



Inspection générale
des affaires sociales

Bilan et perspectives des CIRE

RAPPORT

Établi par

Anne BURSTIN

Marie DAUDE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2015 -

2014-118R1

SYNTHESE

- [1] Par lettre de mission du 1^{er} octobre 2014, la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes confiait à l'IGAS une mission d'évaluation des Cellules interrégionales et régionales d'épidémiologie (CIRE). Il s'agissait d'évaluer le dispositif actuel et ses forces et faiblesses au regard des missions des Agences régionales de santé (ARS) et de faire des propositions de réorganisation.
- [2] La commande visait à régler un débat ancien, mais plus aigu que par le passé compte tenu des contraintes croissantes de moyens, sur la pertinence et l'efficacité du positionnement des CIRE au sein des plateformes régionales de veille et d'alerte des ARS et à la charnière des compétences de l'InVS et des ARS. Elle intervenait, cependant, à un moment où la question prenait potentiellement un autre tour : la création d'un nouvel Institut de santé publique résultant de la fusion de l'Institut de veille sanitaire (InVS), autorité scientifique des CIRE, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), élargissait la question de l'organisation territoriale de cet Institut au-delà des seules missions de veille et d'alerte, et donc au-delà du seul champ des CIRE. La mission devait donc s'attacher plus globalement aux perspectives d'organisation territoriale du nouvel Institut, dont François Bourdillon, nouveau directeur général de l'InVS, devait parallèlement, et d'ici la fin mars 2015, préfigurer l'organisation et les missions. Ceci dans un contexte également marqué par une profonde réforme territoriale influençant nécessairement la question de l'organisation des ARS, des CIRE et de toute perspective d'organisation du nouvel Institut.
- [3] Dans son cadrage de novembre 2014, la mission proposait de séquencer ses travaux en deux temps, compte tenu, d'une part, de la prépondérance accordée par la lettre de mission à l'état des lieux du fonctionnement des CIRE, qui méritait un bilan approfondi, et d'autre part, du fait que l'ouverture sur l'organisation plus globale du nouvel Institut élargissait très significativement le champ des investigations en intégrant des domaines aux acteurs et aux enjeux très différents de ceux de la veille sanitaire, à savoir la prévention-promotion de la santé et la défense sanitaire.
- [4] Il a été proposé au cabinet de la Ministre, qui l'a accepté, de produire d'abord un bilan et des propositions concernant les CIRE, en intégrant naturellement l'ensemble des éléments du nouveau contexte - création du nouvel Institut et réforme territoriale - puis d'insérer cette réflexion sur la veille et l'alerte dans une proposition plus globale concernant l'organisation territoriale du nouvel Institut ; cette deuxième phase interviendrait à un moment où la mission disposerait d'une meilleure appréciation des ambitions du nouvel Institut et d'une meilleure vision des perspectives territoriales. Le présent rapport clôt la première phase des travaux. Il est toutefois indissociable du second document, les orientations de la mission pour les autres domaines interagissant nettement avec celles prises sur les CIRE, dont la mission estime qu'elles ont vocation à demeurer la seule organisation territoriale propre du nouvel Institut. Les caractéristiques de la veille et de l'alerte qui nécessitent unité d'approche nationale, circulation rapide de l'information entre régions et réactivité, légitiment plus que d'autres domaines, et notamment la prévention/promotion de la santé, une imbrication territoriale étroite entre acteur national et ARS. Au point de départ de la lettre de mission sur les CIRE, il y a un avis unanime des protagonistes - InVS, ARS, directions d'administration centrale - quant à la nécessité d'évaluer un modèle dont il paraît acquis qu'il doit évoluer en dépit d'une contribution incontestée des CIRE à la veille et à la surveillance sanitaire. Posant des questions concrètes d'articulation au quotidien entre CIRE et Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) au sein des plateformes, et de pilotage de structures aux effectifs partagés et soumises à une double autorité, scientifique de l'InVS et administrative des ARS, le dossier des CIRE pose surtout la question essentielle d'articulation entre les responsabilités d'une agence nationale et d'agences régionales ayant un champ de compétences et des missions très proches que les textes ont peu contribué à clarifier.

- [5] La difficulté rencontrée par la mission tient au fait qu'à l'unanimité sur le caractère perfectible de l'organisation actuelle s'oppose une grande disparité sur les solutions envisagées, entre InVS et ARS naturellement, mais entre ARS également et même au sein des ARS entre les équipes de veille et leur direction. Aux besoins légitimes des uns - notamment maîtrise régionale des politiques de santé, de l'action et de l'expression des acteurs de la plateforme sur le territoire de la région - répondent les enjeux non moins pertinents de l'autre - indispensable ancrage territorial et sécurité dans l'exercice des missions nationales. Entre ces deux impératifs, dont aucun ne doit être négligé, il est vraisemblable que le schéma actuel soit proche de l'équilibre et de la meilleure performance globale du dispositif de sécurité sanitaire et que les différents scénarios d'évolution radicale ne puissent que compromettre les acquis dans un domaine où les exigences n'ont fait que croître depuis les crises sanitaires de la fin du XXe et du début du XXIe siècles.
- [6] Le bilan opéré par la mission montre, de fait, qu'en dépit de dysfonctionnements incontestables - mais dont il ne faut pas surestimer l'importance - liés au flou maintenu par les textes sur les responsabilités, la forte interaction actuelle entre InVS et ARS au travers des CIRE favorise la cohérence et la performance globales du système de sécurité sanitaire (I). Il lui paraît donc que le renforcement des exigences de sécurité sanitaire, qui a conduit à la création des CIRE, milite toujours pour une architecture conjuguant expertise nationale et proximité. Mais il est nécessaire de clarifier missions et responsabilités et de simplifier le montage administratif (II).
- [7] A l'issue de plusieurs déplacements et de nombreuses rencontres collectives ou individuelles, la mission opère un bilan mitigé en termes de fonctionnement administratif, mais plutôt positif en ce qui concerne les fruits de la coopération entre InVS et ARS au travers des CIRE dans leur capacité à conforter les politiques de veille et d'alerte et plus largement les politiques de santé nationale et régionales.
- [8] En termes de fonctionnement, le modèle actuel achoppe sur trois difficultés essentielles :
- un manque de clarté sur les missions, notamment l'évaluation, et les responsabilités afférentes, parce que les textes n'ont pas clarifié la façon dont devaient s'articuler les responsabilités d'une agence nationale et celles des ARS, dans un domaine pourtant sensible nécessitant une grande réactivité des acteurs;
 - un co-pilotage affirmé par la convention fondatrice qui, de fait, n'a pas été mis en œuvre pleinement parce que :
 - ✓ les concepts initiaux (pilotage scientifique, autorité administrative, autorité fonctionnelle) ne sont ni précis ni explicités,
 - ✓ certaines conventions régionales s'en sont affranchies d'emblée,
 - ✓ les outils existants ne sont pas toujours pleinement utilisés par les ARS,
 - ✓ l'InvS a, de façon très volontariste, conforté clairement son pilotage tant scientifique que hiérarchique.
 - une dualité de rattachement des personnels qui complique leur quotidien et leur carrière, nuit au pilotage efficace des ressources humaines et au fonctionnement harmonieux des CIRE, et n'a pas de valeur ajoutée fonctionnelle pour les acteurs, constituant plus un affichage symbolique pour les ARS qu'une réalité fonctionnelle.

- [9] Ces imperfections du modèle entraînent à l'occasion des tensions entre équipes, parfois un sentiment de doublon inefficace et des "loupés", en particulier en matière de communication, qui irritent fortement et légitimement les directeurs d'ARS. Les entretiens de la mission montrent pourtant que, par-delà ces frictions qui sont d'autant plus fortes que l'équilibre des forces entre CIRE et CVAGS n'est pas satisfaisant, nombre d'équipes de veille trouvent un appui indispensable et sécurisant dans l'existence des CIRE à leurs côtés. Le fonctionnement des plateformes est d'autant plus performant et fluide que les processus ont été concertés et formalisés, et les sujets potentiellement conflictuels anticipés et gérés - remontée de l'alerte ou d'informations d'importance, publications et communication ...
- [10] La mission estime surtout que les bénéfices du système actuel en termes de performance de sécurité sanitaire l'emportent sur des dysfonctionnements qu'il ne faut pas surestimer. Ces bénéfices englobent, de façon indissociable, l'apport aux ARS d'une structure intégrée en leur sein mais pilotée par une agence nationale d'expertise, et l'apport à l'InVS d'un réseau territorialisé de plus en plus nécessaire à l'exercice efficace de ses missions nationales.
- [11] Lorsque les CIRE sont suffisamment étoffées, leur apport à la conduite des politiques régionales de santé est incontestable. D'une part, la mise en place des plateformes régionales a constitué un progrès indéniable auquel les CIRE ont eu une part certaine en termes de professionnalisation, d'outillage méthodologique et parfois de solidarité face aux "coups durs". D'autre part, la valeur ajoutée des CIRE est reconnue par la plupart des interlocuteurs régionaux. En ce qui concerne la veille, une grande part des équipes des CVAGS s'estiment sécurisées par l'intervention d'un acteur moins pressé qu'eux par l'urgence et qui peut, par conséquent, garantir l'approche méthodologique et scientifique des sujets, et parfois éviter les fausses routes. En ce qui concerne les études, notamment sur des sujets sensibles, les directeurs généraux d'ARS voient le bénéfice d'un expert disponible et indépendant à leurs côtés.
- [12] L'apport potentiellement significatif de la surveillance est en revanche inégalement appréhendé en ARS, alors même que l'InVS a, depuis plusieurs années, organisé la régionalisation de ces dispositifs pour améliorer leur pertinence mais aussi pour mieux appuyer le décideur régional ; les systèmes de surveillance sont parfois bien mis à profit pour éclairer les politiques de veille ou de prévention, mais mériteraient en général d'être mieux valorisés et d'être intégrés dans une politique régionale d'observation articulant explicitement la contribution des CIRE et des ORS à côté de celle des services propres d'études et de statistiques des ARS, parfois confortés et réorientés au cours des dernières années.
- [13] Appui aux décideurs régionaux, les CIRE constituent aussi un maillon de plus en plus important pour l'exercice par l'InVS de ses missions. En constituant une source dominante de remontée et en démultipliant sa capacité de traitement des alertes nationales, en garantissant leur traitement homogène sur le territoire, elles ont largement contribué à la montée en puissance du système national de veille. Elles animent les réseaux indispensables au dynamisme et à l'efficacité des dispositifs de surveillance et fiabilisent leur interprétation par le travail sur la qualité des données et par leur connaissance du terrain. Elles contribuent enfin à l'amélioration des connaissances grâce aux études multicentriques ou aux études expérimentales lancées en fonction des priorités régionales.
- [14] S'il importe donc de clarifier les missions et les responsabilités et de simplifier le pilotage et la gestion, il est essentiel de le faire sans compromettre les bénéfices de sécurité sanitaire du modèle actuel, et donc en veillant de façon équilibrée aux intérêts opérationnels de santé des ARS et de l'InVS.

