé publique en France. Parmi les sujets traités, trois nous semblent particulièrement important, et sont développés en réponse à la question 7 :

- Intégrer la dimension sanitaire dans l'ensemble des politiques publiques ;
- Mettre en place un véritable dispositif de pilotage de crise en matière civile ;
- Capitaliser sur le service sanitaire pour opérer enfin le virage de la prévention.

Raphaël VEIL

Pilote du groupe de travail "Refonte de la santé publique"

Vision et proposition pour la refondation de la Santé Publique

Septembre 2021

Introduction

Les propositions formulées ci-dessous sont le fruit d'un travail « flash » effectué à l'été 2021 en réponse à la sollicitation de la mission ministérielle confiée par Olivier Véran au le professeur Franck Chauvin. Nous avons repris la trame fournie pour répondre aux différentes questions.

Les questions 1 à 4 visent à dresser un état des lieux de la santé publique. Les questions 5 et 6 se concentrent en particulier sur la crise de la Covid-19. Les questions 7 à 9 visent à lister des propositions.

1. Une réflexion sur l'évolution de la santé publique vous paraît-elle justifiée ? Si oui, pour quelles raisons ?

La santé publique est souvent définie soit selon une approche académique (étude des déterminants de santé d'une population), soit selon une approche performative (l'ensemble des actions menées visant à promouvoir, préserver, et améliorer l'état de santé d'une population). Nous soutenons que ces deux visions sont les deux faces d'une même pièce, à savoir un processus cyclique d'allers-retours permanents entre **l'identification des leviers d'amélioration**, par la recherche académique essentiellement, et **la mise en œuvre de solutions**, en particulier par l'action publique. Ainsi, mener une réflexion sur l'évolution de la santé publique s'intègre parfaitement dans la définition même de celle-ci, pour peu que cela puisse déboucher sur des actions concrètes permettant d'améliorer l'état de santé de la population.

Dans ce cadre, nos contributions s'articulent autour de **3 axes de réflexion** qui nous semblent impératifs pour faire progresser la santé publique en France, et qui seront ensuite déclinés en diverses propositions :

- Tout d'abord, les problématiques autour du système de santé sont **trop souvent réduites aux questions relatives au système de soins**, qui n'en est pourtant qu'une dimension parmi d'autres. Nous souhaitons donc mettre l'accent sur ces autres dimensions, c'est-à-dire sur les déterminants de la santé (sociaux, environnementaux, sociétaux, etc.) qui ne relèvent pas à proprement parler de l'offre de soins, ni des soignants.
- Ensuite, la présente mission mentionne le rapport Pittet qui traite de la gestion de la crise de la Covid-19. Les pistes d'amélioration proposées par ce rapport répondent spécifiquement à la problématique des maladies infectieuses émergentes, en particulier virales. Nous avons souhaité plus largement travailler sur **l'appareil exécutif de gestion de crise au sens large**, en tenant compte de la dimension interministérielle imposée par l'ampleur de la crise.
- Enfin, il nous apparaît également capital de **donner à la discipline de santé publique une structure académique et un périmètre d'action qui soient plus cohérents et normatifs** que ce n'est le cas actuellement. Cela implique notamment d'en identifier clairement les protagonistes, de mieux définir et structurer les filières d'enseignement, et de formaliser la démarche d'action en santé publique afin de fournir aux acteurs de terrain une boîte à outils conceptuelle et pratique adaptée à leurs besoins. Le service sanitaire des étudiants en santé notamment semble être un bon levier pour structurer et développer la culture de la santé publique en France.

2. Quelles sont, pour vous, les principales avancées de la santé publique en France ces dernières années ?

Parmi les grandes avancées des dernières années en santé publique, soulignons par exemple :

- Des actions **menées par le ministère des solidarités et de la santé et relevant exclusivement de son champ d'action**, c'est à dire essentiellement le soin et la prévention individuelle :
 - L'extension de la **vaccination obligatoire des enfants**, de 3 à 11 vaccins, afin de diminuer la morbi-mortalité évitable liée à ces pathologies ;
 - La mise en place d'une **commission sur les 1000 premiers jours**, et l'entrée en vigueur progressive de mesures concrètes proposées par cette commission, marquant une prise de conscience au niveau exécutif de l'enjeu que constitue cette période charnière dans la vie des individus ;
 - La création de l'Institut national du cancer (INCa) et la mise en œuvre des différents "**plans cancer**" qui ont permis de structurer la recherche, de développer le dépistage précoce, et d'améliorer les prises en charges des patients atteints de cancer ;
 - Le regroupement des missions de veille épidémiologique et de prévention et promotion de la santé au sein d'une unique agence de santé publique (SpF) ;
 - **L'article 51** de la LFSS de 2018, permettant l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins et de rémunération et de financement des offreurs de soins ;
 - Le déploiement d'outils et de services en faveur du parcours de soins des malades et de l'accès aux soins (**DMP, MSSanté, télésanté**), bien qu'ils soient encore peu utilisés, et d'une meilleure coopération entre les professionnels (**CPTS**, aides à l'installation en maisons de santé pluriprofessionnelles, etc.) ;
- Des actions **menées par le ministère des solidarités et de la santé, en collaboration avec d'autres ministères** :
 - Les actions de **lutte contre le tabagisme** par le paquet neutre et l'augmentation des prix du tabac (bien que celle-ci ait été trop progressive, au détriment d'un réel choc de prix qui aurait eu un impact plus important sur la réduction de la consommation) ;
 - Les actions de **lutte contre le surpoids et l'obésité** via la taxation des boissons sucrées par exemple, et la mise en place du Nutri-Score ;
- Des actions **portées par d'autres ministères et/ou d'autres échelons territoriaux, ou par des associations**, qui exercent une influence sur d'importants déterminants de la santé humaine, mais dont l'impact sanitaire reste peu ou pas évalué dans cette optique :
 - Le **plan "vélo et mobilités actives"** porté par le ministère de l'environnement, le **déploiement de pistes cyclables dans plusieurs grandes villes**, les aides au financement d'achat ou de location de vélos électriques, les travaux de voirie en faveur des piétons, etc. ;
 - Les **politiques d'urbanisme** (mise en place de zones à faibles émissions, déploiement d'espaces verts et lutte contre les îlots de chaleur, lutte contre les logements insalubres, etc.) ;
 - Les **politiques d'emploi** (lutte contre le chômage et les emplois précaires, sécurisation des travailleurs, etc.) ;
 - Les **politiques socio-économiques** (lutte contre l'isolement, exclusion sociale, la pauvreté et la précarité) ;
 - Les **politiques agro-alimentaires** (lutte contre l'insécurité alimentaire, encadrement et taxes sur les produits transformés, etc.) ;
 - Les **politiques scolaires** (lutte contre le décrochage, contre le harcèlement, lutte contre l'exclusion, etc.) ;

De notre point de vue, **toutes les politiques ont nécessairement un impact sanitaire** qu'il est important de mesurer et de quantifier avant qu'il soit pris en compte dans les arbitrages.

