



Inspection générale  
des affaires sociales  
RM2011-047A

# Les experts et la valorisation de l'expertise sanitaire

**RAPPORT THEMATIQUE**

Établi par

Françoise BAS-THERON

Christine DANIEL

Nicolas DURAND

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la collaboration de Marianne RAUCHE, stagiaire

- Avril 2011 -



## Synthèse

- [1] Le constat d'une faible valorisation, tant financière que professionnelle, des activités d'expertise est récurrent depuis plus de 10 ans et la mission ne peut que le confirmer. Malgré cela, l'expertise reste attractive, comme en témoignent le nombre d'experts externes auxquels recourent les organismes - près de 8 000 dans le secteur de santé, plus de 1 000 dans le secteur de l'alimentation, de l'environnement et du travail - et les appels à candidatures récents, où le nombre de candidats est supérieur au nombre de postes d'experts à pourvoir.
- [2] A partir de ce constat paradoxal, la mission a analysé l'intérêt et la faisabilité d'une valorisation de l'expertise.
- [3] Sa revalorisation financière n'apparaît pas aujourd'hui pertinente : le caractère marginal de l'indemnisation la rend peu attractive et l'augmenter à une hauteur où elle serait un réel élément d'attractivité et d'indépendance – notamment au regard des rémunérations versées par le secteur privé – serait irréaliste dans le contexte budgétaire actuel.
- [4] En revanche, il serait possible de développer la reconnaissance professionnelle des activités d'expertise, non par des textes, qui existent déjà, mais à travers des relations bilatérales entre organismes de sécurité sanitaire et établissements de recherche et d'enseignement supérieur. Par ailleurs, bien qu'il s'agisse d'un investissement important, la mission considère que, sur des sujets à forts enjeux scientifiques, les organismes pourraient soutenir la publication de travaux scientifiques issus d'expertises.



# Sommaire

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>3</b>
INTRODUCTION .....	7
1. EXPERTISE INTERNE ET EXTERNE SONT ETROITEMENT IMBRIQUEES .....	8
1.1. <i>L'expertise sanitaire s'appuie sur un vivier de plusieurs milliers d'experts externes.....</i>	8
1.1.1. Près de 8 200 experts sollicités dans le secteur de la santé .....	8
1.1.2. Près de 800 experts dans le secteur de l'alimentation, de l'environnement, et du travail .....	13
1.2. <i>Les experts internes, également nombreux, ont paradoxalement une visibilité moins grande.....</i>	14
1.2.1. L'expertise interne, une activité multiforme .....	14
1.2.2. Des experts internes nombreux, sauf exception .....	15
1.2.3. Une faible visibilité de l'expertise interne.....	16
1.2.4. Une imbrication entre expertise interne et externe forte, mais insuffisamment clarifiée .....	17
2. LA FAIBLE VALORISATION DE L'EXPERTISE EXTERNE EST UN CONSTAT ANCIEN, TOUJOURS D'ACTUALITE .....	17
2.1. <i>Le constat d'une faible valorisation de l'expertise est récurrent depuis le milieu des années 1990.....</i>	17
2.2. <i>La valorisation financière de l'expertise en 2010 reste faible.....</i>	18
2.2.1. Une indemnisation fondée sur des vacances.....	18
2.2.2. Une enveloppe financière faible dans le budget des agences .....	20
2.2.3. Une part marginale dans la rémunération principale des experts .....	20
2.2.4. Une indemnisation en moyenne deux fois moins élevée que dans les institutions communautaires .....	21
2.3. <i>L'expertise reste peu valorisée dans la carrière principale des experts, malgré les évolutions juridiques .....</i>	21
2.3.1. L'expertise reconnue comme une mission des universitaires et des chercheurs .....	21
2.3.2. ... mais peu prise en compte dans la carrière .....	23
2.4. <i>L'expertise reste attractive .....</i>	24
2.4.1. Les appels à candidatures .....	25
2.4.2. Des motivations professionnelles indirectes.....	27
2.4.3. L'attractivité intellectuelle.....	28
2.5. <i>Des risques pèsent sur l'engagement dans des activités d'expertise publique.....</i>	29
2.5.1. Un risque sur le renouvellement des experts, à relativiser .....	29
2.5.2. Des réticentes croissantes de la part des organismes « fournisseurs » d'expertise....	31
2.5.3. Un risque juridique, mal identifié par les experts.....	31
2.5.4. Un risque médiatique croissant.....	32
3. CONSERVER LES EQUILIBRES FINANCIERS DE L'EXPERTISE SANITAIRE .....	32
3.1. <i>Une revalorisation générale des indemnités versées aux experts externes serait coûteuse et peu pertinente .....</i>	33
3.1.1. Une revalorisation financière peu réaliste .....	33
3.1.2. Un faible effet sur l'attractivité .....	33

3.2. <i>Faire supporter aux organismes utilisateurs le coût global de l'expertise serait plus juste mais irréaliste</i> .....	34
3.2.1. Un système de compensation qui serait plus transparent .....	34
3.2.2. De nombreuses difficultés administratives, institutionnelles et financières .....	35
4. AMELIORER LA VALORISATION PROFESSIONNELLE DE L'EXPERTISE .....	36
4.1. <i>Développer des mesures de revalorisation professionnelle, indépendantes des promotions</i> .....	36
4.1.1. Les obstacles à une valorisation des activités d'expertise dans la carrière.....	36
4.1.2. Donner une visibilité aux activités d'expertise.....	36
4.1.3. Développer les publications.....	37
4.2. <i>Favoriser des améliorations pratiques</i> .....	38
4.2.1. Alléger les contraintes administratives, à travers un modèle unique de DPI .....	38
4.2.2. Utiliser l'ouverture comme un facteur d'attractivité intellectuelle.....	38
4.2.3. Organiser une formation des experts .....	38
4.2.4. Faciliter la présence des experts aux réunions des commissions ou groupes de travail .....	38
<b>LETTRE DE MISSION</b> .....	<b>41</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES DANS LE CADRE DE LA MISSION</b> .....	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE GENERALE</b> .....	<b>49</b>
<b>PRESENTATION DES ORGANISMES DE SECURITE SANITAIRE</b> .....	<b>53</b>
<b>ANNEXE 1 : LES EXPERTS EXTERNES A L'ANSES, REPARTIS PAR COMITES D'EXPERTS SPECIALISES</b> .....	<b>55</b>
<b>ANNEXE 2 : LES REGLES D'INDEMNISATION DES EXPERTS EXTERNES DANS LES DIFFERENTS ORGANISMES DE SECURITE SANITAIRE</b> .....	<b>57</b>
<b>ANNEXE 3 : LA DIFFUSION DES APPELS A CANDIDATURES A L'AFSSAPS, AU HCSP ET A L'ANSES</b> .....	<b>61</b>
<b>ANNEXE 4 : LE CALENDRIER D'UN APPEL A CANDIDATURES, LES EXEMPLES DE L'AFSSAPS ET DU HCSP</b> .....	<b>65</b>
<b>ANNEXE 5 : LES PROPOSITIONS AFSSAPS SUR LA VALORISATION DE L'EXPERTISE</b> .....	<b>67</b>

## INTRODUCTION

- [5] Dans la lettre de mission envoyée en juillet 2010, la ministre chargée de la santé a demandé à l'inspection générale des affaires sociales de mener une mission consacrée à l'expertise sanitaire, dans un champ large - santé, alimentation, environnement, nucléaire - portant sur 14 organismes. Le rapport de synthèse<sup>1</sup> rend compte de l'ensemble des travaux de la mission.
- [6] Comme dans tous les autres rapports consacrés à ce sujet, la mission a défini l'expertise sanitaire comme une synthèse de connaissances, élaborée à l'intention des pouvoirs publics, dans le but de garantir la sécurité sanitaire.
- [7] Le présent rapport thématique, consacré aux experts et à la valorisation de l'expertise sanitaire répond à une question spécifique de la lettre de mission : « élaborer des recommandations relatives aux conditions de travail, à l'indemnisation et à la protection des experts ».
- [8] Le mot « expert » n'est pas défini dans les textes législatifs qui créent les organismes de sécurité sanitaire ni dans le code de la santé publique. La mission ayant défini l'expertise comme une synthèse et une interprétation des connaissances, les experts sont ceux qui réalisent ce travail, quel que soit leur statut. Ils recouvrent deux catégories de personnes : les experts internes et les experts externes.
- [9] Les premiers mettent en œuvre l'expertise propre des organismes de sécurité sanitaire<sup>2</sup>. Il s'agit de personnels permanents, le plus souvent de formation scientifique et de niveau élevé. Quel que soit leur statut, leur domaine de compétence est très varié et dépend du champ dans lequel intervient l'organisme qui les emploie : par exemple médecins et pharmaciens pour l'AFSSAPS ou la HAS, biologistes pour l'ANSES, ingénieurs nucléaire pour l'IRSN...
- [10] Les « experts externes », quant à eux, sont soit des membres des collectifs (commissions, comités, groupes de travail...) désignés pour assurer des missions d'expertise sanitaire, soit des « collaborateurs occasionnels »<sup>3</sup>, qui apportent leur concours aux comités, conseils et commissions siégeant auprès d'elle.
- [11] La première partie de ce rapport est consacrée à la description de ces deux formes d'expertise, et à celle des multiples activités que, tant les experts externes qu'internes, effectuent.
- [12] Les deuxième et troisième parties sont centrées sur l'expertise externe. Le manque de reconnaissance de cette expertise, sur les plans financier et professionnel, est ancien mais les recommandations qui auraient pu répondre à cette insuffisante valorisation n'ont jusqu'à présent que très peu été mises en œuvre. Par ailleurs, et paradoxalement, la mission a observé qu'il existe une attractivité des activités d'expertise dans le domaine public. La mission s'est appuyée sur ce paradoxe, pour fonder des recommandations à la fois modestes et pragmatiques.

---

<sup>1</sup> Rapport IGAS RM2011-044P

<sup>2</sup> La mission utilise le terme générique « d'organismes de sécurité sanitaire » dans le rapport de synthèse et les cinq rapports thématiques pour désigner les 14 organismes cités par la lettre de mission, bien que certains n'aient pas pour mission première la sécurité sanitaire (l'EHESP est un établissement d'enseignement et de recherche, l'INSERM un institut de recherche, la HAS une autorité publique indépendante dont les objectifs principaux sont la qualité et la sécurité des soins...). Toutefois, tous ces organismes apportent une expertise qui contribue, directement ou indirectement, à la sécurité sanitaire ; d'où leur regroupement sous le terme "d'organismes de sécurité sanitaire.

<sup>3</sup> Le terme de « collaborateurs occasionnels » est utilisé dans les lois créant les divers organismes de sécurité sanitaire.

- [13] La mission a étayé ses constats sur la littérature produite depuis près de 15 ans, notamment sur les ouvrages et rapports administratifs consacrés à ce sujet. Les constats statistiques sont appuyés sur l'analyse des bilans sociaux et documents internes transmis par les organismes de sécurité sanitaire. Le rapport fait également le point sur les pratiques d'indemnisation dans les différents organismes, et esquisse un tableau de la valorisation professionnelle de l'expertise, sachant que plusieurs données ou leviers de cette forme de valorisation relèvent d'un domaine de compétence extérieur à celui de la santé (universités, établissements de recherche, d'enseignement...). Des témoignages d'experts recueillis par la mission permettent d'illustrer ces constats.

## **1. EXPERTISE INTERNE ET EXTERNE SONT ETROITEMENT IMBRIQUEES**

- [14] Les experts externes sont nombreux et sélectionnés le plus souvent par appels à candidatures gérés par les organismes de sécurité sanitaires. Les experts internes, également nombreux, sont des agents des organismes. Les activités des uns et des autres, liées aux missions spécifiques conférées à chacun des organismes, sont étroitement imbriquées.

### ***1.1. L'expertise sanitaire s'appuie sur un vivier de plusieurs milliers d'experts externes***

- [15] Il est difficile d'évaluer la part des experts externes dans l'expertise sanitaire telle que la mission l'a définie. Certains organismes recourent à des experts externes pour l'évaluation des risques mais aussi pour réaliser des activités qui n'en relèvent pas directement. Malgré cette difficulté méthodologique, le rapport donne une estimation du nombre des experts externes intervenant dans l'évaluation des risques sanitaires, au sens large, et décrit, autant que possible, leur profil.

#### **1.1.1. Près de 8 200 experts sollicités dans le secteur de la santé**

- [16] La mission a collecté les données sur les experts externes des organismes de sécurité sanitaire : AFSSAPS, HAS, HCSP, InVS INCa et ABM. Ces données apparaissent soit dans les bilans sociaux de ces organismes, soit dans des notes ou fiches complémentaires adressées à la mission. Les difficultés méthodologiques, liées à la multiplicité des activités de ces experts qui découle de la diversité des missions confiées par la loi aux organismes de sécurité sanitaire, ont conduit la mission à adopter une démarche extensive. Celle-ci vise à identifier l'ensemble des experts en santé, et non les seuls experts en « sécurité sanitaire ». Ce choix est explicité pour chacun des organismes.

- [17] Cette méthode a pour objectif d'identifier l'importance du vivier des experts en santé sollicité par les différents organismes cités par la lettre de mission. Il faut souligner que si les médecins cliniciens hospitaliers sont majoritaires, souvent du fait de leur participation à la recherche clinique, d'autres statuts ou disciplines sont représentés dans ce vivier : chercheurs, en sciences exactes ou humaines, professions de santé – notamment médecins et pharmaciens, épidémiologistes...

##### **1.1.1.1. L'agence française de sécurité des produits de santé**

- [18] S'agissant de l'AFSSAPS, il n'y a guère de doute sur les missions des experts externes. Tous sont sollicités dans la cadre de l'évaluation des risques sanitaires liés à l'utilisation de produits de santé.

- [19] Dans le bilan social 2009 de l'AFSSAPS, est explicitée la façon dont les experts externes collaborent aux travaux de l'agence (cf. tableau 1) :



- soit en qualité de membre, nommé en tant que personne qualifiée, du conseil scientifique, des commissions, comités ou groupes d'experts formulant des recommandations ou donnant des avis pour éclairer les décisions du directeur général de l'agence ;
- soit en qualité de membre de groupes de travail spécialisés chargés de préparer les travaux de ces instances ;
- soit en qualité d'expert ou rapporteur extérieur nommé sur liste auprès de ces instances et sollicité ponctuellement lors de l'instruction préalable des dossiers pour donner son avis sur un point particulier ou afin d'élaborer un rapport présenté devant l'instance concernée. Certains dossiers complexes nécessitent de faire appel à plusieurs experts ou rapporteurs.

Tableau 1 : Les experts externes à l'AFSSAPS

	2007	2008	2009
Total des instances	101	90	98
Nombre global des membres des instances	1 313	1 357	1 390
Experts-rapporteurs nommés auprès des instances consultatives	1 322	1 474	1 496

Source : Bilan social de l'AFSSAPS, 2009

- [20] En tenant compte des doublons (certains experts-rapporteurs sont membres des instances de l'AFSSAPS), le « vivier » de l'AFSSAPS comprenait, en 2009, 2 183 experts externes<sup>4</sup>.
- [21] La mission a retenu une estimation globale de 2 200 experts, directement en charge de l'évaluation des risques sanitaires à l'AFSSAPS, qu'ils participent aux diverses instances ou soient sollicités ponctuellement par ces instances.
- [22] Le bilan 2008 de l'AFSSAPS sur la gestion des conflits d'intérêts fournit, par ailleurs, des données sur le statut des experts.

Tableau 2 : Statuts professionnels des experts externes de l'AFSSAPS en 2008

Statuts	PU-PH	PH	Chercheurs	Enseignants-chercheurs	Libéraux	Autres	Total <sup>5</sup>
Nombres d'experts	530	460	15	75	90	150	1 320
%	40 %	35 %	1 %	6 %	7 %	11 %	100 %

Source : Dispositif de gestion des conflits d'intérêts, bilan 2008, AFSSAPS

- [23] Le tableau ci-dessus est issu d'un bilan manuel effectué par l'AFSSAPS en septembre 2008 sur 2 065 experts dont le statut professionnel est renseigné dans la base de données des experts (sur les 2 065, seules les données relatives à 1 320 experts ont pu être exploitées, ce qui reste significatif). Les experts externes sont très majoritairement des médecins praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires. 80 % des experts externes sont des médecins et 12 % des pharmaciens.

<sup>4</sup> C'est l'estimation donnée par le même bilan social de 2009.

<sup>5</sup> Le total est inférieur au vivier d'experts externes de l'AFSSAPS du fait de dossiers non renseignés ou insuffisamment clairs. La part des données de ce tableau dans l'ensemble de l'effectif étudié (échantillon de 64 %) rend les résultats significatifs.

- [24] Il n'est en revanche pas possible d'avoir des informations par spécialités, sauf à faire un recensement commissions par commission, ce que l'AFSSAPS a fait sur certains groupes de travail en réponse à des demandes de la mission (cf. annexe 7 du rapport consacré à l'indépendance des experts et de l'expertise<sup>6</sup>).

#### 1.1.1.2. La haute autorité de santé

- [25] Le bilan social 2009 de la HAS présente une typologie sur 3 ans des experts externes qui sont intervenus dans cet organisme.

Tableau 3 : Typologie des experts par fonctions à la HAS de 2007 à 2009

Statut	2007	2008	2009
CMRE (promotion d'actions d'évaluation en régions)	34	36	34
Chargés de projet (travaux d'étude, de recherche et de synthèse bibliographique dans le cadre d'un groupe de travail ou de lecture)	66	40	38
Collaborateurs occasionnels (participation à des réunions d'information, séminaires, conférences, formations...)	19	103	4
Correspondants (réseau mobilisable par tous les services de l'HAS dans le cadre de commandes spécifiques)	132	132	127
Evaluateurs (évaluation de projets dans le cadre du <i>Programme Recherche</i> de l'HAS)	201	39	8
Experts-visiteurs (visites de certification dans les établissements de santé)	743	780	769
Membres de commissions	124	163	160
Membres de groupes de travail (en nombre de dossiers)	812	626	522
Rapporteurs (rédaction de rapports)	87	151	303
TOTAL	1 749	2 070	2 434

Source : Bilan social de l'HAS, 2009

- [26] Ce tableau montre à quel point les fonctions des experts externes sollicités par la HAS sont différentes, correspondant aux diverses missions confiées par la loi à cet organisme.
- [27] Au sein de cet ensemble d'environ 2 000 experts, le rôle des experts-visiteurs qui effectuent des visites de certification des établissements de soins, est spécifique. Leur mission inclut certes la maîtrise des risques sanitaires dans le système de soins, mais elle s'inscrit dans un cadre plus large qui est celui de l'amélioration de la qualité des soins. Ils contribuent moins directement à l'expertise sanitaire, au sens où l'entend la mission, que les membres des commissions et des groupes de travail ou les rapporteurs.
- [28] Toutefois, la mission les a intégrés dans son approche statistique, ainsi d'ailleurs que les autres catégories d'experts, le but étant d'évaluer le vivier des experts en santé et non les seuls experts mobilisés au titre de la sécurité sanitaire.
- [29] La mission a donc retenu un effectif global de 2 000 experts externes en santé à la HAS.

#### 1.1.1.3. L'institut national de veille sanitaire

- [30] A la demande de la mission, l'InVS a établi un recensement des experts externes sollicités au cours des années 2009 et 2010.

<sup>6</sup> Rapport RM2011-047A

Tableau 4 : Les experts externes à l'InVS en 2009-2010

Nombre et nature des commissions, comités ou instances					Nombre d'experts	
Labellisation	Expertise	Pilotage	Appui technique	Nombre total des instances	Nombre total de membres	Dont experts externes
3	15	51	10	79	1 258	707

Source : InVS, note transmise à la mission en novembre 2010

[31] Là encore, on constate la diversité des activités confiées aux experts externes. Par exemple, les comités de labellisation sont chargés d'évaluer et d'agréer les comités nationaux des registres (CNR) qualifiés pour fournir des données à l'InVS. Il existe aussi des comités de pilotage pour certains sujets structurants, par exemple le comité de pilotage des grandes enquêtes épidémiologiques de cohortes.

[32] Comme pour la HAS, il est difficile d'inclure ces experts dans le cadre direct de l'évaluation des risques sanitaires.

[33] La mission a pourtant fait le choix méthodologique de les retenir dans son évaluation du vivier des experts en santé.

#### 1.1.1.4. Le haut conseil en santé publique

[34] Selon son rapport d'activité 2009, le HCSP est composé de 140 experts qualifiés nommés par le ministre chargé de la santé. Leur mandat est aujourd'hui échu et leur renouvellement par appels à candidatures est en cours depuis le dernier trimestre 2010.

[35] La mission du HCSP ne se réduit pas à la sécurité sanitaire, à travers son expertise d'aide à la gestion des risques, à la demande du décideur - en pratique souvent de la DGS. Il contribue également à l'élaboration et à l'évaluation des objectifs de santé publique. A nouveau, la mission a fait le choix d'intégrer tous les experts du HCSP dans son décompte du vivier des experts en santé.