- [15] Des principes essentiels doivent guider la remise à plat du modèle :
- [16] L'ARS est l'acteur principal en matière de santé et de sécurité sanitaire en région ; il doit avoir la maîtrise de l'action et de la communication en santé dans sa région ; il lui revient d'avoir une vision générale des signaux et d'être responsable de leur traitement dans leur globalité (d'où une modification de la loi pour affirmer sa responsabilité de première ligne). La CIRE intervient en tant qu'appui-expert auprès de l'autorité régionale.
- [17] L'organisation régionale choisie ne doit cependant en aucun cas retarder le repérage et la prise en charge d'une alerte nationale. L'affirmation de l'autorité de l'ARS ne peut fragiliser l'efficacité du système national de sécurité sanitaire. L'InVS doit pouvoir pleinement exercer ses missions et, pour cela, conserver un ancrage territorial. La circulation rapide d'informations et l'animation scientifique d'un réseau territorial sont indispensables au repérage précoce des alertes présentant une menace potentiellement nationale, mais aussi à l'unité d'approche des risques et des méthodes sur le territoire, dans un secteur où, à la différence d'autres, les variations régionales ne se justifient pas.
- [18] Trois scénarios majeurs découlent des revendications des acteurs, des contraintes de moyens fortes auxquelles ils sont soumis, de leur souhait de sécuriser une force de frappe régionale en veille et en surveillance, de faciliter le fonctionnement quotidien et enfin d'optimiser l'efficacité du système :
- [19] ➤ un scénario qualifié « de rupture », qui est celui du repli de chacun sur ses propres forces, avec une CIRE interrégionale pilotée par l'InVS regroupant ses moyens humains et 13 CVAGS confortées par les effectifs des CIRE relevant aujourd'hui des ARS ;
- [20] ➤ deux scénarios préservant l'interaction forte entre InVS et ARS au niveau régional, mais simplifiant le rattachement des personnels :
- un scénario où les personnels sont rattachés à l'ARS, qui devient le relais de l'InVS en région ;
 - un scénario où les personnels sont rattachés à l'InVS, menant à son aboutissement le mouvement tendanciel enclenché depuis plusieurs années.
- [21] Le premier scénario de coupure a certes le mérite de la clarté, mais présente, en termes de résultats de santé, plus de risques que d'avantages, car il réduit l'interaction féconde dans tous les domaines entre l'ARS et l'InVS et génère de nouveaux risques liés à la moindre coordination sur des champs de compétence proches entre un acteur interrégional et l'ARS.
- [22] Le deuxième scénario raffermirait la chaîne de commandement des ARS et peut contribuer à une plus grande efficacité. Il repose toutefois sur des hypothèses fortes : reprise par les ARS de l'ensemble des missions de l'InVS (y compris études et surveillance parce qu'elles nécessitent un ancrage de terrain), animation scientifique par une agence nationale d'équipes des ARS, maintenance régulière de compétences scientifiques pointues dans des services pris par la gestion et l'urgence, attractivité des postes en ARS pour des profils très spécialisés (épidémiologistes). Il soulève enfin la question de principe importante de la séparation de l'évaluation et de la gestion et de l'indépendance de l'expertise, au moment où la charte de l'expertise met, plus que jamais, l'accent sur ces enjeux.
- [23] Le troisième scénario semble plus à même de garantir une performance élevée en matière de sécurité sanitaire. Il impose cependant une forte réaffirmation du pilotage des ARS sur les CIRE qui doivent rester co-pilotées (programmation, recrutements, nomination et évaluation du responsable de CIRE) et du respect des prérogatives régionales des agences (communication notamment). Il suppose également une formalisation accrue de la coopération opérationnelle entre CIRE et CVAGS, mais aussi entre CIRE et services des directions de la santé publique pour garantir la valeur ajoutée et l'appui les plus adaptés de la CIRE aux politiques régionales dans leur ensemble. Il requiert enfin un dialogue plus structuré et plus régulier entre InVS et ARS.

- [24] Ce scénario implique une consécration des CIRE dans la loi comme échelon territorial de l'InVS, mais aussi comme force d'appui auprès des ARS, dont la responsabilité de première ligne du traitement des signaux doit être affirmée, avec clarification succincte des critères d'intervention des CIRE intervenant, sauf exception, en seconde ligne ; la loi, dans le même esprit que pour les Réseaux régionaux de vigilance et d'appui (RREVA) qui vont être mis en place dans le cadre de la future loi santé, doit affirmer le pilotage renforcé des ARS et renvoyer à une convention cadre nationale plus détaillée qu'aujourd'hui.
- [25] La structure territoriale des CIRE doit être nécessairement calée sur celles des ARS ; elles restent intégrées au sein de la plateforme, dont le futur positionnement dicte largement le leur ; si les plateformes sont centralisées au siège des nouvelles ARS, ce qui semble être l'esprit actuel des réflexions sur la structuration des fonctions de veille et alerte en ARS dans le cadre de la réforme territoriale, on a donc a priori 12 ou 13 CIRE¹ métropolitaines, ne nécessitant pas de déclinaison territoriale plus fine. Il faudra, au vu des moyens humains actuels et d'une modélisation succincte des inducteurs de charge de l'activité des CIRE, estimer leur taille critique et apprécier les possibilités de dégager de l'efficience pour alléger la charge du transfert d'effectifs pour les ARS. Les éventuelles marges de manœuvre dégagées par la fusion de l'InVS, de l'INPES et de l'EPRUS pourront en partie être consacrées à conforter le réseau territorial et à réduire les effets du transfert. L'organisation de l'outre mer suppose sans doute des aménagements liés à la prégnance des questions de sécurité sanitaire.

¹ Selon le choix opéré sur la Corse.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION.....	11
1 EN DEPIT DE DYSFONCTIONNEMENTS INDUITS PAR UNE INSUFFISANTE CLARIFICATION DES RESPONSABILITES, LA FORTE INTERACTION ENTRE InVS ET ARS PERMISE PAR LES CIRE FAVORISE LA PERFORMANCE GLOBALE DU SYSTEME DE SECURITE SANITAIRE.....	13
1.1 Une construction historique qui mérite une remise à plat pour clarifier les responsabilités et le pilotage des CIRE.....	13
1.1.1 Une répartition des rôles et des responsabilités en matière de veille et d'alerte que le droit existant ne contribue pas à éclaircir	13
1.1.2 Un montage administratif complexe qui ne garantit plus un pilotage pertinent	27
1.2 Une complémentarité cependant nécessaire à l'exercice performant des missions de veille, surveillance et alerte	38
1.2.1 Une montée en puissance facilitée des dispositifs régionaux de veille.....	38
1.2.2 Une interaction entre InVS et ARS au travers des CIRE bénéfique aux politiques régionales de santé comme à l'exercice de la mission nationale de veille et surveillance.....	42
2 LE RENFORCEMENT DES EXIGENCES DE SECURITE SANITAIRE QUI A CONDUIT A LA CREATION DES CIRE MILITE TOUJOURS POUR UNE ARCHITECTURE CONJUGUANT EXPERTISE NATIONALE ET PROXIMITE	50
2.1 Un modèle à adapter pour garantir le meilleur équilibre entre performance de sécurité sanitaire et affirmation du pilotage régional, éclaircir les responsabilités et simplifier le modèle administratif.....	50
2.1.1 Les principes qui doivent guider l'évolution du modèle actuel	50
2.1.2 Des responsabilités à clarifier.....	52
2.1.3 Une "double autorité" à préciser	54
2.1.4 Un rattachement des personnels à simplifier	54
2.2 Un maillage à repenser en lien avec la réforme territoriale de façon à en optimiser l'efficacité ..	55
2.2.1 Des contraintes de moyens pesant sur les deux acteurs	55
2.2.2 Un modèle cible à ajuster à la nouvelle configuration territoriale.....	56
2.3 Les options en présence.....	57
2.4 Le scénario de coupure présente plus de risques que d'atouts.....	58
2.4.1 La remise en cause du modèle actuel de co-pilotage apporte certes une clarification.	59
2.4.2 ...mais elle ne garantit ni un exercice optimal de l'alerte et de la surveillance nationales ni une réactivité suffisante à l'égard des besoins régionaux.....	60
2.5 Le scénario retenu doit offrir un juste équilibre entre les prérogatives des ARS et celles de l'InVS en réaffirmant un véritable co-pilotage.....	63
2.5.1 Un scénario où la CIRE est intégrée aux ARS, avec autorité et animation scientifiques de l'InVS	64
2.5.2 Un scénario où l'ensemble du personnel de la CIRE est rattaché à l'InVS, avec un pilotage renforcé des ARS.....	67
TABLEAU RECAPITULANT LES DIFFERENTES CARACTERISTIQUES DES SCENARIOS.	72
CONCLUSION	73
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	75
LETTRE DE MISSION.....	77