En revanche, on note assez peu d'avancées structurelles sur la formation et les métiers de la santé publique, sur la recherche en santé publique, ou encore sur les notions d'expertise dans ce domaine.

3. Quelles sont ses principales faiblesses ?

On peut noter par exemple :

- Un **manque de culture d'évaluation** des interventions en santé ;
- Une **focalisation excessive des acteurs opérationnels et institutionnels sur le système de soins** plutôt que sur les autres déterminants de la santé, et la confusion, dans le débat public en général, entre le concept de "soin" et de "santé", qui est plus large ;
- Un système de santé **quasi-exclusivement financé par l'assurance maladie**, qui du fait de sa nature assurantielle suit avant tout une logique curative (réparation du dommage contre lequel on est assuré ± indemnisation). Les quelques moyens dédiés à la prévention sont certes en augmentation mais restent cantonnés à une approche individuelle (dépistage, vaccination, etc.), c'est-à-dire centrée sur l'assuré social plutôt que sur la collectivité. D'autres marges de manœuvres médico-économiques importantes existent, mais nécessitent à contrario de raisonner en "investissements en santé" à un échelon populationnel ;
- Un **faible niveau de compréhension des problématiques de santé publique et de hiérarchisation des risques sanitaires** par le grand public, les médias, et les décideurs ;
- Un **retard du numérique en santé**, et notamment en termes d'interopérabilité des systèmes d'information, et d'exploitation des données pour la recherche et la régulation du secteur.
- Un **fonctionnement en silo** des différents acteurs de la santé publique, notamment les différents échelons territoriaux, et manque de valorisation des actions et expérimentations ;
- Un **manque de structuration de la filière de santé publique** ;
 - Quelle définition normative de la santé publique ?
 - Quel champ d'action ? Médical ? Médico-social ? Autre ?
 - Quels fondements théoriques "socles" ?
 - Quels acteurs, quelles missions ?
 - Formations :
 - Très nombreuses en recherche, rarement exécutives ou opérationnelles ;
 - Quel équivalent en France du "MPH" (Master of Public Health), pourtant très répandu dans les pays anglo-saxons ? La santé publique reste chez nous essentiellement réduite à sa vision technico-administrative (EHESP) ou de recherche (MSc), ce qui va à l'encontre d'une de ses principales plus-values, à savoir l'approche pluridisciplinaire ;
 - Où sont enseignées les dimensions opérationnelles / exécutives / de gestion / de management / de logistique / de communication ?
 - Recherche :
 - Recherche publique essentiellement réalisée en silo entre le monde académique (CHU, INSERM) et les agences de l'État (CNAM, SpF, ANSM) ;
 - Bien que certains ponts existent, les carrières universitaires sont rarement compatibles avec un poste ou temps de travail dans une agence ;
 - En parallèle, les moyens ou compétences du secteur privé sont souvent peu exploités par les structures publiques, peu habituées à créer des partenariats d'envergure ;
- L'**insuffisance de l'autonomie des individus** vis-à-vis de leur santé, de la prévention, et la sous-estimation de l'impact des comportements individuels ;
- **Complexité des parcours de santé** (du dépistage au soin), du système de santé, profusion du nombre d'acteurs, etc. ;
- Certains déterminants de santé sont plutôt défavorables en France par rapport à d'autres pays comparables (par exemple les performances éducatives et scolaires, les comportements individuels et notamment la sédentarité, le manque d'activité physique, et la consommation d'alcool et de tabac, le taux de chômage et dynamisme du marché du travail, etc.).
- L'approche "sanitaire" est systématiquement prise sous l'angle du soin ou de la prévention des maladies (donc négatif et contraignant), y compris quand elle concerne un public qui dépend d'un autre ministère que celui de la santé (l'éducation nationale par exemple) ;

Ces différentes lacunes sont d'ordres financiers, politiques, administratifs, culturels et organisationnels. Les propositions formulées en réponse à la question 7 du présent document visent à y répondre de façon non exhaustive.

4. Quelles sont ses principaux atouts ?

On peut noter par exemple :

- Un **système de soins robuste et de qualité**, bien structuré, malgré des carences démographiques pouvant conduire à des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, et un manque chronique de professionnels de santé sur tout le territoire qui conduit à un fonctionnement en flux tendus ;
- Un **assez bon niveau de formation initiale des professionnels** de santé ;
- Des **équipes de recherche de qualité et un enseignement attractif** de la santé publique, notamment auprès des étudiants étrangers, malgré un manque de coordination et de structuration de la discipline entre les universités ;
- Un **système de santé centralisé et déconcentré permettant un pilotage national efficace** et le déploiement rapide de réformes ;
- Certains déterminants de santé semblent plus favorables en France que dans d'autres pays comparables : filière agro-alimentaire, protection sociale, etc.

5. Quelle est votre analyse des recommandations de la commission Pittet concernant la santé publique ?

La commission Pittet formule des **recommandations¹ très pertinentes**, innovantes, concrètes, opérationnelles et systémiques, qui concernent essentiellement la préparation et la réponse à apporter en cas de crise sanitaire d'origine infectieuse, et notamment virale. Le rapport se concentre explicitement sur ce type de crise d'origine infectieuse, soit une fraction du champ qui compose la santé publique en général. C'est un retour d'expérience essentiel qu'il conviendra de compléter à l'issue de la crise actuelle, et dont il faudra tenir compte pour mieux se préparer aux suivantes.