#### 1.1.1.5. L'institut national du cancer

[36] L'InCA a la double particularité d'intervenir pour une pathologie donnée - le cancer - et d'avoir une activité majoritairement tournée vers le financement de la recherche pour cette pathologie. La répartition des experts externes auquel l'institut fait appel reflète ces particularités.

Tableau 5 : Nombre d'experts externes de l'INCA en 2009/2010

Nombre de comités en 2009/2010	54
Nombre d'experts au sein des instances et groupes de travail (recommandations de bonnes pratiques, dépistage...)	372
Nombre d'experts au sein des comités d'évaluation des appels à projet	498
Nombre d'experts évaluateurs de projets de recherche	1 339
TOTAL des experts	2 209

Source : InCA, note transmise à la mission sur l'expertise

[37] Pour l'INCA, encore plus que pour d'autres agences ou organismes, l'approche méthodologique de la mission est extensive. Là encore, celle-ci est guidée par le souci d'identifier un « vivier », les experts qui interviennent dans le cadre d'évaluation de projets de recherche ayant des profils comparables à ceux qui peuvent intervenir pour le compte d'autres organismes.

#### 1.1.1.6. L'agence de biomédecine

[38] A l'ABM, le conseil a 38 groupes de travail (si l'on exclut les deux instances de l'ABM) regroupant 950 experts externes<sup>7</sup>. Parmi ces groupes de travail les trois les plus importants en nombre d'experts sont :

- le groupe de travail « greffe rénale » (85 membres) ;
- le groupe de travail « banque de tissus » (75 membres) ;
- le groupe de travail « greffe thoracique et collège des experts » (58 membres dont certains peuvent intervenir en urgence pour donner un avis sur la situation médicale d'un patient en attente de greffe, au regard de sa position sur la liste de l'attente).

[39] Au sein de ces 38 groupes de travail, les diverses spécialités se répartissent ainsi<sup>8</sup> :

- tous les groupes de travail comportent des médecins cliniciens et parmi eux, il y a 20 groupes de travail où sont présents uniquement des médecins cliniciens ;
- s'y ajoutent des médecins biologiques et pharmaciens dans 8 groupes de travail ;
- des médecins épidémiologistes sont présents dans 3 groupes de travail ;
- des professions de santé (hors médecins) dans 10 groupes ;
- enfin deux groupes de travail associent d'autres représentants, notamment des associations de patients.

#### 1.1.1.7. Un vivier d'experts en santé estimé à plus de 8 000

[40] La mission est consciente des fragilités méthodologiques de son estimation, qui ne permet d'aucune manière de recouper les « doublons », à savoir les experts présents dans plusieurs organismes, ni a fortiori d'identifier de façon générale leur profil. Pour prendre deux extrêmes, cette estimation globale regroupe des experts qui ne peuvent intervenir qu'une journée, pour l'évaluation d'un dossier ou la réponse à une question précise, et des experts que certains responsables d'agences qualifient « d'experts professionnels », qui cumulent des mandats.

[41] Pour autant, l'estimation, même très imprécise, de ce vivier que la mission évalue à plus de 8 000 permet de souligner deux constats :

- l'expertise en santé mobilise des ressources importantes ; cela confirme les intuitions de Philippe Roqueplo qui, dès 1995, estimait que l'expertise « concernera, à des degrés divers, sinon tous, du moins un très grand nombre de scientifiques et deviendra une dimension – partielle, certes, mais permanente – de leur métier de chercheur (ou d'enseignant) »<sup>9</sup>.
- ensuite, un nombre considérable d'experts participe à des activités d'expertise sanitaire dans le domaine de la santé, à un titre ou un autre, malgré leur faible valorisation.

Tableau 6 : Estimation 2009 du vivier des experts externes en santé

Organismes	AFSSAPS	HAS	InVS	HCSP	InCA	ABM	TOTAL
Nombre d'experts	2 200	2 000	700	140	2 200	950	8 190

Source : *Calculs de la mission*

<sup>7</sup> Données transmises à la mission par l'ABM

<sup>8</sup> Le total fait plus de 38 car certains groupes de travail réunissent 3 spécialités

<sup>9</sup> Roqueplo P., 1997, Entre savoir et décision, l'expertise scientifique, Sciences en question

### 1.1.2. Près de 800 experts dans le secteur de l'alimentation, de l'environnement, et du travail

#### 1.1.2.1. L'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail

- [42] L'ANSES, issue de la fusion de l'AFSSA et de l'AFSSET, travaille aujourd'hui avec 720 experts externes qui viennent des deux organismes. Ils se répartissent au sein de 19 comités d'experts spécialisés dont la composition en nombre d'experts figure dans l'annexe 1.
- [43] La diversité de l'institution d'origine des experts externes de l'ANSES est importante.

Tableau 7 : Répartition des experts par type d'organismes d'origine à l'ANSES

Administrations françaises (ARS, DDE, DRAFF, DRE, LCPP, LHVP, etc)	58
Agences nationales (Ademe, Afssaps, InVS, etc)	24
Retraite	55
Organismes de recherche (CIRAD, CNRS, IFREMER, INRA, INSERM, IRD, etc)	112
Organismes publics (CEA, INERIS, IRSN, CEMAGREF, etc)	53
Facultés/Universités	85
ANSES	66
Grandes écoles (Agro-ParisTech, ENV, EHESP, etc)	81
Privé (Cabinets vétérinaires, EDF, etc)	31
Privé - Associations (INRS, ASQA (associations agréées pour la surveillance de la qualité de l'air))	18
Privé - Mutuelles (CARSAT, MSA, etc)	6
Centres techniques (CSTB, IFIP, CTCPA, etc)	21
CHU/Hôpitaux	46
Etranger	39
Institut Pasteur	14
TOTAL	709

Source : données transmises à la mission par l'ANSES

Les experts de l'agence nationale des médicaments vétérinaires et les chercheurs qui participent aux appels à projets de recherche de l'ANSES ne sont pas comptés dans ce total.

#### 1.1.2.2. Le haut conseil des biotechnologies

- [44] Le haut conseil des biotechnologies, chargés d'évaluer l'introduction des OGM en France, regroupe 38 membres pour son comité scientifique et 26 membres pour le comité économique, éthique et social, soit au total 64 experts.
- [45] On peut ainsi considérer que, dans le secteur alimentation, environnement et travail, 800 experts au total sont mobilisés.

## **1.2. Les experts internes, également nombreux, ont paradoxalement une visibilité moins grande**

[46] Les experts internes – terme générique qui recouvre des appellations diverses dans les organismes de sécurité sanitaire – ont une fonction déterminante dans le processus d’expertise et leurs fonctions recouvre des activités très diverses. Ils constituent une part importante des effectifs des organismes de sécurité sanitaire. Pour autant, leur rôle reste souvent peu visible, notamment dans le cadre des expertises de guichet<sup>10</sup>.

### **1.2.1. L’expertise interne, une activité multiforme**

#### 1.2.1.1. Les experts internes assurent le secrétariat scientifique des commissions ou groupes d’experts externes

[47] L’une des premières missions de l’expertise interne, commune à l’ensemble des organismes qui recourent à des experts externes dans un cadre collégial, est d’accompagner – autant sur le fond que sur les procédures – les différents processus d’expertise conduits dans ces instances :

- gestion des experts, notamment par la participation aux procédures d’appels à candidatures<sup>11</sup> ou sollicitations directes des experts externes, constitution éventuelle d’un groupe de travail ad hoc...
- analyse des liens d’intérêts, identification et gestion des conflits d’intérêts en séance,
- gestion des séances, définition des ordres du jour, compte-rendu et animation des débats,
- contribution à l’expertise en amont, par une analyse bibliographique et/ou en aval par une participation - voire une rédaction complète - des avis ou rapports résultant de l’expertise soumis aux groupes de travail ou commissions.

#### 1.2.1.2. Certains experts internes participent aux comités d’experts, au même titre que les experts externes

[48] Certains organismes de sécurité sanitaire disposent de laboratoires de recherche et d’analyse sur lesquels ils peuvent s’appuyer pour rendre des expertises, de façon autonome ou en collaboration avec les experts externes (intégration dans des groupes d’experts « externes » des salariés rattachés à ces laboratoires).

[49] A l’ANSES, il existe ainsi 11 laboratoires rattachés à l’agence, représentant un effectif de près de 700 agents, soit plus de la moitié de l’effectif total physique. Pour prendre l’exemple du groupe d’expertise collective d’urgence « Influenza aviaire » à l’ex-AFSSA<sup>12</sup>, on voit qu’outre la présidente, il est composé de 13 membres, dont 4 appartiennent à des laboratoires de l’agence. Les « experts internes » ainsi sollicités ont plus une fonction comparable à celle des experts externes qu’une fonction de secrétariat scientifique.

[50] Dans la comptabilisation effectuée par l’ANSES (cf. tableau 7), il y a 66 experts membres des comités d’experts spécialisés qui viennent de l’ANSES, soit 10 % de l’ensemble.

<sup>10</sup> La mission a distingué deux types d’expertise. L’« expertise de guichet » évalue un produit donné, en vue de son autorisation. Elle résulte d’une demande des industriels, appelés pétitionnaires (laboratoires pharmaceutiques, industries du secteur agro-alimentaires, distributeurs...). L’autre forme d’expertise résulte d’une demande des pouvoirs publics ou d’une auto-saisine, dont le champ dépasse l’évaluation d’un produit donné, mais répond au même objectif de sécurité sanitaire. Dans ce rapport, la plupart des constats sont valables pour les deux formes d’expertise.

<sup>11</sup> Les appels à candidatures sont rares à la HAS et, pour les groupes de travail ad-hoc ; souvent limités à la recherche d’un seul expert, ayant un profil particulier.

<sup>12</sup> Source : Rapport sur l’influenza aviaire hautement pathogène à virus H5N1 d’origine asiatique, février 2008, site de l’Anses

### 1.2.1.3. Une intervention cruciale en amont et en aval du processus d'expertise

- [51] L'expertise interne joue un rôle décisif en amont du processus. Bien avant que la commission ou le groupe de travail ne se réunisse, le secrétariat scientifique instruit les dossiers : analyse de la question, collecte des données, synthèse de la littérature, ...
- [52] L'expertise interne est également le point d'entrée du dispositif pour les activités de guichet. Ainsi, à l'AFSSAPS, ce sont souvent les experts internes qui ont les premiers contacts avec un laboratoire qui cherche à obtenir une autorisation de mise sur le marché, avant même que la demande du pétitionnaire ne soit formalisée. L'expert interne contribue ainsi aux analyses préalables des travaux envisagés par le laboratoire au regard de leur conformité aux exigences de l'AFSSAPS.
- [53] En aval, les experts internes préparent la décision de l'organisme. Ils ont, de part leur statut, un lien direct avec la direction générale, surtout si l'avis d'une commission ou d'un groupe d'experts apparaît particulièrement sensible. L'expertise interne oriente l'avis qui sera rendu par la direction générale, parfois contre celui du collectif d'experts externes<sup>13</sup>.

### 1.2.2. Des experts internes nombreux, sauf exception

- [54] Comme pour les experts externes – qui sont des membres des commissions ou groupes de travail ou des collaborateurs externes qui concourent aux travaux de ces commissions – les experts internes ne sont pas désignés sous ce vocable par les organismes de sécurité sanitaire. Évaluateurs internes à l'AFSSAPS, chefs de projets à la HAS, coordonnateurs scientifiques à l'AFSSA, sont autant d'appellations pour les experts internes. Quelques exemples sont repris par la mission pour illustrer l'importance des effectifs d'experts internes dans les organismes de sécurité sanitaire.
- [55] Le bilan social de la HAS permet d'identifier une partie de l'expertise interne, celle qui assure le secrétariat scientifique des commissions et groupes de travail ad-hoc, à savoir les chefs de projets.

Tableau 8 : Les chefs de projet à la HAS

	2007	2008	2009
Chef de projet 1 (catégorie 1)	128	130	137
Chefs de projet 2 (catégorie 2)	36	38	33
Total effectifs chef de projet	164	168	170
Total effectifs HAS	438	453	430
Part chefs de projet / effectifs totaux	37,5 %	37,1 %	39,5 %

Source : Bilan social HAS 2009

- [56] A l'AFSSAPS, 80 % des effectifs permanents, soit près de 800 personnes, se trouvent dans les directions scientifiques<sup>14</sup>, dont la mission relève soit de l'évaluation des risques sanitaires (médicaments, dispositifs de santé, produits cosmétiques et biocides), soit du contrôle de la sécurité des produits (notamment le contrôle en laboratoires des produits de santé), soit de la veille, soit de la police sanitaire.
- [57] A l'ANSES, la déclaration publique d'intérêts récemment appliquée à tous les agents participant à l'expertise interne permet d'estimer leur nombre.

<sup>13</sup> Rapport IGAS RM2011-0454 sur la place de l'expertise dans le dispositif de l'expertise sanitaire

<sup>14</sup> Source : bilan social de l'AFSSAPS

Tableau 9 : Nombre de DPI effectuées fin 2010 par les agents de l'ANSES participant à l'expertise interne

Entités	Nombre de DPI déposées
Direction de l'évaluation des risques (*)	126
Direction des produits réglementés (**)	157
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>283</b>

Source : ANSES, documents transmis à la mission, données hors agence du médicament vétérinaire

(\*) pour les évaluations sur saisines

(\*\*) pour les produits phytosanitaires et biocides

[58] Deux des organismes cités par la lettre de mission, le Haut conseil de la santé publique et le Haut conseil des biotechnologies, n'ont que des moyens humains internes très réduits :

- 14 personnes pour le HCSP, pour 140 experts,
- 5 personnes au HCB, pour deux conseils, composés respectivement de 38 et 26 membres, et une activité importante, y compris d'expertise de guichet<sup>15</sup> (sur l'un des champs, à savoir les demandes d'agrément pour l'utilisation des OGM en milieu confiné, le HCB a rendu 489 avis entre avril 2009 et avril 2010).

[59] Dès lors, l'appui apporté par ces moyens internes ne peut pas être de même nature que celui des organismes de sécurité sanitaires ayant un nombre d'agents très supérieur à celui du HCB. La faiblesse des moyens du haut conseil des biotechnologies a d'ailleurs conduit celui-ci à prioriser l'évaluation des demandes d'agrément pour l'utilisation des OGM en milieu confiné par rapport à ses autres missions<sup>16</sup>.

### 1.2.3. Une faible visibilité de l'expertise interne

[60] Au-delà du caractère multiforme des activités de l'expertise interne et des différences de moyens entre structures, l'expertise interne se caractérise par une faible visibilité. Celle-ci se traduit de plusieurs façons.

[61] Il n'y a pas de recensement des experts internes, ni de la part respective du temps qu'ils consacrent à leurs nombreuses missions.

[62] S'agissant d'une fonction essentielle, qui est le secrétariat scientifique des groupes d'experts, il est très difficile d'évaluer la part du temps de travail consacrée à l'analyse des liens d'intérêts et à la prévention des éventuels conflits d'intérêts en séance. De façon symétrique, il est tout aussi difficile d'évaluer la part du travail proprement scientifique, par exemple l'analyse des études fournies par les pétitionnaires dans le cas d'expertises de guichet.

[63] Par ailleurs, contrairement aux experts externes, les experts internes, sont soumis à une obligation de déclaration d'intérêts mais celle-ci n'est pas rendue publique alors même, comme on vient de le voir, qu'ils ont un rôle déterminant dans la production des avis et rapports d'expertise. Sur ce point, des éléments ont été modifiés récemment : l'ANSES a mis en ligne depuis janvier 2011 les déclarations des personnels impliqués dans les activités d'expertise.

[64] Si l'accompagnement direct de l'expertise externe est souvent identifié – ne serait-ce que par les comptes-rendus de commissions ou groupes de travail dans lesquels figurent la liste des participants (secrétariat scientifique) – les autres activités de l'expertise interne sont moins visibles, en tout cas vues de l'extérieur.

<sup>15</sup> Cf. note 10 sur la définition de l'expertise de guichet

<sup>16</sup> Cf. rapport IGAS RM2011-048A relatif à l'association des parties prenantes à l'expertise sanitaire



- [65] Sur ce sujet, le constat doit être nuancé d’abord en fonction du type d’expertise. Dans les expertises longues, donnant lieu à un rapport, sont explicitées les méthodes suivies et le nom des personnes y ayant contribué (y compris le nom des membres de groupe de lecture pour certains rapports de la HAS).
- [66] S’agissant des expertises de guichet en revanche, les activités de l’expertise interne sont moins transparentes. En amont de l’expertise, il n’y a pas de traces des contacts avec un pétitionnaire, qui précèdent le dépôt d’une demande d’autorisation. En aval de l’expertise, l’avis rendu n’identifie pas les rédacteurs, en tout cas de façon publique.

#### **1.2.4. Une imbrication entre expertise interne et externe forte, mais insuffisamment clarifiée**

- [67] Le rapport sur l’évaluation de l’application de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires rendu en mai 2004<sup>17</sup> pointait déjà une certaine confusion dans l’équilibre entre expertise interne et expertise externe. Trois modèles sont possibles selon le rapport :
- l’expertise doit être avant tout externe, la pluralité des approches et l’ouverture aux meilleures compétences existant ailleurs étant considérées comme la condition de son excellence, de sa pertinence et de sa crédibilité ;
  - l’organisme à un recours quasi-exclusif à l’expertise interne, au nom d’une meilleure garantie de son indépendance, et de sa meilleure compréhension des processus internes à une agence d’évaluation ;
  - d’autres institutions ont mis en place un modèle mixte, pour éviter la dépendance envers une source particulière et assurer une fertilisation croisée des avantages des deux formules.
- [68] De fait, la plupart des organismes ont opté en France pour le modèle mixte sans pour autant expliciter l’ensemble des fonctions de l’expertise interne ni lui réserver une visibilité qui garantisse une transparence de son fonctionnement.
- [69] Comme l’ont également montré, sous un autre angle, le rapport consacré à l’indépendance des experts et de l’expertise<sup>18</sup> et celui relatif à la place de l’expertise dans la sécurité sanitaire<sup>19</sup>, l’expertise interne est dans une situation paradoxale : c’est l’une des composantes essentielles du dispositif de sécurité sanitaire et, en même temps, elle est peu visible et la part respective des missions de cette expertise – entre analyse scientifique, contacts avec les pétitionnaires, gestion des groupes d’experts, prévention des conflits d’intérêts – reste insuffisamment clarifiée.

## **2. LA FAIBLE VALORISATION DE L’EXPERTISE EXTERNE EST UN CONSTAT ANCIEN, TOUJOURS D’ACTUALITE**

### ***2.1. Le constat d’une faible valorisation de l’expertise est récurrent depuis le milieu des années 1990***

- [70] Le constat de la faible valorisation de l’expertise externe, tant financière que professionnelle, date de près de 15 ans. Dès 1997, Philippe Roqueplo insistait sur la nécessité de prendre en compte la réalisation d’expertises dans l’évaluation des chercheurs, des unités de recherche et dans la gestion de la carrière des chercheurs par l’institution dont ils dépendent.<sup>20</sup>

<sup>17</sup> Comité permanent de coordination des inspections, Inspection générale des finances Inspection générale de l’environnement et Inspection générale des affaires sociales ; Mai 2004.

<sup>18</sup> Rapport IGAS RM2011-046A

<sup>19</sup> Rapport IGAS RM2011-045A

<sup>20</sup> Roqueplo P., 1997, Entre savoir et décision, l’expertise scientifique, Sciences en question

- [71] En 2000, dans leur ouvrage consacré au principe de précaution, Philippe Kourilsky et Geneviève Viney constatent que « les travaux sont peu ou pas rémunérés et (que) l'expertise est vécue par les chercheurs comme une activité insuffisamment valorisée et chronophage »<sup>21</sup>. Ils formulent des recommandations sur ce thème : « l'institution scientifique au sens large doit reconnaître que l'expertise (...) entre dans ses missions et qu'elle doit y consacrer des moyens. Elle doit, pour ce faire, créer une filière pour les carrières de ceux qui s'engagent dans cette voie. Elle doit aussi créer un système de publications ».
- [72] Lionel Benaïche, vice-président du tribunal de Nanterre, écrit dans un rapport de 2004 consacré à l'expertise<sup>22</sup> : « la valorisation s'entend à la fois de l'amélioration des conditions de déroulement de l'expertise et de l'explicitation des droits et devoirs auxquels l'expert est soumis. Les experts ont un besoin de reconnaissance financière, statutaire, sécuritaire ».
- [73] Un rapport de 2006 consacré à la veille sanitaire insiste encore sur ce manque de valorisation : « à la différence de la production scientifique, la fonction d'expertise n'est reconnue ni dans les carrières et les promotions, ni dans les rémunérations. Elle l'est moins encore que la valorisation (brevets), l'animation ou l'enseignement. Les chercheurs experts sont souvent sollicités directement, sans l'accord de leur institution »<sup>23</sup>.
- [74] Plus récemment, trois documents ont repris ce thème. Tout d'abord, le rapport de Marie-Dominique Furet sur l'indépendance et la valorisation de l'expertise<sup>24</sup> : « La qualité de l'expertise, qui est une exigence fondamentale de la crédibilité des agences sanitaires, dépend de l'attractivité de la mission d'expert. Or, cette attractivité demeure pour l'instant insuffisante ».
- [75] Le rapport de l'inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la Recherche (IGAENR) de juillet 2009<sup>25</sup> : « si pour la puissance publique la capacité d'expertise scientifique et technique est un atout indéniable pour éclairer les choix de gouvernement et promouvoir les quartiers d'excellence de la recherche et de l'innovation nationales, elle ne s'intègre à aucun projet stratégique concerté ».
- [76] Pour finir, le rapport du Sénat du 29 juillet 2010<sup>26</sup> sur l'évaluation de la gestion de la grippe souligne que « l'expertise ne peut pas être uniquement un devoir ou un honneur pour les scientifiques ; elle doit être reconnue comme un véritable service rendu à la collectivité, et comme telle se voir valorisée ».