ANNEXE 1 LE POSITIONNEMENT JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF DES CIRE.....	79
ANNEXE 2 L'ACTIVITE DES CIRE : DONNEES QUANTITATIVES ET ANALYSES QUALITATIVES.....	135
ANNEXE 3 LES CIRE: ENJEUX DE RESSOURCES HUMAINES	173
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES (1ERE PHASE DE LA MISSION).....	189
SIGLES UTILISES	195

INTRODUCTION

- [26] Par lettre de mission du 1er octobre 2014, la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a confié à l'IGAS une mission d'évaluation des Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) et de proposition d'évolution. Il s'agit d'évaluer le dispositif actuel et ses forces et faiblesses, notamment au regard du positionnement des CIRE vis-à-vis des agences régionales de santé (ARS) et de leurs missions, et de faire des propositions de réorganisation. La lettre de mission élargit le champ d'investigation de la mission en ses dernières lignes, puisqu'elle évoque la création du nouvel Institut de santé publique² résultant de la fusion de l'Institut de veille sanitaire (InVS), autorité scientifique des CIRE, de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et de l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS), et la question de son organisation territoriale, au-delà donc des seules missions de veille et d'alerte, et du seul champ des CIRE.
- [27] Au vu de l'importance du champ de la lettre de mission, il a été proposé au cabinet de la Ministre, qui l'a accepté, de produire d'abord un bilan et des propositions concernant les CIRE, qui font l'objet du présent rapport, puis d'insérer cette réflexion sur la veille et l'alerte dans un rapport ultérieur plus global concernant l'organisation territoriale du nouvel Institut. Le présent rapport est cependant indissociable du second document, les orientations de la mission pour les autres domaines interagissant nettement avec celles prises sur les CIRE, dont la mission estime qu'elles ont vocation à demeurer comme seule organisation territoriale propre du nouvel Institut. Le champ de la recherche en santé a en revanche été écarté des investigations de la mission, malgré une allusion de la lettre de mission à l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN)³.
- [28] La mission composée pour cette première phase d'Anne BURSTIN et de Marie DAUDE⁴, a effectué huit déplacements ayant conduit à rencontrer sept CIRE et dix ARS⁵. A l'issue de ceux-ci et de nombreuses rencontres collectives (bureau et séminaire des directeurs généraux d'ARS, club veille et sécurité sanitaire, comité de direction du Département de coordination des alertes et des régions (DCAR) de l'InVS réunissant l'ensemble des responsables de CIRE...) ou individuelles, la mission estime important de préserver l'apport d'une structure territoriale pilotée scientifiquement par l'InVS, mais fonctionnellement intégrée aux ARS.
- [29] Le bilan opéré dans le présent rapport montre, de fait, qu'en dépit de dysfonctionnements incontestables - dont il ne faut pas surestimer l'importance - liés au flou maintenu par les textes sur les responsabilités, la forte interaction actuelle, au travers des CIRE, entre InVS et ARS favorise la cohérence et la performance globales du système de sécurité sanitaire (I). Le renforcement des exigences de sécurité sanitaire qui a conduit à la création des CIRE milite donc toujours pour une architecture conjuguant expertise nationale et proximité, mais il est nécessaire de clarifier missions et responsabilités et de simplifier le montage administratif (II).

² L'article 42 du projet de loi santé dont l'examen en première lecture à l'Assemblée Nationale a débuté le 31 mars prévoit cette fusion et renvoie ses modalités à une ordonnance. Cette création devrait être effective pour le premier semestre 2016.

³ Alliance thématique de recherche créée le 8 avril 2009 et regroupant les principales institutions de la recherche publique dans le domaine de la santé.

⁴ Stéphane Paul a rejoint la mission pour la seconde phase

⁵ Ile-de-France, Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Franche-Comté, Bourgogne, Alsace, Lorraine. Ont été par ailleurs rencontrés à Paris les DG des ARS des DOM, le DG de l'ARS de Corse, la DG de l'ARS Pays de la Loire, et le directeur de la santé publique de l'ARS Bretagne.

- [30] La mission s'est attachée, tout au long de ses investigations, à prendre en compte les perspectives de la réforme territoriale en cours⁶ et les travaux menés par François Bourdillon⁷, directeur général de l'InVS et préfigurateur du futur Institut.
- [31] Trois annexes sont jointes au présent rapport:
- Annexe 1: Le positionnement juridique et administratif des CIRE
 - Annexe 2: L'activité des CIRE
 - Annexe 3: Les ressources humaines en CIRE

⁶ Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral. La loi substitue à compter du 1er janvier 2016 aux 22 régions métropolitaines existantes 13 régions, constituées par l'addition de régions, sans modification des départements qui les composent. Une mission inter-inspections a été mandatée par lettre du Premier Ministre en date du 18 septembre 2014, afin de définir les grandes lignes de cette nouvelle organisation et de déterminer la méthode de conduite de la réforme.

⁷ Lettre de mission de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, en date du 25 septembre 2014. Un premier rapport d'étape devait être rendu fin mars 2015, le rapport final de préfiguration étant attendu pour fin juin. Afin de garantir l'échange d'informations nécessaire à la progression tant des travaux de préfiguration que des réflexions de la mission IGAS, plusieurs points intermédiaires ont été organisés avec F Bourdillon.

1 EN DEPIT DE DYSFONCTIONNEMENTS INDUITS PAR UNE INSUFFISANTE CLARIFICATION DES RESPONSABILITES, LA FORTE INTERACTION ENTRE INVS ET ARS PERMISE PAR LES CIRE FAVORISE LA PERFORMANCE GLOBALE DU SYSTEME DE SECURITE SANITAIRE

1.1 Une construction historique qui mérite une remise à plat pour clarifier les responsabilités et le pilotage des CIRE

1.1.1 Une répartition des rôles et des responsabilités en matière de veille et d'alerte que le droit existant ne contribue pas à éclaircir

[32] L'annexe 1 du présent rapport sur le positionnement juridique et administratif des CIRE au sein des ARS retrace de façon détaillée les différentes étapes de la mise en place de notre système de veille.

[33] Avant la création des ARS par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST, le niveau territorial où s'organise la veille sanitaire est le département. La veille est une compétence des services de l'Etat exercée par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), sous l'autorité du préfet. Les textes sont larges et peu explicites, l'ancien article R. 1421-6 du code de la santé publique (CSP)⁸ mentionnant en 2008 dans le champ de compétence des DDASS "la lutte contre les épidémies" et la "protection sanitaire de l'environnement", sans citer les termes de "veille sanitaire".

[34] Les CIRE, quant à elles, ont été positionnées à leur création en 1995 au niveau des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), au sein desquelles elles sont placées⁹. La circulaire DGS-DAGPB n°16 du 28 février 1995, qui donne les résultats de l'appel d'offre lancé en 1994 auprès des DRASS, crée quatre CIRE¹⁰ et rappelle qu'elles viennent "renforcer les capacités de surveillance et d'intervention des services déconcentrés", mais ajoute que l'objectif est aussi de "démultiplier le caractère opérationnel du RNSP"¹¹.

⁸ Article R1421-6 du CSP en 2008: "Sous l'autorité du préfet de département, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales est responsable de la mise en œuvre, dans le département, des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales définies par les pouvoirs publics. A ce titre, ses missions comprennent notamment : (...)

2° Les actions de promotion et de prévention en matière de santé publique, ainsi que la lutte contre les épidémies et endémies

3° La protection sanitaire de l'environnement et le contrôle des règles d'hygiène (...).

⁹ Créées à partir de moyens nouveaux affectés dans les DRASS et mis à disposition du RNSP dans le cadre d'une convention, elles sont constituées d'un Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP), d'un Ingénieur du Génie Sanitaire (IGS), et d'une secrétaire. La convention type prévue au niveau national précise que le personnel mis à disposition par la DRASS est sous l'autorité hiérarchique du DRASS et sous la responsabilité fonctionnelle du directeur du RNSP (cf. annexe 1).