Néanmoins, même d'un point de vue de gestion de crise sanitaire, le pilotage doit pouvoir s'adapter en fonction de la nature de la crise (qui n'est pas forcément infectieuse donc) et des **enjeux soulevés**, le plus **souvent inédits lorsqu'une nouvelle crise survient**. L'un des principaux écueils pour les décideurs politiques qui seraient amenés à lire ces recommandations serait donc de les considérer comme un guide exhaustif de réponse à toute crise sanitaire, et de calquer la stratégie de réponse à la prochaine crise sanitaire uniquement ou essentiellement sur l'expérience de cette dernière crise. En complément de ce rapport, et afin de l'intégrer dans une réflexion plus large sur l'organisation des réponses à apporter en période de crise sanitaire, nous proposons plutôt de s'interroger sur les points suivants :

- **Quelles sont les principales menaces possibles auxquelles se préparer ?** (Pandémie virale ? Risques chimiques ? Risques climatiques ? Autres ?) ;
- **Quels sont les invariants en cas de crise sanitaire ?** (Besoins logistiques ? Outils de communication à la population ? Autre ?) ;
- **Comment caractériser les grands types de crises sanitaires pour adapter la réponse au mieux ?** (Localisée versus diffuse ? Contagieuse versus exposition à une substance ? Enjeux diagnostiques et/ou thérapeutiques ? Tension sur l'offre de soins ou non ?) ;
- **Comment mobiliser rapidement les ressources nécessaires, qu'elles soient matérielles ou humaines** (compétences techniques spécifiques ou au contraire engagement citoyen si besoins "de bras") ?

Par ailleurs, le rôle des déterminants de santé dans les facteurs de risque de forme grave de Covid-19 (obésité notamment) reste peu abordé par la commission. Il nous semblerait pertinent de s'intéresser aux rôles des **déterminants modifiables de la santé dans un contexte de crise sanitaire**. Une population en meilleure santé serait sans doute moins vulnérable à une crise de cette nature, ce qui constitue donc également un **levier majeur de résilience**. Bien entendu, ces considérations relèvent plutôt du moyen/long terme que de la période de crise à proprement parler.

¹ <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/279851.pdf>

6. Comment expliquez-vous la faible lisibilité et la faible visibilité de la santé publique durant la crise et, plus généralement, dans le système de santé français ?

La faible visibilité des professionnels de santé publique s'explique selon nous par la conjugaison de plusieurs phénomènes :

- L'**absence de définition normative de la santé publique**, qui conduit souvent à une confusion avec :
 - La partie du monde de la santé relevant du **secteur public** (à cause du terme "publique"), par opposition au secteur privé ; De ce point de vue, **parler de "santé des populations" serait sans doute mieux compris et plus adapté.**
 - La notion de **santé en général**, faisant référence à tout professionnel de santé, qui eux-mêmes ne sont pas forcément compétents dans ce domaine, et qui ne savent parfois pas ce qu'est la santé publique. De ce point de vue, la **sous-représentation médiatique des professionnels de santé publique par rapport aux médecins cliniciens et professionnels de santé en général est frappante.** Au sein des métiers de la santé publique, quelques épidémiologistes ont su délivrer des messages via les médias, mais trop peu de professionnels académiques ou institutionnels se sont prononcés publiquement sur les questions de promotion de la santé, de déterminants socio-environnementaux, de méthodologie de la recherche biomédicale, etc. ;
- Les **professionnels de santé publique sont rares, peu identifiés** en tant que tels souvent en raison d'une double voire triple "casquette", et avec des expériences professionnelles très diverses, ce qui fait leur richesse mais qui rend également difficile pour les médias l'identification d'un profil type ;
- Les professionnels de santé publique sont **souvent rattachés à l'État ou à des organismes publics et institutions publiques**, ce qui s'accompagne souvent d'un **devoir de réserve** ou d'une exigence de discrétion dans le but de maîtriser et de coordonner les messages au grand public. Si la communication des institutions est souvent pertinente, **leur parole reste trop rare et parfois trop technique** pour rivaliser avec la quantité astronomique d'avis, d'opinions, d'appréciations et de commentaires diffusées sur les radios, les chaînes d'information, et les réseaux sociaux ;
- Enfin, plus globalement, **le niveau d'incertitude élevé inhérent à toute crise**, du moins au début, conduit en général les personnes les plus compétentes à ne pas prendre la parole trop tôt, de peur de ne pas savoir répondre ou de devoir ensuite se dédire. Il peut aussi y avoir une propension des journalistes et du public à se tourner vers les personnes qui expriment leurs propos avec plus d'assurance et d'aplomb, au contraire de prise de parole moins affirmatives par des experts meilleurs connaisseurs des sujets, et qui sont donc d'autant plus conscient du niveau d'incertitude inhérent à la situation ;

7. Quelles sont, selon vous, les « 3 ou 4 priorités majeures » pour améliorer la santé publique en France ?

Nous avons identifié 3 axes d'amélioration qui nous semblent essentiels :

1. Intégrer la dimension sanitaire dans l'ensemble des politiques publiques

En particulier, il nous paraît essentiel de se doter d'une instance capable d'informer les décideurs publics des conséquences de leurs actions sur les déterminants de santé, afin de permettre aux différents échelons exécutifs, d'identifier les effets favorables ou néfastes de leurs arbitrages sur la santé publique. Étant donné leur nature (environnement, contexte socio-économique, comportements individuels, etc.), ces déterminants sont l'objet de politiques publiques qui dépendent d'autres ministères et/ou d'exécutifs territoriaux (logement, travail, transports et mobilités, urbanisme, agro-alimentaire, éducation, etc.).

Une première étape serait donc de pouvoir fournir aux responsables en charge de ces politiques une grille de lecture sanitaire de leurs actions afin d'éclairer leurs choix et arbitrages en termes de santé publique, au même titre que les dimensions socio-économiques et écologiques.