## **2.2. La valorisation financière de l'expertise en 2010 reste faible**

- [77] Le constat fait depuis plus de quinze ans est pour l'essentiel encore valable.

### **2.2.1. Une indemnisation fondée sur des vacances**

- [78] L'annexe 2 détaille les règles précises d'indemnisation applicables aux experts externes dans les agences ou organismes de sécurité sanitaire<sup>27</sup>. Des modalités communes d'indemnisation de l'expertise par les organismes de sécurité sanitaire peuvent en être dégagées.

<sup>21</sup> Kourilsky P., Viney G., 2000, Le principe de précaution, éditions Odile Jacob

<sup>22</sup> Benaïche L. (Tribunal de grande instance de Nanterre), août 2004, Expertise en santé publique et principe de précaution, Rapport au ministre de la justice et au ministre de l'économie, des finances et de l'industrie

<sup>23</sup> Girard J.-F., Lalande F., Salmi L.-R., Le Boulter S., Delannoy L., août 2006, Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France

<sup>24</sup> Rapport sur l'indépendance et la valorisation de l'expertise venant à l'appui des décisions en santé publique, juin 2008, DGS, Marie-Dominique Furet

<sup>25</sup> Rapport Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la Recherche (IGAENR), La capacité d'expertise scientifique et technique : une valeur et une marque, Patrice Van Lerberghe, juillet 2009, rapport n° 2008-097

<sup>26</sup> Rapport de la Commission d'enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1) n° 685, 29 juillet 2010, président M. François Autain, Rapporteur M. Alain Million, sénateurs

<sup>27</sup> Sont exclus les organismes pour lesquels la question de l'indemnisation d'experts externes apparaît peu pertinente : l'établissement français du sang (EFS) et l'école des hautes études de santé publique (EHESP).

- [79] Tout d'abord, il existe plusieurs types d'activités pouvant entraîner une indemnisation des experts externes, selon les textes réglementaires et internes aux organismes :
- la présidence d'un groupe d'experts,
  - la participation aux réunions du groupe d'expert (indemnité de présence),
  - la réalisation de travaux tels que des rapports ou des études,
  - la perte de revenu en cas d'interruption d'une activité libérale exercée par l'expert.
- [80] Ensuite, le système d'indemnisation fonctionne d'après un même schéma : un certain nombre de vacations forfaitaires, dont le montant unitaire est compris entre 60 et 80 € est attribué à chaque expert en fonction des activités exercées. Pour la compensation de la perte de revenu des libéraux, le montant de la vacation est calculé à partir de la valeur de la consultation conventionnée. Le montant de l'indemnisation est à peu près équivalent à 15 fois cette valeur pour une demi-journée.
- [81] Des différences existent cependant d'une agence à l'autre, comme un rapport de l'IGAS de 2009<sup>28</sup> sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers le souligne : « *La rémunération est variable selon l'organisme concerné et pas forcément homogène au regard du travail produit (...) L'indemnisation moyenne personnelle du médecin est de l'ordre de 70 € par vacation<sup>29</sup> mais la charge de travail et/ou de temps pour cette vacation n'est pas définie de façon homogène : une vacation peut être l'unité de compte pour une demi-journée, un dossier, un rapport ou un forfait, par exemple* ».
- [82] La question n'est en effet pas seulement celle du montant de l'indemnité perçue, mais du rapport entre cette indemnité et le travail fourni par l'expert. Ce rapport est pris en compte par la HAS dans le cadre de l'indemnisation des experts externes « chargés de projet ». Ceux-ci sont responsables, au sein d'un groupe de travail chargé d'une recommandation, d'établir une analyse bibliographique la plus exhaustive possible, faisant l'état de la littérature scientifique existante, notamment anglo-saxonne. Ils perçoivent ainsi en moyenne 6 000 € et l'indemnisation maximale est de 7 600 €. Les autres experts membres du groupe de travail experts touchent 2 vacations par journée et 3 vacations maximum par travail rendu, soit 380 € au maximum.
- [83] Les règles d'indemnisation à l'AFSSAPS sont moins favorables. Les experts externes ne sont pas indemnisés pour leur présence aux réunions, seuls les présidents le sont. L'évaluation d'un dossier par un rapporteur externe dans le cadre de la procédure d'autorisation de mise sur le marché requiert de nombreuses heures (de l'ordre de 12 à 15h pour un dossier d'AMM selon les responsables de l'agence), mais l'indemnisation moyenne est de 640 €.
- [84] Si l'on considère l'ensemble des règles d'indemnisation pour les experts externes, la présence aux réunions est l'activité qui donne lieu aux disparités les plus importantes :
- 75 € par demi-journée et 150 € par journée de réunion à la HAS et à l'ANSES ;
  - 60 € par séance plénière au HCSP (sans précision de durée) ;
  - 70 € par demi-journée et 105 € pour une journée complète au HCB ;
  - aucune rémunération à l'AFSSAPS, à l'INCa, à l'ABM.
- [85] Parmi les organismes qui rémunèrent leurs experts, l'institut national de la recherche médicale (INSERM) occupe une place particulière, n'utilisant pas le système des vacations. Une indemnisation directe ou indirecte existe, soit sous forme d'une indemnisation personnelle, soit sous forme d'une indemnisation de l'unité d'appartenance des experts. Le montant reste faible, puisque l'indemnisation s'élève à 2 058 € par expert pour une expertise scientifique collective représentant au moins 12 jours de travail, même si bon nombre d'experts y consacrent en moyenne plus d'une vingtaine de jours.

<sup>28</sup> Chambaud L., Khenouf M., Lannelongue C. (Inspection générale des affaires sociales), Rapport d'enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, janvier 2009

<sup>29</sup> Source : donnée DGS dans le rapport de M.D. Furet sur l'indépendance et la valorisation de l'expertise venant à l'appui des décisions en santé publique, mai 2008. Ce montant moyen correspond effectivement à ce qui est constaté dans le tableau 1 de la mission

### 2.2.2. Une enveloppe financière faible dans le budget des agences

- [86] La mission s'est efforcée d'évaluer l'enveloppe correspondant à l'indemnisation de l'ensemble des experts externes.

Tableau 10 : Les montants d'indemnisation de l'ensemble des experts pour quelques organismes en 2009 hors frais de mission

Organisme	Montant total de l'indemnisation de l'expertise	Budget de l'organisme	Part de l'indemnisation dans le budget
ABM	15 000 €	63,0 M €	≈ 0
AFSSAPS	680 000 €	108,0 M €	0,6 %
ANSES (*)	830 000 €	135,0 M €	0,6 %
HAS	1 213 000 €	62,0 M €	2,0 %
HCSP (**)	120 000 €	0,7 M €	16,2 %
INCa	120 000 €	91,0 M €	≈ 0
ABM	15 000 €	63,0 M €	≈ 0

Source : Données fournies par les agences, sources non homogènes,

(\*) budget prévisionnel 2011

(\*\*) Au HCSP, la part élevée de l'indemnisation de l'expertise est liée au fait que le budget du HCSP n'intègre ni les frais de personnels ni les frais de structure. L'enveloppe de 740 000 € correspond au développement des outils nécessaires au HCSP (site extranet, et internet, éditions de supports de communication plaquette de présentation, rapport d'activité), exécution des travaux (conduite d'études) et à leur valorisation (rapports scientifiques et techniques, journées d'étude).

- [87] Le budget d'indemnisation des experts le plus élevé est celui de l'HAS. Il représente plus de 1,2 M € à la HAS (près de 2 % du budget), à la fois du fait de règles d'indemnisation souvent plus favorables que celles des autres structures – la présence aux réunions est indemnisée, y compris pour les experts publics, contrairement à la plupart des autres organismes – et de l'importance de l'activité des experts-évaluateurs chargés de la certification des établissements de santé.

### 2.2.3. Une part marginale dans la rémunération principale des experts

- [88] L'indemnisation des experts, en France, est souvent symbolique au regard de leur rémunération globale. Ceux-ci, dans leur majorité, sont des agents publics rémunérés par ailleurs à temps plein dans le cadre de leur activité habituelle.
- [89] Une comparaison peut être établie à partir du rapport de l'IGAS de 2009 sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers<sup>30</sup>. Ce dernier indique que les montants annuels moyens de traitement brut sont de 83 009 € pour les praticiens hospitaliers (PH) et d'environ 90 000 € pour les professeurs des universités praticiens hospitaliers (PU-PH), si l'on additionne la rémunération hospitalière (51 312 € pour les personnels enseignants et hospitaliers titulaires) et la valence universitaire.
- [90] Ce même rapport indique que les sources de rémunération complémentaire des médecins et chirurgiens hospitaliers sont nombreuses et représentent une part significative du temps de travail. Parfois, les règles concernant l'autorisation de cumul de contrats ne sont pas respectées. En effet, les « cumuls de contrats peuvent représenter une masse d'honoraires dépassant leur rémunération hospitalière ou hospitalo-universitaire et occuper une part de leur temps de travail très supérieure à ce qui est raisonnable et autorisé ».

<sup>30</sup> Chambaud L., Khennouf M., Lanelongue C. (Inspection générale des affaires sociales), Rapport d'enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, janvier 2009

- [91] Si l'on met en rapport ces rémunérations principales et l'indemnisation versée au titre des expertises, l'attractivité financière apparaît faible. A l'AFSSAPS, en particulier, l'indemnisation est très faible, voire nulle, sauf pour les présidents de commissions.

Tableau 11 : Les montants moyens d'indemnisation à l'AFSSAPS

Type de rémunération	2007	2008	2009
Indemnisation moyenne des experts exerçant une activité libérale	1 497 €	1 720 €	1 243 €
Rémunération moyenne des présidents de commissions	6 004 €	6 517 €	6 404 €
Rémunération moyenne des rapporteurs externes	588 €	560 €	639 €

Source : Bilan social 2009, AFSSAPS

#### 2.2.4. Une indemnisation en moyenne deux fois moins élevée que dans les institutions communautaires

- [92] L'indemnisation des experts en France est inférieure aux indemnisations versées dans les institutions communautaires. A titre d'exemple, les experts externes appartenant aux comités scientifiques européens dans le domaine de la sécurité des consommateurs, de la santé publique et de l'environnement sont indemnisés à hauteur de 300 € par journée de présence<sup>31</sup>. L'autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) rémunère aussi ses experts deux fois plus que l'ANSES (indemnité spéciale de 300 € octroyée pour chaque journée complète de participation à une réunion<sup>32</sup>).

### 2.3. *L'expertise reste peu valorisée dans la carrière principale des experts, malgré les évolutions juridiques*

- [93] La quasi-totalité des experts externes qui interviennent dans les agences de sécurité sanitaire ont une activité principale autre. Dans le secteur de la santé, beaucoup appartiennent à la fonction publique hospitalière. Dans le secteur de l'alimentation et de l'environnement, les experts ayant un statut de chercheurs ou d'enseignants-chercheurs sont majoritaires. Dans tous les cas, l'activité d'expertise s'ajoute aux fonctions premières des experts : la valorisation « professionnelle » de l'expertise est de ce fait posée en termes de reconnaissance de cette activité dans la carrière principale.

#### 2.3.1. L'expertise reconnue comme une mission des universitaires et des chercheurs

- [94] Des textes législatifs ou réglementaires font de l'expertise une mission à part entière des universitaires et des chercheurs.

<sup>31</sup> Décision de la Commission du 3 mars 2004 instituant des comités scientifiques dans le domaine de la sécurité des consommateurs, de la santé publique et de l'environnement

<sup>32</sup> Appel à manifestation d'intérêt à devenir membre des groupes scientifiques de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (Parme, Italie), 2010/C 151/02

- [95] La loi de programme pour la valorisation de la recherche d'avril 2006<sup>33</sup> traite de l'expertise aux articles 14 et 15. Parmi les objectifs généraux de la recherche publique, au titre du partage et de la diffusion des connaissances scientifiques, figure « le développement d'une capacité d'expertise »<sup>34</sup>.
- [96] Cette même loi a créé l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES). Une disposition de la loi de 2008 sur les organismes génétiquement modifiés<sup>35</sup> invite cette agence à prendre en compte dans les procédures d'évaluation les activités d'expertise.

**Les missions de l'AERES**  
**Article L114-3-1 du code de la recherche**

« L'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur est une autorité administrative indépendante.

L'agence est chargée :

1° D'évaluer les établissements et organismes de recherche, les établissements d'enseignement supérieur et de recherche, les établissements et les fondations de coopération scientifique ainsi que l'Agence nationale de la recherche, en tenant compte de l'ensemble de leurs missions et de leurs activités ;

2° D'évaluer les activités de recherche conduites par les unités de recherche des établissements et organismes mentionnés au 1 ; elle conduit ces évaluations soit directement, soit en s'appuyant sur les établissements et organismes selon des procédures qu'elle a validées ;

3° D'évaluer les formations et les diplômes des établissements d'enseignement supérieur ;

4° De valider les procédures d'évaluation des personnels des établissements et organismes mentionnés au 1° et de donner son avis sur les conditions dans lesquelles elles sont mises en œuvre.

(...)

A ce titre, l'agence veille à ce que les procédures d'évaluation mises en œuvre prennent en compte les activités d'expertise conduites par ces personnels dans le cadre de commissions à caractère consultatif placées auprès d'une autorité de l'Etat, quelles que soient leurs dénominations, ou dans le cadre des activités d'une autorité administrative indépendante ».

- [97] Comme l'indique cet article, l'intégration de l'expertise dans les procédures d'évaluation de l'AERES peut porter sur la totalité des procédures d'évaluation de l'agence, notamment au niveau des unités de recherche et de la validation des procédures d'évaluation internes des établissements pour leur personnel.
- [98] Par ailleurs, la fonction d'expertise a été reconnue dans des établissements de recherche.
- [99] Un décret de mars 2009<sup>36</sup> permet ainsi à l'INSERM d'assumer ses missions d'expertise et de veille scientifiques, qui sont désormais inscrites comme missions officielles de l'Institut. Les expertises collectives scientifiques effectuées depuis 1993 deviennent ainsi l'une des missions reconnues de cet organisme.
- [100] Le plan stratégique du conseil national de la recherche scientifique (CNRS) « Horizon 2020 » a été approuvé par son conseil d'administration en 2008, met en valeur l'expertise parmi les « rôles sociétaux » de cet établissement : « dans une perspective sociétale, l'expertise est une fonction fondamentale d'un organisme de recherche qui ne peut que s'accroître dans une économie et dans une société fondées sur la connaissance ».

<sup>33</sup> Loi n° 2006-450 du 18 avril 2006 de programme pour la recherche. Cette loi s'applique à tous les établissements qui ont une fonction de recherche, notamment les universités et les établissements de recherche comme le CNRS, l'INSERM ou l'INRA.

<sup>34</sup> L112-1 du code de la recherche

<sup>35</sup> Loi du 25 juin 2008, article 16

<sup>36</sup> Décret n° 82-993 du 24 novembre 1982

## 2.3.2. ... mais peu prise en compte dans la carrière

### 2.3.2.1. Les promotions

- [101] Malgré l'inscription législative de l'expertise dans les missions de la recherche depuis la loi du 18 avril 2006, sa valorisation effective ne progresse que peu car, in fine, la carrière d'un chercheur se fait sur la base de ses publications.
- [102] Le Conseil national des universités (CNU) est l'instance nationale qui se prononce sur les mesures relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des enseignants-chercheurs universitaires (maîtres de conférences et professeurs). Le rapport de l'IGAS de 2009<sup>37</sup> sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers précise que les sous-sections du CNU « apprécient de façon hétérogène cette activité d'expertise, le CNU ne tendant à retenir essentiellement que les publications originales à facteur d'impact significatif dans des revues à comité de lecture ».
- [103] Cette prédominance des publications dans la promotion universitaire est un point de vue partagé par beaucoup d'experts rencontrés par la mission. Le premier témoignage y apporte des nuances, en indiquant qu'une expertise de haut niveau s'accompagne généralement de publications de haut niveau.

#### Témoignage d'un expert médecin hospitalo-universitaire

S'agissant de la valorisation professionnelle, il faut relativiser son importance dans la mesure où ce sont essentiellement des seniors, déjà nommés PUPH, qui assurent l'expertise. Toutefois, les activités d'expertise sont intégrées dans les promotions faites dans les sous-sections des CNU, à la fois pour le passage de PUPH 2<sup>ème</sup> classe à 1<sup>ère</sup> classe, qui est un premier goulet d'étranglement, et ensuite pour le passage de 1<sup>ère</sup> classe à classe exceptionnelle, qui est un deuxième goulet d'étranglement beaucoup plus sévère que le précédent. Pour ce type de promotions (nombre de postes définis au niveau national), l'ensemble du parcours est pris en compte, les fonctions électives (présidents des doyens, présidents des présidents de CME...), mais aussi les activités d'expertise, les plus valorisées étant celles exercées auprès de l'OMS, des instances européennes et des agences publiques nationale). Par ailleurs, l'activité d'expertise, quand elle est exercée à un haut niveau, est prise en compte dans la reconnaissance de la partie « universitaire » du service hospitalier. L'expertise de haut niveau suppose une recherche de haut niveau et des publications.

*Témoignage recueilli par la mission et validé par l'expert*

<sup>37</sup> Chambaud L., Khenouf M., Lannelongue C. (Inspection générale des affaires sociales), Rapport d'enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, janvier 2009

- [104] Le second témoignage recueilli par la mission va encore plus loin que le constat d'une faible valorisation. Il présente les activités d'expertise comme généralement « mal vues » au sein d'une université.

#### **Témoignage d'un expert universitaire à l'ANSES**

Pour la composition d'un comité d'experts spécialisés, il peut être difficile de trouver des experts. Ceux-ci sont professionnellement très occupés et les activités d'expertise sont bénévoles. Surtout, la valorisation professionnelle de ces activités est encore aujourd'hui inexistante, malgré les revendications constantes des universitaires impliqués dans l'expertise.

Les présidents d'universités sont réticents à ce que l'un de leur enseignant-chercheur soit nommé comme expert à l'ANSES. Y compris vis-à-vis des collègues, l'implication dans l'expertise laisse entendre un investissement moindre dans les activités de recherche de l'université et un investissement moindre dans la structure. L'expertise n'est pas perçue par eux comme valorisante. Les sous-sections du CNU<sup>38</sup>, même si elles ne l'expriment pas ouvertement, ont souvent une attitude comparable. Cette attitude est particulièrement dommageable pour les jeunes universitaires. Cette activité peut cependant être portée sur les fiches de l'AERES (Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement universitaire).

L'absence de valorisation professionnelle de l'expertise est régulièrement évoquée au sein de l'ANSES, lors des réunions biennuelles organisées par la direction générale, qui réunissent les présidents et vice-présidents de comités d'experts spécialisés.

*Témoignage recueilli par la mission validé par l'expert*

- [105] Enfin, pour les praticiens hospitaliers, qui constituent un vivier important d'experts, notamment à l'AFSSAPS<sup>39</sup>, les règles actuelles d'avancement à l'ancienneté rendent largement caduque toute évolution vers des promotions qui tiendraient compte des activités d'expertise.

#### 2.3.2.2. L'évaluation

- [106] La prédominance des publications comme critère d'évaluation est également présente à l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES), malgré la disposition législative adoptée en 2008 (cf. ci-dessus). L'évaluation des unités de recherche par l'AERES s'attache d'abord à déterminer la qualité de la production scientifique, en tenant compte entre autres de « la recherche appliquée ou de l'expertise »<sup>40</sup>.

#### **2.4. L'expertise reste attractive**

- [107] Malgré cette faible valorisation financière et l'absence de reconnaissance de cette activité dans la carrière principale des experts, l'expertise sanitaire reste paradoxalement attractive.
- [108] L'estimation du nombre des experts sollicités par les organismes de sécurité sanitaire en est un premier indice (cf. partie 1 du présent rapport). La mission a complété ce constat global par les résultats des appels à candidatures menés dans certains organismes.