¹⁰ DRASS Rhône-Alpes (sur la seule région); DRASS Nord-Pas-de-Calais (incluant aussi les régions Picardie, Haute-Normandie et Champagne-Ardenne); DRASS Midi-Pyrénées (incluant la région Aquitaine); DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) (incluant les régions Corse et Languedoc-Roussillon).

¹¹ En juin 1992, le Réseau national de santé publique (RNSP), groupement d'intérêt public entre l'Etat, l'INSERM et l'Ecole Nationale de santé Publique, est créé afin de coordonner, d'animer et de renforcer les activités de surveillance et d'intervention épidémiologiques des organismes en charge de la politique de santé publique. L'arrêté du 17 juin 1992 qui crée le GIP en portant approbation de sa convention constitutive précise qu'il a "pour mission générale d'améliorer la connaissance, l'observation et la surveillance épidémiologique ainsi que de développer l'aide à la décision pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique". Plus spécifiquement, il s'agit d'appuyer les actions de surveillance, d'alerte et d'investigation épidémiologiques développées principalement par le Ministère chargé de la Santé et ses services déconcentrés. Cette mission s'exerce dans deux domaines prioritaires de santé publique : les maladies transmissibles et la santé environnementale.

- [35] La création de l'InVS par la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme ne change pas fondamentalement cette vision des rôles de chacun au niveau territorial. Le premier guide de la veille sanitaire, élaboré par l'InVS en 2005¹², rappelle ainsi que les CIRE apportent "un appui technique et méthodologique" aux services déconcentrés, notamment "pour l'investigation ou l'évaluation des risques sanitaires liés à l'environnement" et que les DDASS "assurent la réception du signal et son traitement, l'analyse de celui-ci et son évaluation, en mobilisant, si nécessaire, les partenaires compétents (CIRE)". La DDASS pourra s'appuyer "le cas échéant" sur la CIRE et l'InVS pour l'évaluation du signal et les investigations. L'InVS quant à lui "apporte un soutien aux CIRE et DDASS dans l'évaluation des signaux et pour les investigations épidémiologiques".
- [36] Si elle ne modifie pas la répartition des rôles, la création de l'Institut constitue un tournant dans le développement du réseau des CIRE, qui passe de 4 cellules en 1995 à 17 aujourd'hui, avec, en sus, la création d'antennes dans chaque région non couverte, mais aussi le renforcement de l'appartenance de ce réseau à l'InVS (*cf infra*).
- [37] La loi HPST, en créant les Agences régionales de Santé (ARS) et en affirmant l'importance du niveau régional pour l'organisation de la veille sanitaire¹³, constitue une rupture. La veille sanitaire devient un champ de compétence partagée entre les ARS et l'InVS et la situation est alors modifiée au niveau régional : deux acteurs, les ARS et les CIRE, au nom de l'InVS, sont investis du même type de missions, sur un même niveau territorial, avec des dispositions sur les ARS plus précises que ne l'étaient les textes antérieurs sur les compétences des DDASS en matière de veille. Au sein de ce champ partagé, les textes ne contribuent cependant pas clairement à préciser la répartition des rôles.

1.1.1.1 Des textes ambigus

- [38] La loi HPST ne révisé pas les textes sur les compétences de l'InVS et ne consacre pas l'existence des CIRE. Les dispositions sur les ARS viennent donc se juxtaposer aux dispositions existantes sur l'InVS, sans que soit réellement tranché le rôle de chacun au niveau territorial au regard des différentes étapes de traitement d'un signal, telles que décrites dans les guides de la veille et de l'alerte de l'Institut (cf. annexe 1) et rappelées dans le tableau 1.

¹² L'alerte sanitaire en France: Principes et organisation. Mai 2005.

¹³ Sans préjudice cependant des compétences de l'InVS, comme le précise le code de la santé publique.

Tableau 1 : Rappel des principales étapes en matière de traitement d'un signal

Le guide de la veille et de l'alerte sanitaires en France élaboré par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2011 précise les concepts utilisés dans ce domaine.

Ainsi, la veille sanitaire recouvre "l'ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un évènement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine, dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce".

En matière de veille sanitaire, les signaux reçus sont, soit des signalements spontanés d'évènements, soit des signaux issus des différents systèmes de surveillance organisés¹⁴. Les vigilances sanitaires sont une source d'information spécifique. Le guide précité les définit comme les actions qui "permettent de surveiller et d'évaluer les incidents, les effets indésirables et les risques d'incidents ou d'effets indésirables liés à des produits ou des pratiques"¹⁵.

Avant le déclenchement éventuel de l'alerte, le signal doit être analysé, en différentes étapes : il est d'abord "vérifié" (son existence est confirmée), puis "validé" (sa pertinence dans le champ sanitaire est également confirmée) et ensuite "évalué" (pour constater s'il constitue une menace devant donner lieu à une alerte). S'il s'avère qu'il constitue une menace, alors, après le déclenchement de l'alerte, des investigations complémentaires peuvent être menées, parallèlement à la mise en place de mesures de gestion.

Le code de la santé publique et les conventions de 2010

Le tableau 2 met en miroir les dispositions du CSP, issues de la loi de 1998 déjà citée et de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique pour l'InVS, de la loi HPST pour les ARS. Les CIRE n'ayant aucune existence légale, et étant implicitement considérées comme le réseau régional de l'InVS, les textes législatifs applicables à l'InVS servent de base pour déterminer leurs compétences.

L'organisation de la veille sanitaire s'étant construite par strates successives, les textes font apparaître des redondances qui peuvent compliquer l'interprétation que chacun des acteurs a de son rôle.

¹⁴ Surveillance: "Collecte systématique et continue de données ainsi que leur analyse, leur interprétation et leur diffusion dans une perspective d'aide à la décision". In *Guide de la veille et de l'alerte sanitaires en France*; InVS; 2011.

¹⁵ Ces produits sont soit des produits de santé après leur mise sur le marché, c'est-à-dire une fois autorisés et/ou mis à disposition des patients ou utilisateurs dans le but d'éviter qu'ils ne se reproduisent (vigilances pilotées par l'Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), soit d'autres produits qui peuvent ne pas être des produits mis sur le marché (champignons, algues...), entrant dans le champ de la toxico-vigilance dont l'organisation est confiée à l'InVS par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi "HPST".

Tableau 2 : Articles du code de la santé publique sur les compétences respectives des ARS et de l'InVS

Article du CSP sur les compétences de l'InVS	Articles du CSP sur les compétences des ARS
L.1413-2: Un Institut de veille sanitaire, établissement public de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, a pour missions : 1° <u>La surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé</u> de la population. A ce titre, il participe au <u>recueil et au traitement</u> de données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés faisant partie d'un réseau national de santé publique; 2° <u>La veille et la vigilance sanitaires</u>. A ce titre, l'institut est chargé : a) De rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution; b) De détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse; c) D'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées. 3° L'alerte sanitaire. L'institut informe sans délai le ministre chargé de la santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et <u>il lui recommande toute mesure</u> ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace; 4° <u>Une contribution à la gestion</u> des situations de crise sanitaire. A ce titre, l'institut propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire.	L1431-1: Leurs compétences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles ... L. 1413-2 du présent code. L1431-2: ... a) Elles organisent, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, <u>la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements</u> d'événements sanitaires ; b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, <u>à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise</u> sanitaire ; L1413-15: Les services de l'Etat et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les établissements de santé publics et privés, le service de santé des armées, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les services de secours ainsi que tout professionnel de santé sont tenus de signaler sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée. <u>Le directeur général de l'agence porte immédiatement ce signalement à la connaissance de l'Institut de veille sanitaire et au représentant de l'Etat dans le département.</u>

[39] Le projet de loi de santé publique présenté au conseil des ministres le 15 octobre 2014 prévoit, en son article 39, de réécrire l'article L.1431-2 du CSP¹⁶, afin de distinguer les activités d'observation et de veille des ARS : elles sont, dans la rédaction actuelle, juxtaposées avec une référence commune aux Observatoires régionaux de la santé (ORS), ce qui est peu lisible, les n'ayant aucun rôle en matière de veille. Si cette rédaction améliore la cohérence du texte en distinguant bien les deux notions, elle n'apporte aucune clarification sur la répartition des compétences entre les ARS et l'InVS au niveau régional, et maintient donc l'ambiguïté actuelle.

[40] On peut noter que la redondance des missions InVS/ARS porte autant sur "l'observation de la santé" que sur la veille. A cet égard, la question du rôle des ORS et de leur articulation avec les CIRE, mais aussi avec les ARS, mérite d'être posée (*cf. infra* et annexe 2 sur l'activité des CIRE).

¹⁶ "Elles organisent l'observation de la santé dans la région en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires".

