

Rapport d'étape sur la
Mission d'évaluation et d'expertise
de la veille sanitaire en France

Jean-François GIRARD

Rachid SALMI

Françoise LALANDE

Stéphane LE BOULER

Laetitia DELANNOY

14 mai 2006

INTRODUCTION	3
CHAPITRE 1	5
<i>L'absence d'analyse stratégique se traduit par un défaut d'anticipation des crises</i>	5
1.1 La diversité des menaces et des crises sanitaires : essai de typologie	5
<i>1.1.1 A tout moment peuvent survenir des crises de nature variée</i>	5
<i>1.1.2 Peut-on élaborer une typologie des menaces ?</i>	6
<i>1.1.3 Les crises sanitaires n'adoptent pas toujours un schéma conventionnel</i>	8
1.2 Le défaut de stratégie se paie cher	10
<i>1.2.1 Le déni et l'excès de confiance constituent le premier écueil</i>	10
<i>1.2.2 La surenchère représente l'autre écueil</i>	11
<i>1.2.3 Ces attitudes ont des conséquences fâcheuses</i>	11
1.3 La réponse aux menaces ne s'inspire pas suffisamment des expériences d'autres pays ou d'autres secteurs	11
<i>1.3.1 L'anticipation des crises a besoin de recherches diversifiées</i>	12
<i>1.3.2 D'autres secteurs ont développé des capacités d'analyse stratégique</i>	12
<i>1.3.3 Les expériences étrangères sont également à prendre en compte</i>	14
CHAPITRE 2	15
<i>La réponse aux crises sanitaires nécessite la maîtrise de fonctions complexes, la coordination d'opérateurs dispersés et l'adaptation aux données locales</i>	15
2.1 La maîtrise de fonctions complexes	15
<i>2.1.1 Face aux menaces nouvelles, des fonctions diversifiées : veille, surveillance, évaluation</i>	15
<i>2.1.2 Emission et réception de l'alerte</i>	17
<i>2.1.3 Planifier utile</i>	18
<i>2.1.4 Investir dans la gestion de l'information</i>	18
2.2 La coordination d'opérateurs dispersés	18
<i>2.2.1 Les opérateurs susceptibles d'intervenir sont nombreux</i>	18
<i>2.2.2 La couverture complète des missions et la coordination ne sont pas acquises</i>	20
2.3 L'adaptation au terrain	20
<i>2.3.1 L'organisation en métropole et dans les DOM</i>	20

2.3.2 *Le cas particulier du centre de recherche et de veille de l’océan indien..* 21

2.3.3 *L'inscription dans les réseaux internationaux : européens et mondiaux...*23

CHAPITRE 3..... 24

L’amélioration des capacités de réponse suppose la correction de ces lacunes 24

3.1 Le renforcement de l’analyse stratégique 24

3.2 L’amélioration de la gestion opérationnelle..... 24

3.3 La réponse aux spécificités locales 25

INTRODUCTION

A la suite des crises sanitaires qui ont frappé notre pays ces dernières années et, notamment, les récentes épidémies de chikungunya et de dengue, le ministre de la Santé et des Solidarités a confié le 23 mars 2006 (voir lettre de mission en annexe 1) à M. Jean François GIRARD, conseiller d'Etat et président de l'Institut de recherche pour le développement, le pilotage d'une mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France, à laquelle participent M. le Professeur Rachid SALMI, professeur à l'université Victor Segalen Bordeaux 2, et Mme Françoise LALANDE, inspectrice générale des affaires sociales. La mission bénéficie également du concours de M. Stéphane LE BOULER, ainsi que de celui de Mme Laetitia DELANNOY, tous deux du Centre d'analyse stratégique.

L'objet de la mission est pluriel. Il s'agit d'évaluer le système de veille et de sécurité sanitaire existant, dans le but de proposer des moyens permettant notamment de :

- renforcer la réactivité du dispositif et l'anticipation des situations d'urgence ou de crise sanitaire, en développant la prévision ;
- améliorer la surveillance des maladies infectieuses émergentes ;
- développer l'interface entre la surveillance et la recherche, notamment pour susciter les recherches adéquates et contribuer à évaluer les risques et les actions menées ;
- intégrer la dimension internationale, d'une part, en développant les liens avec les systèmes de veille sanitaire des pays étrangers et, d'autre part, en s'appuyant sur l'outre-mer français. A ce titre, la mission est invitée à faire des propositions relatives au centre de recherche et de veille sanitaire dédié aux maladies émergentes que les pouvoirs publics se proposent de créer à la Réunion, en lien avec Mayotte, afin de devenir un pôle de référence pour l'océan indien.

Le ministre demandait qu'une première note d'étape lui soit remise à la mi-mai 2006, le rapport final étant prévu pour la deuxième partie du mois de juillet. La présente note constitue la note d'étape demandée.

* * *

Pour répondre aux objectifs qui lui ont été fixés, la mission a retenu la méthodologie suivante :

- recueillir et analyser les publications scientifiques, les ouvrages et les rapports disponibles sur le sujet ;
- interroger les chercheurs, les personnalités qualifiées, les autorités responsables et responsables d'agences, ainsi que les opérateurs concernés. On trouvera en annexe 2 la liste des premières personnes consultées par la mission ;
- disposer d'informations internationales pertinentes. La mission envisage de se rendre à cet effet à l'OMS (échelon européen à Copenhague et mondial à Genève et Lyon) ainsi

qu'au CDC européen de Stockholm et de s'entretenir avec des correspondants à Madagascar et au Vietnam ;

- réunir des informations spécifiques aux DOM (Réunion, Mayotte, Antilles, Guyane) en se rendant sur place pour mieux connaître l'organisation loco-régionale de la veille et de l'alerte sanitaire, mesurer les difficultés rencontrées et appréhender les moyens d'y faire face.

La mission ne traite pas en détail des questions relatives au fonctionnement interne du ministère, confié à une autre mission. Elle ne traite pas non plus spécifiquement des nécessités de la lutte antivectorielle, confiée à une autre mission IGAS.

Elle s'est concentrée sur les aspects stratégiques et organisationnels.

* * *

La note d'étape, qui décrit dans quelle problématique se situe la mission, est conçue en trois parties :

- dans la première, elle décrit la diversité des crises, qui ne permet pas d'avoir un modèle unique de réponse ;
- dans la deuxième, elle énonce la complexité et l'imbrication des fonctions nécessaires et la diversité des acteurs ;
- dans la troisième, elle présente un certain nombre d'options à creuser, afin que le système puisse s'améliorer.

CHAPITRE 1

L'ABSENCE D'ANALYSE STRATEGIQUE SE TRADUIT PAR UN DEFAUT D'ANTICIPATION DES CRISES

Les crises sanitaires ne suivent pas un modèle homogène. Il n'existe donc pas de façon unique de s'y préparer. En ne voulant retenir jusqu'ici qu'un modèle conventionnel de survenue, le système de santé a payé fort cher son absence de stratégie. En outre en n'envisageant les solutions qu'avec ses propres moyens et ses propres méthodes, il s'est privé de modèles d'organisation porteurs de progrès.

1.1 La diversité des menaces et des crises sanitaires : essai de typologie

1.1.1 A tout moment peuvent survenir des crises de nature variée

Parmi les menaces possibles, de nombreuses situations, y compris celles ayant pour origine le système de santé, peuvent avoir des conséquences graves sur la vie et la santé de nos concitoyens. Ces conséquences sanitaires font d'ailleurs partie des critères de gravité.