« Refondation de la santé publique »

Sur le modèle du HCSP, il pourrait s'agir d'une **instance capable de répondre à des saisines ministérielles voire territoriales, ou de s'autosaisir sur des questions jugées importantes, afin de rendre un avis d'experts sur les conséquences sanitaires prévisibles des différentes politiques publiques** faisant l'objet de ces saisines (déploiement des infrastructures de mobilités actives, composition des repas dans les cantines scolaires, taxes comportementales, réglementations diverses, etc.). Au vu de l'étendue des domaines sur lesquels elle serait amenée à se prononcer, cette instance sera nécessairement conduite à solliciter des experts (professionnels de santé publique mais aussi économistes, sociologues, comportementalistes, etc.) en "mode projet", en fonction du sujet à traiter. Une articulation doit sans doute être envisagée avec les missions de l'ANSES, qui traite déjà en partie certaines de ces questions.

Conférer aux décideurs publics (et au grand public par la même occasion) une grille de lecture sanitaires de leurs politiques constitue selon nous une étape indispensable pour mener une action coordonnée et décisive sur les déterminants modifiables de la santé qui ne dépendent pas de l'offre de soins. Ces déterminants constituent une marge de manœuvre d'amélioration d'état de santé des citoyens encore trop peu mobilisée. En outre, cela permettrait de compléter les actions du ministère de la santé et de l'assurance maladie, essentiellement tournés vers le soin et la prévention individuelle des assurés sociaux (dépistage, vaccination, etc.), par une logique d'investissement collectif dans la santé des Français. Enfin, ces déterminants modifiables constituent, au même titre que l'organisation du système de soins, un élément déterminant de résilience en cas de crise sanitaire.

Enfin, du fait de ses conséquences majeures, durables, globales, imprévisibles en nature mais sans aucun doute massives par leur ampleur, le changement climatique et la perte de la biodiversité doivent faire l'objet d'une attention particulière. Il faut commencer dès à présent à réfléchir 1) à la pérennité du système de soins dans le cadre de la transition écologique qui s'impose et qui va nécessairement se traduire par de nouvelles contraintes et 2) à sa résilience face aux déconvenues nombreuses et croissantes que l'instabilité climatique et l'effondrement de la biodiversité commencent d'ores-et-déjà à faire peser sur le monde, que ce soit en termes de sécurité alimentaire, d'approvisionnement énergétique, d'impact démographique, de retentissement psycho-social, d'aménagement du territoire, de catastrophes naturelles, etc. Ces enjeux ne peuvent en aucun cas être ignorés d'aucun système complexe reposant sur des flux physiques intenses, ce qui est bien entendu le cas du système de santé. Ils rejoignent le concept de "One Health" qui conjugue les problématiques de santé humaine, de santé animale, et d'environnement.

2. Mettre en place un véritable dispositif de pilotage de crise en matière civile

Se doter d'une organisation de pilotage en période de crise, avec une gouvernance adaptée, et une activation du mécanisme selon plusieurs niveaux. Cet outil pourrait s'appuyer sur une cellule de crise qui pourrait regrouper des compétences de logistiques et de communication de crise (toujours nécessaires en situation de crise), et les expertises techniques et scientifiques spécifiques seraient mobilisées au besoin, en fonction de la nature de la crise, pour participer à sa gestion et aux prises de décision. Les prérogatives de la cellule pourraient aussi être élargies lorsque celle-ci est activée, par décret de l'exécutif.

Les logiques d'échelons hiérarchiques au sein de ministères habitués à fonctionner "en silo" (notamment entre la filière santé et la filière intérieur) ont été un frein dans la réponse opérationnelle apportée à la crise sanitaire. De plus, les crises récentes (Lactalis, Lubrizol, Covid-19, etc.) se sont toutes illustrées par leur caractère intersectoriel, et donc interministériel. La cellule interministérielle de crise mise en place, du fait de son caractère non-décisionnel, n'a pas permis d'assurer une coordination efficace des ministères. Nous proposons donc de **capitaliser sur l'expérience du conseil de défense**, qui lui a permis au contraire de centraliser les décisions et donc d'assurer une meilleure coordination entre les acteurs exécutifs. Un tel dispositif, présidé par le Président de la République ou le Premier Ministre selon le niveau d'alerte, et mobilisant les ministres et directeurs d'administration et d'agences concernés, permettrait une meilleure coordination des acteurs institutionnels.

De plus, les ressources et compétences logistiques et de communication des ministères concernés se sont révélées insuffisantes face à l'ampleur de la crise : manque de réactivité, difficulté d'organisation et de coopération des acteurs, incompréhensions sur les prérogatives de chacun, etc. Ces besoins logistiques et de communication, entre autres, sont des invariants en période de crise. Il serait donc pertinent **d'adosser au dispositif cité ci-dessus une direction pérenne, regroupée en un même lieu physique, composée de logisticiens, et de communicants, formés spécifiquement aux situations de crises, et d'agents administratifs** connaissant bien les différents acteurs publiques (directions, agences, etc.) ainsi que leurs missions et leurs prérogatives, permettant de les mobiliser facilement. La communication de crise, en particulier, doit être confiée, coordonnée et pilotée par des agents formés et spécialisés dans ce domaine. Les services de communication habituels des ministères concernés peuvent être sollicités en renfort ou être mobilisés pour relayer les messages ou activer les canaux de communication dont ils disposent.

Cette direction ne concernerait pas le seul secteur sanitaire mais **permettrait de répondre à l'ensemble des situations de crise de nature civile**. L'activation du dispositif devrait s'accompagner de la mobilisation d'experts techniques et scientifiques compétents qui soient capables d'assister la direction dans sa gestion. Certaines missions aujourd'hui confiées à des agences diverses (comme les gestions de stocks stratégiques gérée par Santé Publique France, ou différents services de réservistes qu'ils soient sanitaires, militaires, citoyens, ou autres), pourraient se voir attribuées à cette direction, afin qu'elle soit en mesure de coordonner la réponse à apporter. Une articulation avec l'appareil militaire doit être prévue, en cas de nécessité de recourir à l'armée pour ses capacités logistiques et techniques.