- [41] Ces ambiguïtés ne sont pas dissipées dans les textes qui, en 2010, viennent préciser les modalités de fonctionnement des nouvelles plateformes régionales de veille et d'urgences sanitaires créées au sein des ARS en regroupant la CIRE d'une part et une cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) d'autre part. La circulaire SGMAS/DGS du 20 avril 2010 sur les plateformes de veille rappelle les compétences respectives des deux cellules, CIRE et CVAGS. Ces compétences sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Compétences respectives des CIRE et CVAGS, selon la circulaire du 20 avril 2010

La CVAGS	La CIRE
reçoit l'ensemble des signaux: événements (y compris MDO) et signaux issus des systèmes de surveillance.	est destinataire de tous les signaux reçus par la CVAGS. Elle effectue l'analyse des données issues des systèmes de surveillance de l'INVS et transmet les éventuelles alertes à la CVAGS.
vérifie, et valide les signaux.	peut contribuer à la validation des signaux, à la demande de la CVAGS.
évalue les signaux, éventuellement avec l'expertise et l'appui de la CIRE, en particulier dans les situations non protocolisées, et transmet ceux qui constituent une alerte au directeur général (DG) de l'ARS.	garantit l'évaluation des situations qui le nécessitent sur sollicitation de la CVAGS ou sur auto-saisine. Elle prépare les outils d'investigation des signaux et d'analyse du risque.
prépare les outils de gestion des situations urgentes et assure la gestion des signalements.	aide à l'élaboration d'outils de gestion de crise.
assure le lien avec l'administration centrale dans le cadre de la gestion des alertes.	assure le lien avec l'INVS dans le cadre de l'évaluation des menaces.

- [42] Ces formulations seront reprises de façon identique par la convention cadre du 19 mai 2010 signée entre la direction générale de la santé (DGS), le secrétariat général (SG) du ministère des affaires sociales et la directrice générale (DG) de l'InVS, et par le modèle, qui lui est joint, de convention de partenariat à signer, dans chaque région, entre la DG de l'InVS et le DG d'ARS.
- [43] A la lecture de ces dispositions, on note la redondance de certaines formulations et combien la frontière est ténue, parfois, entre les compétences des deux structures. C'est particulièrement frappant en matière d'évaluation du signal. S'il est écrit que la CIRE "peut contribuer à l'évaluation des signaux à la demande de la CVAGS", il est également ajouté qu'elle "garantit l'évaluation des situations sur sollicitation de la CVAGS ou par auto-saisine". En l'absence de critères de partage, même indicatifs, le fait que la CIRE puisse se saisir de tous les signaux et travailler en parallèle de la CVAGS, peut poser un problème de lisibilité. Le terme de "garantit" introduit par ailleurs une notion de responsabilité en matière d'évaluation du signal sur laquelle il sera revenu, alors même qu'il est dit également que la CVAGS est en charge de l'évaluation du signal, pour laquelle elle peut demander l'appui de la CIRE.

Des tentatives d'explicitation au niveau national qui montrent leurs limites

- [44] Pour lever les ambiguïtés des textes, des tentatives d'explicitation des missions respectives des ARS (CVAGS) et de l'InVS (CIRE) sont intervenues au niveau national.

- [45] D'une façon générale, le fil conducteur des guides ou protocoles élaborés repose sur la notion "d'appui et d'expertise de la CIRE", "en tant que de besoin". Ceci peut laisser penser que les ARS sont en charge des différentes étapes relatives au traitement des signaux et que la CIRE intervient quand l'ARS a besoin d'un appui technique. Déjà, la circulaire du 20 avril 2010, puis la convention cadre du 19 mai 2010, suivent cette idée lorsqu'elles précisent que les CVAGS bénéficient "du soutien et de l'expertise de la CIRE" pour l'évaluation des signaux, en particulier "dans les situations non prévues par un protocole validé", ou que la CIRE "peut contribuer à l'évaluation des signaux à la demande de la CVAGS". Les notions de soutien et d'expertise signifient que la CIRE est une force d'appui à l'ARS et que la CVAGS est à l'origine de la sollicitation de la CIRE. On retrouve la philosophie des circulaires de 1994 et 1995 qui prévoyaient que les CIRE "apportent une aide au plus près du terrain" et viennent "renforcer les services déconcentrés", en étant "en appui".
- [46] Restait à définir des critères qui permettent d'objectiver les cas de recours à la CIRE. C'est ce à quoi se sont employés un certain nombre de guides ou protocoles nationaux.
- [47] Le guide de la veille et de l'alerte de l'InVS de 2011 a été réalisé dans un objectif de remise à plat des missions des acteurs chargés de la veille en région. Le précédent datant de 2005, il est clairement élaboré pour édicter les nouvelles règles résultant de la création des ARS et des plateformes de veille. Il vise avant tout à préciser "le rôle de chacun des acteurs".
- [48] Le guide reprend chaque étape de traitement d'un signal et précise les missions de la CVAGS et de la CIRE. L'annexe 1 du présent rapport détaille chacune de ces étapes et rappelle les définitions.
- [49] La réception, la vérification et la validation du signal sont du ressort de la CVAGS, et la CIRE "peut être sollicitée pour apporter un appui en cas de besoin".
- [50] Pour l'évaluation du signal, il est écrit que "les rôles respectifs de la CVAGS et de la CIRE sont complémentaires et diffèrent selon le type de signal". C'est à la CVAGS de "réaliser une évaluation initiale" de la menace. La CIRE "participe" à cette évaluation et à la détermination de sa portée (locale ou nationale). Des critères sont proposés pour préciser quand l'intervention de la CIRE est nécessaire pour l'évaluation d'un signal : "des signaux de type cas groupés ou dont l'étiologie est inconnue, nécessitant des investigations des risques pour l'évaluation, sans protocole de réponse existant". A l'inverse, "les signaux isolés, de type signalement MDO¹⁷, et qui demandent un traitement rapide, ont des modalités de traitement définies dans des protocoles¹⁸ et sont majoritairement traités par les CVAGS, puisque ne nécessitant pas d'épidémiologie d'intervention". Une liste de questions a été établie pour guider les CVAGS dans leur transmission à la CIRE. Elles sont détaillées dans l'annexe 1 et répertorient l'évènement inhabituel ou inattendu, ou encore susceptible d'avoir un impact important sur la santé de la population, et enfin le risque de diffusion hors de la région.
- [51] Les mesures d'investigation nécessaires en cas de déclenchement de l'alerte sont coordonnées par la CIRE, car les méthodes font appel à l'épidémiologie et à l'évaluation des risques, et parce que les CIRE peuvent s'appuyer sur l'InVS. Les CVAGS sont associées et un encadré du guide détaille les cas où la CVAGS peut mener les investigations de façon autonome, en édictant un certain nombre de critères. Le guide précise enfin que les mesures de gestion sont, en revanche, coordonnées par la CVAGS.

¹⁷ Maladies à déclaration obligatoire

¹⁸ Sont ainsi protocolisés selon le guide 2011 la légionellose, la gale, les clusters de cancers... Mais des protocoles sont également signés pathologie par pathologie au niveau local.

[52] L'InVS a actualisé ce guide par un protocole réalisé en avril 2013¹⁹, plus centré sur le circuit de l'alerte. Mais il reprend en son annexe 4 une typologie des critères qui doivent indiquer à la CVAGS quand saisir la CIRE. Celle-ci est quasi-similaire à celle de 2011²⁰, même si elle est plus précise en distinguant les signaux sanitaires et environnementaux. Seul le critère du trouble à l'ordre public (événement à risque médiatique) est réellement ajouté. Le protocole incite les CVAGS à déclencher une "réunion de plateforme" quand l'un des critères est rempli.

[53] Le tableau suivant récapitule la façon dont le guide partage les compétences.

Tableau 4 : Répartition des compétences issue du guide de la veille 2011

Etapes de traitement du signal	Rôle des CVAGS	Rôle des CIRE
Réception du signal	En charge	A accès aux signaux
Vérification et validation	En charge	Appui en cas de besoin, sollicité par la CVAGS
Evaluation du signal	En charge, en lien avec la CIRE	Plus spécifiquement, sollicitation de la CIRE pour cas groupés ou étiologie inconnue
Déclenchement de l'alerte	En charge, si elle a réalisé l'évaluation de la menace	En charge, si elle a réalisé l'évaluation de la menace
Investigations	Possible, si elle en a la capacité	Coordination par la CIRE
Gestion	En charge de la coordination	

[54] Malgré les efforts pour clarifier la répartition des compétences entre les deux types d'acteurs, on constate, finalement, que la plupart des missions sont des missions partagées et que les textes entretiennent souvent la confusion plus qu'ils ne la combattent. En particulier sur l'évaluation, pour laquelle le guide de 2011 rappelle la capacité d'auto-saisine de la CIRE sans en préciser, ni les circonstances, ni les enjeux, après avoir défini les cas où elle doit être sollicitée par la CVAGS. On le voit aussi sur l'investigation, vue comme le domaine de compétences de la CIRE, mais à laquelle CVAGS peut être "associée", voire, si l'on suit à la lettre le questionnaire du guide de 2011, complètement autonome. Les termes ouverts à la libre interprétation tels que "en tant que de besoin", "le cas échéant", "en lien avec" sont très souvent utilisés dans les protocoles ou guides.

Des textes qui restent interprétables

[55] Ces expressions reflètent le fait que c'est à l'autorité sanitaire de décider quand elle recourt à l'expert, ce qui paraît logique dans un domaine où toutes les situations ne peuvent être totalement régies par les textes. Mais, en l'absence de tout critère indicatif de répartition des rôles, elles peuvent aussi être le symptôme de textes insuffisamment précis. Les actions des acteurs dépendent de leur interprétation, et au vu du flou des textes, chacun peut revendiquer la totalité des étapes de la veille comme appartenant à son champ de compétence.