<sup>38</sup> Le Conseil national des universités (CNU) est l'instance nationale qui se prononce sur les mesures relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des enseignants-chercheurs (professeurs et maîtres de conférences) de l'université. Il est composé de groupes, eux-mêmes divisés en sections ; chaque section correspond à une discipline.

<sup>39</sup> 35 % des experts à l'AFSSAPS sont PH. Cf. tableau 2 du présent rapport

<sup>40</sup> Rapport Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la Recherche (IGAENR), La capacité d'expertise scientifique et technique : une valeur et une marque, Patrice Van Lerberghe, juillet 2009, rapport n° 2008-097.



[109] Pour la mission, ce constat paradoxal est lié aux facteurs qui déterminent un médecin ou un chercheur à s'engager dans des activités d'expertise. Les éléments d'attractivité professionnelle, sont dans les faits indépendants de la gestion de la carrière principale et relèvent de motivations professionnelles indirectes. Il existe également des facteurs de motivations liés à l'intérêt intellectuel de l'expertise.

#### 2.4.1. Les appels à candidatures

[110] La mission a cherché à objectiver l'attractivité de l'expertise par le « succès » des différents appels à candidatures lancés par les organismes de sécurité sanitaires. Cette procédure est aujourd'hui largement répandue, depuis plusieurs années à l'AFSSAPS, à l'AFSSA comme à l'AFSSET, et depuis à l'ANSES, au HCSP également<sup>41</sup>.

[111] La mission est consciente du caractère réducteur de cette approche quantitative : celle-ci ne saurait seule rendre compte des difficultés qu'il peut y avoir à recruter certains experts dans des spécialités données<sup>42</sup>. Toutefois, la comparaison entre les résultats des différents appels à candidatures met en lumière certains des facteurs qui peuvent favoriser une plus grande attractivité.

[112] Par ailleurs, la mission a, pour certains de ces appels à candidatures, procédé à des analyses par profils, qui permettent de compléter les données globales.

##### 2.4.1.1. Les résultats des appels à candidatures

[113] L'AFSSAPS a effectué en 2009 et en 2010 un renouvellement des membres de trois commissions essentielles dans son fonctionnement : la commission d'autorisation de mise sur le marché, la Commission nationale de sécurité sanitaire des dispositifs médicaux et le Comité de validation des recommandations de bonne pratique sur les produits de santé.

Tableau 12 : Renouvellement en 2009 et 2010 du mandat des membres de la Commission d'AMM, de la CNSSDM et du Comité RBP par l'AFSSAPS

	Commission d'autorisation de mise sur le marché (AMM)	Commission nationale de sécurité sanitaire des dispositifs médicaux (CNSSDM)	Comité de validation des recommandations de bonne pratique sur les produits de santé (RBP)
Nombre de candidatures reçues pour les commissions	93	57	34
Nombre de candidats nommés dans l'instance	56	34	13
Nombre total de candidatures reçues pour les groupes de travail	567	/	/
Candidatures de médecins généralistes	25 (dont 22 candidatures retenues)	0	14
Nombre d'experts retenus pour participer à des expertises dans le champ	603 (dont 119 experts nommés sur listes complémentaires au cours de l'année 2010)	129	35

Source : Source AFSSAPS, informations transmises à la mission

<sup>41</sup> La HAS en revanche ne recourt pas systématiquement aux appels à candidatures et recrute souvent des experts à partir de sollicitations directes après des sociétés savantes.

<sup>42</sup> Cf. Rapport IGAS thématique relatif à l'indépendance des experts et de l'expertise, RM2011-046A

- [114] Outre une attractivité différente entre les commissions et les groupes de travail, les responsables de l'AFSSAPS ont souligné la difficulté à attirer des médecins généralistes sur des commissions ou des groupes de travail jugés très spécialisés, même pour ceux dont le champ est directement lié à l'exercice de la médecine générale (par exemple, dans le groupe de travail sur les médicaments anti-infectieux rattachés à la commission AMM, il y a 1 généraliste sur 50 membres).
- [115] La mission a également analysé l'appel d'offres conduit par le secrétariat général du HCSP, lancé au dernier trimestre 2010, et encore en cours. Le HCSP a reçu 266 candidatures pour environ 140 membres de commissions ou de groupes de travail à désigner.

Tableau 13 : Les nominations aux commissions scientifiques du HCSP suite à l'appel d'offres de 2010 pour le renouvellement du haut conseil

Secteur ou discipline	Professions	Nombre
Secteur santé	Professeurs de médecine	28
	Médecins spécialistes	11
	Médecins de santé publique	11
	Médecins généralistes	2
	Cadre de santé	1
	<b>Total santé</b>	<b>63</b>
Chercheurs	INSERM	10
Sciences sociales	Economistes	7
	Sociologues	5
	Psychologues sociaux	4
	Autres (anthropologue, philosophe, démographe)	4
	<b>Total sciences sociales</b>	<b>20</b>
Autres	NI	6
<b>TOTAL</b>		<b>89</b>

Source : données transmises par le HCSP à la mission

- [116] On peut également citer l'exemple de l'AFSSET, qui a lancé en 2009 un appel à candidatures pour le renouvellement des trois comités d'experts spécialisés Chimie, Air et VLEP. En réponse, 200 dossiers de candidatures ont été reçus et l'AFSSET a désigné, suite à l'avis du conseil scientifique 19 experts au CES Air, 17 pour le CES VLEP et 18 pour le CES Chimie, soit au total 54 experts désignés pour 200 candidatures.
- [117] L'AFSSA a aussi lancé un appel à candidatures en 2009 pour renouveler l'ensemble de comités d'experts spécialisés. Elle a reçu 438 candidatures, 228 experts ont été désignés comme membres des CES et l'AFSSA a parallèlement retenu un vivier de 188 personnalités scientifiques compétentes.

#### 2.4.1.2. La diffusion des appels à candidatures

- [118] La diffusion de l'appel à candidatures, et les modalités de sa diffusion, jouent, de façon évidente, un rôle important.
- [119] Dans l'annexe 3, sont détaillés les destinataires de ces appels à candidatures, ainsi que le mode de diffusion (voie postale, contacts direct, diffusion par internet, ...) dans trois récents appels à candidatures conduits par l'AFSSAPS, le HCSP et l'ANSES. Le constat est celui d'une diffusion déjà très large.
- [120] Toutefois, la recherche d'une plus grande diversité du profil des experts, préconisée dans le rapport relatif à l'indépendance de l'expertise, pourrait davantage s'appuyer sur l'explicitation écrite des profils recherchés et sur des contacts directs.
- [121] A noter qu'aucune institution étrangère n'est sollicitée. Les appels à candidatures analysés par la mission ne sont pas diffusés sur des sites étrangers.

#### 2.4.1.3. Les procédures sont longues, d'une dizaine de mois

- [122] Dans l'annexe 4, le calendrier des appels à candidatures, tel qu'il est prévu par l'AFSSAPS et le HCSP est décrit. Dans la procédure de l'AFSSAPS, le délai est de 10 mois. Dans celle du HCSP pour le renouvellement de ses membres, l'appel à candidatures a été lancé en août 2011 et doit s'achever un principe en avril 2011, soit un délai de 9 mois.
- [123] Ceci montre qu'un appel à candidatures est une procédure lourde, qui implique de ne la lancer que lorsqu'un nombre important d'experts externes sont sollicités - par exemple lors du renouvellement d'instances ou du recrutement d'un vivier d'experts. Par ailleurs, le temps nécessaire à la gestion rigoureuse d'un appel à candidatures nécessite une anticipation importante - notamment par rapport aux exigences réglementaire de renouvellement des commissions.
- [124] De ce point de vue, la mission considère que les appels à candidatures individuels faits à la HAS n'ont que peu de sens, d'autant qu'ils interviennent généralement après un échec des recrutements par contacts directs avec des experts.

#### 2.4.2. Des motivations professionnelles indirectes

- [125] La gestion des promotions dans la carrière n'est que la partie la plus visible de l'attractivité professionnelle et n'est pas nécessairement déterminante. Elle ne concerne pas tous les experts, qui sont souvent des seniors dont la carrière est déjà faite. Par ailleurs, la carrière des experts se fait, pour une partie d'entre eux, totalement à l'ancienneté. C'est le cas des praticiens hospitaliers, comme cela a déjà été souligné.

##### 2.4.2.1. Un effet d'image ou de notoriété

- [126] Ce sont souvent des effets peu perceptibles, de notoriété, d'appartenance à une communauté professionnelle, qui constituent des moteurs « invisibles » de l'attractivité. « Les expertises demandées par la DGS, la HAS et l'agence de la biomédecine sont plutôt recherchées par les médecins hospitaliers mais c'est pour des raisons qui vont au delà des questions d'indemnisation (et d'abord le sentiment d'appartenance à une communauté professionnelle et la capacité d'influence sur la décision publique) », indique le rapport de 2009 de l'IGAS sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers<sup>43</sup>.
- [127] D'une façon peu quantifiable, les travaux d'expertise et la qualité de collaborateur occasionnel ou permanent auprès d'une agence peuvent également jouer favorablement dans la vie professionnelle de l'expert, à travers la mention sur un CV, l'effet de réseau.
- [128] Par ailleurs, la participation à une expertise peut être l'occasion d'identifier et de susciter des recherches. Dans la partie recommandations des avis et rapports d'expertise, figurent ainsi souvent de nouveaux axes de recherche, visant à remédier à certaines incertitudes et lacunes en termes de connaissances. Plusieurs exemples peuvent en être donnés.
- [129] Le rapport de l'ANSES d'octobre 2010 sur les affleurements naturels d'amiante<sup>44</sup> contient dans sa partie recommandations une incitation à poursuivre la recherche sur les effets potentiels de ces affleurements et à établir une cartographie des zones amiantifères.
- [130] De même, dans le rapport de l'INCa sur l'installation de cabines de bronzage UV en avril 2010<sup>45</sup> la partie consacrée aux recommandations contient une incitation à améliorer les connaissances sur les mécanismes biologiques de cancérogenèse induits par les UV artificiels.

<sup>43</sup> Chambaud L., Khenouf M., Lannelongue C. (Inspection générale des affaires sociales), Rapport d'enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, janvier 2009

<sup>44</sup> « Affleurements naturels d'amiante : Etat des connaissances sur les expositions, les risques sanitaires et les pratiques de gestion en France et à l'étranger », saisine n° 2007-SA-0408, octobre 2010

<sup>45</sup> « Installations de bronzage UV : état des lieux des connaissances sur les risques de cancer », avril 2010.

- [131] Le rapport conjoint InVS/INSERM sur l'impact sanitaire de l'utilisation du chlordécone aux Antilles françaises d'octobre 2009<sup>46</sup> contient des recommandations formulées par le conseil scientifique : après avoir rappelé que « de nombreuses incertitudes persistent, même s'il y a déjà eu un effort scientifique conséquent », le conseil scientifique tire les conséquences qui s'imposent en matière de recherche : la première de ses trois recommandations est de « développer la recherche toxicologique », la deuxième de « poursuivre et renforcer la recherche épidémiologique ». Pour aboutir à ces recommandations, « le conseil scientifique s'est attaché, dans la mesure du possible, à constituer une liste de recommandations pour tenter de réduire ces incertitudes point par point. Pour hiérarchiser ses propositions, trois types de critères ont été pris en compte : privilégier à partir des connaissances existantes et des études en cours, des questions non encore prises en compte et pour lesquelles il existe des signaux d'un danger possible ; considérer que la situation créée au Antilles françaises par l'usage du chlordécone offre la possibilité d'améliorer les connaissances générales sur les conséquences de l'exposition aux polluants persistants et aux perturbateurs endocriniens (...) ».
- [132] Cet intérêt des experts par rapport à l'approfondissement de thèmes de recherche est à double tranchant. D'un côté, il peut constituer un levier pour encourager des recherches difficiles à financer mais très utiles en termes de santé publique. Il peut aussi être utilisé au profit de ses propres recherches, dans un objectif « utilitariste ».

### 2.4.3. L'attractivité intellectuelle

- [133] L'analyse de l'attractivité intellectuelle présentée dans ce rapport reflète des opinions émises par les experts eux-mêmes, que la mission a recueillies au cours des entretiens qu'elle a menés, sans recours à un sondage ou enquête qui auraient pu avoir une valeur représentative. Les constats émis doivent donc être interprétés dans ce cadre.
- [134] Une rapide enquête effectuée par les services de l'AP-HP<sup>47</sup> a été effectuée après de praticiens sollicités pour réaliser des expertises qui fait apparaître que les deux motifs principaux de l'activité d'expertise sont « la participation à des décisions nationales » et le fait de « se tenir au courant de l'actualité ».
- [135] La participation à « des décisions nationales » a été également été évoquée par d'autres experts. L'expertise permet de prendre du recul par rapport à la connaissance d'une situation locale et apporte des éléments de comparaison au regard de critères nationaux. Se tenir au courant de l'actualité relève d'une motivation proche.
- [136] L'attractivité intellectuelle de l'expertise repose aussi sur les apports en termes de connaissance, qui se retrouvent à la fois dans la synthèse des connaissances ou études faites dans le champ expertisé, que celle-ci soit très large, à travers une analyse critique de la littérature scientifique française et/ou internationale ou plus ponctuelle.
- [137] Elle découle également des modalités d'exercice de l'expertise, la collégialité et la pluridisciplinarité. Celle-ci est un vecteur d'enrichissement professionnel, d'autant plus importants que les lieux de pluridisciplinarité restent rares en France. Ce facteur est plus présent dans le secteur de l'alimentation, de l'environnement et du travail que dans celui de la santé, où la pluridisciplinarité est aujourd'hui plus réduite<sup>48</sup>.
- [138] La dernière motivation fait appel au registre des valeurs. L'expertise publique doit appuyer un objectif de sécurité sanitaire des citoyens. Elle reflète, pour certains experts, leur choix initial du service public<sup>49</sup>.

<sup>46</sup> « Impact sanitaire de l'utilisation du chlordécone aux Antilles françaises Recommandations pour les recherches et les actions de santé publique », octobre 2009

<sup>47</sup> Analyse des motivations pour participation à une activité d'expertise, rapide sondage par mail effectué au sein de l'AP-HP. Enquête ayant une visée illustrative et non représentative.

<sup>48</sup> Cf. analyse des appels à candidatures ci-dessus et rapport sur l'indépendance des experts et de l'expertise

<sup>49</sup> Sans retenir cette motivation comme déterminante pour tous les experts, qui serait une vision largement naïve, la mission note que la quasi-totalité des experts sollicités par les organismes de sécurité sanitaire ont un statut public.

## 2.5. *Des risques pèsent sur l'engagement dans des activités d'expertise publique*

[139] Plusieurs risques à venir sur l'attractivité de l'expertise ont été mentionnés à la mission par les responsables des organismes de sécurité sanitaires.

### 2.5.1. Un risque sur le renouvellement des experts, à relativiser

[140] Les responsables des organismes de sécurité sanitaire ont fait part, à plusieurs reprises, de leur difficulté à recruter des experts plus jeunes.

[141] Toutefois, la mission considère qu'au regard des données qu'elle a recueillies, ce problème doit être relativisé pour deux raisons : l'expérience nécessaire à la réalisation d'expertises et le taux actuel de renouvellement des commissions.

#### 2.5.1.1. Age et expérience des experts externes

[142] Les activités d'expertise sont souvent exercées dans une seconde, voire troisième carrière, les activités de recherche, et la nécessité d'asseoir leur crédibilité, étant souvent considérée comme une priorité en début de carrière. L'âge des experts reflète ce fonctionnement, qui n'est pas en soi un problème. L'INSERM fait même de l'expérience un critère important, lorsque, dans la procédure de sélection, elle explicite le choix prioritaire de directeur de recherche par rapport à des chargés de recherche<sup>50</sup>.

[143] L'âge constaté des experts est cohérent avec cette analyse. Par exemple, l'âge des experts ayant répondu à l'appel à candidatures de 2010 du HCSP est en moyenne de 52 ans et la part des experts âgés de moins de 50 ans est proche de 36 % (cf. tableau 14 ci-dessous).

Tableau 14 : Répartition par âge des experts ayant répondu à l'appel d'offres de 2010 au HCSP

Répartition par âges	Nombre des experts
< 40 ans	26
40 - 49 ans	69
50 - 59 ans	108
60 - 64 ans	39
65 - 69 ans	21
>70 ans	3
<b>TOTAL</b>	<b>266</b>

Source : données transmises à la mission par le HCSP

[144] S'agissant de l'appel à candidatures conduit en 2009 par l'AFSSA pour renouveler l'ensemble des comités d'experts sélectionnés, la moyenne d'âge des candidats était de 49 ans.

[145] Pour l'ANSES, à la demande de la mission, des données d'âge ont été fournies sur les experts externes présents rémunérés sur le mois de février 2011.

<sup>50</sup> Cf. annexe 6 du rapport consacré à l'indépendance des experts et de l'expertise

Tableau 15 : Répartition par âge des agents ayant perçu une vacation experts en février 2011

Répartition par âges	Nombre des experts
< 40 ans	55
40 -49 ans	106
50- 59 ans	120
60-64 ans	48
65-69 ans	28
>70 ans	14
<b>TOTAL</b>	<b>371</b>

Source : données transmises à la mission par l'ANSES

[146] Sur ce tableau, on observe qu'environ 43 % des experts ayant été rémunérés sur le moins de février 2011 ont moins de 50 ans.

#### 2.5.1.2. Le taux de renouvellement des commissions

[147] La mission s'est également intéressée à un autre indicateur, le taux de renouvellement des commissions. Là également, les deux exemples des résultats des appels à candidatures conduits en 2009/2010 par l'AFSSAPS et le HCSP ont été repris.

[148] Pour l'AFSSAPS, les taux de renouvellement des trois instances concernées par un appel d'offres sont les suivants :

- commission d'autorisation de mise sur le marché : 33 % de renouvellement (soit 20 nouveaux membres sur 60 - nommés par arrêté du 28/01/2010)
- comité de validation des recommandations de bonne pratique : 38.5 % de renouvellement (soit 5 nouveaux membres sur 13 - nommés par décision DG du 12/10/2009)
- commission nationale de sécurité sanitaire des dispositifs médicaux : 41 % de renouvellement (parmi les 32 membres proposés à la DGS, 13 sont de nouveaux membres).

[149] Lors du renouvellement des six commissions du HCSP qui s'est effectuée, dont la nomination s'est effectuée en février 2011, les taux de renouvellement sont, pour 5 des commissions sur 6, supérieurs à 50 %.

Tableau 16 : Taux de renouvellement des commissions spécialisées (CS) lors de l'appel à candidatures du HCSP de 2010

	CSMT	CSMC	CSRE	CSSP	CSPEPS	CSESP
Membres sortants	9	6	5	9	9	3
Nouveaux candidats	6	9	7	6	7	13
Total	15	15	12	15	16	16
<b>Renouvellement</b>	<b>40 %</b>	<b>60 %</b>	<b>58 %</b>	<b>40 %</b>	<b>44 %</b>	<b>81 %</b>

Source : HCSP, données transmises à la mission

CMST : maladies transmissibles

CSMC : maladies chroniques

CSRE : risques liés à l'environnement

CSSP : sécurité des patients (infections nosocomiales et autres évènements indésirables)

CSPEPS : prévention, éducation et promotion de la santé

CSESP : Evaluation, stratégie et prospective

### 2.5.2. Des réticentes croissantes de la part des organismes « fournisseurs » d'expertise

- [150] Avant même la question de la faible valorisation, c'est celle de la faible disponibilité des professionnels, notamment dans le secteur de la santé, qui est évoquée<sup>51</sup>.
- [151] Le contexte budgétaire actuel, et notamment les conséquences de la T2A, qui font de plus en plus dépendre les ressources budgétaires d'un hôpital de son activité, nourrit des inquiétudes de plus en plus fortes parmi les gestionnaires, notamment hospitaliers.
- [152] Ceux-ci réclament plus de transparence dans l'utilisation de leur personnel pour des activités d'expertise, mais également une compensation financière de la part des organismes qui y recourent. Or, comme la mission le montre dans la partie suivante, une telle compensation serait difficilement faisable aujourd'hui.

### 2.5.3. Un risque juridique, mal identifié par les experts

#### 2.5.3.1. Les règles applicables

- [153] En règle générale, la responsabilité de l'établissement public est engagée, sauf en cas de faute personnelle de l'expert entraînant sa responsabilité personnelle (résultant en général de la violation d'une des règles déontologiques auxquelles il est soumis). Si cette dernière est mise en cause par voie de presse ou de poursuites par exemple, alors que l'expert n'a pas commis de faute personnelle dans l'exercice de sa mission, l'institution doit lui assurer une protection juridique et financière<sup>52</sup>.
- [154] Cette obligation rejoint le principe de la protection juridique accordée aux fonctionnaires<sup>53</sup> : « les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales. Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui ».