L'encadré suivant illustre cette variété :

Les différents types de situation

- *les épidémies et maladies « émergentes »*¹ :
 - maladies transmissibles humaines, avec ou sans réservoir animal, que l'animal soit porteur sain ou malade ;
 - avec ou sans hôte vecteur ;
 - origine virale, bactérienne, parasitaire, prion ;
- *les catastrophes naturelles ou/et climatiques* :
 - tremblements de terre, éruption volcanique, tsunami, météorite ;
 - inondations, cyclones, tempêtes ;
 - pluies verglaçantes, grands froids ;
 - incendies étendus, sécheresse, canicule, réchauffement très rapide ;
 - glissements de terrain, avalanches ;
- *les catastrophes technologiques* :
 - pollution chimique majeure ;
 - pollutions brutales des milieux hydrique, atmosphérique, marin, contamination massive des sols ;
 - explosions, accidents nucléaires, accidents miniers ;

¹ Les maladies émergentes se définissent non seulement comme des maladies non ou peu connues, mais aussi comme des maladies connues dont les caractéristiques changent (vitesse de croissance accrue, implantation géographique élargie, résistance au traitement).

- pannes générales de toute nature ou/et déficits en source d'énergie ;
- dysfonctionnement généralisé des systèmes de communication et/ou des systèmes informatiques ;
- mise sur le marché de biens manufacturés, industriels, agricoles, agroalimentaires, ou de produits de santé susceptibles de mettre en danger la santé humaine (et/ou animale) ;
- accidents majeurs de transport (avion, train, bateau, véhicules terrestres, téléphériques, métro, funiculaires, etc) ;
- ruptures de digues et de barrages ;
- *les activités générées directement par l'homme :*
 - émeutes ;
 - grèves générales retentissant *in fine* sur le système de santé ou d'approvisionnement ;
 - rassemblements en grand nombre et mouvements de foule générateurs de traumatismes ;
 - afflux massif de populations ;
- *le terrorisme et les malveillances concertées de toute sorte,*

peuvent soit provoquer les catastrophes d'origine humaine ci-dessus, soit utiliser des catastrophes naturelles, soit agir directement (empoisonnement des eaux, produits alimentaires, biens de consommation, actions de guérilla), etc.

La liste n'est pas exhaustive.

Certaines de ces crises sont exclusives les unes des autres², d'autres sont liées³, mais la plupart des situations potentiellement critiques interviennent de façon indépendante, parfois concomitante à un moment où les autorités se préoccupent d'une autre crise.

Il est donc essentiel de ne pas focaliser l'ensemble des moyens disponibles sur un seul type de crise. A cet égard, la mobilisation séquentielle de notre système de santé vis-à-vis de certains risques pose problème. Divers exemples attestent que la survenue d'une catastrophe au moment où on en attend une autre n'est pas une vue de l'esprit : on pourrait citer la tempête de décembre 1999 survenant au moment où l'on redoute le bug de l'an 2000, la canicule de l'été 2003 lorsque l'administration vient d'en finir avec le SRAS, l'explosion d'AZF moins de 15 jours après le 11 septembre 2001, ou enfin le chikungunya en pleine attente de la grippe aviaire, etc.

1.1.2 Peut-on élaborer une typologie des menaces ?

L'énumération ci-dessus a le mérite d'insérer les préoccupations quant à la santé des populations au sein d'un ensemble qui déborde de beaucoup le périmètre institutionnel des gestionnaires du système de soins. La diversification, la globalisation et la diffusion des menaces renforcent sans doute la reconnaissance de la santé comme bien public. C'est là une

² Exemple : situations climatiques contraires

³ Exemple : grand froid et panne électrique ; naufrage et pollution maritime, etc.

dimension essentielle de l'émergence de la santé publique, particulièrement en France. A l'instar de ce que les sciences sociales ont apporté en matière d'analyse des comportements de prévention ou d'approche populationnelle, elles ont beaucoup à nous apprendre en termes d'identification des menaces, d'organisation et de division du travail entre les opérateurs publics et de gestion de crises.

Il est souvent question aujourd'hui de "nouveaux risques", de "risques extrêmes", de "menaces globales". La marque de ces phénomènes, recouvrant des réalités disparates, est l'incertitude, l'interdépendance, la réduction des distances, la soudaineté. Les risques ou menaces proprement sanitaires sont convoqués à des titres divers : l'incertitude des impacts (de tel ou tel produit ou procédé) sur la santé humaine, l'utilisation de la menace sur la santé des populations à des fins mal intentionnées (bioterrorisme), les conséquences potentielles d'un événement sanitaire sur le système de production et d'échanges (SRAS, pandémie grippale).

Les événements sanitaires mettent en permanence la santé à l'agenda des décideurs publics, sous des figures nouvelles : gestion de crise, (im)prévisibilité de la menace, qualité de l'alerte, flexibilité de la réponse.

Du point de vue de l'interprétation des phénomènes propres au domaine sanitaire et au périmètre de gestion des décideurs concernés, il est stimulant de rappeler la façon dont les "crises" sont aujourd'hui analysées par les chercheurs.

Selon l'analyse de Patrick Lagadec (directeur de recherche à l'Ecole polytechnique), les crises ont muté ; il nous faut aujourd'hui faire face aux effets de surprise, à l'impensable, à la complexité extrême, à l'accélération et à la globalisation, toutes choses auxquelles notre culture, notre mode de penser et d'agir ne nous préparent pas forcément.

Le chercheur dresse une typologie des crises :

- la montée en puissance d'un phénomène (événement météorologique "classique", épidémie récurrente), sur lequel l'essentiel de l'information est connu, auquel on a le temps de se préparer et auquel il est possible de faire face, grâce à de bons techniciens capables de trier l'information et d'utiliser les ressources de la modélisation pour combler les lacunes de l'information ; l'administration, pour autant qu'elle soit correctement armée, fonctionne bien face à ce type de crise ;
- le dérapage (*Katrina* à la Nouvelle-Orléans) : seul un quart de l'information utile est connu ; le reste doit être anticipé mais une réduction des incertitudes est possible, notamment par la mobilisation de personnes intuitives, capables d'élaborer les scénarios possibles ;
- les mutations (type 11 septembre ou tsunami 2004 par son ampleur) : phénomènes quasi invisibles, imprévisibles voire impensables. Il faut des personnes créatives, susceptibles d'anticiper sur des lois inconnues, des éléments improbables, de déceler les quelques points d'appui pour une gestion en situation. Les plans, en pareille circonstance, ne suffisent plus. Il faut au contraire s'en affranchir pour développer une capacité rapide de réflexion stratégique et de pilotage en temps réel sur de l'inconnu. Cela suppose une acculturation nouvelle, un entraînement, notamment pour percevoir en situation les phénomènes de décrochage, de cristallisation, de globalisation accélérée.

Bien des événements ne représentent pas des formes pures de ces différents types de crises. L'essentiel n'est de toute façon pas dans la typologie mais dans les questions auxquelles un tel exercice prépare. Quels sont les bonnes questions, les bons réflexes face à l'événement ou en préparation de celui-ci ? Patrick Lagadec en indique quatre :

- "de quoi s'agit-il ?" Il faut repérer l'événement, le qualifier, l'insérer dans des catégories de gestion définies à l'avance mais non pas figées ;
- "quelles sont les erreurs majeures à éviter ?" Il faut stimuler la capacité à repérer les maillons faibles d'un dispositif, la flexibilité de la réponse, la méfiance vis-à-vis des garanties lénifiantes (" Ce n'est pas grave ", " C'est bénin. ", " On maîtrise la situation. ", " On fait face. ") ;
- "avec quels réseaux d'acteurs faut-il travailler ?" Cela concerne tout à la fois la sensibilité des réseaux de surveillance et de veille, la réceptivité vis-à-vis des porteurs d'alertes et la capacité de gestion en situation de crise ;
- "quelles sont les initiatives à mettre en œuvre pour mobiliser les énergies ?" La désorganisation des appareils ordinaires de gestion (saturation ou déréliction pure et simple), ou de communications sont des marques de la crise. Il faut s'y préparer en diversifiant les ressources.