¹⁹ Protocole: Du traitement du signal à l'alerte sanitaire de santé publique au sein de l'InVS.

²⁰ Evénement inhabituel ou inattendu; ou susceptible d'avoir un impact important sur la santé de la population; risque de diffusion hors de la région; événement susceptible d'avoir des retombées politiques, légales ou médiatiques; ou résultant de la dissémination délibérée d'un agent chimique, radioactif ou biologique.

- [56] Ainsi, trouve-t-on sur le site de l'InVS, que les CIRE ont une fonction d'épidémiologie d'intervention, précisée de la façon suivante : analyse du signal, évaluation de la situation, propositions d'options de gestion, suivi permettant l'adaptation de la réponse. Il n'est pas précisé qu'une partie de ces missions incombent aussi aux ARS. Le rapport annuel 2013 de l'InVS rappelle la procédure en quatre étapes de signalement de l'alerte, sans distinguer les signaux parvenus directement à l'InVS et les signaux signalés en région, et sans mentionner les ARS. Il est ainsi écrit que "l'InVS dispose d'outils permettant la réception et l'analyse régulière des signaux", qu'il "vérifie l'existence de l'événement et examine la pertinence du signal", et qu'en "lien avec la CIRE, il examine la gravité de la menace potentielle". Les CVGAS sont visées à la quatrième étape, après le déclenchement de l'alerte, pour "organiser une réponse régionale". A l'inverse, dans un courrier en date du 27 mai 2014 adressé par le DG de l'ARS Ile-de-France à la DGS, est écrit que "les ARS reçoivent l'ensemble des signaux, définissent et prennent les mesures nécessaires à leur gestion. L'InVS assure au niveau national des missions de surveillance", occultant ainsi la partie "veille sanitaire" des missions de l'Institut.

Le cas emblématique de la procédure "Ebola" et des "émergences"

- [57] Les instructions nationales sur la procédure à appliquer en cas de suspicion d'un cas d'Ebola sont assez représentatives du flou qui entoure, aujourd'hui, la répartition des rôles entre les CIRE et les CVAGS.
- [58] Le Message d'alerte rapide sanitaire (MARS) de la DGS transmis aux ARS, à l'InVS, aux établissements hospitaliers, aux services d'aide médicale urgente (SAMU) le 6 août 2014 prévoit que suite à un appel au SAMU, l'ARS "en liaison avec l'InVS" classera le cas en "cas possible" et, qu'en cas de présence dans un établissement de santé, le cas sera classé "en lien avec l'ARS et l'InVS". Dans le MARS du 2 septembre 2014, on trouve que le clinicien en charge du cas doit "prendre contact avec l'ARS/CIRE territorialement compétente en lien avec l'InVS". Le signe "/" est là particulièrement ambigu. Il est ajouté que la CIRE classe le cas et que l'ARS est informée. Une note de l'InVS en date du 24 novembre 2014²¹ rappelle que c'est à la CIRE "en lien avec l'ARS" de classer les cas suspects et qu'un questionnaire d'évaluation a été mis à disposition des "CIRE et des ARS".
- [59] Les instructions sur ce point précis de la compétence des acteurs ont fluctué, puisque dans les MARS du 25 mars 2014, c'est l'InVS seul qui classe le cas suspect, puis en lien avec l'ARS dans le MARS du 6 août 2014, puis de nouveau la CIRE seule dans le MARS du 2 septembre 2014. La note de l'InVS du 24 novembre 2014 remet en avant l'InVS et les ARS.
- [60] Le sujet des "cas contact" est également significatif. Trois phases sont nécessaires pour identifier des cas contacts : une phase d'investigation, une phase de validation du cas et une phase de suivi (appel tous les jours pendant 21 jours pour vérifier la température de la personne). Le MARS du 3 octobre précise que le professionnel de santé doit prendre contact avec l'ARS pour l'identification et le suivi des contacts. Un projet de MARS présenté en décembre aux ARS a été suspendu car donnant toute compétence à l'InVS sur chacune des étapes, les ARS étant éventuellement associées à la dernière, qui pour les CVAGS est la "moins noble". Par un courrier en date du 23 octobre 2014 adressé à la DGS, le DG de l'InVS rappelle que l'Institut est "responsable du suivi des contacts" et que c'est donc à la CIRE de le piloter au plan local. Or, les tâches de suivi s'apparentent plutôt à des tâches de gestion. En Ile-de-France, ce flou a donné lieu à des situations peu cohérentes: alors que la CVAGS avait commencé à investiguer et suivre les cas contacts, ordre a été donné, quelques heures après, de transférer les interlocuteurs vers la CIRE. Ces flottements nationaux ont suscité, dans l'ensemble des régions, des tensions et des difficultés de calage, avant qu'un modus vivendi local soit parfois défini de façon concertée.

²¹ Epidémie d'infections à Ebola virus en Afrique de l'Ouest, Dispositif de surveillance renforcée; DMI-EAZ; description au 24 novembre 2014. InVS.

Des textes peu clairs enfin sur la remontée de l'alerte au niveau national

- [61] Aujourd'hui, deux circuits²² coexistent en matière de remontée des alertes, l'un, des CIRE vers l'InVS, qui dispose de ses propres règles, édictées dans le protocole du 30 avril 2013 précité²³, et l'autre, des ARS vers le département des urgences sanitaires (DUS) de la DGS, qui dispose d'autres règles, datant de la circulaire dite "CORRUSS"²⁴ du 17 juin 2010²⁵. L'InVS édite chaque jour un bulletin quotidien des alertes (BQA) qu'elle transmet au DUS. Le DUS a donc deux sources d'information différentes, aux règles non harmonisées.
- [62] Cette asymétrie a pu créer des tensions au niveau local. Comme beaucoup de signaux remontent des CIRE vers l'InVS pour simple information, lorsque ce signal est évoqué par le DG de l'InVS en réunion de sécurité sanitaire hebdomadaire (RSS) ou transmis au DUS qui questionne l'ARS, celle-ci peut ne pas avoir été informée en amont, ce qui crée des situations inutilement inconfortables, faute de prise de contact systématique entre le DG de l'InVS et le DG de l'ARS pour anticiper ce type de difficulté.
- [63] Aux deux circuits parallèles CIRE/InVS et ARS/DUS s'ajoute d'ailleurs un circuit ARS/InVS virtuel. Dans les faits, il n'existe pas. Dans les textes, la situation est moins lisible. La circulaire du 20 avril 2010, si elle précise que "l'ARS est en relation permanente en matière de sécurité sanitaire avec la DGS" ajoute aussitôt qu'elle est "en relation constante avec l'InVS". L'article L 1413-15 du CSP, introduit, en 2004, pour préciser les liens entre le préfet et l'InVS et modifié en 2010 avec la création des ARS, dit également qu'en cas de "menace imminente pour la santé de la population" ou de "menace sanitaire grave", l'ARS informe l'InVS. Interrogés sur cet article, les interlocuteurs de la mission ne savent pas quel sens exact lui donner²⁶, sauf pour préciser que "l'ARS doit s'entendre comme étant la CIRE dans ce cas"...
- [64] Les circuits de remontée des alertes nationales gagneraient à être clarifiés et notamment le lien ARS /InVS.

Une demande de clarification forte

- [65] Plusieurs rapports récents ont souligné, à partir de constats similaires, la nécessité d'une clarification du périmètre des compétences des CIRE et des CVAGS. La Cour des comptes dans le rapport de 2012 sur la gestion de l'InVS relève que, malgré le guide de 2011 très documenté, "la séparation des rôles entre les ARS et l'InVS reste peu claire". Le rapport de l'IGAS sur le contrôle interne de l'InVS de 2011 et celui de 2012 sur le bilan du Contrat d'objectifs et de performance (COP)²⁷ concluent de la même façon et appellent à "conforter le rôle spécifique des CIRE" et à "une clarification des rôles et périmètres des acteurs pour un renforcement de l'efficacité de l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire".

²² Ces circuits sont détaillés dans l'annexe 1 du présent rapport

²³ L'InVS dispose de 3 types de fiche de signalement : fiche « Alerte » avec un degré d'urgence élevé pour le suivi ou la coordination de la réponse au niveau national ; fiche « Information sanitaire d'importance » pour les alertes ne remplissant pas les critères de remontée au niveau national mais nécessitant une transmission à but d'anticipation ou traitant d'un sujet présentant une sensibilité médiatique ; et fiche « Information simple », lorsque le signal est en cours de validation ou validé, mais ne constitue pas une alerte, juste une information générale.

²⁴ Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales

²⁵ La circulaire du 21 décembre 2012 relative à SISAC (système d'information sanitaire des alertes et des crises) a actualisé la circulaire CORRUSS de 2010 et classe les alertes à remonter en deux catégories, les situations affectant le fonctionnement de l'ARS ou celui des établissements de son ressort n'en faisant plus partie

²⁶ La première partie de l'article qui établit une obligation de déclaration à l'ARS est en revanche claire car pose le principe du point focal régional.

²⁷ Mission sur le contrôle interne des activités sanitaires de l'InVS, décembre 2011. Evaluation de la mise en œuvre du COP de l'InVS (2009-2012) et préparation du COP 2013-2016, décembre 2012.