#### 2.5.3.2. Des évolutions possibles

- [155] La question de la responsabilité personnelle de l'expert pourrait prendre plus d'importance. En effet, la montée en puissance du principe de précaution a placé l'expert en position centrale, et pose la question de sa responsabilité. L'expert est libre, mais en contrepartie il doit répondre des conséquences de ses actes. « L'expert n'est pas un fonctionnaire anonyme ou irresponsable. Ses prises d'avis ne l'exemptent pas de ses responsabilités (...) La responsabilité peut être engagée en cas de mauvaise appréciation des risques par l'expert »<sup>54</sup>. Les victimes, leurs familles ou les associations tendent de plus en plus à remonter en amont de la décision politique pour incriminer les experts qui l'ont inspirée<sup>55</sup>, aussi ne peut-on pas exclure à l'avenir que les experts soient directement mis en cause, même si les organismes qui les ont sollicités, les protègent.

<sup>51</sup> Enquête auprès d'experts réalisée dans le cadre du rapport de Patrice Van Lerberghe (rapport IGAENR, juillet 2009, La capacité d'expertise scientifique et technique : une valeur et une marque)

<sup>52</sup> Charte de déontologie de l'expertise en santé publique (pas encore approuvée)

<sup>53</sup> Loi n° 83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires du 13 juillet 1983, article 11.

<sup>54</sup> Benaïche L. (Tribunal de grande instance de Nanterre), août 2004, Expertise en santé publique et principe de précaution, Rapport au ministre de la justice et au ministre de l'économie, des finances et de l'industrie

<sup>55</sup> Hermitte M.-A., 1997, « L'expertise scientifique à finalité politique, réflexions sur l'organisation et la responsabilité des experts », in Justices n° 8, p.79-103.

[156] Les textes de procédure civile, pénale ou administrative qui définissent les missions de l'expert concernent surtout l'expertise judiciaire<sup>56</sup>. *De facto*, il n'existe aucune disposition législative ou réglementaire ni de jurisprudence encadrant les missions et responsabilités civile, pénale ou administrative de l'expert en santé publique, contrairement à l'expertise en matière d'art et de l'expertise judiciaire qui constituent des domaines mieux balisés et réglementés<sup>57</sup>.

#### 2.5.3.3. L'expert en situation d'incertitude quant à sa responsabilité juridique.

[157] L'absence de culture juridique des experts est régulièrement soulignée<sup>58</sup>. Elle s'explique en premier lieu par la formation initiale des experts sanitaires - essentiellement scientifique - et leur expérience professionnelle. Or, lorsqu'ils sont sollicités par des organismes de sécurité sanitaire, ils ne reçoivent pas de formation sur le risque pénal ou déontologique et sur la responsabilité de l'expert en tant qu'agent public.

[158] Pourtant, « il existe un véritable socle commun dans la mission des experts »<sup>59</sup>, quel que soit le domaine concerné - expert judiciaire, expert-comptable - et qui inclue la responsabilité de l'expert.

#### 2.5.4. Un risque médiatique croissant

[159] L'actualité récente, particulièrement la gestion de la grippe et le Mediator, fait apparaître d'autres types de responsabilités, exposées sur la scène médiatique. Autant qu'une question juridique, cette évolution met en cause l'impartialité et la responsabilité morale de l'expert, d'autant plus violemment que celle-ci est publique. Sans se prononcer sur la pertinence de telle ou telle mise en cause, plusieurs experts soulignent la nouveauté de ce contexte médiatique.

[160] Certains responsables rencontrés par la mission, après l'affaire du Mediator, ont indiqué que cette évolution à terme était un réel risque qui pesait sur l'attractivité de l'expertise.

### 3. CONSERVER LES EQUILIBRES FINANCIERS DE L'EXPERTISE SANITAIRE

[161] De nombreuses propositions ont été émises pour pallier la faible attractivité de l'expertise en termes d'indemnisation et de carrière professionnelle. Ces propositions ne sont pour la plupart que pas ou peu appliquées. La mission a identifié un certain nombre de facteurs de blocage, qui tiennent souvent plus à des questions de modalités ou de mise en œuvre, qu'à des considérations de principe ou à une absence de cadre réglementaire.

[162] Plusieurs propositions sont allées dans le sens d'une revalorisation financière des indemnités individuelles. L'objectif est de mettre fin à l'expertise exercée à titre gracieux et d'augmenter le taux des vacations versées par les organismes de sécurité sanitaire et les plafonds actuels d'indemnisation pour pouvoir attirer les meilleurs spécialistes<sup>60</sup> et pour garantir l'indépendance des experts<sup>61</sup>. Dans le même esprit, le rapport du Sénat de juillet 2010 a proposé de « mettre en place une échelle tarifaire de la participation à l'expertise fondée sur les comparaisons internationales pour assurer l'équité des sommes proposées »<sup>62</sup>.

<sup>56</sup> Articles 232 et 238 du code de procédure civile, article 156 du code de procédure pénale

<sup>57</sup> Furet M. D. (DGS), juin 2008, Rapport sur l'indépendance et la valorisation de l'expertise venant à l'appui des décisions en santé publique Hermitte, précité

<sup>58</sup> Cf. notamment Benaïche L. (Tribunal de grande instance de Nanterre), août 2004, Expertise en santé publique et principe de précaution, Rapport au ministre de la justice et au ministre de l'économie, des finances et de l'industrie

<sup>59</sup> Cf. rapport Furet, cité en note 57

<sup>60</sup> Delahousse M., Nelter L., Thibaut S., Sissoko M. (Inspection générale des finances), Dr. Aballea P., Chevrier-Fatome C., Delahaye-Guillocheau V. (Inspection générale des affaires sociales), décembre 2002, Rapport d'audit relatif à l'Agence française de sécurité sanitaire (AFSSAPS), IGAS n° 2002-121

<sup>61</sup> Benaïche, précité

<sup>62</sup> Autain F., Million A. (Sénat), juillet 2010, Rapport de la Commission d'enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1), n° 685



### **3.1. Une revalorisation générale des indemnités versées aux experts externes serait coûteuse et peu pertinente**

- [163] Afin d'analyser le coût de telle revalorisation, la mission a effectué quelques estimations, en reprenant notamment le travail fait par l'AFSSAPS sur ce sujet.
- [164] Une telle revalorisation serait coûteuse, surtout si celle était conduite dans l'objectif de promouvoir une indemnisation comparable dans toutes les agences et à la hauteur de celle versée par exemple par les agences européennes. En outre, la mission considère qu'elle serait peu pertinente au regard des objectifs d'attractivité et d'indépendance qui sont souvent associés à une telle mesure.

#### **3.1.1. Une revalorisation financière peu réaliste**

- [165] L'AFSSAPS a émis, en novembre 2009, un certain nombre de recommandations visant à accroître le nombre des indemnités des présidents de commissions et d'étendre l'indemnisation aux vice-présidents des autres instances (cf. annexe 6). Ces propositions sont chiffrées à 500 000 €
- [166] Une telle proposition reste sur la situation actuelle à l'AFSSAPS d'absence de valorisation de la présence aux réunions des autres membres des instances.
- [167] Sur la base des données 2009, la mission a effectué une estimation du coût d'une mesure qui viserait à rémunérer 75 € la présence aux réunions. Le résultat est de près de 1 M€<sup>63</sup>, soit une augmentation de près de 150 % de l'enveloppe annuelle, le budget consacré à l'indemnisation des experts augmenterait de près d'un million d'euros et passerait de 0,6 à 1,5 % des dépenses annuelles de l'AFSSAPS.
- [168] La mission n'a pas procédé à une estimation comparable pour chacun des organismes qui n'assurent pas l'indemnisation de la présence en réunion qu'en cas de perte de revenu. Le coût en serait élevé, notamment à l'INCa et au HCSP, alors même que les organismes ne sont pas, pour la majorité, demandeurs d'une telle revalorisation. Certains responsables de ces organismes considèrent souvent que les experts, étant sous statut public, ont une rémunération stable, y compris lorsqu'ils effectuent une mission d'expertise qui peut leur prendre du temps. Certains voient même la rémunération des experts comme une « sur-rémunération ».
- [169] L'alignement sur des standards européens, à 150 € la vacation pour une demi-journée de présence, pourrait être évalué à un surcoût de 2 M€ pour l'AFSSAPS<sup>64</sup>, et de 1,2 M€ pour l'HAS<sup>65</sup>.
- [170] Peu réaliste dans le contexte budgétaire actuel, une telle mesure ne semble en outre pas adaptée pour renforcer l'attractivité.

#### **3.1.2. Un faible effet sur l'attractivité**

- [171] La mission a montré que les facteurs individuels d'attractivité de l'expertise publique étaient autres que financiers.
- [172] Cela est d'autant plus vrai que les rémunérations versées par les laboratoires ou les industries se situent dans une fourchette qui n'a rien à voir avec l'indemnisation publique. Un expert a cité le montant moyen de 20 000 € pour la réalisation d'essais cliniques. Le montant à partir duquel les National Institute for Health and Clinical excellence (NICE) évalue le caractère mineur ou majeur des conflits d'intérêts financiers est de 50 000 €<sup>66</sup>.

<sup>63</sup> 1290 membres d'instances en 2009 hors présidents - déjà rémunérés - avec une base de 10 réunions par an d'une demi-journée = 1290\*10\*75 = 967 500

<sup>64</sup> Sur la base des mêmes données que la note précédente

<sup>65</sup> La mission a pris pour hypothèse que la vacation était doublée pour l'ensemble des experts de façon identique, ce qui revient à dire que l'enveloppe globale consacrée à l'indemnisation serait doublée.

<sup>66</sup> Il faut préciser que ce seuil n'est pas le seul élément pris en compte dans l'évaluation des conflits d'intérêts par le NICE.

### **Témoignage d'un expert hospitalier**

L'indemnisation très faible qui est servie aux experts n'a pas de sens. Pour considérer que l'indemnisation ait un sens et pour contrepartie une exigence renforcée d'indépendance, il faudrait la mettre en balance avec les rémunérations des laboratoires. Une indemnisation à cette hauteur n'est pas envisageable. Dès lors, il est préférable de ne pas rémunérer.

*Témoignage recueilli par la mission et validé par l'expert*

- [173] Pour devenir un facteur d'attractivité ou d'indépendance, la revalorisation de l'indemnisation publique de l'expertise devrait être très élevée, afin de la rendre significative compte tenu du niveau du salaire des experts sollicités d'une part, et concurrentielle au regard des rémunérations supplémentaires qui peuvent être tirées auprès d'entreprises privées (labo / formations, conseils...) <sup>67</sup>. Une telle option serait encore plus irréaliste que les revalorisations évoquées dans la partie précédente.

### **3.2. Faire supporter aux organismes utilisateurs le coût global de l'expertise serait plus juste mais irréaliste**

- [174] D'autres propositions visent non à moduler l'indemnisation individuelle des experts sollicités, mais à faciliter leur mise à disposition par les institutions, en mettant en place un mécanisme de compensation du coût du temps de travail des experts, entre l'organisme fournisseur des experts et celui qui les sollicite.

#### **3.2.1. Un système de compensation qui serait plus transparent**

- [175] Un système de compensation, intégrale ou partielle, aurait le mérite d'introduire une plus grande transparence : il impliquerait de mesurer les activités d'expertise réalisées notamment par les experts hospitaliers, qui s'exercent aujourd'hui de façon opaque pour l'établissement <sup>68</sup>, et donc d'évaluer les coûts effectifs qui s'attachent à ces activités. Il serait également plus juste, dans la mesure où il ferait supporter les coûts de l'expertise à l'organisme qui y recourt.
- [176] Pour mettre en œuvre cette solution, une première voie serait un mécanisme bilatéral de compensation entre établissements.
- [177] Un premier instrument juridique, dans le secteur hospitalier, pourrait en être le décret de 1999 <sup>69</sup>, qui prévoit que « les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires peuvent, après accord du directeur ou du directeur général et, en tant que de besoin, du directeur de l'unité de formation et de recherche, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général (...) ». « Une convention entre l'hôpital et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et d'indemnisation de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement total ou partiel de l'hôpital ». Cette convention doit mentionner l'indemnisation perçue par le praticien et, le cas échéant, le montant du remboursement dû à l'employeur principal.
- [178] Une autre hypothèse serait le financement par les missions d'intérêts général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

<sup>67</sup> La concurrence induite par les rémunérations du secteur privé, notamment dans le secteur de la santé par les laboratoires pharmaceutiques, joue d'ailleurs un rôle important dans les difficultés de recrutements d'experts internes par les organismes de sécurité sanitaires, par exemple pour les galénistes.

<sup>68</sup> Chambaud L., Khennouf M., Lannelongue C. (Inspection générale des affaires sociales), janvier 2009, Rapport d'enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, IGAS n°RM2008-147P

<sup>69</sup> Décret n°99-563 du 6 juillet 1999.

### 3.2.2. De nombreuses difficultés administratives, institutionnelles et financières

- [179] La mission considère que la généralisation d'un tel mécanisme n'est pour l'instant par souhaitable.
- [180] Sur le principe, un tel reversement serait globalement neutre pour les finances publiques.
- [181] Toutefois, à court terme, il engendrerait des surcoûts administratifs importants.
- [182] En effet, aucun système d'information hospitalier ne permet aujourd'hui d'identifier de manière précise la part de l'activité d'expertise dans les activités des PH et PU-PH, le volume du temps consacré à ces missions, ni l'indemnisation à laquelle elles donnent lieu. La mise en œuvre d'une compensation entre organismes supposerait que les contrats individuels entre un expert et l'organisme qui le sollicite<sup>70</sup> soient systématisés et centralisés au niveau des établissements fournisseurs, les hôpitaux, et intégrés dans une convention globale de reversement - ou au moins de compensation entre organismes. De telles conventions devraient être passées avec l'ensemble des hôpitaux dont les personnels concourent aux activités d'expertise. Ensuite, afin de calculer le montant global du reversement, il faudrait identifier le temps de travail passé pour des travaux d'expertise, sachant que beaucoup d'experts indiquent que leur activité d'expertise s'effectue en partie hors du temps de travail.
- [183] S'il devait être appliqué au niveau des établissements, un tel système de compensation conduirait à ce que des agences, financées sur le budget de l'Etat, reversent aux hôpitaux et donc à l'assurance-maladie les sommes correspondantes. Or, il est peu probable, dans le contexte budgétaire actuel, que le budget de l'Etat vienne abonder l'assurance maladie. Là également, la mission a effectué une estimation rapide. Si l'on prend en compte les données moyennes rappelées par le rapport IGAS sur la rémunération des praticiens hospitaliers (cf. ci-dessus, partie 223), on arrive à un coût moyen par demi-journée de 264 € par PH et de 286 € par PUPH. Une compensation budgétaire intégrale aurait donc des effets immédiats importants sur les agences, de plusieurs millions d'euros.
- [184] Par ailleurs, se posent des questions d'affectation budgétaire des temps d'expertise pour les PU-PH : ceux-ci sont-ils pris sur le temps médical ou sur le temps universitaire, de recherche et d'enseignement ? La réponse est loin d'être simple compte tenu de la répartition actuelle du temps entre ces différentes missions des hospitalo-universitaires, qui se fait par service et non par individus<sup>71</sup>.

**Recommandation n°1 :** Conserver les équilibres financiers actuels de l'expertise sanitaire, tant pour les indemnisations individuelles des experts que pour les relations financières existant entre organismes fournisseurs d'experts et ceux qui les utilisent.

---

<sup>70</sup> Le coût administratif serait encore plus important pour les activités d'expertise qui ne font pas à l'heure actuelle l'objet de contrats individuel, au-delà de l'arrêté de nomination. Les experts qui ne perçoivent pas de rémunération particulière sont souvent dans ce cas. Et quand les organismes de sécurité sanitaire sollicitent des personnes, l'information ne remonte pas toujours à la direction générale qui n'a par ailleurs guère d'espoir sur la possibilité de remboursement par un organisme sanitaire.

<sup>71</sup> IGAS, Le post internat, rapport n° 2010-046.

## 4. AMELIORER LA VALORISATION PROFESSIONNELLE DE L'EXPERTISE

### 4.1. *Développer des mesures de revalorisation professionnelle, indépendantes des promotions*

#### 4.1.1. Les obstacles à une valorisation des activités d'expertise dans la carrière

- [185] De nombreuses propositions ont été émises pour intégrer les activités d'expertise dans la carrière, dans le cadre des promotions, que ce soit pour les chercheurs ou les hospitalo-universitaires<sup>72</sup>. Des textes ont été adoptés, reconnaissant l'expertise comme une mission des chercheurs et enseignants-chercheurs. Pour autant, les pratiques n'ont guère évolué.
- [186] Un changement impliquerait une évolution des critères utilisés par les sous-sections de la CNU pour les promotions et des critères d'évaluation de l'AERES, qui dépasse largement le champ de la mission.
- [187] En outre, une telle évolution supposerait que soient définis des critères de qualité de l'expertise effectuée et de décompte du temps consacré à cette expertise. On ne saurait concevoir, en effet, que n'importe quelle expertise puisse être utilisée comme un facteur de valorisation dans la carrière. Si l'AFSSAPS en a proposé certains (cf. annexe 6), la base juridique de l'instauration de tels critères est fragile. « Le principe d'indépendance des universitaires et des universités rend peu opportune l'hypothèse de la rédaction d'un texte normatif définissant une grille de critères permettant de prendre en compte les expertises au même titre que les publications originales de recherche dans la carrière des enseignants-chercheurs<sup>73</sup> ».
- [188] Compte-tenu de tous ces éléments, la mission considère qu'il ne relève pas de sa compétence d'émettre des propositions générales sur le sujet. En outre, en la matière, les textes existent, et c'est donc des pratiques qui doivent évoluer.

#### 4.1.2. Donner une visibilité aux activités d'expertise

- [189] C'est pourquoi, une reconnaissance et une visibilité des activités d'expertise pourraient être favorisées à travers le développement de relations bilatérales entre les organismes sanitaires et les établissements d'enseignement ou de recherche. L'objectif serait alors d'identifier les activités d'expertise effectuées par un chercheur ou un médecin, et de les faire reconnaître dans les évaluations régulières de cet expert ou de son unité de recherche.
- [190] Des démarches dans ce sens ont été entamées par l'ANSES dans ses relations avec l'INRA. Dans le secteur de la santé, des contacts peuvent être noués avec l'INSERM, certaines universités ou départements universitaires, ou encore l'école de hautes études en santé publique.

**Recommandation n°2 :** Développer la reconnaissance professionnelle de l'expertise à travers une collaboration entre organismes de sécurité sanitaires et établissements de recherche et d'enseignement supérieur autour de procédures d'évaluation.

<sup>72</sup> Pour les praticiens hospitaliers, une telle possibilité n'existe pas compte tenu des règles d'avancement à l'ancienneté.

<sup>73</sup> Arrêt du Conseil d'Etat du 11 juin 2003, Sulzer

Cité par le rapport sur l'indépendance et la valorisation de l'expertise venant en appui des décisions publiques, juin 2008, MD Furet, p. 54

### 4.1.3. Développer les publications

- [191] A l'instar de la recherche, la publication des rapports et études d'expertise pourrait jouer dans la reconnaissance intellectuelle et professionnelle de cette activité.
- [192] Certains auteurs préconisent de rendre la publication des rapports d'expertise plus systématique, et pour cela de pratiquer une politique de soutien à la publication du travail des experts, comme l'AFSSA et l'InVS par exemple qui mènent une telle politique par le biais de leurs évaluateurs internes.

#### Témoignage d'un expert universitaire

La publication dans une revue scientifique est de fait l'une des seules solutions pour permettre une valorisation de l'expertise. Il est cependant, du moins dans le domaine de certains comités, difficile de publier dans le cadre des activités exercées dans le cadre de l'ANSES. On ne peut en effet publier que quelque chose de neuf, il n'est évidemment pas possible de publier sur la base d'études apportées par les pétitionnaires<sup>74</sup>. Pour pouvoir être publiés dans une revue à comité de lecture, il faut que les travaux d'expertise soient le résultat d'un travail original, sur un sujet sélectionné qui présente un intérêt pour la communauté scientifique. Quand la publication est envisageable, c'est sur un sujet de fond traité par un groupe d'experts et, le plus souvent, un coordinateur scientifique qui a directement participé à la réflexion et au travail bibliographique et rédactionnel.