Surveillance, identification des événements, alerte, gestion de crise : la typologie élaborée pour décrire les " risques extrêmes " (catastrophes naturelles, actes terroristes majeurs, catastrophes technologiques) est utile à notre propos. La définition du système d'alerte et de veille sanitaire doit s'appuyer sur des référents connus, élaborés, conceptualisés en matière d'analyse stratégique (cf. aussi 1.3).

En même temps, en valorisant le paradigme de l'urgence (et la figure de l'alerte face à des phénomènes nouveaux et impensables), le risque est grand de dédouaner les parties prenantes du domaine sanitaire de leurs responsabilités en termes d'anticipation, de consolidation des connaissances, de gestion opérationnelle, de communication.

Le détour par l'analyse de la gestion de crises a de fait le mérite de valoriser des attitudes, des dispositifs d'anticipation. Les gestionnaires du système de santé auraient tout intérêt à s'en inspirer et à s'en emparer face à un certain nombre de menaces nouvelles, de maladies émergentes ou face à des événements dont la seule " nouveauté " est d'échapper à la vigilance des dispositifs existants ou à la maîtrise des appareils de gestion sanitaire ordinaires.

1.1.3 Les crises sanitaires n'adoptent pas toujours un schéma conventionnel

- Le schéma conventionnel constituant le modèle de référence, on a tendance à ne vouloir envisager que lui. La chronologie en est la suivante :
- le problème est découvert à un moment où il est encore limité ;
- des connaissances sur le sujet sont disponibles et suffisamment établies ; des experts sont facilement identifiables ;
- des enquêtes épidémiologiques sont envisageables et une modélisation de la croissance paraît possible ;

- des critères permettent de déclencher l'alerte sanitaire selon des modalités prévues à l'avance ;
- une action opérationnelle adaptée peut être programmée, incluant la communication et l'information nécessaires sur le sujet.

Ce modèle correspond, par exemple, au schéma de planification déployé face à la pandémie grippale, aux rassemblements dûment prévus (concert géant, JO), au plan grand froid... Bien traitées, ces situations n'apparaissent plus comme des crises et permettent au contraire au système de santé de faire la démonstration de son savoir faire dans la gestion des risques. Un nombre croissant d'événements entrent dans ce schéma (exemple : épidémie de listériose, gestion française du SRAS etc.). Il est donc tentant de croire que toute crise doit à terme adopter ce processus, même si les possibilités de dérapages restent encore nombreuses.

- En fait un certain nombre d'événements échappent à la prévision, à la détection, à l'identification ou à la gestion totalement maîtrisée. Les raisons en sont diverses :
 - dans quelques rares cas, il peut s'agir d'une incertitude radicale (exemple : le SIDA à son début). Pour les maladies transmissibles, la globalisation des échanges, la multiplication des virus, franchissement des barrières d'espèce, l'importance quantitative et la rapidité des transports peuvent donner l'illusion que cette irruption brutale est le seul mode d'apparition ;
 - mais le plus souvent le phénomène n'a pas été suffisamment prévu ou perçu, malgré quelques signaux préalables, ou bien, si le phénomène est globalement prévisible à l'échelle d'une génération, il n'est pas possible de préciser sa date d'apparition ou son ampleur.
- L'analyse des dérapages possibles montre que leur origine se situe dans des difficultés de perception, de planification ou d'utilisation des connaissances disponibles, tous problèmes ressortissant d'un déficit plus général de stratégie :
 - défaut de perception d'une réalité déjà présente. Sont en cause les outils de détection des problèmes :
 - découverte d'une catastrophe sanitaire par ses effets (ex : canicule 2003) ;
 - arrivée par l'étranger de décisions qui auraient pu être prises chez nous, car on avait la connaissance d'accidents, mais qui n'avaient pas fait l'objet d'un traitement particulier (retrait du Vioxx par l'industriel à la suite de décès) ;
 - non prise en compte d'effets inattendus (exemple : gravité plus grande des effets de la canicule chez les personnes âgées sous neuroleptiques, ou les sujets habitant au dernier étage) ;
 - défaut d'utilisation de connaissances disponibles ou insuffisance de veille scientifique :
 - on continue à appliquer un modèle à un moment où on devrait savoir qu'il est inadéquat : ainsi a-t-on longtemps affirmé que la transmission orale du Creutzfeldt - Jacob n'était pas possible (« barrière digestive ») alors même qu'une maladie proche (le kuru) était connue depuis 1956 comme la maladie des cannibales. Dans

un second temps au contraire, on réfute totalement ce modèle initial et on surestime alors le nombre de vMCJ envisageables ;

- refus de transparence : gestion du nuage de Tchernobyl passant nos frontières ;
- mauvaise appréciation des risques (les pédiatres ont ainsi surévalué les risques du nanisme hypophysaire, qui se situaient dans leur discipline et sous évalué les risques de Creutzfeldt-Jacob liée à une hormone de croissance contaminée, qui relevaient d'une autre discipline, comme les spécialistes d'hémostase ont surévalué les risques d'hémarthroses chez les hémophiles et sous estimé les risques de SIDA par produits sanguins contaminés) ;
- défaut de décisions ou manque d'application des décisions envisagées : il y a un (ou plusieurs) maillon(s) faible(s) que l'on ne s'est pas donné les moyens de consolider ou que l'on n'a pas jugé(s) essentiel(s) ;
 - décisions inadéquates : non chauffage des produits sanguins, indemnisation insuffisante des éleveurs au début aboutissant à une sous-déclaration des cas d'ESB ;
 - mauvaise application des décisions : contrôle insuffisant de l'utilisation des farines animales pour d'autres espèces, contrôle des abattoirs pour l'ESB.

La vigilance n'est donc pas seulement épidémiologique. Tous ces dérapages possibles, toutes ces façons qu'ont les événements de dégénérer en crises doivent dans l'idéal être anticipés et faire l'objet d'un signalement en cas de survenue effective.

1.2 Le défaut de stratégie se paie cher

L'absence d'anticipation et d'analyse stratégique des menaces possibles se traduit par un ensemble de réactions inadéquates, tant des pouvoirs publics que des différents opérateurs, dont on peut tenter de dresser ici une typologie simplifiée.

1.2.1 *Le déni et l'excès de confiance constituent le premier écueil*

Face à des menaces obscures et incertaines, mal interprétables, une administration et des pouvoirs publics par ailleurs fort occupés ont tendance à négliger les signaux faibles, pour se concentrer sur ce qui constitue selon eux « les vrais problèmes ». Le début de l'épidémie de SIDA est démonstratif de ce travers.

Le déni peut aussi passer par une confiance démesurée dans des lignes de défense fragiles. C'est ainsi que la « barrière d'espèce » a tenu lieu de ligne Maginot, pour refuser longtemps d'envisager la transmission du prion de l'ESB à l'homme, alors même que de nombreux exemples de transmission expérimentale ou accidentelle⁴ inter espèces avaient déjà été publiés.