- [66] La demande de clarification est surtout le fait des acteurs concernés. L'InVS a écrit entre 2009 et 2014 de nombreuses notes sur ce sujet. Dans la dernière en date du 13 juin 2014 adressée au SG du ministère et au DGS, il rappelle que les difficultés sont récurrentes "dans la compréhension des rôles respectifs, que ce soit de la part de certains agents des CIRE comme des ARS" et que "la répartition des rôles au quotidien notamment sur le sujet de l'évaluation du risque reste ambiguë".
- [67] Les directeurs généraux d'ARS soulignent également ce sujet de la répartition des compétences dans leurs écrits. Une note du bureau des DG d'ARS de début 2014 listant les points forts et les points faibles du modèle de double autorité précise qu'il est "complexe de distinguer les mesures relevant de l'évaluation des risques des mesures relevant de leur gestion", ce qui "revient à mobiliser sur un même dossier un binôme d'experts". A la demande de la réunion des directeurs de la santé publique (DSP) du 13 juin 2012, l'ARS Franche-Comté avait précédemment produit une note²⁸ où étaient soulignés "la compétence partagée entre l'ARS et l'InVS" et le "risque de doublonnage".

1.1.1.2 Un flou à dissiper autour des responsabilités de chaque acteur

- [68] La notion de responsabilité n'apparaît pas dans la loi en tant que telle, mais chacun des acteurs concernés estime que les textes lui donnent la "responsabilité du traitement des signaux", et notamment de son évaluation.
- [69] La convention cadre de 2010 et le modèle de convention de partenariat indiquent que l'InVS et l'ARS "partagent la responsabilité d'assurer la veille sanitaire en région". Le principe est que la CIRE « peut contribuer à l'évaluation des signaux à la demande de la CVAGS », mais il est également ajouté qu'elle "garantit l'évaluation des situations sur sollicitation de la CVAGS ou par auto-saisine"²⁹. Le guide de la veille de 2011 reprend cette formulation : (la CIRE) "peut aussi s'auto-saisir car c'est elle qui, au final, garantit, sur les plans scientifique et technique, l'évaluation des situations". Il est intéressant de noter que le guide de 2005 n'employait jamais cette expression. On y retrouve même que "la veille sanitaire est de la responsabilité des DDASS".
- [70] Avec cette notion de responsabilité, on passe donc d'une position d'appui de l'ARS à une position de garant de la qualité de traitement du signal, et donc en position de "supervision".
- [71] Pour l'InVS, cette notion de "garantie" qui renvoie à celle de "responsabilité" est centrale et on la retrouve en filigrane dans ses écrits, où sont évoquées des "responsabilités" plutôt que des "missions" ; ceci s'accroît à compter de la création des ARS. Dans les rapports annuels successifs de l'InVS est soulignée la "responsabilité d'alerter les pouvoirs publics". Dans une note du 13 février 2013, le DG de l'InVS reprend des extraits du rapport de la Cour des comptes de 2012 qui précisait que l'InVS doit "garantir que les mesures prises par les autorités sanitaires locales ou nationales reposent sur un fondement scientifique ou technique pertinent". Dans la note du 23 octobre 2014 au DGS déjà citée sur Ebola, on retrouve aussi le thème de la "responsabilité" : "dans le cadre de ses missions de veille et d'alerte sanitaire, l'InVS est responsable de la surveillance des cas suspects et de leur évaluation pour classement".

²⁸ Note du 19 septembre 2012

²⁹ Dans les régions où elle s'est déplacée, les acteurs s'accordent pour dire à la mission que les cas d'auto-saisine sont relativement rares et qu'ils se font "toujours en lien avec la CVAGS", comme en Languedoc-Roussillon ou en Nord-Pas-de-Calais.

- [72] Cette responsabilité nationale se décline en responsabilité régionale des CIRE, et ce d'autant plus que la majorité de signaux qui parviennent à l'InVS proviennent des régions (88 % en 2013 selon l'InVS). C'est ce qui, selon l'actuelle direction générale de l'InVS, justifie la possibilité d'une auto-saisine des CIRE pour éviter "de passer à côté des signaux". Cette idée est clairement explicitée dans une audition de l'ancienne directrice générale de l'InVS³⁰ : "le domaine de compétences des CIRE, l'épidémiologie, nécessite un contrôle rigoureux des méthodes utilisées pour garantir la qualité scientifique de leurs travaux. Il n'est pas sûr qu'une équipe isolée en ARS présenterait des garanties suffisantes".
- [73] La notion de responsabilité, comme celle de garantie, sont aujourd'hui très présentes dans les réflexions autour des responsabilités du nouvel Institut de santé publique. C'est ce qui a fondé les premières propositions du préfiguré F. Bourdillon avec une vision très extensive du rôle des CIRE³¹ : puisqu'il était envisagé que les futures délégations territoriales de l'Institut aient la "responsabilité de l'évaluation du risque et des investigations". Et que « les ARS ...participent à l'organisation de la veille sanitaire", au lieu de "l'organiser". Dans une deuxième proposition, la notion de responsabilité est moins mise en avant, mais apparaît l'idée de doter l'InVS et les CIRE de pouvoirs supplémentaires, notamment une capacité d'audit sur les "conditions de levée de doutes sur certains événements". Ces revendications de l'InVS peuvent sembler paradoxales quand, dans certaines régions³², la CIRE n'a, aujourd'hui, pas accès à tous les signaux, et ne souhaite pas l'avoir, compte tenu de la masse d'informations à traiter et de la crainte d'engager sa responsabilité sans être en mesure d'évaluer tous les signaux.
- [74] Pour l'InVS, cette notion de responsabilité est liée au principe de séparation de l'évaluation et de décision de gestion, qui sous-tend notre système de veille et sécurité sanitaire depuis les premières étapes de sa construction dans les années 80 et 90. L'une des leçons principales des crises sanitaires a été l'importance de cette séparation, pour permettre une indépendance de l'expertise. Le COP 2014-2017 rappelle que l'InVS doit "faciliter la décision des pouvoirs publics par le principe de la mise à disposition de compétences spécifiques garantissant le caractère indépendant de l'évaluation". L'Institut souligne, comme un point fort du système, le fait qu'"au travers des CIRE, il engage sa responsabilité au niveau local et est garant d'une indépendance scientifique dans ses méthodes d'évaluation"³³.
- [75] A l'inverse, les ARS interprètent les textes comme leur donnant pleine et entière "responsabilité" en matière de veille au niveau régional, sans exclure de celle-ci l'évaluation de signaux. Sur l'évaluation, les acteurs de la veille revendiquent la possibilité du recours à la CIRE quand ils le décident. Le principe de la séparation de l'évaluation et de la gestion leur semble, de surcroît, souvent difficile d'application au niveau local quand, pour gérer une méningite ou une Toxi-infection alimentaire collective (TIAC) familiale, toutes les étapes de traitement du signal s'enchaînent très rapidement³⁴ et sont familières aux CVAGS. Les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP) estiment souvent être suffisamment "autonomes" pour pouvoir évaluer la plupart des signaux sans l'appui de la CIRE. Pour les acteurs régionaux, la "responsabilité" de l'InVS n'est pas engagée sur des signaux la plupart du temps à portée locale. Surtout, la position de "garant" qui serait celle de l'InVS paraît difficilement acceptable, dans sa généralité, au-delà des cas complexes, et introduirait une hiérarchie mal vécue entre des équipes associées au sein des plateformes.

³⁰ Audition devant la commission des finances de l'Assemblée Nationale lors de l'examen du Projet de loi de finances (PLF) 2014

³¹ Première version d'une note faite en décembre 2014 par le directeur général de l'InVS au DGS et au SG du ministère sur les contours du futur Institut de santé publique en matière de veille

³² Et notamment, les trois grandes régions, Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA.

³³ Note du 13 février 2013 adressée par l'InVS à la DGS

³⁴ La CVAGS Nord-Pas-de-Calais cite le cas de la méningite, où se font les interrogations sur les cas contacts, puis en parallèle de la prophylaxie.

- [76] Cette notion de "responsabilité régionale des ARS" est reprise dans le rapport sur la réforme des vigilances³⁵ où il est écrit que "les ARS sont responsables, pour les signalements qu'elles reçoivent, notamment via le point focal régional (PFR), avec le concours de leurs partenaires et de leurs réseaux (CIRE...) du recueil, de l'investigation, de l'évaluation et de l'expertise des signalements", les "agences nationales étant responsables des signalements relevant de leur champ".
- [77] Ce flou qui entoure la notion de "responsabilité" et l'acteur qui en serait chargé complique les relations locales et doit être dissipé. Ceci passe au préalable par une clarification des missions de chacun.