*Témoignage recueilli par la mission et validé par l'expert*

- [193] Pour autant, il existe de réels obstacles à ce qui pourrait apparaître, en première analyse, comme un facteur de valorisation plus facile à mettre en œuvre que d'autres.
- [194] Il est difficile de valoriser l'expertise pour les travaux collectifs ou confidentiels. Par ailleurs, la publication de travaux d'expertise implique sur le fond un intérêt scientifique suffisamment large et des qualités rédactionnelles des auteurs.
- [195] C'est pourquoi une politique de soutien à la publication, que la mission encourage, ne peut être que sélective<sup>75</sup>.
- [196] Une première voie pourrait être la publication de « synthèse de connaissances » (systematic reviews) comme cela se fait déjà dans des revues anglo-saxonnes.
- [197] Une seconde voie est l'identification précoce d'un sujet, de rédacteurs pour une publication, accompagnée de contacts avec des revues internationales. Sur les rédacteurs, il pourrait être envisagé de composer des duos ou trios, avec à la fois des experts internes et externes. Cela pourrait d'ailleurs être un facteur d'attractivité pour les plus jeunes experts externes, pour qui les publications sont souvent une priorité au début de la carrière. Cela pourrait également contribuer à valoriser l'expertise interne et rehausser son niveau de compétence.
- [198] Dans tous les cas, cela suppose un investissement de la part de l'organisme sanitaire : détecter des sujets susceptibles de faire l'objet d'une publication, libérer du temps des experts internes pour cette activité, financer d'éventuels frais de traduction. Cet investissement est lourd au début mais rentable à terme, les premiers contacts avec certaines revues pouvant faciliter les suivants.

<sup>74</sup> Les pétitionnaires sont les industriels qui présentent un dossier de demande d'autorisation devant une agence de sécurité sanitaire. Le même terme est utilisé à l'ANSES et à l'AFSSAPS.

<sup>75</sup> La mission rejoint largement les conclusions du rapport DGS de Dominique Furent sur l'indépendance et la valorisation de l'expertise.

**Recommandation n°3 :** Encourager et faciliter de façon ciblée une activité de publications des résultats des expertises, avec une coordination scientifique associant expertise interne et externe.

#### **4.2. Favoriser des améliorations pratiques**

##### **4.2.1. Alléger les contraintes administratives, à travers un modèle unique de DPI**

[199] Dans le rapport consacré à l'indépendance des experts et de l'expertise<sup>76</sup>, la mission propose la mise en place d'un formulaire unique, plus simple à remplir (approche par activités et non par liens) et comportant des éléments d'informations et de compétences professionnelles, complétant l'approche actuelle, qui privilégie la déclaration des liens d'intérêts financiers. La mission considère que ces évolutions peuvent contribuer à asseoir une adhésion plus grande des professionnels aux procédures de déclarations des liens d'intérêts.

**Recommandation n°4 :** Communiquer autour de la mise en place d'un formulaire unique de déclarations d'intérêts, mieux adapté aux réalités de l'exercice professionnel.

##### **4.2.2. Utiliser l'ouverture comme un facteur d'attractivité intellectuelle**

[200] De la même façon, les propositions faites sur l'ouverture des commissions et groupe de travail à d'autres disciplines ou professions, contribuent à la fois à l'indépendance de l'expertise, mais également à son attractivité intellectuelle.

[201] Cette ouverture, et l'intérêt de l'expertise, pourraient faire l'objet d'une communication spécifique lors de la diffusion des appels à candidatures.

**Recommandation n°5 :** Mieux valoriser l'intérêt des activités d'expertise lors des procédures d'appels à candidatures.

##### **4.2.3. Organiser une formation des experts**

[202] Plusieurs des rapports analysés par la mission font état du manque de culture déontologique et juridique des experts et de leur incertitude quant au niveau de leur responsabilité.

[203] Pour répondre à cette difficulté, la mission propose que soient mises en place des formations courtes, à destination des experts externes, centrées sur les aspects juridiques, leurs devoirs et ceux des organismes sanitaires envers eux.

**Recommandation n°6 :** Organiser une formation, destinée aux experts qui le souhaitent, notamment sur les règles de déontologie, les modalités de déclaration des intérêts et la responsabilité juridique.

##### **4.2.4. Faciliter la présence des experts aux réunions des commissions ou groupes de travail**

[204] De façon très pratique, l'exercice d'activités d'expertise peut constituer une contrainte professionnelle forte.

---

<sup>76</sup> Rapport RM2011-046A

- [205] Le délai de convocation des réunions d'expertise est important pour toutes les spécialités médicales où les rendez-vous sont pris longtemps à l'avance (neurologues, ophtalmologues...). Si l'expertise est notifiée en deçà de ce délai de rendez-vous, les experts concernés doivent annuler une journée de rendez-vous.
- [206] Pour les provinciaux, les participations à une réunion d'une demi-journée, d'une durée courte, sont jugées d'autant plus contraignantes que leur lieu d'exercice est éloigné de Paris. Outre l'impression de perte de temps, il y a aussi une perte de revenu pour les libéraux indemnisés sur la base de 15 C pour une demi-journée.

**Recommandation n°7 : Programmer les réunions des commissions ou groupes de travail le plus en amont possible, voire établir une programmation annuelle, et favoriser la tenue de réunions concentrées sur une journée entière.**

Françoise BAS-THERON

Christine DANIEL

Nicolas DURAND

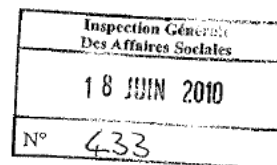




# Lettre de mission



*Ministère de la Santé et des Sports*



*La Ministre*

*Paris, le 16 juin 2010*

CAB 3 – FA/JM – Me. D. 10.5542

Monsieur le chef de service,

Garantir la sécurité sanitaire de nos concitoyens constitue la première responsabilité des pouvoirs publics, et la priorité de mon action.

Au service de cette politique, le dispositif d'expertise sanitaire s'est considérablement renforcé au cours de la dernière décennie. Ainsi, durant cette période, neuf agences sanitaires<sup>1</sup>, trois autorités publiques indépendantes (HAS, HCB et ASN) et un organisme consultatif (le HCSP) ont été créés dans le champ de l'expertise, de la veille et de la sécurité sanitaires ou se sont vu confier des responsabilités y contribuant. L'Etat pour sa part continue, par le biais de ses administrations centrales et par l'intermédiaire des agences régionales de santé, à exercer des missions d'expertises, parfois formalisées au sein de structures spécifiques. Par ailleurs, l'Inserm a développé des dispositifs d'expertise collective de synthèse des connaissances disponibles et l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) contribue également à un apport en matière d'expertise.

La France dispose désormais, notamment grâce à ces agences, d'une couverture très complète des risques sanitaires et c'est un avantage majeur. La réunion hebdomadaire de sécurité sanitaire est l'occasion d'une approche partagée des événements survenant dans le champ de la sécurité sanitaire et le comité d'animation du système d'agences dont j'ai décidé la mise en place en 2008 a permis de renforcer la coordination des actions.

Il importe cependant, compte tenu de la diversité de leurs champs d'intervention, de leurs statuts et de leurs modes de fonctionnement, ainsi que des niveaux d'expertise, de clarifier la répartition des rôles pour faciliter la coordination entre ces agences et répondre au mieux aux besoins, en veillant à l'efficacité optimale des dépenses.

Monsieur Pierre BOISSIER  
 Chef de Service  
 de l'inspection générale des affaires sociales  
 39/41, quai André Citroën  
 75015 PARIS

<sup>1</sup> Agence de la biomédecine (ABM), Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (Afssa), Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps), Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale et du Travail (Afsset), Etablissement Français du Sang (EFS), Institut National du Cancer (INCa), Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes), Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire (IRSN), Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Cette exigence d'une clarification des rôles en vue d'une meilleure coordination de notre dispositif national d'expertise, de veille et de sécurité sanitaires, ainsi que d'une meilleure harmonisation des pratiques est pour moi tout à fait majeure.

Elle constitue à cet égard un des axes prioritaires de la préparation de la prochaine loi de santé publique, que je compte présenter au Parlement à la fin de l'année 2010.

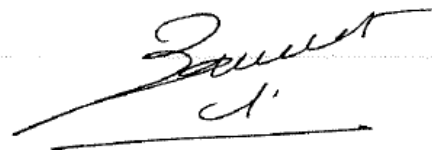
Pour relever ce défi, je souhaite que l'inspection générale des affaires sociales analyse l'organisation et le fonctionnement de ce dispositif et formule des propositions destinées à :

- clarifier les définitions des types et des niveaux d'expertise sanitaire ;
- permettre un recours approprié aux différentes structures, en définissant les champs d'intervention pertinents pour chacune et en s'attachant, notamment, à proposer des solutions pour ceux qui sont peu ou mal couverts et, inversement, ceux qui le seraient par plusieurs entités; en proposant, le cas échéant, des évolutions des périmètres existants ;
- assurer la pertinence et la cohérence de l'expertise, par ses modes de saisine et au regard de son utilisation pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé, y compris dans leur dimension interministérielle ;
- mettre en place, s'il y a lieu, des règles ou des dispositifs communs aux agences et organismes sanitaires relatifs à la qualité, à la transparence et à l'indépendance de l'expertise. Ces règles doivent concerner les experts, mais aussi les organisations et les processus, la gouvernance, l'expression des résultats et leur utilisation. Elles doivent être conformes aux standards internationaux ;
- élaborer des recommandations relatives aux conditions de travail, à l'indemnisation, et à la protection des experts ;
- clarifier et améliorer les procédures de décision fondées sur l'expertise sanitaire et préciser le rôle des experts.

Vous pourrez vous appuyer sur un groupe de travail qu'il vous appartiendra de mettre en place et qui associera des représentants des différentes composantes de l'expertise.

Compte tenu du calendrier prévu pour l'élaboration du projet de loi révisant la loi n°2004-806 du 9 août 2004, je vous remercie de m'adresser votre rapport pour le 30 septembre prochain.

Je vous prie de croire, monsieur le chef de service, à l'expression de ma considération distinguée.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

# Liste des personnes rencontrées dans le cadre de la mission

## Ministères de tutelle des agences sanitaires

### Santé

#### **Cabinet de M. BERTRAND, ministre chargé de la santé**

- M. SELLERET, directeur adjoint de cabinet
- M. EMMANUELI, conseiller technique

#### **Cabinet de Mme BACHELOT, ministre chargée de la santé**

- M. DUFOUR, directeur adjoint de cabinet
- M. SALES, directeur adjoint de cabinet chargé de la gestion des crises sanitaires et de la santé
- M. ALLA, chef du pôle « politiques de santé et de prévention »

#### **Direction générale de la santé (DGS)**

- M. HOUSSIN, directeur général
- Mme DELAPORTE, directrice générale adjointe
- M. POIRET, Secrétaire général
- Mme PENANSTER, sous-directrice à la sous-direction de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques (MC)
- M. MELIHAN-CHEININ, adjoint à la sous-direction de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques (MC)
- Mme KREMP, chef bureau MC3 à la sous-direction de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques (MC)
- Mme BAUCHET, Chef bureau MC4 à la sous-direction de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques (MC)
- Mme BESSA, adjointe à la sous-direction des risques infectieux (RI)
- M. SAOUT, adjoint à la sous-directrice de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (EA)
- Mme GOLINELLI, ajointe au sous-directeur des pratiques et produits de santé (PP)
- Mme CHOMA, chargée de mission à la sous-direction des pratiques et produits de santé (PP)
- M. LESAFFRE, chef de la MASPRAS
- M. FONTAINE, chargé de dossiers à la mission de l'analyse stratégique, de la prospective, de la recherche et de l'appui scientifique (MASPRAS)
- M. PRISSE, chargé de dossiers à la division du déploiement des politiques publiques (DP1)
- M. GENTIHOMME, chef du département d'urgences sanitaires (DUS)
- Mme JEAN, responsable de la mission des affaires européennes
- Mme RICHARD, responsable de la mission système d'agences
- Mme CARMES, adjointe au chef du département des urgences sanitaires (DUS)
- M. STAIKOWSKI, chef de l'unité alertes et réponses, département des urgences sanitaires (DUS)
- M. VISCONTINI, adjoint au chef du bureau de la programmation, de la synthèse et de l'évaluation

**Direction de la sécurité sociale (DSS)**

- M. VANNESTE, sous-direction du financement du système de soins, chef de la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie (MCGR)

**Travail****Direction générale du travail (DGT)**

- M. COMBEXELLE, directeur général
- M. TEZE, chef du bureau de la protection de la santé en milieu de travail
- M. DELPECH, chef du bureau des conditions de travail et de l'organisation de la prévention

**Agriculture****Direction générale de l'alimentation (DGAL)**

- Mme BRIAND, directrice générale
- Mme SOUBEYRAN, chef du service de la prévention des risques sanitaires de la production primaire
- M. MENNECIER, chef du service de l'alimentation
- M. FOSSE, chef du bureau de l'appui scientifique et technique (tutelle de l'ANSES)

**Environnement****Direction générale de la prévention des risques (DGPR)**

- M. MICHEL, directeur général
- Mme VIELLEFOSSE, chef de bureau

**Agence de la biomédecine (ABM)**

- Mme PRADA-BORDENAVE, directrice générale
- Mme GUESNEAU-CASTILLA, secrétaire générale
- M. ARRABAL, chef de projet recherche, direction médicale et scientifique
- Mme BESEGAI, juriste, direction juridique

**Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)****Direction et services**

- M. MARIMBERT, directeur général
- Mme BARTOLI, directrice générale adjointe
- Mme HERAIL, chef du service des affaires juridiques et européennes
- Mme REMILIEN, responsable de l'unité gestion du personnel et des experts, direction des ressources humaines
- Mme GODEFROY, responsable de la cellule de veille déontologique
- M. DELORME, chef de l'Unité Information des Patients et du Public
- Mme MORGENSZTEIN, responsable de l'unité PTC1, direction de l'évaluation médicale
- Mme ANGOT, chef du département vigilance à la direction de l'évaluation des dispositifs médicaux

**Commission nationale de sécurité sanitaire des dispositifs médicaux**

- M. FRACHET, président de la commission
- M. DUVEAU, vice-président de la commission
- M. ANCELLIN, vice-président de la commission
- M. CHAMBRIN, membre de la commission

**Agence nationale de sécurité sanitaire de l'environnement de l'alimentation et du travail (ANSES)**

- M. MORTUREUX, directeur général
- Mme BADUEL, directrice générale adjointe
- M. LASFARGUES, directeur général adjoint
- M. METTENDORF, directeur général des ressources
- M. PUECH, responsable de la mission des affaires européennes et internationales
- Mme LOISEL, responsable qualité, délégation à la qualité
- Mme MORCET, responsable de l'unité coordination de l'expertise
- Mme MARIE, directrice de l'information, de la communication et du dialogue avec la société
- M. VERGRIETTE, chef de l'unité Sciences et société

**Comité d'experts spécialisé additifs arômes et auxiliaires technologiques**

- M. ARSAC, président du comité

**Agence de sûreté nucléaire (ASN)**

- M. NIEL, directeur général
- M. GODET, directeur de la direction des rayonnements ionisants et de la santé

**Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)**

- M. FLAHAUT, épidémiologiste, directeur général
- M. ZYLBERMANN, professeur d'histoire
- M. THOUVENIN, professeur de droit
- Mme JABOT, professeur politique de santé publique

**Etablissement français du sang (EFS)**

- M. TOBELEM, président
- M. CHARPAK, directeur des études et de la prospective
- M. HERGON, directeur des affaires réglementaires et de la qualité
- Mme LEGRAND, directrice médicale
- M. VALKE, directeur des affaires juridiques

**Haut conseil des biotechnologies (HCB)**

- Mme BRECHIGNAC, présidente
- M. PAGES, président du comité scientifique
- Mme NOIVILLE, présidente du comité économique, éthique et social
- M. OUAHIOUNE, secrétaire général
- M. REMONDET, chargé de mission

**Haut conseil de la santé publique (HCSP)**

- M. SALAMON, président
- Mme POMAREDE, secrétaire général
- Mme GUERIN, responsable de la procédure d'appels à candidatures

## **Haute Autorité de santé (HAS)**

### **Direction et services**

- M. DEGOS, président du collège
- M.ROMANEIX, directeur général
- M. BRAS, conseiller auprès du président et du directeur général
- Mme VINCENT, responsable de la mission juridique
- M. BIOSSE-DUPLAN, responsable de la mission relations associations de patients et d'usagers
- M. MEYER, directeur de l'évaluation médicale, économique et de santé publique
- Mme D'ANDON, chef du service évaluation des médicaments
- Mme DENIS, chef du service d'évaluation des dispositifs médicaux
- Mme COLLIGNON, adjointe au chef de service de l'évaluation des dispositifs médicaux
- M. GALMICHE, adjoint au chef de service de l'évaluation des dispositifs médicaux
- M. DEPARDON, chef de projet affaires réglementaires du service d'évaluation des dispositifs
- Mme PIOTTO, chef de projet du service évaluation des dispositifs médicaux
- M. LAURENCE, chef du service des bonnes pratiques professionnelles
- Mme LEE-ROBIN, chef du service évaluation des actes professionnels
- M. DAVID, adjoint au chef de service de l'évaluation des actes professionnels
- Mme MORIN-SURROCA, adjoint au chef de service de l'évaluation des actes professionnels
- Mme RUMEAU-PICHON, adjointe au directeur de l'évaluation médicale, économique et de santé publique et chef de service du service des évaluations économiques et de santé publique

### **Groupe déontologie et indépendance de l'expertise**

- M. VIGOUROUX, président du groupe déontologie et indépendance de l'expertise, conseiller d'Etat
- M ROLAND, membre du groupe, ancien professeur des universités praticien hospitalier

### **Commission d'évaluation des actes et des technologies de santé**

- M. DUBERNARD, président de la commission
- M. BERNARD, vice-président de la commission
- M. PARQUIN, membre du bureau de la commission

## **Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé (INPES)**

- Mme THANH LE LUONG, directrice générale
- Mme BOUDOT, directrice générale adjointe
- M. GUILBERT, directeur des programmes
- M. ARWIDSON, directeur des affaires scientifiques

## **Institut de la radioprotection et de la sûreté nucléaire (IRSN)**

- M. REPUSSARD, directeur général
- Mme. SUPERVIL, directrice de la stratégie
- M. GOURMELON, directeur de la Radio protection de l'homme
- M. ROLLINGER, Chef du service de l'ouverture à la société

**INSERM**

- M. BREART, Directeur de l'Institut de Santé publique
- Mme ETIEMBLE, Directrice du Pôle Expertise collective

**Institut national de veille sanitaire (InVS)**

- Mme WEBER, directrice générale
- M. DEPINOY, délégué général
- M. DESCENCLAUX, directeur scientifique
- Mme VISO, chargée des affaires européennes à la direction scientifique

**Institut national du cancer (INCa)**

- Mme FLAMANT, directrice générale
- Mme BIRCKEL, responsable de la plateforme « appel à projets »
- Mme AJKOVIC, gestionnaire de la plateforme « appel à projets »
- Mme PARENT, assistante de la plate forme « appels à projets »
- Mme BESSETTE, responsable du département prévention
- Mme MAZEAU-WOYNARD, responsable du département recommandations pour les professionnels de santé

**Assistance publique des hôpitaux de Paris**

- M. FOURNIER, directeur de la politique médicale
- M. PINSON, adjoint au directeur de la politique médicale
- Mme PERRIER,

**Fédération des spécialités médicales**

- Mme BRUDON, responsable du groupe de travail déontologie au sein de la fédération

**Associations****France nature Environnement (FNE)**

- Mme CAMBOU, Secrétaire nationale en charge du secteur « santé environnement ».