La routinisation des réactions opérationnelles peut aussi tenir lieu de réponse. Ce risque est particulièrement aigu dans les maladies ré émergentes, que l'on croit connaître et maîtriser par

⁴ Dès 1961, des transmissions expérimentales à la chèvre (Pattison), à la souris (Chandler) et à partir de 1963 aux primates (NIH) étaient documentées. Des transmissions accidentelles aux visons nourris de carcasses de moutons atteints de tremblante étaient connues depuis 1947

des méthodes traditionnelles, mais qui changent insidieusement de dynamique, si l'on n'y prend garde.

1.2.2 La surenchère représente l'autre écueil

- La surenchère en guise de compensation

Le scandale du sang contaminé a entraîné une telle perte de confiance que désormais, le moindre soupçon conduit à des processus de détection et d'interdiction extrêmement lourds (éviction de tout donneur de sang s'étant rendu en Angleterre, dépistage maximum du HTLV1 et 2, etc).

On multiplie les gages, les processus de réassurance, d'ordre sanitaire ou non (exemple : la protection des filières agricoles, l'exclusion longtemps retardée du boeuf anglais, alors que rien ne permet d'assurer que la protection est meilleure chez nous, etc.).

- La surenchère en première intention

Faute d'avoir reconnu à temps un phénomène, ou parce que dans le passé d'autres ne l'ont pas reconnu, l'attitude inverse est souvent devenue la règle, du fait de l'interprétation extrémiste d'un principe de précaution mal compris.

1.2.3 Ces attitudes ont des conséquences fâcheuses

- Elles peuvent conduire à des choix ruineux ou inutiles (comme les évictions de donneurs de sang, les commandes concomitantes pour toute la population de produits de traitement et de vaccins pour des hypothèses non compatibles), voire néfastes à la santé publique (telle la gestion de la vaccination contre l'hépatite B qui conduit à prendre en compte un risque non avéré au détriment d'une maladie bien connue).
- Elles focalisent sur un seul type de risque, à un moment donné, l'attention des administrations et des opérateurs (exemples : bioterrorisme, grippe aviaire, SRAS, plan pour l'inondation séculaire). Or, si ces événements se produiront sans doute dans les 20 ou 50 ans qui viennent, leur survenue ne se fera pas forcément au moment où l'encre du programme d'action vient de sécher, et sous le mode du pire scénario. Des personnels et des ressources sont ainsi accaparés à un moment où ils sont utiles ailleurs.
- Elles peuvent provoquer la démobilisation de la population ou des personnels concernés après une vaine attente.

Pendant ce temps, d'autres types de catastrophes peuvent, en se produisant, prendre de court les responsables et amener l'opinion à s'interroger sur le déséquilibre entre les moyens affectés à des risques encore virtuels, comparés à ceux accordés à des désastres réels (exemple SRAS/canicule).

1.3 La réponse aux menaces ne s'inspire pas suffisamment des expériences d'autres pays ou d'autres secteurs

Causes, composantes ou conséquences d'autres menaces, nous avons indiqué d'emblée que les risques sanitaires pouvaient de plus en plus difficilement s'envisager dans le périmètre des seuls gestionnaires de santé. Or le secteur sanitaire, face aux menaces, apparaît encore

largement démunie à la fois en dispositifs d'interface avec les autres secteurs et en capacités propres d'analyse stratégique.

1.3.1 L'anticipation des crises a besoin de recherches diversifiées

Le système de santé entend souvent répondre aux menaces exogènes, aux défaillances endogènes, aux dysfonctionnements opérationnels à partir de schémas dont il a la maîtrise et l'expérience (prophylaxie de masse, planification figée, etc), se refusant ou négligeant bien souvent d'accueillir l'apport des sciences autres que biomédicales (les sciences sociales dans toute leur étendue⁵, mais aussi les sciences de l'ingénieur), ou celui d'autres opérateurs ayant eux aussi à faire face à des menaces multiples, non conventionnelles changeantes, ayant à anticiper des dysfonctionnements bureaucratiques ou opérationnels, rompus à la planification, etc.

1.3.2 D'autres secteurs ont développé des capacités d'analyse stratégique

Il serait illusoire de croire que le système sanitaire puisse se gérer en interne et s'organiser seul pour répondre à toutes les menaces, non seulement parce que beaucoup d'entre elles sont "partagées" mais parce que de nombreux secteurs ont développé pour leur propre compte des modèles élaborés de veille, de recherche, d'alerte, d'anticipation, de préparation de crises, avec en surplomb, pour donner sens à l'ensemble, des dispositifs et des capacités d'analyse stratégique.

Le secteur sanitaire aurait tout intérêt à s'en inspirer en termes de fonctions ou d'organisation.

□ La sécurité extérieure

Par construction, la défense du territoire et des intérêts vitaux du pays se doit d'être à l'affût des menaces, conventionnelles ou non, et en capacité d'y faire face, en stimulant en permanence les capacités d'analyse, de veille, d'alerte mais aussi en adaptant dans la durée les dispositifs de réponse (en première ligne et à l'arrière), les capacités de projection. Le hiatus est permanent entre l'évolution des menaces et des stratégies des adversaires, d'une part, la lourdeur des organisations et des investissements à considérer, d'autre part.

Pour faire face et traiter ces contradictions, le secteur de la défense a développé des appareils sophistiqués :

- des services de renseignements, si possible interconnectés entre alliés ;
- des services dédiés à l'analyse des menaces : administrations ou *think tanks* ;
- des organismes d'étude et d'interface avec la société civile ou les autres administrations ;
- des services d'état major, chargés de collecter l'ensemble des informations utiles, de gérer les différentes échéances (l'urgence opérationnelle comme le long terme) et d'offrir au

⁵ Les sciences sociales ont notamment pour objet de prendre en compte ce qui fait trop souvent défaut : approche populationnelle, environnementale, comportementale (essentielle notamment pour appréhender la perception des risques et adapter en conséquence la communication publique, dimension trop souvent négligée de la gestion de crises), sociologie administrative pour mieux appréhender les possibilités de mobilisation des appareils bureaucratiques, sociologie politique pour mieux mobiliser les acteurs non étatiques, plus souvent "convoqués" dans la gestion de crises qu'impliqués...

décideur à la fois l'analyse circonstanciée des menaces, les options de réponse opérationnelle et la mise en œuvre concrète.

Il dispose également d'outils variés :

- des textes de programmation, chargés d'explicitier l'adaptation des appareils aux menaces ;
- des protocoles d'alerte ;
- des capacités de projection ;
- des exercices en condition opérationnelle, de plus en plus conjoints avec les tiers susceptibles de partager les combats le moment venu ;
- des dispositifs de communication.

□ **La sécurité intérieure**

Elle est confrontée à bien des défis similaires, devant gérer à la fois la délinquance ordinaire et l'infinie capacité de celle-ci à se renouveler : nouvelles formes de délinquance liées aux outils de communication modernes, phénomènes de cristallisation (type violences urbaines), délinquance "importée", terrorisme d'origine externe ou généré en interne (avec une panoplie de menaces très étendue).

Pour faire face, les pouvoirs publics ont développé, en matière de sécurité intérieure, des outils analogues à ceux déployés pour la défense extérieure du territoire.

□ **La protection civile**

Si l'on quitte le domaine des menaces intentionnelles pour celui de la protection des populations contre l'ensemble des périls décrits supra (dont les conséquences des violences intentionnelles), la problématique ne change pas fondamentalement. Dans le domaine de la protection civile, on a donc aussi développé des capteurs (et recherché des connexions avec d'autres appareils, type Météorologie nationale), des systèmes d'analyse des menaces ou des événements (sur la durée et en condition opérationnelle), des dispositifs d'urgence et des outils de planification, des règles de mobilisation de l'ensemble des acteurs intéressés.