De façon générale, étant donné le lot d'imprévus et d'incertitudes qu'elles contiennent, les crises imposent de concevoir un dispositif modulaire et suffisamment souple pour s'adapter, se réorganiser, ou se redimensionner rapidement le cas échéant. Ainsi, **l'activation de ce dispositif doit pouvoir se faire selon plusieurs dimensions** : intensité de la crise, secteurs concernés, durée anticipée, et territoire(s) touché(s) par exemple. Ce dernier point, notamment, permet de distinguer deux types de crises : celles confinées par essence à un territoire circonscrit (accident industriel, catastrophe naturelle, etc.), dont le pilotage doit nécessairement s'envisager avec les exécutifs locaux concernés, et celles possiblement diffuses (épidémie, contamination agro-alimentaire, etc.), dont la gestion revient exclusivement à l'État, et pour lesquels les collectivités territoriales sont surtout en appui.

Enfin, si l'on se concentre sur le secteur sanitaire, même le meilleur dispositif de gestion de crise ne suffirait pas à **compenser les failles structurelles que connaît le système de soins en France**. L'objectif de résilience, souvent présenté comme la capacité d'un système à absorber un choc, est à reconsidérer d'abord en situation physiologique, en temps de paix donc, plutôt qu'en situation de dépassement, puisque celle-ci n'a ni mesure, ni limite. En ce sens, le système de santé français ne possède pas de capacité de réserve dans tous les sens du terme (moyens humains, matériels, structurels) et est constamment éprouvé à flux tendu à n'en plus distinguer la normalité de la crise.

Une des missions de la santé publique française dans sa fonction structurante du système de soin doit être de dégager de la capacité de fonctionnement physiologique, une capacité de réserve, qui, elle seulement, permettra, au degré de son investissement, d'absorber de façon résiliente les crises futures. Ce modus operandi guide actuellement la doctrine de la Défense française qui se prépare à l'éventualité d'un retour du conflit dit de « haute-intensité ».

3. Capitaliser sur le service sanitaire pour opérer enfin le virage de la prévention

Le service sanitaire et les acteurs de terrain en promotion de la santé sont des outils et des ressources précieuses pour sensibiliser les professionnels de santé à cette approche, et pour structurer les programmes de prévention et de promotion de la santé déployés sur le terrain.

L'un des principaux enjeux est notamment de **fournir à tous ces acteurs un guide théorique de la mise en œuvre d'une intervention de santé publique** (de l'identification de la population cible jusqu'à l'évaluation de l'intervention), comme celui proposé par SPF dans le cadre du service sanitaire², mais en le déclinant selon différents formats (rapport, fiches, MOOC, etc. pour en faciliter la diffusion), ainsi qu'un catalogue d'interventions menées et éprouvées en France et/ou à l'étranger. Des catalogues existent déjà, comme le registre des interventions probantes³ mis en place par SpF ou de la base OSCARS⁴ développé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur, mais pourraient gagner en visibilité et en ergonomie, selon l'utilisateur. Par exemple, l'État de Washington propose une analyse coût-bénéfice systématique des interventions mises en place, et une interface permettant de comparer les interventions entre elles⁵. Ainsi, les acteurs de terrains et les étudiants du service sanitaire pourraient "piocher" dans ce catalogue la ou les intervention(s) pertinente(s) à mener en fonction des problèmes de santé publique auxquels ils souhaitent s'attaquer. Bien entendu, l'adaptation de l'intervention "piochée" aux spécificités de la population cible est essentielle et cela n'empêche en rien de développer de nouvelles approches ou de nouveaux modes d'intervention potentiellement pertinents.

De plus, il serait intéressant de proposer un dispositif pérenne d'évaluation des interventions de prévention et de promotion de la santé, sur le modèle de l'évaluation des produits de santé, ou plus récemment des évaluations d'expérimentations de politiques publiques et de politiques sociales (essais contrôlés randomisés de plus en plus utilisés en micro-économie). Une évaluation médico-économique plus systématique des actions menées permettrait par ailleurs de pouvoir faire des choix allocatifs pertinents à l'avenir. Cette démarche suppose que les interventions mises en œuvre soient conçues, dès l'origine, de façon à pouvoir faire l'objet d'une évaluation scientifiquement robuste (c'est-à-dire avec un bon contrefactuel).

Enfin, la puissance publique pourrait **valoriser les initiatives d'actions de santé publique, quels qu'en soient les acteurs, de plusieurs façons** : mise en avant institutionnelle, concours et prix, crédits académiques pour les étudiants, avantages spécifiques pour les salariés, etc. Pour mener ces transformations, il est essentiel de capitaliser sur les acteurs qui effectuent d'ores et déjà des interventions de santé publique sur le terrain (Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé (IREPS), ARS, collectivités territoriales, associations, service sanitaire, etc.). Ces forces vives sont une richesse précieuse qu'il faut accompagner. La stratégie que nous proposons ne vise pas à les remplacer mais plutôt à leur fournir des outils méthodologiques didactiques, un catalogue d'actions à mener et des pistes pour les adapter le cas échéant, ainsi qu'un dispositif d'évaluation efficace.

Ces chantiers doivent bénéficier d'une gouvernance et d'un pilotage clairs, probablement par SpF, mais ils doivent nécessairement impliquer les acteurs de terrains (ARS, IREPS, associations, etc.) ainsi que des experts capables d'apporter un regard analytique et critique sur les évaluations qualitatives et quantitatives des interventions. La mise en place d'une telle "organisation" nécessite également sans doute un budget dédié et pérenne. En ce qui concerne le **service sanitaire** en particulier, certaines modalités pourraient être revues afin d'en améliorer l'impact positif :

- Proposer des référentiels d'enseignements théoriques avec les grands principes des interventions en santé publique, et des exemples/modèles d'actions à déployer, parmi lesquels les étudiants pourront choisir le thème de leur choix (lutte contre le tabac, santé sexuelle, addictions, alimentation, etc.) ;
- Ajouter aux deux volets existants (apprentissage théorique, mise en œuvre pratique), un troisième volet consacré à l'évaluation de l'action mise en place ;
- Mettre en place un concours des meilleurs résultats afin d'identifier si un déploiement plus large de certaines actions pourrait éventuellement être bénéfique ;
- Proposer et valoriser un équivalent du service sanitaire en formation continue, pour les soignants déjà en activité.