**Consommation, logement et cadre de vie (CLCV)**

- Mme MADER, présidente
- M. PERNIN, chargé de mission « agriculture et alimentation »

**Collectif inter-associatif sur la santé (CISS)**

- M. SAOUT, président

**Association France Spondylarthrites (AFS)**

- Mme CARTON, Vice-Présidente
- M. ADAM, coordinateur des bénévoles

**Alliance maladies rares**

- M. BERNARD, Vice-Président

**UNAF**

- M. BRUN, chargé de mission santé

**Association Française des personnes souffrant de Troubles Obsessionnels Compulsifs**

- M. DEMONFAUCON, président

**Association Française des Diabétiques (AFD)**

- M. RAYMOND, président

**Association des accidentés de la vie (FNATH)**

- Arnaud DE BROCA, secrétaire général

**Industries de santé****Les entreprises du médicament (LEEM)**

- M. LAMOUREUX, directeur général
- Mme FAURAN, directrice juridique et fiscal
- M. MEILLIER, responsable des affaires réglementaires

**Revue Prescrire**

- M. TOUSSAINT, rédacteur en chef
- M. SCHILLIGER, responsable du secteur santé et société, direction de la rédaction

**Bureau de la recherche géologique et minière**

- Jackie FOURNIGUET, délégué à l'expertise

**Centre de sociologie des organisations**

- M. BENAMOZIG, directeur de recherche
- M. BORRAZ, directeur de recherche

**Inspection générale de l'agriculture**

- M. CHEVASSUS-AU-LOUIS, inspecteur général, ancien Président de l'AFSSA

**Institut National de la Recherche Agronomique**

- Claire SABBAGH, Directrice adjointe de l'Unité Expertise collective, Prospective et Etudes

**Inspection générale des affaires sociales (IGAS)**

- M. ABALLEA
- M. BRAS
- Mme BURSTIN
- Mme CUBAYNES
- M. DUHAMEL
- M. DELOMENIE
- Mme LALANDE
- Mme LEPINE
- M. LOPEZ
- Mme de MASSON d'AUTUME
- M. MARIE
- M. MAYMIL
- M. TRICARD
- M. VALET
- Mme VIENNE



## Bibliographie générale

### Rapports (classés par ordre chronologique) :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, janvier 2000, Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations

Fosseux F., Runacher A., Silvent F (Inspection générale des finances), Dr Picard S., Jarry M. (Inspection générale des affaires sociales), mars 2001, Rapport d'audit sur l'Institut de veille sanitaire, rapport IGAS n° 2001-35

Delahousse M., Nelter L., Thibaut S., Sissoko M. (Inspection générale des finances), Dr. Aballea P., Chevrier-Fatome C., Delahaye-Guillocheau V. (Inspection générale des affaires sociales), décembre 2002, Rapport d'audit relatif à l'Agence française de sécurité sanitaire (AFSSAPS), rapport IGAS n° 2002-121

Grivel N. (Inspection générale des affaires sociales), Durant F., Nestor J., Verliac F. (Comité permanent de coordination des inspections du ministère de l'agriculture), décembre 2004, Rapport sur l'articulation entre expertise nationale et européenne en matière de sécurité alimentaire, rapport IGAS n° 2004 185

Benaïche L. (Tribunal de grande instance de Nanterre), août 2004, Expertise en santé publique et principe de précaution, Rapport au ministre de la justice et au ministre de l'économie, des finances et de l'industrie

Dieuleveux T., Roussot J. (Inspection générale de l'environnement), janvier 2006, Rapport sur l'évaluation des méthodes scientifiques de travail de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE), IGAS n° 2005 191

Girard J.-F., Lalande F., Salmi L.-R., Le Bouler S., Delannoy L., août 2006, Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France

Mauss H. (Inspection générale des affaires sociales), Le Quantrec M. (Ponts et Chaussées), Manfredi A. (Inspecteur général de la santé publique vétérinaire), Comité interministériel d'audit des programmes, mars 2007, Rapport d'audit sur le programme n° 206 « sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation », n° 2007-R-57-01

Brick N. (Sénat), juin 2007, Rapport d'information sur le dispositif des agences en matière de sécurité sanitaire, n° 355

Furet M. D. (DGS), juin 2008, Rapport sur l'indépendance et la valorisation de l'expertise venant à l'appui des décisions en santé publique

Van Lerberghe P. (Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche), juillet 2009, La capacité d'expertise scientifique et technique : une valeur et une marque

Chambaud L., Khennouf M., Lannelongue C. (Inspection générale des affaires sociales), janvier 2009, Rapport d'enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, IGAS n°RM2008-147P

Deloménie P., Maymil V. (Inspection générale des affaires sociales), janvier 2010, Rapport sur l'évaluation du Haut comité de santé publique (HCSP), IGAS n° RM2009-152P

Aubin C., Daniel C., Schaetzel F. (Inspection générale des affaires sociales), juin 2010, Le post-internat : constats et propositions, rapport n° RM2010-088P

Lagarde J.-C., Dor J.-P. (Assemblée nationale), 6 juillet 2010 Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1), n° 2698

Autain F., Million A. (Sénat), juillet 2010, Rapport de la Commission d'enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1), n° 685

Sauvé (vice-président du conseil d'Etat), Rapport de la commission de réflexion pour la prévention des conflits d'intérêts dans la vie publique, 26 janvier 2011

### **Ouvrages (par ordre alphabétique)**

Chevassus-au-Louis B., 2007, *L'analyse des risques, L'expert, le décideur et le citoyen*, Sciences en question

Dumoulin L., La Branche S., Robert C., Warrin P. (dir.), 2005, *Le recours aux experts. Raisons et usages politiques*, Presses universitaires de Grenoble

Frachon I., 2010, *Mediator, 150 mg, Sous-titre censuré*, editions-dialogues.fr

Got C., 2005, *L'expertise en santé publique*, Que sais-je

Kourilsky P., Viney G., 2000, *Le principe de précaution*, éditions Odile Jacob

Callon M., Lascoumes P., Barthes Y., *Agir dans un monde incertain*, Paris, 2001

Roqueplo P., 1997, *Entre savoir et décision, l'expertise scientifique*, Sciences en question

Setbon M., 2004, *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*, Elsevier

Tabuteau D., 2002, *La sécurité sanitaire*, Berger-Levrault

Ouvrage collectif, *L'expertise des produits de santé : quelles responsabilités ?*, 2005, Flammarion Médecine-Sciences, les dossiers de l'Institut d'étude des politiques de santé

### **Articles (par ordre alphabétique)**

Afia K., Asamoah J.D., 2010, « Transparency at the Food and Drug Administration », in *The New England Journal of Medicine*

Baumstark L., Carrère M.-O., Rochaix L., 2008, « Mesures de la valeur de la vie humaine, Usages et enjeux comparés dans les secteurs de la santé et des transports », in *Les tribunes de la santé n°21*, Les Presses de Sciences Po, p.41-55

Benamouzig D., Besançon J., « Les agences, alternatives administratives ou nouvelles bureaucraties techniques ? Le cas des agences sanitaires » in *Horizons stratégiques*, janvier 2007.

Benamouzig D., 2010, « La formation d'une expertise sociologique à la Haute autorité de santé », in *Revue française des affaires sociales*, p. 187-212

Cadiou S., « Savoirs et action publique : un mariage de raison ? L'expertise en chantier » ; in *Horizons stratégiques*, juillet 2006

Gimbert V., 2005, « Gérer les risques sanitaires : le fonctionnaire, l'expert et le politique », in *Politiques et management public*, n°3

Hermitte M.-A., 1997, « L'expertise scientifique à finalité politique, réflexions sur l'organisation et la responsabilité des experts », in *Justices n°8*, p.79-103

Hirsh M., 2001, « L'expertise scientifique indépendante dans un établissement public : l'exemple de l'AFSSA », in *Rapport public du Conseil d'Etat, les autorités administratives indépendantes*, p. 427-440.

Joly P.-B., 1999, « Besoins d'expertise et quête d'une légitimité nouvelle : quelles procédures pour réguler l'expertise scientifique », in *Revue française des affaires sociales n°1*, p. 45-53

Murard L., Zylbermann P., « Administrer, gouverner : l'expertise et l'hygiène en France (1848-1945) », *Tribunes de la Santé*, été 2010.

Tabuteau D., 2010, « L'expert et la décision en santé publique », in *Les tribunes de la santé n°27*, Les Presses de Sciences Po, p. 33-48

Trouvin J.-H., 2010, « L'évolution de l'expertise sur le médicament », in *Les Tribunes de la Santé n°27*, Les Presses de Sciences Po

Tubeuf S., « Evaluation économique des technologies de santé du NICE : un regard expert », in *Les tribunes de la santé n°27*, Les Presses de Sciences Po

Zmirou-Navier D., « De la démocratie en expertise : le cas des risques sanitaires environnementaux », 2006, in *Santé publique n° 18*, p. 483-500

« Conflits d'intérêts à l'agence française des produits de santé : il reste beaucoup à faire », 2006, synthèse collective in *La Revue Prescrire n°278*, p. 857-861

### **Divers**

Direction générale de la santé, avril 2010, Eléments de réflexion pour une politique nationale de santé publique 2010-2014.



## Présentation des organismes de sécurité sanitaire

Organisme	Missions	Statut	Année création	Effectif 2009 (ETP) <sup>77</sup>	Budget 2009 Dépenses
ABM (agence de biomédecine)	Contribuer au développement de toutes les thérapeutiques utilisant des éléments du corps humain (organes, tissus, cellules, gamètes, à l'exception du sang)	EPA, 1 tutelle santé	2004	260	63 M€
ANSES (agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail)	Assurer la sécurité sanitaire dans les domaines de l'environnement, du travail et de l'alimentation	EPA, 5 tutelles agriculture, consommation, environnement, santé, travail	2010	AFSSA 1 200 AFSSET 150	AFSSA 108 M€ AFSSET 25 M€
AFSSAPS (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)	Garantir la sécurité d'emploi, la qualité et le bon usage des produits de santé	EPA, 1 tutelle santé	1998	980	108 M€
ASN (autorité de sûreté nucléaire)	Contrôler les activités nucléaires civiles	AAI	2006	440	130 M€
EFS (établissement français du sang)	Gérer et assurer la qualité ainsi que la sécurité du système de transfusion sanguine	EPA, 1 tutelle santé	1998	8 700	852 M€
INCa (institut national du cancer)	Coordonner les actions de lutte contre le cancer	GIP	2004	160	91 M€
INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé)	Mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé	EPA, 1 tutelle santé	2002	140	113 M€
IRSN (institut de radioprotection et de sûreté nucléaire)	Exercer des missions d'expertise et de recherche dans les domaines de la radioprotection et de la sûreté nucléaire	EPIC, 5 tutelles environnement, industrie, recherche, défense, santé	2001	1 670	302 M€
InVS (institut national de veille sanitaire)	Recueillir et traiter des données épidémiologiques sur l'état de santé de la population, pratiquer des activités de veille, de vigilance et d'alerte, contribuer à la gestion des crises sanitaires	EPA, 1 tutelle santé	1998	427	63 M€
HAS (haute autorité de santé)	Evaluer les produits et services médicaux en vue de leur remboursement par	Autorité publique indépendante (statut proche AAI)	2004	410	62 M€

<sup>77</sup> Les données d'effectif ne comprennent pas les membres des instances, commissions et collaborateurs non permanents

	l'Assurance maladie, Améliorer la qualité et la sécurité des soins				
HCB (haut conseil des biotechnologies)	Donner des avis sur l'autorisation des OGM en milieu ouvert et sur des questions plus générales concernant les OGM	Organisme consultatif Secteur environnement, consommation, agriculture, santé et recherche	2008	3	1 M€
HCSP (haut conseil de la santé publique)	Contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs de santé publique, évaluer les politiques et éclairer les pouvoirs publics sur les questions de santé publique, fournir une expertise d'aide à la gestion des risques	Instance consultative	2004	15	Sur budget DGS
INSERM (institut national de la santé et de la recherche médicale)	Coordonner la recherche biomédicale, exercer des activités d'expertise et de veille scientifique	EPST, 2 tutelles, santé recherche	1964	8 400 dont 3 000 HU	835 M€
EHESP (école des hautes études en santé publique)	Mener des activités de formation et de recherche pluridisciplinaire dans le domaine de la santé publique, de l'action et de la protection sociale, et de la coopération internationale	EPCSCP, 4 tutelles santé, affaires sociales, enseignement supérieur, recherche	2004	360	55 M€

Les données sur les effectifs ne sont pas forcément homogènes, provenant de sources différentes. Pour les données financières, certaines données comprennent les budgets d'investissement (par exemple IRSN), d'autres, pour lesquelles l'investissement est très faible au regard des dépenses de fonctionnement.

Dans certaines structures, qui ont des laboratoires de recherche (évidemment INSERM, mais aussi AFSSA devenue ANSES, IRSN...), les effectifs de ces laboratoires ont été intégrés.

Le rapport entre effectifs et budget n'est pas nécessairement significatif et dépend du type d'activités. Ainsi, l'INCa et l'INPES ont un budget élevé au regard de leur effectif, du fait d'un budget d'intervention important (financement de recherches dans le cas de l'INCa, financement de campagnes de communication dans le cas de l'INPES).

## Annexe 1 : Les experts externes à l'ANSES, répartis par comités d'experts spécialisés

Thématique	nbre
Nutrition humaine	56
Microbiologie	54
Biotechnologie	22
Encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles	15
Résidus et contaminants chimiques et physiques	30
Alimentation animale	21
Matériaux au contact des denrées alimentaires	11
Additifs, arômes et auxiliaires technologiques	14
Santé animale	101
Eaux	80
Air	44
Agents physiques	40
Chimie	56
VLEP	42
Biocides	48
REACH	22
Phyto	36
Microorganismes	10
MFSC	20
<b>TOTAL</b>	<b>722</b>

Source : données transmises à la mission par l'ANSES





## Annexe 2 : les règles d'indemnisation des experts externes dans les différents organismes de sécurité sanitaire

*La mission n'a pris en compte que les indemnisations versées aux experts, groupes de travail d'experts ou commissions spécialisées d'experts et non les indemnisations dues aux membres des autres instances de l'organisme (conseil d'administration, conseil scientifique, collège...).*

Organisme	Indemnisation des experts	Commentaires
ABM	<p><b>Montant de la vacation : 67 €</b></p> <p><u>Indemnisation pour travaux rendus</u></p> <p><u>Indemnisation pour compensation de perte de revenu</u></p>	<p>Décret n° 2005-420 Indemnités (vacations) fixées par le Conseil d'administration</p>
ANSES	<p><b>Montant de la vacation : 75 € brut.</b> Nombre de vacations maximum par expert et par an : 140 (soit un plafond annuel de 10500 €).</p> <p><u>I- Indemnisation pour la présidence</u> - présidence de commissions d'experts spécialisée : 5 vacations par session présidée - président de groupes de travail : 2 vacations par session présidée.</p> <p><u>II- Indemnisation pour participation aux réunions</u> - 1vacation pour une demi-journée de présence et 2 vacations pour une réunion d'une journée.</p> <p><u>III- Indemnisation des rapports et études</u> - indemnisation par l'attribution d'1 à 5 vacations, à l'appui d'une lettre de nomination de rapporteur.</p>	<p>Art R. 1313-27 du code de la santé publique (indemnisation des experts pour leur participation aux réunions des instances de l'ANSES et pour leurs travaux, rapports et études)</p>
AFSSAPS	<p><b>Montant de la vacation 67 € brut</b></p> <p><u>I- Indemnisation pour la présidence</u> - présidence de comités et de groupes de travail : indemnisation forfaitaire mensuelle de 6 vacations ; - présidence de commissions : indemnisation forfaitaire mensuelle de 12 vacations. Plafond annuel de 144 vacations par président (soit 9 648 €).</p> <p><u>II- Indemnisation des experts rapporteurs pour rapports et études</u> - rédaction d'un rapport sur un dossier : 0,5 à 2 vacations ; - participation à une étude thématique avec bibliographie, coordination de réunions de travail et remise d'un rapport : 5 vacations. Plafond annuel de 70 vacations par expert (soit 4 690 €).</p>	<p>Décision DG n°2006-13 du 21 mars 2006 en application de l'art D5321-9 du CSP</p>

	<p><u>III- Indemnisation pour perte de revenu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indemnisation des présences aux réunions pour les experts exerçant une activité libérale à titre mixte ou exclusive ;</li> <li>- 1 vacation par ½ journée de présence ;</li> </ul> <p>- indemnisation des membres suppléants, en l'absence des membres titulaires.</p> <p><b>Montant de la vacation : 15 fois la valeur conventionnelle de la lettre-clé C.</b></p> <p>Plafond annuel de 22 vacations par expert (soit 1474 €)</p>	
INCa	<p><u>I- Indemnisation pour participation aux réunions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aucune indemnisation pour les membres des instances consultatives et groupes de travail. Il y a des exceptions :</li> <li>-membres étrangers : <b>300 €</b> par jour de présence à l'INCa ;</li> <li>-membres ayant une activité médicale libérale : <b>15 fois la valeur conventionnée du C</b> ;</li> <li>-membres ayant une activité paramédicale : <b>70 fois la valeur conventionnée des AMI</b> ;</li> </ul> <p>-A titre exceptionnel, le président peut décider d'indemniser à hauteur de <b>150 €</b> par jour de présence les membres des groupes de travail autres que libéraux et étrangers.</p> <p><u>II- Indemnisation pour travaux, études, rapports</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Forfait de <b>225 €</b> par travail d'expertise sur un document de 80 pages ou plus</li> <li>-Forfait de <b>75 €</b> par travail d'expertise sur un document de 10 à 80 pages</li> </ul>	<p>L'indemnisation concerne surtout les experts évaluateurs et rapporteurs dans le domaine de la recherche (915 experts mobilisés).</p> <p>Hors recherche, il n'y a que 58 experts externes en 2009.</p> <p>Délibération du conseil d'administration du 17 décembre 2008.</p>
INPES	<p>Montant : 160 € brut par journée de vacation</p> <p>Maximum de 20 vacations/an par expert externe soit un plafond de 3 200 €</p>	<p>En 2009, sur les 900 experts externes, 145 ont fait l'objet d'un contrat avec indemnisation pour travaux.</p>
HAS	<p>Montant de la vacation : <b>76 € bruts.</b></p> <p><u>I- Indemnisation pour participation aux réunions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le nombre de vacations par journée s'élève à 2.</li> </ul> <p><u>II- Indemnisation pour travaux effectués</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de vacations pour les experts (membres de groupes de travail, rapporteurs, évaluateurs) : 1 à 3</li> <li>- nombre moyen de vacations pour les experts chargés de projet : 80 (dans une limite de 100 vacations).</li> </ul> <p><u>III- Indemnisation pour perte de revenu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indemnité compensatoire versée aux collaborateurs non permanents de la HAS subissant une perte de revenu du fait de l'interruption de leur activité ;</li> <li>- nombre maximum de vacations par journée : 4 (nombre dépendant de la mission confiée au collaborateur non permanent) ;</li> <li>- pour les libéraux, le taux de la vacation est de 15 fois la valeur de C (soit 330 €).</li> </ul>	<p>Décisions N°2005.02.027/SG (montant de la vacation)</p> <p>N°2005.02.026/SG (présence)</p> <p>N°2005.02.028/SG (perte de revenu)</p> <p>N°2005.03.043/SG (membres de groupe de travail, rapporteurs, évaluateurs, collaborateurs occasionnels)</p>
HCB	<p><u>I- Indemnisation pour participation aux réunions</u></p> <p>Le montant de l'indemnité forfaitaire versée aux experts désignés par le HCB est de 70 € par demi-journée et à 105 € par journée complète.</p> <p><u>II- Indemnisation pour présidence</u></p> <p>L'indemnisation pour présidence et vice-présidence des comités est de 560 € par mois.</p>	<p>Arrêté du 9 juin 2010 relatif aux indemnités susceptibles d'être allouées aux membres du Haut Conseil des biotechnologies et aux experts désignés par le Haut Conseil des biotechnologies</p>

	<p><u>II- Indemnisation pour travaux effectués</u>  -Indemnisation pour rapport ou étude relative à l'utilisation confinée d'OGM, relative à la dissémination volontaire d'OGM ou pour tout autre rapport ou étude.  -Montant pour une demi-journée de travail : 35 €</p>	
HCSP	<p><u>I- Indemnisation pour participation aux réunions</u>  - Concerne tous les membres du HCSP, collège, commissions et comités techniques à l'exclusion des groupes de travail.  - Indemnité de présence de <b>60 €</b> par séance plénière.</p> <p><u>II- Indemnisation pour présidence</u>  <i>En théorie, 300 € pour les présidents de commissions et 200 € pour les présidents de comités techniques permanents par séance, s'ils n'ont pas par ailleurs de rémunération publique même partielle. Aussi, dans les faits, seul le président de la commission maladies chroniques est indemnisé pour le moment.</i></p> <p><u>II- Indemnisation pour travaux effectués</u>  - Des vacations forfaitaires peuvent être attribuées à des experts du HCSP (nombre de vacations fonction des travaux réalisés).  - Montant unitaire des vacations de <b>60 €</b></p> <p><u>III- Indemnisation pour perte de revenu</u>  - Membres salariés : <b>150 €</b> maximum par demi-journée ;  - Membres ayant la qualité de travailleurs indépendants : <b>180 €</b> maximum par demi-journée (ce qui à peu près équivalent à 15 fois la valeur de C par journée).</p>	<p>Décret du 22 décembre 2006  (art R. 1411-58 du CSP)</p> <p>Arrêté du 1<sup>er</sup> juin 2007</p>



## Annexe 3 : la diffusion des appels à candidatures à l'AFSSAPS, au HCSP et à l'ANSES

### 1/ Diffusion des appels à candidatures à l'AFSSAPS

Les appels à candidatures pour le renouvellement des instances sont diffusés sur le site internet de l'AFSSAPS. Sont également effectués, des publications dans la presse spécialisée et des transmissions à différents organismes (institutionnels, sociétés savantes, facultés de médecine et de pharmacie...)

- **Commission AMM - Dispositif de diffusion de l'appel à candidatures :**

#### Supports presse retenus :

=>Quotidien du Médecin et Quotidien du Pharmacien : parutions le 19 février et le 2 mars 2009 + 20 jours de présence sur les sites [www.quotimed.com](http://www.quotimed.com) et [www.quotipharm.com](http://www.quotipharm.com)

=> Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires : parutions les 21 et 28 février 2009 + 3 semaines sur le site [www.wk-pharma.fr](http://www.wk-pharma.fr) + bouton web 'recruteur du moment'

=>Parution d'une annonce dans le cahier spécial Emploi du MEDEC 2009 (annonce ci-joint pour info). L'annonce intègre également le renouvellement de la Commission de biovigilance et de la commission des stupéfiants et psychotropes. Ce numéro spécial sera distribué sur le Village Emploi du salon MEDEC 2009 du 11 au 13 mars et sera également routé avec Le Quotidien du Médecin, Décision Santé et Le Généraliste.