□ **L'industrie et les grandes entreprises en réseau**

Certaines industries sont génératrices potentielles de menaces majeures pour leur environnement et les populations en cas de défaillance interne (nucléaire, chimie...). Elles sont aussi sous la menace de catastrophes naturelles ou d'actes intentionnels, profitant de leur potentiel de destruction.

Les grandes entreprises en réseau (EDF, SNCF, opérateurs de télécommunication, services d'eau...) sont également vulnérables, alors même qu'elles sont essentielles pour l'activité économique, les échanges : le maintien en condition opérationnelle, quelles que soient les circonstances, dépasse de loin les enjeux propres à chaque entreprise.

Pour faire face, ces entreprises ont développé au fil du temps - et des incidents, accidents ou défaillances majeures des systèmes d'analyse des menaces, des protocoles d'alerte, des outils

de planification graduée, des retours d'expérience, un réseau de relations avec l'ensemble des opérateurs, susceptibles de réduire l'incertitude et de disposer de davantage de recul pour la réaction opérationnelle mais aussi avec les opérateurs avec lesquels se mobiliser en cas de problème.

□ Le secteur financier

Banques et assurances sont un autre secteur particulièrement sensible : vulnérable en cas de catastrophe du fait des garanties engagées (dans le cas de l'assurance) mais aussi sous la menace des défaillances ou des attaques du système d'information, des ruptures au sein des réseaux constitués, de l'indisponibilité des ressources humaines (une des raisons qui expliquent l'intérêt porté dans ce secteur au risque de pandémie grippale) et pourtant tout aussi essentiel que les grandes entreprises en réseau pour la poursuite de l'activité économique.

Face à ces menaces, face à la nécessité d'envisager l'impensable (le 11 septembre et ses conséquences sur le système financier), face aux phénomènes de globalisation des échelles de risques, d'accélération des occurrences de "risques extrêmes", le secteur financier a lui aussi dû développer des systèmes d'anticipation des crises, un système de veille par rapport aux menaces exogènes ou endogènes, des capteurs, des outils statistiques pour repérer les phénomènes anormaux, des protocoles d'alerte, des règles prudentielles, des dispositifs opérationnels de crise et des plans de continuité de l'activité, des dispositifs de mutualisation des risques.

Les caractéristiques des risques auxquels doit faire face le système sanitaire ne lui sont pas spécifiques : incertitude, globalisation, cristallisation, mutations... sont le lot commun de beaucoup de secteurs. Ceux-ci ont développé au fil des ans des parades, une organisation dédiée, des dispositifs de planification, des protocoles d'alerte et de gestion de crise, des dispositifs de mutualisation et de mobilisation, des stratégies de communication adaptées, etc.

1.3.3 Les expériences étrangères sont également à prendre en compte

Nos partenaires étrangers ont eux aussi pu développer, face aux menaces sanitaires, de tels organisations, outils, institutions, protocoles.

Loin de nous l'idée que rien de ceci n'existe dans le domaine de la santé en France ou que des progrès n'ont pas été réalisés au fil des ans. Nous ne pensons pas non plus que le système de décision en matière sanitaire est consubstantiellement plus défaillant que les autres ou que ceux-ci sont irréprochables (les lignes Maginot de toutes natures hantent l'histoire militaire, les grands réseaux connaissent des défaillances majeures...). Il apparaît cependant que toutes les composantes décrites ci-dessus pour une attitude proactive face aux menaces, pour une réponse circonstanciée et flexible ne sont pas aujourd'hui réunies face aux menaces sanitaires. Cela tient à la fois à un certain nombre de lacunes et à un défaut d'organisation et de pilotage d'ensemble.

La mission entend donc poursuivre le travail sur les dispositifs de veille et d'alerte développés dans les différents secteurs d'activité et se rapprocher des organisations internationales et des homologues étrangers, dans un double objectif : évaluer l'insertion des dispositifs français dans les dispositifs de veille et de lutte multilatéraux et analyser dans quelle mesure nos voisins assurent dans de meilleures conditions à la fois la panoplie des fonctions et l'organisation stratégique globale.

CHAPITRE 2

LA REPONSE AUX CRISES SANITAIRES NECESSITE LA MAITRISE DE FONCTIONS COMPLEXES, LA COORDINATION D'OPERATEURS DISPERSES ET L'ADAPTATION AUX DONNEES LOCALES

Les retours d'expérience, le *benchmarking* international, l'attention aux autres secteurs permettent d'identifier un certain nombre de fonctions qu'il convient de distinguer pour la clarté de l'analyse, tout en reconnaissant d'emblée leurs interactions, faute desquelles la mobilisation de moyens risque d'être inopérante ou coûteuse.

2.1 La maîtrise de fonctions complexes

La réactivité face aux événements sanitaires suppose d'assurer un ensemble de tâches :

- être à l'affût des nouvelles menaces et mesurer les forces, les ressources, les ruses de “ l'adversaire ” ;
- développer les capacités de vigilance et de réponse ;
- planifier utile ;
- communiquer efficacement.

2.1.1 Face aux menaces nouvelles, des fonctions diversifiées : veille, surveillance, évaluation

Nous avons dit d'emblée que nous n'entendions pas nous situer entièrement dans le registre de l'urgence face à des menaces forcément inédites. Les dispositifs à l'œuvre dans le système de santé, les règles en vigueur, les appareils en place ont la capacité de traiter en routine ou grâce à des efforts planifiés une grande partie des événements ou menaces affectant la santé des populations.

Nous entendons ici caractériser la réaction de l'organisation sanitaire face à des menaces nouvelles.

L'objectif est de permettre aux autorités décisionnaires de développer leurs capacités d'anticipation et leur réactivité face à l'événement. Cela suppose la détection des problèmes, le repérage des signaux utiles au milieu du bruit et le traitement de ces signaux par l'évaluation.

□ La veille comme posture

L'attitude de veille s'appréhende sans doute mieux à travers quelques images : celle du guetteur, voire du "paranoïaque" (pour reprendre l'expression de Claude Gilbert), de celui qui voit des menaces partout. Il s'agit de sortir du champ des spécialités, de diversifier au maximum les capteurs extérieurs pour récupérer des signaux générés en dehors du système. Le personnel de veille doit se caractériser par sa diversité disciplinaire, générationnelle... pour sortir des routines. En même temps, à côté du “ désordre créatif ”, il est possible et souhaitable d'organiser la collecte d'informations utiles à la veille à l'échelle internationale et dans le monde scientifique. Les controverses, les transgressions, les disputes, véhiculées dans

les colloques, les congrès, les contacts informels des chercheurs, les revues apportent des informations qu'il faut savoir capter au milieu des bruits.

La veille scientifique et technique peut ainsi être définie comme la mise en commun des compétences d'analyse de l'information disponible du côté de la recherche, mais aussi du côté de la surveillance sanitaire, en vue de permettre l'émergence de sujets qui, après analyse, pourraient faire l'objet d'investigations complémentaires, d'études, de recherches, voire d'alertes à visée opérationnelle.

En dehors des menaces exogènes (nouveaux virus, nouveaux risques identifiés par les dispositifs de vigilance...), le besoin de signalement vaut aussi à l'intérieur des processus de gestion de crises : l'ensemble des dérapages, décisions inadéquates ou mal appliquées doivent être signalés en temps réel, en temps utile. L'impression de maîtriser les problèmes, le souci de ne pas déplaire en masquant l'inadéquation des instructions, concourent à la rétention d'informations opérationnelles, tout aussi dommageable sinon plus que le défaut d'anticipation ou de détection des menaces. En ces matières aussi, les guetteurs, les lanceurs d'alertes doivent être encouragés et protégés, tout en prenant en compte le fait qu'ils exposent à l'excès.