² <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/188639/2327072>

³ https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/recherche/spf___internet_registre

⁴ <https://www.oscarsante.org/>

⁵ <http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost?topicId=9>

4. **Autres propositions isolées (pouvant être développées si besoin)**

- Concernant certains déterminants de santé :
 - **Encadrer très strictement la vente d'alcool et de tabac aux mineurs**, par le contrôle systématique de la carte d'identité à l'achat, avec des contrôles et des sanctions. Sur ce point, la France accuse un retard considérable et inacceptable sur les voisins européens.
 - **Lutter contre la sédentarité** et le manque d'activité physique dès l'école par l'augmentation du temps scolaire dédié à l'activité physique, et moins de cours magistraux assis, en s'inspirant des nombreuses expériences étrangères (comme déployer le "Daily Mile"⁶ initié en Angleterre, ou encore généraliser pratique d'une activité physique ou manuelle propre à chaque enfant qu'il garderait tout au long de son cursus).
 - **Réduire les inégalités d'accès aux informations** en investissant dans la démarche "aller vers" pour atteindre les populations les plus éloignées des messages de prévention et de promotion de la santé, notamment via certains acteurs de terrains confrontés à ces problématiques (PMI, PASS, autres acteurs du social et médico-social, etc.).
 - **Renforcer les messages de prévention** sur l'alcool au cours de la grossesse, et de façon générale, lutter contre le relativisme permanent des alcooliers et lobbies viticoles sur la dangerosité de l'alcool.
 - **Encourager les démarches vertueuses et les initiatives de promotion de la santé dans le secteur privé** en valorisant publiquement les entreprises qui s'y engagent. Par exemple, en intégrant la promotion de la santé dans les différents labels "ESG" (Critères environnementaux, sociaux, et de gouvernance), comme le label "ISR"⁷ proposé par le ministère de l'économie et des finances, les entreprises seraient incitées à engager ces actions pour attirer des investissements. Il faudrait pour cela développer un indicateur robuste des efforts en promotion de la santé fournis par les entreprises.
- Concernant la formation en santé publique :
 - Il paraît aujourd'hui indispensable de **structurer les filières de formation en santé publique**, qui sont trop disséminées entre les universités sans qu'on ne parvienne clairement à identifier de pôle d'excellence dans tel ou tel sous-domaine. Une telle restructuration permettrait en outre d'étendre les formations existantes, aujourd'hui essentiellement axées sur l'administration (Sciences Po et l'EHESP) et la recherche (MSc des différentes universités), à d'autres domaines (intervention en santé et aspects opérationnels, épidémiologie de terrain, management des organisations en santé, etc.), y compris en recrutant d'autres profils (ingénieurs, managers, etc.).
 - Afin de **préserver l'attractivité pour la santé publique et surtout la richesse de la multidisciplinarité**, inhérente à la santé publique, il faut veiller à préserver la spécificité des parcours et des formations initiales de chacun. En effet, un écueil serait de considérer le cursus de santé publique comme un socle de connaissance unique et homogène pour tous. Au contraire, la richesse de la discipline vient de la complémentarité des compétences et des expertises. Par exemple, l'internat de santé publique pour les différentes filières de santé ne gagnerait pas à être fusionné. Cela conduirait non seulement à une perte d'attractivité pour la spécialité (comme cela s'est vue pour la biologie médicale lors de la fusion entre DES de médecine et des pharmacie), mais surtout à considérer que la santé publique viendrait surplomber ou remplacer la formation initiale alors que cette dernière doit être vue au contraire comme une casquette indispensable à l'exercice futur. De plus, une fusion conduirait nécessairement à des fermetures de certains postes de stage pour lesquels telle ou telle formation initiale est indispensable pour exercer la mission confiée à l'interne. En revanche, il serait intéressant de créer dès l'internat des passerelles sur la formation théorique entre filières, afin de valoriser les enseignements de qualité et de mettre en avant l'aspect pluridisciplinaire.

⁶ <https://thedailymile.co.uk/>

⁷ <https://www.economie.gouv.fr/facileco/linvestissement-socialement-responsable>

« Refondation de la santé publique »

- La santé publique est faite, entre autres, de passerelles entre le monde de la santé et des expertises diverses, comme la sociologie, l'économie, la haute administration, la politique, les mathématiques, l'informatique, l'éthique, le droit, etc. Si les autres pans du monde professionnel sont relativement bien représentés, y compris dans la formation des professionnels de santé publique, le lien entre le monde de la santé et le grand public est peu abordé. Or la complexité et la technicité des sujets exigent, s'ils doivent être expliqués au plus grand nombre, de réels efforts de communication et de pédagogie. Ces carences ont été criantes au cours de la crise. **Intégrer, dans les cursus communs de type 1ère année de master, des cours de communication et de pédagogie auprès du public**, pourrait constituer une plus-value supplémentaire pour les professionnels de santé publique.
- Concernant l'expertise en santé publique :
 - **Permettre aux experts travaillant en institution (gouvernement, agences, etc.) de participer au débat public**, sans forcément que leur parole n'engage leur l'institution, mais afin d'alimenter les médias de personnes compétentes face à la masse de désinformation et de "faux" experts souvent invités à prendre la parole à défaut de mieux. On pourrait par exemple envisager, au sein des agences sanitaires, en plus des conférences de presse et publications "officielles", que certains agents soient "habilités" par l'agence (et formés) à prendre la parole publiquement, en leur nom propre, dans un cadre défini.
 - **Simplifier les démarches de déclaration de lien d'intérêt pour les experts, centraliser et tenir à jour un annuaire national commun** pour que les institutions publiques sachent à tout moment à qui elles peuvent faire appel et sur quel sujet, sans que cela ne soit une contrainte supplémentaire pour la personne sollicitée. On pourrait également envisager un chaînage automatique entre les bases "DPI"⁸ et "Transparence - Santé"⁹.
- Concernant la veille sanitaire :
 - Il est indispensable **d'informatiser tout le circuit de remontée d'information, en capitalisant sur les outils développés avant¹⁰ et pendant la crise**. Un objectif "Zéro papier 2025" pourrait être fixé à cet effet au sein de SpF. Le recours au dispositif des Entrepreneurs d'Intérêt Général (EIG) permettrait de recruter les profils adaptés pour conduire ce genre de transformation.
- Concernant les données de santé :
 - Il serait pertinent **d'ajouter aux données nationales de facturation gérées par la CNAM (le Système National des Données de Santé ou SNDS, qui réunit notamment le SNIIRAM, le PMSI, le CépiDC, etc.) des données cliniques structurées**, notamment issues du secteur libéral et de la biologie médicale, afin de pouvoir déployer plus largement de nouveaux modes de rémunération des professionnels et de nouveaux modes de financement des structures, basées notamment sur la performance (P4P), la qualité des soins, la pertinence des soins, et la coordination entre les professionnels. Les logiciels métiers des professionnels pourraient contribuer à cette évolution en fournissant, par exemple, pour chaque professionnel, des indicateurs agrégés de performance à l'assurance maladie. L'incitation des éditeurs de logiciel à intégrer dans leurs produits de tels outils peut passer par des labels, notamment en conditionnant les aides et certains forfaits pour les professionnels de santé à l'utilisation de logiciels labellisés. Ces données cliniques permettraient également d'améliorer la recherche biomédicale permise par le SNDS, qui doit aujourd'hui se contenter d'utiliser des données de facturation comme des "proxys" de données cliniques.