#### Envoi du courrier aux différents organismes convenus

Environ 280 courriers ont été adressés par courrier le 27 février 2009.

Site Internet de l'AFSSAPS : l'appel est en ligne sur le depuis le 13 février 2009.

- **Commission CNSSDM - Dispositif de diffusion de l'appel à candidatures :**

#### Insertion dans la presse professionnelle – supports retenus :

=>Quotidien du Médecin + Quotidien du Pharmacien : parutions les 17 et 21 juin prochain + 20 jours de présence sur les sites [www.quotimed.com](http://www.quotimed.com) et [www.quotipharm.com](http://www.quotipharm.com)

#### Envoi du courrier aux différents organismes convenus

Environ 80 courriers ont été adressés le 10 juin 2010

- **Comité RBP - Dispositif de diffusion de l'appel à candidatures :**

#### Insertion de l'annonce dans la presse professionnelle :

=> Quotidien du Médecin : parutions les 25 et 29 juin 2009 + 20 jours de présence sur le site [www.quotimed.com](http://www.quotimed.com)

=> Panorama du Médecin : édition du 29 juin 2009 + mise en ligne sur le site professionnel [www.egora.fr](http://www.egora.fr)

#### Envoi du courrier aux différents organismes convenus

Environ 270 courriers ont été adressés le 19 juin 2009

## 2/ Diffusion des appels à candidatures au HCSP

Diffusion de l'appel public à candidatures du HCSP sur des sites internet en vue du renouvellement du Haut conseil de 2011<sup>78</sup>

	<b>HCSP</b>
<b>Agences sanitaires</b>	ABM, AFSSA, AFSSAPS, AFSSET, INCa, INPES, InVS, IRSN
<b>Organismes consultatifs</b>	HCSP, Comité consultatif national d'éthique
<b>Institutions</b>	Centres hospitaliers universitaires (CHU), Conférence des Présidents de Commissions médicales d'établissement (CME) des CHU, Conférence des Présidents de CME des établissements privés, Caisse nationale d'assurance maladie, Institut français de l'environnement
<b>Conseil/recherche</b>	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie, Banque de données en santé publique, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Bureau de recherche géologique minière, Cemagref <sup>79</sup> , Centre national de la recherche scientifique, Institut national des études démographiques, Institut national de l'environnement industriel et des risques, Institut national de la recherche agronomique, Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité, Institut national de recherche et de sécurité, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut de recherche en santé publique, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Laboratoire central des Ponts et Chaussées,
<b>Autorité publique indépendante</b>	HAS
<b>Sociétés savantes et académies</b>	Association française de psychiatrie, Association française de sociologie, Conseil national des généralistes, Collège des économistes de la santé, Société française d'hygiène hospitalière, Société française de pédiatrie, Société française de pharmacologie et de thérapeutique, Société française de santé publique, Société française de rhumatologie, Société française de gestion des risques en établissement de santé, Société française de gériatrie et gérontologie, Société entomologique de France, Spécialiste sciences de l'éducation, Académie vétérinaire de France, Association Environnement France
<b>Enseignement</b>	Ecole de santé publique de Bordeaux, Ecole de santé publique de Nancy, Ecole des hautes études en santé publique, Ecole des hautes études en sciences sociales,

Source : *Rétroplanning du renouvellement des membres du HCSP et liste d'organismes et de contacts* fournie par le HCS

<sup>78</sup> Sites autres que ceux des ministères concernés (santé, travail, environnement...)

<sup>79</sup> Le Cemagref est un institut de recherche en sciences et technologies pour l'environnement.

### **3/ La diffusion ANSES de l'appel à candidatures « eaux » lancé en 2010**

#### Diffusion :

Par mail et voie postale : aux experts Anses, aux organismes du R31 (voir liste ci-dessous), aux présidents, directeurs généraux des organismes de recherche, agences de sécurité sanitaire, grandes écoles, universités, centres hospitaliers universitaires, académies, ... (cf. lettre de diffusion), communiqué au JO des ministères de tutelle.

Par voie de presse et sites Internet : site de l'INERIS, site de la BDSP (banque de données en santé publique), le magazine « Le concours médical », le site actuel-HSE (hygiène sécurité environnement), le site de l'INSERM, le bi-mensuel « ERS » (Environnement risques santé), le site de l'ARET (association pour la recherche en toxicologie).

La composition des organismes du réseau R 31 est fixée par l'article R 1331-3 du CSP

Art. R. 1313-3. - Le réseau mentionné à l'article R. 1313-1 comprend, notamment :

- « 1° L'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie ;
- « 2° L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ;
- « 3° L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail ;
- « 4° Le Bureau de recherches géologiques et minières ;
- « 5° La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;
- « 6° La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- « 7° Le Centre international de recherche agronomique pour le développement ;
- « 8° Le Centre national de la recherche scientifique ;
- « 9° Le Centre scientifique et technique du bâtiment ;
- « 10° Le Centre national du machinisme agricole, du génie rural, des eaux et des forêts ;
- « 11° Le Commissariat à l'énergie atomique ;
- « 12° L'Ecole des hautes études en santé publique ;
- « 13° L'Ecole nationale vétérinaire de Maisons-Alfort ;
- « 14° L'Ecole nationale vétérinaire de Toulouse ;
- « 15° L'Ecole nationale vétérinaire, agroalimentaire et de l'alimentation, Nantes-Atlantique ;
- « 16° L'Institut d'enseignement supérieur et de recherche en alimentation, santé animale, sciences agronomiques et de l'environnement ;
- « 17° L'Institut de recherche pour le développement ;
- « 18° L'Institut de veille sanitaire ;
- « 19° L'Institut des sciences et industries du vivant et de l'environnement ;
- « 20° L'Institut français de recherche pour l'exploitation de la mer ;
- « 21° L'Institut national du cancer ;
- « 22° L'Institut national de la recherche agronomique ;
- « 23° L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- « 24° L'Institut national de la santé et de la recherche médicale ;
- « 25° L'Institut national de l'environnement industriel et des risques ;
- « 26° L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire ;
- « 27° L'Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité ;
- « 28° L'Institut Pasteur ;
- « 29° Le laboratoire central des ponts et chaussées ;
- « 30° Le Laboratoire national de métrologie et d'essais ;
- « 31° L'Office national de l'eau et des milieux aquatiques.





## Annexe 4 : le calendrier d'un appel à candidatures, les exemples de l'AFSSAPS et du HCSP

La mission a demandé à deux organismes de lui fournir le calendrier détaillé d'un appel à candidatures.

### 1/ Sélection des experts des instances scientifiques consultatives<sup>80</sup> à l'AFSSAPS

Source : Documents transmis par l'AFSSAPS à la demande de la mission

#### Mise en œuvre et diffusion de l'appel public à candidatures en vue du renouvellement d'une instance scientifique consultative

*J-10 mois*<sup>81</sup> : élaboration du projet d'appel à candidatures, composition d'un jury de sélection (le jury étant composé au minimum du Directeur général de l'AFSSAPS ou de son représentant, d'un membre du conseil scientifique de l'AFSSAPS et d'une ou deux personnalités qualifiées) et recueil de l'accord des membres du jury.

*J-9 mois* : validation de l'appel à candidatures et de la composition du jury de sélection

*J-8 mois* : diffusion de l'appel à candidatures et de la composition du jury

#### 1) Procédure de sélection et nomination des membres de l'instance

*J-6 mois* : examen de la recevabilité des dossiers de candidatures et organisation du jury de sélection

*J-4 mois* : examen et choix définitif des candidatures, établissement du compte-rendu des débats

*J-3 mois* : projet de liste des membres (accompagné des déclarations d'intérêts des intéressés, des engagements d'indépendance des présidents et vice-présidents, du compte-rendu du jury de sélection motivant les choix pour chacun des candidats, des CV des candidats et du taux de renouvellement) et élaboration du projet d'arrêté de nomination ou du projet de décision de nomination. Validation et signature du projet d'arrêté de nomination et du projet de décision de nomination. Publication au Bulletin officiel du ministère de la santé de l'arrêté ou de la décision de nomination

*J+15 jours* : traitement des candidatures non retenues et envoi d'un courrier aux intéressés ; réunion d'installation de l'instance.

### 2/ Sélection des membres des commissions spécialisées (CS) et des comités techniques permanents (CTP) pour le mandat du HCSP

Source : Note sur l'appel à candidatures du ministère de la santé le 14 septembre 2010 et rétroplanning du renouvellement des membres du HCSP

---

<sup>80</sup> Les instances scientifiques consultatives comprennent d'une part les commissions, groupes d'experts et comités chargés d'émettre des avis auprès du Directeur général, voire du Ministre de la santé dans certains cas, et d'autre part les groupes de travail et comités techniques.

<sup>81</sup> Le jour J correspond à la date d'échéance du mandat des membres des précédentes instances, définie par l'arrêté ou la décision de nomination.

### Concertation et mise en œuvre de l'appel public à candidature

*Août-septembre 2010* : concertation, rédaction et retour du projet d'appel à candidatures validé par le cabinet du ministre de la santé.

*1<sup>er</sup> octobre 2010* : lancement de l'appel public à candidatures en ligne sur le site du HCSP et sur celui du HCSP.

*Octobre 2010* : diffusion plus large de l'appel public à candidatures. Mise en place du comité de sélection statuant sur les candidatures aux CS : envoi des courriers de sollicitation aux agences et institutions<sup>82</sup> et constitution du jury réuni et présidé par le DGS.

*15 novembre 2010* : date limite d'envoi des dossiers.

### **2) Procédure de sélection des candidats pour les commissions spécialisées, nomination et installation**

*Novembre 2010 (prévisionnel)* : traitement des dossiers (réception des dossiers, enregistrement des données des candidats et élaboration d'un tableau de synthèse des candidatures).

*Début décembre 2010 (prévisionnel)* : répartition des dossiers et envoi au jury.

*Décembre 2010 (prévisionnel)* : double examen de chaque candidature<sup>83</sup>.

*31 décembre 2010 (prévisionnel)* : échéance du premier mandat du HCSP.

*Janvier 2011 (prévisionnel)* : Sélection des membres des CS après retour des dossiers examinés par le jury : - classement des dossiers selon les appréciations des membres du jury (A, B, C) en fonction des critères définis dans le dossier d'appel à candidatures ; - adéquation entre candidats présélectionnés et besoins du HCSP dans chaque CS pour aboutir à une première liste de proposition<sup>84</sup>.

*Janvier 2011 (prévisionnel)* : transmission d'une proposition de personnalités qualifiées dans chaque CS au ministre de la santé sous forme d'un projet d'arrêté de nominations.

*Janvier 2011 (prévisionnel)* : signature de l'arrêté de nomination.

*Mi-février 2011 (prévisionnel)* : installation des CS

*Février 2011 (prévisionnel)* : élection par les membres des CS de leurs présidents et vice-présidents respectifs.

*Fin février 2011 (prévisionnel)* : élection du président du HCSP

---

<sup>82</sup> Appel aux directeurs des agences sanitaires, de la HAS et de l'ASN, pour désigner deux universitaires ou chercheurs intervenant dans leur établissement, et sollicitation également de l'INSERM, du CNRS, de l'EHESP de l'EHESS, du CCNE, de la SFSP, de la DGS et de la DREES pour proposer une ou deux personnalités qualifiées pour ce jury.

<sup>83</sup> Deux collèges de 12 rapporteurs seront constitués ; chaque rapporteur traitera une vingtaine de candidatures.

<sup>84</sup> A l'issue de ce processus, les carences éventuelles pourront être comblées par la sollicitation de personnalités ayant les compétences recherchées.

## Annexe 5 : les propositions AFSSAPS sur la valorisation de l'expertise

Source : Propositions AFSSAPS – novembre 2009 (résumé et extraits)

### A/ Revaloriser les indemnités des présidents et vice-présidents

« Une revalorisation des vacations a été proposée par l'Afssaps (note DG Afssaps du 10 oct. 2006) au Directeur de Cabinet du Ministre chargé de la santé :

- revalorisation du nombre de vacations annuelles attribuées au président de la commission d'autorisation de mise sur le marché (AMM)(...). Proposition : 220 vacations annuelles au lieu des 144 actuelles (soit 14 740 € au lieu de 9 648 €) ;
- revalorisation du nombre de vacations annuelles attribuées aux présidents du conseil scientifique, des commissions, comité et groupes d'experts listés dans l'article D. 5321-7 du code de la santé publique et application de ces modalités d'indemnisation aux vice-présidents de la commission d'AMM (...). Proposition : 180 vacations annuelles au lieu des 144 actuelles (soit 12 060 € au lieu de 9 648 €) ;
- extension du dispositif de rémunération aux vice-présidents des autres instances (...) et aux présidents des groupes de travail associés aux commissions (...). Proposition : 72 vacations annuelles (soit 4 824 €).

Le coût prévisionnel de ce projet avait été estimé en 2008 à 500 000 €.

### B/ Formaliser la contribution aux travaux de l'agence des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens hospitalo-universitaires

« En 2008, environ 53 % des experts externes, membres d'une instance de l'agence, sont des praticiens hospitaliers (PH) et praticiens hospitalo-universitaires (MCU-PH ou PU-PH) (approximativement 675, dont 315 exerçant à l'AP-HP, sur un effectif total de 1 278 membres nommés comme personnes qualifiées) (...).

Les travaux d'expertise pour l'Agence sont réputés effectués en dehors du temps de service et sont indemnisés sur la base des dispositions réglementaires<sup>85</sup> (...).

Lorsque la participation aux réunions des instances collégiales de l'Agence s'effectue sur le temps médical des PH, les deux cas de figure suivants peuvent être envisagés ».

### **L'expertise comme mission d'intérêt général**

« Les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé et dans le cadre d'une convention avec l'hôpital, consacrer une ou deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures présentant un caractère d'intérêt général<sup>86</sup>. Il en va de même pour les professeurs des universités-praticiens hospitaliers<sup>87</sup> (...).

<sup>85</sup> Article R.6152-24

<sup>86</sup> Article R.6152-24 du CSP et suivants

<sup>87</sup> Article 11 du décret n°82-1149 du 29 décembre 1982

Les activités d'intérêt général comprennent la recherche, l'enseignement, les actions de vigilance, la participation à un réseau et des missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques ou autres organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général. La fonction d'expertise auprès des autorités sanitaires entre très probablement dans la catégorie « des missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques », mais une mention plus spécifique, telle que l'expertise en sécurité sanitaire ou en santé publique, permettrait de mieux l'identifier ».

### **L'expertise formalisée par une convention**

« Cette activité d'intérêt général s'effectue dans le cadre d'une convention des organismes concernés avec l'hôpital qui en définit les conditions d'exercice et de rémunération et "prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé"<sup>88</sup> ».

L'AFSSAPS propose ainsi d'inscrire explicitement les missions d'expertise dans les activités d'intérêt général<sup>89</sup> et d'inscrire l'expertise sanitaire dans la liste des missions d'intérêt général (MIGAC)<sup>90</sup>.

#### C/ Valoriser l'expertise dans la carrière des experts

##### **Pour les praticiens hospitaliers**

L'AFSSAPS propose qu'au moment du concours, les activités d'expertise soient effectivement considérées comme faisant partie des critères de sélection par la Direction de l'hospitalisation et des soins (DHOS).

« Pour ce qui est de la promotion de la carrière, les fonctions d'expertise paraissent pour l'instant difficilement assimilables aux fonctions des praticiens hospitaliers<sup>91</sup> (PH) et semblent donc ne pas pouvoir être prises en compte dans leur reclassement. L'AFSSAPS propose de rechercher des critères qui permettraient cette prise en compte. »

##### **Pour les enseignants chercheurs**

Afin de valoriser dans la carrière les activités d'expertise, l'AFSSAPS propose des mesures concrètes d'intégration de l'expertise dans la carrière, notamment pour les maître de conférence des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) : « inscrire l'AFSSAPS, sous certaines conditions (...) comme lieu de mobilité pour les praticiens au titre de la mobilité d'au moins un an qu'ils doivent effectuer pour devenir PU-PH ».

Par ailleurs, « la loi n° 2008-595 du 25 juin 2008 sur les OGM a introduit les "activités d'expertise dans les commissions consultatives placées auprès des autorités de l'Etat" comme élément à prendre en compte dans la carrière des chercheurs, sans distinction de champ disciplinaire (4° de l'article L. 114-3-1 du code de la recherche) ». L'AFSSAPS considère ainsi que l'agence d'évaluation de la recherche scientifique (AERES) pour la partie « évaluation » et le Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques - CNU devraient pouvoir introduire explicitement l'expertise en sécurité sanitaire/santé publique dans les critères d'évaluation des enseignants-chercheurs et définir les modalités d'évaluation.

---

<sup>88</sup> V. Circ. DH/PM n°99-609 du 29 oct. 1999 relative aux activités d'intérêt général contractualisées ou aux valences exercées par les praticiens hospitaliers des établissements publics de santé (BOMES n°99/47).

<sup>89</sup> Modification de l'article R.6152-30 (PH) du CSP et de l'article 11 du décret n°82-1149 du 29 décembre 1982 (hospitalo-universitaires).

<sup>90</sup> Modification du 2° de l'article D.162-6 du code de la sécurité sociale

<sup>91</sup> Article R.6152-2 du CSP

L'AFSSAPS propose également d'élargir les possibilités de décharges de service, en permettant aux enseignants-chercheurs qui exercent des activités d'expertise dans le cadre de commissions à caractère consultatif placées auprès d'une autorité de l'Etat, quelles que soient leurs dénominations, ou dans le cadre des activités d'une autorité administrative indépendante de bénéficier d'une décharge d'enseignement.

« D'autres pistes sont également évoquées notamment :

- la possibilité de créer des postes à temps partiel offerts à des universitaires ou à des praticiens confirmés du domaine pharmacologique et clinique qui pourraient consacrer une partie de leur temps à l'expertise publique ;
- le développement, selon des modalités financièrement viables pour les agences sanitaires, de formules de mises à disposition de chercheurs inspirées des contrats d'interface mis en place à l'Inserm ».

L'AFSSAPS reprend ainsi les propositions du rapport de la DGS sur l'indépendance de l'expertise<sup>92</sup> en proposant « d'encourager la pratique de contrats d'interface en les adaptant s'il ne peut être admis que les agences sanitaires ou d'autres établissements publics soient des structures d'accueil des chercheurs en mobilité ».

L'AFSSAPS propose également en partenariat avec les organismes de recherche, des critères permettant de prendre en compte l'expertise dans les carrières des chercheurs, et d'avoir une démarche identique après des représentants des universitaires et des hôpitaux.

#### **Propositions de l'AFSSAPS sur l'intégration de l'expertise dans la carrière principale des experts - Critères d'évaluation des activités d'expertise**

« La loi relative aux universités a vocation à donner une plus grande souplesse aux universités dans leurs modes de recrutement. Aussi, compte tenu de l'évolution amorcée par la loi de programme sur la valorisation de la recherche, il est possible d'envisager, par un travail de concertation avec les représentants des enseignants-chercheurs, de mieux prendre en compte l'expertise dans les carrières :

- en élaborant une grille de référence de critères de qualité de l'expertise permettant de prendre en compte l'expertise par les chercheurs qui n'aurait aucun caractère opposable et resterait indicative (Il existe déjà un référentiel propre à certaines sections des CNU mais qui n'est pas « systématisée » ou partagée entre les sections) ;

- en informant les responsables des sections et sous-sections du CNU des missions confiées aux experts.

L'INSERM a créé le département recherche en santé publique (DRSP). Un groupe de travail pourrait établir des critères permettant de prendre en compte les travaux d'expertise dans l'évaluation des carrières des chercheurs. Ces travaux pourraient constituer un premier socle utile à la poursuite de la démarche.

Pour l'AFSSAPS, la mise en place de quotas de promotions dédiés est une piste qui mériterait d'être creusée. La démarche positive d'affinement des critères de prise en compte de l'expertise dans les carrières peut en effet ne pas suffire faute d'impulsion plus volontariste.

Les représentants de la Conférence permanente du Conseil national des Universités (CP-CNU) et de la Conférence des présidents d'Université (CPU) pourraient être associés à la réflexion, voire la piloter.

Des représentants de l'INRA, du Centre national de recherche scientifique (CNRS), ainsi que des représentants de la CNAM et de la HAS devraient être associés à ces travaux.

En outre, pourraient participer à ce groupe de travail :

- des représentants de la Conférence des Présidents des commissions médicales d'établissements des CHU (CP-CME),

- des représentants du ministère de l'agriculture,

- des représentants du ministère de l'écologie,

- des représentants du ministère du travail.

L'association de la CP-CME à cette réflexion paraît indispensable afin de valoriser l'expertise dans les carrières des praticiens hospitaliers.

<sup>92</sup> M.D. Furet, Rapport sur l'indépendance et la valorisation de l'expertise venant en appui des décisions publiques - juin 2008 (MD Furet), page 54, DGS