❑ **La surveillance comme institution**

La surveillance se caractérise, comparativement à la veille, par une organisation plus continue, un souci d'exhaustivité marqué par rapport à des événements ou des menaces connus, qu'il s'agisse de s'intéresser à un large spectre de maladies ou de couvrir les populations. Elle a besoin d'expertise et fonctionne à partir de systèmes d'alimentation prévus, dans un réseau établi à l'avance, diminuant -à l'inverse de la veille-, la capacité d'alerte.

Les informations générées dans le système épidémiologique ou le système de soins (qu'il s'agisse d'écouter les cliniciens ou de repérer l'information utile dans les données de l'assurance maladie par exemple, ou d'autres détenteurs de données de santé) sont, ceci dit, susceptibles d'alimenter la veille comme la surveillance.

❑ **L'évaluation comme procédure**

Autant il faut privilégier la créativité en matière de veille, autant il faut encadrer, procéduraliser l'expertise afin qu'elle puisse jouer un rôle de régulation. L'évaluation est là pour juger et valoriser le risque. Elle doit être pluridisciplinaire. Encadrée par des procédures, elle ne saurait pour autant s'enfermer dans un cadre institutionnel trop formalisé pour être capable de mobiliser les compétences utiles. L'expertise cognitive (déclenchée par l'alerte cognitive : cf. infra) se différencie de l'expertise de routine en ce qu'elle permet de réduire les perceptions subjectives et les préférences individuelles, par une approche plus collective.

L'évaluation doit en outre garder une certaine indépendance tant vis-à-vis des émetteurs d'informations (veilleurs) que des décideurs.

❑ **La recherche en partage**

Quelle est la place de la recherche dans la mission veille-surveillance-évaluation ? De quelle recherche parle-t-on au juste ?

La recherche (aussi bien la recherche biomédicale que les sciences sociales) doit consolider la mission de surveillance des pathologies et des populations. Les connaissances en matière de traitement de l'information doivent venir conforter les outils d'observation. La veille se nourrit, on l'a dit, des disputes et controverses scientifiques. Le traitement des signaux, la qualification et l'évaluation des risques ont besoin de l'expertise. Sans parler de la gestion opérationnelle.

Tout ceci ne signifie pas que de façon indistincte chaque organisation, à tous les stades de la chaîne veille-décision, doive se doter de compétences en recherche. (cf. infra)

2.1.2 Emission et réception de l'alerte

La formalisation d'un dispositif d'alerte ne consiste pas à organiser le déversement de signaux voire de bruits dans un réceptacle informe. La défausse, la communication non régulée, non traitée ne sont que le négatif, tout aussi dommageable, de la rétention d'informations ou du déni. Il s'agit d'organiser tout à la fois l'émission, les canaux de communication et la réception, ainsi que la rétroaction.

L'alerte a pour fonction de transformer une information sensible en une situation inductrice de déploiement de recherches... et d'actions. Les faits ne produisent pas de jugement ; l'alerte est là pour produire ce jugement. Ce n'est pas une fonction en soi mais le moyen de passer d'une fonction à l'autre, de mobiliser la fonction suivante dans la chaîne.

Selon les secteurs, les mécanismes et procédures d'alerte ne sont pas les mêmes, plus ou moins aboutis, plus ou moins formalisés ou formalisables. A première vue, le système de pharmacovigilance représente le modèle le plus abouti. Pourtant, ce lourd dispositif ne semble pas toujours fonctionner correctement, les alertes provenant souvent d'ailleurs.

Faute de pouvoir distinguer, à l'aide d'algorithmes plus ou moins sophistiqués, les situations "normales" et "anormales", l'étape de l'alerte cognitive, c'est-à-dire inductrice de recherches, est souvent court-circuitée dans certains secteurs : on passe alors, très vite et très tard, de l'accumulation des faits observés à l'alarme. Le temps n'est alors plus à une attitude proactive mais à l'action voire à la réaction aux événements.

L'alerte doit aussi être organisée en matière de conduite opérationnelle : le contrôle qualité des processus mis en œuvre sur le terrain, le repérage des failles ou des décisions inadéquates doivent bénéficier de procédures de remontée d'informations et trouver des interlocuteurs intéressés au niveau décisionnel (sans que ceux-ci y voient une attaque contre leurs décisions).

Pour autant que l'information parvienne au décideur de façon élaborée et non informe, celui-ci n'a pas *a priori* besoin de doubler les capacités de traitement de l'information. Pour autant que les destinataires soient pertinents et identifiés, ceux-ci n'ont pas à requérir à l'inverse une simplification à outrance de l'information. Ils doivent au contraire s'organiser pour intégrer à partir de là l'ensemble des données concourant à la décision, celle-ci pouvant consister à déclencher des recherches, des mesures d'anticipation ou des actions de terrain.

Des signaux traités, des procédures d'alerte formalisées mais ouvertes, un staff capable de recevoir l'information et d'en faire usage : on est là à l'opposé du modèle du déversoir évoqué plus haut.

2.1.3 *Planifier utile*

A condition de ne pas accaparer inutilement des ressources rares et de susciter de vraies réflexions stratégiques, adaptées par les acteurs à la réalité des territoires (et non plaquées à partir de schémas imposés), la planification est un apprentissage utile pour les acteurs du secteur sanitaire si elle permet de limiter la réactivité négative face à l'événement, voire la déréliction des organisations en situation de crise majeure.

La planification face aux risques sanitaires, quelle qu'en soit l'origine, a le mérite d'identifier à l'avance les réseaux d'acteurs partie prenante en situation de crise, les procédures, les coopérations, les points critiques... Pour gérer l'inédit, il faut s'appuyer sur les ressources ordinaires en les acculturant à la gestion de crise. Dans l'idéal, la planification se traduit par des exercices de préparation et bénéficie de l'actualisation régulière des informations.

"Les événements nous échappent, feignons d'en être les organisateurs..." La planification face à un ensemble toujours plus large de menaces, nouvelles ou pas, fonctionne aussi comme un processus de réassurance. Destinée à symboliser la mobilisation, il arrive qu'elle occupe une partie des ressources décisionnelles.

On l'a vu, à travers le modèle des crises de type "mutations", dans certains cas, les plans ne suffisent plus ; il convient au contraire de s'en affranchir pour développer des capacités de réflexion stratégique et travailler en temps réel sur de l'inconnu.

2.1.4 *Investir dans la gestion de l'information*

En situation d'incertitude, il faut rendre l'information assimilable, dire ce que l'on sait et ne sait pas. Dans le dispositif de veille et de sécurité sanitaire, la gestion de l'information, la communication est le parent pauvre. Le retour sur la perception de la communication est pourtant tout aussi important que la communication elle-même : sans ce retour, il n'est pas de communication assurée d'être pertinente et utile.

Organiser la veille scientifique et technologique, piloter des recherches sur les menaces émergentes, organiser efficacement les dispositifs de surveillance et les stimuler, articuler les opérateurs en favorisant les coopérations en réseau plutôt que les redondances ou confusions dans la distribution des moyens de recherche, être en capacité de recevoir l'information élaborée dans un cadre d'alerte formalisé et ouvert, planifier utile et soigner la gestion de l'information, etc : toutes ces tâches décrivent les fonctions d'état major à assumer pour développer une démarche proactive face aux événements sanitaires et préparer des décisions, autant que possible soustraites à l'urgence. Qu'en est-il de la façon dont ces fonctions sont aujourd'hui assurées dans le dispositif français ?