⁸ <https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home>

⁹ <https://transparence.sante.gouv.fr/>

¹⁰ <http://e-do.santepubliquefrance.fr/teleDO/Bienvenue.do>

- L'open data s'est montré très utile pendant la crise, mais le dispositif pourrait être amélioré notamment en fournissant des données plus récentes, quitte à prévenir les utilisateurs lorsqu'elles ne sont pas encore consolidées. Par ailleurs, certaines institutions qui fournissent des données retirent régulièrement les données les plus anciennes, ce qui limite l'exploitation et l'analyse de tendance sur de longues périodes. Enfin, les partenariats issus de la **culture de l'open data pourraient faire l'objet d'une valorisation et d'une plus grande mise en avant**, y compris en dehors des périodes de crise.
- Certains outils développés en interne pour le pilotage de la crise, exploitant des données brutes disponibles en open data, auraient pu être rendus publics dans un souci de transparence et de pédagogie de la gestion de crise. Par exemple, un outil de data-visualisation équivalent à CovidTracker¹¹ (développé par un citoyen) avaient déjà été développés en interne au ministère de la santé dès le mois de mars 2020, mais n'a jamais été diffusé.

8. Quelles seraient les meilleures modalités de financement pour valoriser la santé publique en France ?

● Financement du système de santé et de la santé des citoyens

Le financement du système de santé français (essentiellement un système de soin aujourd'hui) a récemment été défini par la Cour des Comptes comme "coûteux, inefficace et en partie inéquitable" dans son rapport de Juin 2021 à propos des complémentaires santé. Notamment, l'articulation de la Sécurité Sociale avec ces complémentaires santé souffre de faiblesses particulières, qu'elles soient économiques ou concernant les actions de promotion de la santé.

Dans ce contexte, la **Cour des Comptes suggère la création d'une "Grande Sécurité Sociale"** structurée autour d'un **Bouclier sanitaire**, déjà proposée depuis 2007 par Martin Hirsch, alors Haut-Commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté. Les principes de construction d'un bouclier sanitaire sont les suivants :

- les tickets modérateurs, forfaits et franchises actuels seraient remplacés par un ticket modérateur à taux unique en médecine de ville et une franchise journalière à l'hôpital ;
- les dispositifs destinés à en atténuer les effets (ALD, panier « 100 % santé »...) seraient tous supprimés et remplacés par une seule disposition législative selon laquelle le reste à charge laissé par l'assurance maladie obligatoire sur une année (hors dépassements tarifaires) ne peut pas être supérieur à un certain pourcentage du revenu annuel du ménage de l'assuré ;
- si ce pourcentage du revenu était atteint à un moment de l'année, les dépenses de santé ultérieures seraient remboursées à 100 % du tarif de la sécurité sociale jusqu'au 31 décembre, éventuellement sans avance de frais ;
- ce revenu serait transmis par les services fiscaux aux caisses d'assurance maladie, comme ils le font déjà pour les caisses d'allocations familiales.

Le bouclier sanitaire remplace tous les dispositifs existant par un plafond unique général, associé à un principe de co-paiement systématique par les assurés. Il fournit un instrument de pilotage des dépenses de santé, dont la soutenabilité peut être assurée par la modulation du bouclier, la hausse du plafond se traduisant par une diminution des dépenses publiques. L'avantage du Bouclier Sanitaire est qu'il permet de **simplifier la lecture du financement de l'Assurance Maladie, et de réserver un certain pourcentage du co-paiement systématique à destination de la promotion de la santé publique** (à destination non pas de l'Assurance Maladie mais directement de l'État). En revanche, cette simplicité se fait au prix d'une moins bonne adaptabilité du système à des situations parfois complexes. Par ailleurs, la logique économique du co-paiement pour responsabiliser les assurés ne peut s'appliquer efficacement de façon uniforme sur toutes les dépenses, puisque certaines sont le fait de l'initiative propre du patient (les consultations essentiellement), et d'autres sont issues d'une délégation de responsabilité envers leur médecin (et notamment les prescriptions de médicaments et d'examen complémentaires). **Si cette solution ne nous semble pas parfaite en l'état, il s'agit d'une bonne base de réflexion pour revoir le financement des soins et de la prévention en France.**

¹¹ <https://covidtracker.fr/covidtracker-france/>

À défaut, la Cour des Comptes envisage, et nous soutenons cette mesure, une **meilleure articulation entre les Assurances maladie publiques et privées**. Dans ce cadre, elle propose de confier à l'assurance maladie obligatoire, outre le champ hospitalier, l'ensemble des paniers sans reste à charge. Les assurances complémentaires auraient vocation à rembourser les paniers libres (dépassements, soins de confort, soin de prévention non pris en charge).