2.2 **La coordination d'opérateurs dispersés**

2.2.1 *Les opérateurs susceptibles d'intervenir sont nombreux*

Compte tenu de l'éventail des crises possibles, la diversité d'origine des acteurs pouvant apporter leur concours est nécessairement grande.

❑ **S'agissant de la recherche publique et privée**

A côté de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) qui pourra apporter connaissances, progrès, évaluation et expertise dans les domaines traditionnels de

santé, il peut être nécessaire de faire appel, pour des questions tenant aux sciences fondamentales ou aux sciences humaines, à des établissements publics de recherche aussi divers que le CNRS ou l'Institut physique du globe, les grandes écoles, les universités, le CEA, ou, pour des questions tenant aux maladies humaines et animales, à l'Institut Pasteur, l'INRA, sans omettre les institutions qui, outre leurs compétences, ont un réseau international apte à contribuer à une réponse globale (IRD, CIRAD, réseaux Pasteur) etc. La liste est longue. Chacun des sujets d'expertise ou d'évaluation devra être connu, fiché, mis à jour, pour éviter le risque d'utiliser un expert désigné sur un sujet comme un expert universel.

Par ailleurs, il ne faut pas se passer des ressources de la recherche privée et de l'expertise des entreprises, que ce soit dans le secteur de l'énergie, dans celui de la chimie, de l'environnement, des communications, des transports, des produits de santé ou de l'industrie agroalimentaire. Cette collaboration nécessite que soient mises en place au préalable des structures permettant d'éviter tout soupçon de conflit d'intérêts, afin de ne pas susciter de stériles polémiques.

❑ **S'agissant de la veille et de la surveillance**

Contrairement à une opinion trop répandue, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) - avec ses Cire - n'a pas le monopole de la surveillance ou de la veille sanitaire, même si les missions que lui confie la loi l'obligent à couvrir un large spectre.

D'autres agences ont pour mission de suivre, d'évaluer, d'alerter sur les conséquences sanitaires de certaines activités. Il en est ainsi de :

- l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), établissement public administratif chargé de l'évaluation des risques sanitaires et nutritionnels liés aux aliments, du médicament vétérinaire et de l'appui technique et scientifique nécessaire à la mise en œuvre des mesures tenant à la santé des animaux ; à ce titre, elle joue un rôle déterminant dans la prévention de la grippe aviaire, comme de l'ESB ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) établissement public administratif chargé de l'évaluation à la mise sur le marché et l'utilisation de tous les produits de santé et cosmétiques à usage humain. A ce titre, elle assure la mise en œuvre des systèmes de vigilance et prend les mesures de police sanitaire indispensables ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), établissement public administratif chargé de contribuer à assurer la sécurité sanitaire dans le domaine de l'environnement et d'évaluer les risques liés à l'environnement de travail ;
- l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS), établissement public industriel et commercial chargé de réaliser des études et recherches permettant de prévenir les risques que les activités économiques font peser sur la santé et la sécurité des personnes ainsi que sur l'environnement, conjugue l'approche expérimentale, la modélisation et le retour d'expérience ;
- l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) établissement public industriel et commercial chargé de réaliser des expertises techniques et des travaux dans le domaine de la sécurité nucléaire ;

- l'Institut national de la recherche en sécurité (INRS), association loi de 1901 gérée par un conseil d'administration paritaire, chargée de l'évaluation des risques professionnels (évaluation, identification et classement des risques, préparation d'actions de prévention) ;
- la Haute autorité de santé s'occupe quant à elle plus de l'évaluation des pratiques professionnelles individuelles, et n'est donc pas en première ligne dans les questions de crise sanitaire.

La liste là encore n'est pas close.

❑ **Enfin dans le domaine de l'action opérationnelle**

Les opérateurs sont à la fois nombreux et divers : il peut s'agir des hôpitaux, avec leurs services de SAMU, SMUR ou leur SAU, de cliniques privées, de professions de santé ou de paramédicaux publics ou libéraux, des établissements médico-sociaux, des collectivités locales. Selon les cas, ces opérateurs peuvent être impliqués dans la crise ou assurer au contraire la solution à celle-ci.

2.2.2 La couverture complète des missions et la coordination ne sont pas acquises

Chacun de ces opérateurs s'est vu confier par la loi des missions de suivi, de surveillance, d'évaluation des risques, d'alerte ou de gestion de la crise. Ces organismes travaillent sur des domaines souvent connexes, de façon orthogonale, sans que leur coordination soit clairement définie.

Or de leurs méthodes et de leurs connaissances communes dépendent la bonne coordination de l'action et son efficacité. Aussi la mission souhaiterait-elle connaître comment ces fonctions sont exercées, quelles lacunes apparaissent dans la couverture de leurs missions et quelles sont au contraire les situations de recouvrement de compétences et de possible conflit.

Toutefois, il apparaît clairement - au vu de l'immensité du secteur à couvrir - que la mission n'est pas en mesure en deux mois de pouvoir affirmer que ces structures répondent bien, non seulement à leurs missions légales, mais aussi à ce qui serait nécessaire pour assurer une anticipation active des crises.

La mission compte proposer une première méthode d'autoévaluation, puis d'évaluation croisée pour que cette évaluation soit possible, sachant qu'il s'agit d'un travail de grande ampleur. Par ailleurs, elle envisage de proposer les modes de coordination qui pourraient être utiles.

2.3 L'adaptation au terrain

La veille, l'alerte et la gestion opérationnelle se posent différemment dans les régions ou les départements métropolitains, dans les DOM et pour Paris et l'ensemble du territoire.

2.3.1 L'organisation en métropole et dans les DOM

En région métropolitaine, l'administration en charge de la crise sanitaire peut être, au gré des situations, la DDASS, la DRASS, l'ARH, l'URCAM ou les quatre simultanément. L'autorité responsable de la gestion de crise est quoi qu'il arrive le préfet, mais il peut s'agir du préfet de département, du préfet de région ou du préfet de zone de défense

On voit d'emblée que si, pour l'action opérationnelle, cette désignation ne fait pas débat, quand il s'agit d'allouer des moyens pour anticiper les situations et assurer les investissements nécessaires, notamment dans le cadre hospitalier ou pour l'action des professionnels de santé libéraux, ce partage de responsabilité nuit à l'efficacité.

On a jusqu'ici évoqué la création des agences régionales de santé (ARS) associant ARH et URCAM dans un but de programmation, de bonne gestion et d'utilisation rationnelle des crédits de l'assurance maladie, mais il est possible que ce soit dans celui des crises sanitaires que leur création soit la plus nécessaire. La mission souhaite en tout cas avancer sur ces questions.

Le cas des DOM est distinct, d'une part du fait des problèmes d'éloignement qui imposent une plus grande autonomie de moyens et de responsabilités, d'autre part de la spécificité de certains risques et enfin du fait de l'unicité de l'administration sanitaire (direction de la santé et du développement social), d'autant que le récent transfert aux autorités locales de certaines responsabilités comme la lutte antivectorielle complique encore les choses. Là encore, la mission se propose de recueillir des arguments en faveur de scénarios alternatifs.

2.3.2 Le cas particulier du centre de recherche et de veille de l'Océan Indien

Le projet de création de « Centre de recherche et de veille sanitaire dédié aux maladies émergentes à La Réunion » (CRVOI) nécessite une analyse stratégique fine, car il est à l'intersection d'approches complémentaires et qui doivent être renouvelées :

- le domaine des maladies émergentes nécessite un renouvellement complet d'approche scientifique, car si sa finalité est dominée par la protection de la santé humaine tout en ne négligeant pas les conséquences économiques des zoonoses, il impose une interdisciplinarité inhabituelle tant dans les approches de recherche que dans les pratiques professionnelles des acteurs de santé publique ;
- un tel centre, déjà baptisé Centre de Recherche et de Veille dans l'Océan Indien (CRVOI), localisé à l'Ile de La Réunion, appuyé sur les forces locales, ne peut se concevoir que s'il s'inscrit dans une dimension régionale (d'où la référence à l'Océan Indien), nationale, articulant les départements et territoires d'outre-mer avec la France métropolitaine, et enfin internationale avec des antennes à l'étranger ;
- l'interface entre la recherche et la surveillance/veille sanitaire nécessite d'être repensée, structurée et renforcée. C'est un débat délicat dans lequel la place et les responsabilités de l'expertise dans les décisions régaliennes prennent toute leur valeur.

□ Une réponse en réseau

La création d'un centre de recherche et de veille sanitaire à La Réunion répond à un double souci : intérêt scientifique et politique des acteurs locaux en face d'épidémies qui les concernent directement, intérêt de l'ensemble de la collectivité scientifique de pouvoir accéder au milieu tropical, berceau des maladies émergentes.

Pour autant, un tel Centre ne peut répondre à tous les objectifs et doit être inscrit dans un réseau organisé avec trois composantes :

- dans l'océan indien : d'abord pour répondre aux attentes de La Réunion et de Mayotte, puis à celles de l'ensemble des Etats insulaires de l'Océan Indien réunis au sein de la COI. Certains de ces Etats, comme Madagascar avec l'Institut Pasteur, disposent de ressources ;
- en métropole où le sujet des maladies émergentes, en matière de recherche, se structurera autour de trois pôles qui pourraient être Marseille, Lyon, Ile-de-France et auxquels il faut ajouter Lille avec l'Institut Pasteur pour la parasitologie ;
- enfin, la dimension internationale impose, comme le fait le Center of Diseases Control d'Atlanta, de disposer en dehors de l'océan indien d'un réseau de centres, en Afrique (CIRMF ?), dans l'Asie du sud-est et bien sûr dans la région Antilles-Guyane.

C'est pour engager cette démarche de structuration que quatre organismes (AFSSA, CIRAD, Institut PASTEUR, IRD) proposent à leurs collègues (Universités, CNRS, INRA, INSERM, InVS, MNHN) d'envisager la création d'un réseau thématique de recherche avancée (RTRA).

❑ Le centre de recherche et de veille dans l'Océan Indien (CRVOI)

Le cadrage indiqué par le Premier Ministre en fait un projet ambitieux qui nécessite, conformément aux indications fournies ci-dessus, des clarifications qui dépassent nettement le cadre de l'île de La Réunion. Au-delà et à cette date, nous ne sommes pas en mesure d'apporter toutes les réponses que nécessite la mission confiée par le ministre de la Santé.

Cependant, dès ce stade, quelques considérations méritent d'être soulignées :

1. Rien ne se fera à l'île de La Réunion sans le soutien du Conseil régional et en s'appuyant sur les deux principaux partenaires locaux que sont l'Université et les structures hospitalières. Dans ce cadre, on ne peut ignorer les rapports de forces entre le nord et le sud de l'île.
2. Le statut juridique d'un tel Centre nécessite certes d'avoir une vue claire de ses missions. Mais on sera forcément confronté au débat entre nouvelle structure ou insertion dans une structure existante. A ce titre, la création d'un institut universitaire en application de l'article L713-9 du code de l'éducation est une hypothèse à considérer. Enfin, si un PRES devait voir le jour à l'Ile de La Réunion, il faudrait savoir en tenir compte.
3. Sans préjuger des réponses apportées à l'organisation de l'interface entre recherche et veille/surveillance, on peut et on doit dès maintenant **organiser la partie Recherche**. Le rapport de la mission d'Antoine Flahault sur le CRVOI apporte un certain nombre d'informations précieuses à partir desquelles on devrait établir un relevé des forces en présence sur place et un échéancier de leur renforcement pour les trois ans à venir. Au cours des derniers mois, certains organismes ont déjà opéré des recrutements et affecté des personnels sur place à La Réunion.

L'attractivité internationale ne peut se décréter. Elle ne peut reposer sur la seule épidémie de Chikungunya. Elle impose l'installation de plateaux techniques *ad hoc* et la constitution d'équipes scientifiques permanentes renforçant les équipes locales.

2.3.3 L'inscription dans les réseaux internationaux : européens et mondiaux

CHAPITRE 3

L'AMELIORATION DES CAPACITES DE REPONSE SUPPOSE LA CORRECTION DE CES LACUNES

Pour la suite de ses travaux, la mission envisage plusieurs pistes pour combler les lacunes énoncées ci-dessus à savoir la faiblesse stratégique, le défaut de coordination et les manques opérationnels et la faible adaptation aux données locales.

3.1 Le renforcement de l'analyse stratégique

Pour développer l'analyse stratégique, la mission cherchera à identifier les moyens de renforcer l'interface entre les opérateurs de la veille et de la sécurité sanitaire et l'administration de la Santé, ainsi que les meilleures façons de renforcer la réactivité du système en organisant mieux le dialogue entre les opérateurs et en dotant l'administration centrale des moyens de renforcer ses capacités d'instruction des alertes.

L'une des pistes envisagées est la reprise des missions qui ont pu être celles du Comité national de sécurité sanitaire (mais en revoyant l'organisation interministérielle et les moyens de celui-ci par rapport aux pratiques de la fin des années 1990) et la mise en place d'un secrétariat général de ce comité assuré par la Direction générale de la santé.

Mais d'autres scénarios plus ambitieux sont possibles : en particulier on ne peut pas ne pas envisager le modèle anglais de la grande agence, qui unifierait dans une même structure un grand nombre des opérateurs actuels et répondrait aux nécessités de diminuer les conflits de compétences, d'assurer la fongibilité et l'adaptabilité des moyens, et de permettre le mélange des cultures.

3.2 L'amélioration de la gestion opérationnelle

La mission entend mieux répondre aux questions suivantes :

- ❑ Quelle organisation ? Organisation dédiée, mobilisation de tous, ou système mixte ?
- ❑ Comment faciliter la coordination des divers opérateurs centraux et mobiliser l'ensemble des professionnels de santé ?
- ❑ Comment améliorer la prévision ? Est-elle distincte de la veille ou intégrée ? Quelles compétences seraient nécessaires ?
- ❑ Quel sont les moyens nécessaires pour exercer valablement chacune des fonctions identifiées ? A cet égard, la mission étudiera les moyens de l'INVS et des CIRE qu'il conviendra de renforcer (personnels permanents nécessaires, rémunération ou défraiement des collaborateurs libéraux, matériel informatique).
- ❑ Comment faire en sorte que les systèmes existants s'auto-améliorent en permanence ? Comment développer le retour d'expérience (tant des personnes que des structures) sans stigmatiser ni démobiliser les personnels par des mises en accusation individuelles ?
- ❑ Comment mobiliser efficacement la recherche ?

3.3 La réponse aux spécificités locales

- ❑ En région métropolitaine : peut-on mettre un peu d'ordre dans le dispositif décentralisé et améliorer son fonctionnement et ses moyens ? Quel peut être l'appoint des ARS ?
- ❑ Quelles propositions concrètes pour améliorer l'articulation recherche-veille stratégique au niveau local ? Comment améliorer et renforcer le réseau des CIRE ?
- ❑ Le CRVOI