Globalement, les actes de prévention, même pris en charge par l'Assurance Maladie, ne sont que peu utilisés par les assurés (1 français sur 2 a un détartrage annuel, moins de 30% de vaccination HPV, etc.). Nous proposons donc de créer un mécanisme incitatif pour les organismes complémentaires pour pousser aux pratiques vertueuses de leurs assurés vis à vis des actes de prévention qui sont dans le panier de soin de l'Assurance Maladie obligatoire (par exemple par des campagnes de communication auprès des assurés concernant le détartrage, la vaccination, les dépistages systématiques organisés), et plus largement récompenser les organismes qui s'inscrivent dans une démarche de promotion de la santé auprès de leurs assurés. Le format pourrait par exemple consister à prélever un montant du chiffre d'affaires des mutuelles et autres complémentaires afin de créer un **“pot commun annuel dédié à la prévention”**, finalement remis aux organismes en fin d'année en fonction du taux de respect des actes de prévention par leurs assurés. Cela nécessitera la production d'indicateurs (statiques et dynamiques, pondérés par le case-mix des assurés) permettant de mesurer les efforts réalisés et calculer le montant finalement reversés aux organismes (inférieur ou supérieur au prélèvement initial en fonction de leurs bonnes pratiques, un peu à l'image de la ROSP mais financé par les organismes eux-mêmes). L'objectif serait d'engager les organismes complémentaires dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de leurs prestations en les incitant à développer des outils de promotion de la santé et des campagnes de prévention. La “perte” du marché de remboursement du ticket modérateur concernant les soins de ville pourrait être compensée par une **compétition vertueuse entre les mutuelles, axée sur la prévention**. Les mutuelles disposent en effet d'une organisation et de possibilité d'expérimentation plus flexibles que l'Assurance Maladie, en raison de leur statut privé, leur permettant d'innover et d'investir dans le développement de nouvelles solutions dédiées à la santé publique.

- **Valorisation des acteurs ou intervention de santé publique**

La valorisation des acteurs en santé publique est un sujet complexe et difficilement synthétisable en raison de la multiplicité des acteurs et des impacts très variables des différentes interventions possiblement mises en place. Globalement, comme déjà suggéré dans ce document, nous proposons la mise en place d'une **évaluation systématique des politiques de santé publique et de promotion de la santé, à l'aide d'études médico-économiques**, qui permettraient de mieux estimer l'efficience des investissements, et d'allouer les moyens en conséquence.

Nous ne sommes **pas favorables à l'idée d'une généralisation d'un financement à l'acte par l'Assurance Maladie de consultations réalisées par des “praticiens préventifs” (ou “préventologues”)**. Cela n'aurait pas vraiment de sens, puisque la prévention consisterait plutôt à éviter des actes médicaux plutôt qu'à les multiplier. De plus, pour les publics qui seraient particulièrement exposés à certains risques, ce type d'exercice existe heureusement déjà (médecine du travail, médecin scolaire), même si à l'instar d'autres spécialités, notre pays en manque cruellement. En revanche, le financement d'actes de prévention précis (dépistage, vaccination, éducation thérapeutique, etc.) est bien entendu légitime et nécessaire si son bénéfice pour le patient est établi.

Surtout, nous soutenons que la **promotion de la santé est plus efficiente dans le cadre d'interventions collectives** (hors logique d'assurance maladie individuelle) en agissant au maximum sur tous les déterminants de santé modifiables.

9. Quelles seraient les meilleures organisations au niveau national, régional ou départemental pour déployer la santé publique en France ?

Le système de soins en France est centralisé mais déconcentré. Cela permet d'assurer, en théorie du moins, une équité d'accès aux soins et de qualité des soins sur tout le territoire national. Cette centralisation de la gouvernance et de l'expertise s'appuie sur une déconcentration de l'offre, avec un maillage territorial conséquent. La création des ARS à partir des ARH avait pour objectif d'élargir cette déconcentration au-delà de la seule offre de soins hospitalière.

Néanmoins, **les ARS restent essentiellement focalisées sur les questions hospitalières**, et peuvent parfois, selon les régions, être moins investies sur la structuration du secteur libéral et sur les questions de prévention et de promotion de la santé. Il faudrait peut-être envisager une déconcentration à un autre échelon territorial (département, en lien avec les CPAM pour l'évaluation des interventions par exemple ?) pour traiter de ces sujets, qui s'articulent autour de bassins de vie plus restreints, ce qui exige une plus fine granularité dans les actions menées.

Par ailleurs :

- Le premier axe d'amélioration prioritaire que nous avons introduit en réponse à la question 7 vise également à **acculturer les acteurs politiques territoriaux aux questions de santé publique**, et à les éclairer sur les éventuelles conséquences sanitaires de leurs arbitrages. Cela devrait permettre de contribuer à les guider dans leurs investissements, en prenant conscience de leur impact sur les déterminants modifiables de la santé.
- Le troisième axe d'amélioration prioritaire que nous proposons en réponse à la question 7 répond également à cette question d'articulation territoriale : nous préconisons de **centraliser l'expertise théorique et l'évaluation, du fait de la rareté des compétences requises, mais de déconcentrer la mise en œuvre opérationnelle des interventions**. En effet, les interventions en santé publique ne peuvent s'élaborer qu'avec une connaissance pointue du terrain, c'est-à-dire des populations cibles, des facteurs de risques auxquels elles sont exposées, et des canaux de communication susceptibles de les atteindre.

Ouverture et échanges

Un grand merci à vous d'avoir pris le temps de parcourir ce document et l'ensemble des idées avancées. Nous vous encourageons à nous faire vos retours critiques et à prendre contact avec nous afin d'échanger sur ces sujets.

Vous pouvez nous joindre à l'adresse suivante : thinktank.sante@gmail.com

« **Les Ateliers Mercure** » est un think-tank en santé, pluridisciplinaire, regroupant une cinquantaine de jeunes acteurs issus du monde de la santé. Il a pour vocation d'éclairer, par un regard nouveau, les problématiques qui émanent de notre système de santé français et de l'accompagner dans sa transition par l'élaboration de solutions innovantes.

Pour en savoir plus sur notre organisation, nos membres ainsi que nos travaux parus et en cours, voici notre site internet : <https://www.les-ateliers-mercure.com/>

Les membres de LAM qui ont participé à ce travail

Louis ANJOU, Axelle AYAD, Marielle BOUQUEAU, Thomas CANTALOUPE, Isaac DÉSVEAUX, Guillaume MARTIN, Pauline MARTINOT, Yann MASSART, Camille PETRI, Julian ROZENBERG, Raphaël VEIL.