1.1.1.3 Des dysfonctionnements, générateurs de tensions, parfois induits par un déséquilibre des forces entre CIRE et CVAGS

- [78] Lors des déplacements effectués par la mission, les cas de tensions provoqués par le manque de clarté des missions des uns et des autres ont été mis en avant.
- [79] L'ambiguïté de la répartition des rôles a pu, tout d'abord, créer des incompréhensions au quotidien. Dans l'une des régions enquêtées, au début de la création des plateformes en 2010, les délégations territoriales (DT) ne savaient plus distinguer ce qui relevait de la CIRE et ce qui relevait de la CVAGS. Il continue d'ailleurs dans cette région d'exister des liens directs CIRE/DT. A été aussi cité le cas d'une DT qui "mettait la CIRE en copie de tout" faute de savoir qui faisait quoi.
- [80] Ensuite, le chevauchement des missions peut entraîner la confusion des rôles. Les acteurs exécutent parfois des tâches qu'ils estiment ne pas être de leur ressort ou soulignent que les autres ont empiété sur leurs prérogatives. Ainsi, dans une note envoyée au DGS par l'InVS le 24 juillet 2014 sur le bilan de l'organisation de la réponse à l'émergence du chikungunya aux Antilles-Guyane, on trouve ainsi que "la répartition des activités entre CIRE et InVS est parfois floue" et que "des activités relevant de l'ARS sont prises en charge complètement par l'InVS".
- [81] L'imprécision de la répartition des missions encourage, parfois, les acteurs à revendiquer la totalité des missions de l'autre. C'est souvent le cas quand les membres de la CVAGS ont une compétence en épidémiologie et ont auparavant travaillé au sein d'une CIRE. Un responsable de CIRE parle d'une "compétition sur l'évaluation". Dans une région où la CIRE est affaiblie, le responsable de la veille, par ailleurs ancien épidémiologiste de CIRE, ce qui n'est pas neutre, parle d'un "glissement des missions de la CIRE vers la CVAGS, notamment en matière d'animation du réseau de veille" ou "qu'on se marche sur les pieds et qu'on fait la même chose", y compris sur le travail de fond, comme la couverture vaccinale.
- [82] Il est, de fait, important de noter que la collaboration CIRE/CVAGS est fortement conditionnée par l'équilibre quantitatif et qualitatif des "forces en présence". L'affaiblissement d'une CIRE ou d'une CVAGS amplifie les enjeux de frontières et conduit inéluctablement, comme la mission a pu le constater, à un déplacement des lignes et à un empiètement sur les missions de l'autre acteur. La composition qualitative de la CIRE joue également un rôle important, et notamment la présence ou non de médecins en son sein. La défiance des médecins des CVAGS face aux épidémiologistes non médecins des CIRE aura été rencontrée par la mission dans tous ses déplacements. Elle est aggravée si la CIRE comporte, comme c'est souvent le cas, des personnels jeunes, encore peu expérimentés, alors que la CVAGS a recruté de son côté des MISP chevronnés, qui ont de surcroît parfois préalablement travaillé en CIRE. Le déséquilibre des forces peut aussi susciter des tensions : une CVAGS, pressée par l'urgence, comportant moins d'effectifs que la CIRE qui est son interlocuteur naturel, peut développer une certaine acrimonie face à une structure qu'elle estime "sur-dotée" et moins malmenée par le rythme de la gestion.

³⁵ Préconisations pour une réforme du dispositif de vigilances sanitaires. Françoise Weber. Septembre 2014.

- [83] Sur Ebola, ces dysfonctionnements ont été particulièrement soulignés. L'InVS revendique sa totale responsabilité d'épidémiologiste sur une émergence, qui est par définition fluctuante et complexe. Au niveau local, les CVAGS et, notamment, en leur sein les MISP, ne comprennent pas que ce classement des cas ne leur soit pas entièrement dévolu, alors même qu'ils ont des compétences médicales, et font parfois face à des CIRE sans médecin. C'est particulièrement vivace en Ile-de-France, où sont concentrés la plupart des cas. Le recours par l'InVS à des médecins de la réserve sanitaire³⁶ pour renforcer les équipes classant au siège les cas suspects a suscité beaucoup d'émoi puisqu'en Ile-de-France, certains professionnels de la CVAGS ont été sollicités comme réservistes alors même qu'ils étaient écartés des classements de cas au titre de l'ARS.
- [84] Aux tensions internes, se sont ajoutées des difficultés de lisibilité pour les partenaires extérieurs, en particulier les établissements de santé. En Ile-de-France notamment, des interrogations ont été exprimées par les SAMU et les infectiologues³⁷. Dans toutes les régions, en dépit d'un effort de coordination des acteurs -CIRE et CVAGS- pour limiter les démarches des professionnels, des flottements se sont produits, notamment pendant les périodes d'astreinte.

1.1.1.4 Des relations d'autant plus fluides qu'elles ont été réellement concertées

- [85] Pour éclairer les pratiques locales et lever les ambiguïtés des textes, et afin de prévenir ou réduire les tensions évoquées, plusieurs régions se sont lancées dans l'élaboration de protocoles de fonctionnement des plateformes de veille.
- [86] A côté du guide national, l'InVS a en effet incité les CIRE à élaborer avec les CVAGS de protocoles locaux de fonctionnement. Le rapport annuel d'activité de l'InVS précisait que l'année 2012 avait été l'année où "des procédures de fonctionnement ont été formalisées de manière à servir de référentiel pour la veille et la sécurité sanitaire en région". Dans les faits, ces protocoles s'élaborent lentement et sont encore en cours de préparation dans plusieurs régions. Dans un document transmis à la mission par l'InVS, il était dénombré 14 protocoles signés sur 26 régions fin 2013. Au moins deux régions de plus ont depuis signé un tel document : l'Alsace et la Haute-Normandie. Et des projets sont en cours en Bourgogne, Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais et Languedoc-Roussillon.
- [87] La plupart de ces protocoles portent sur les modes de fonctionnement, avec, en particulier, l'organisation de réunions régulières : "réunions flash" en cas de signal à partager, mais surtout "réunions hebdomadaires" (voire bi-hebdomadaires) pour faire le point des signaux de la semaine. Certains prévoient, en outre, des réunions quotidiennes. Ces temps de concertation sont importants pour que le système fonctionne ; leur absence crée souvent des tensions et des dysfonctionnements entre les acteurs, par manque de fluidité de l'information et de répartition concertée des rôles dans le traitement d'un signal.

³⁶ Mail de l'EPRUS en date du 13 novembre 2014

³⁷ Courriel du DG de l'ARS Ile-de-France précité

- [88] Si ces réunions sont notamment destinées à garantir la coordination, les critères de répartition des tâches auxquels il serait fait référence sont, cependant, rarement très détaillés. Certains protocoles reviennent sur la notion d'appui. En Haute-Normandie, cet appui intervient "quand la gestion en première intention n'a pas amené les résultats escomptés ou quand les informations ne sont pas suffisantes pour la gestion". D'autres reprennent les critères du guide de 2011 : le projet de la plateforme Nord-Pas-de-Calais précise que l'intervention de la CIRE se fait en cas de signaux "inhabituels ou ayant un impact important en santé publique". D'autres enfin essaient d'aller un peu plus loin : sur les investigations, on trouve dans le protocole de la CIRE Bourgogne / Franche-Comté que la CIRE pilote les investigations complexes et notamment les suspicions de cas groupés de maladies non infectieuses (clusters), les syndromes inexpliqués, les signaux provenant de la surveillance nationale de l'InVS (CNR³⁸...), les intoxications ou risques d'intoxication autres que le monoxyde de carbone, l'exploitation des enquêtes épidémiologiques des TIAC concernées, ou les suspicions de cas groupés de maladies infectieuses autres que TIAC.
- [89] Dans certains cas, des protocoles sont établis pour des pathologies particulières. Ainsi est-ce le cas en Rhône-Alpes sur les infections invasives à méningocoques, les coqueluches ou les TIAC, ou sur le chikungunya en Languedoc-Roussillon, ou encore sur les TIAC en Nord-Pas-de-Calais. Le recours à la CIRE repose souvent sur l'apparition de cas groupés.
- [90] Concernant Ebola, afin d'apaiser localement les tensions nées du flou des instructions, beaucoup de plateformes ont mis en place des systèmes de validation commune des cas suspects, reposant la plupart du temps sur des protocoles spécifiques. C'était le cas dans la plupart des régions enquêtées : en Rhône-Alpes (où se met en place une conférence téléphonique associant le médecin signalant, le SAMU, la CIRE et la CVAGS), en Languedoc-Roussillon (validation commune CIRE / CVAGS lors de réunions flash), en Lorraine-Alsace lorsque la CVAGS souhaite être associée ou en Nord-Pas-de-Calais (cellule spéciale CVAGS / CIRE coordonnée par le département de défense et de sécurité).
- [91] Le bon fonctionnement de la coopération entre CIRE et CVAGS repose aussi sur la concertation en matière de remontée des alertes³⁹ et des informations sanitaires d'importance selon la terminologie de l'InVS, afin de garantir des démarches parallèles et non dispersées, et sur la définition de règles de bonne pratique en matière de communication et de publication⁴⁰, ce qui permet d'éviter d'inutiles frictions en cas de sortie de documents ou de prises de parole.
- [92] Il apparaît ainsi que, localement, les acteurs ont souvent su atténuer l'impact des imprécisions des textes et lorsque l'équilibre des forces le permettait, mettre en place des modes de fonctionnement globalement satisfaisants. Les dysfonctionnements objectifs parfois rencontrés ne doivent pas être surestimés : dans plusieurs régions, les acteurs ont, par une concertation étroite, su les minimiser et s'organiser pour tirer le meilleur parti d'une complémentarité fonctionnelle bien réelle (cf. *infra*).

³⁸ Centre national de référence.

³⁹ Certains protocoles locaux instaurent des procédures d'échanges d'informations en cas de remontées entre la CIRE et la CVAGS (Auvergne, Aquitaine ou Languedoc-Roussillon par exemple).

⁴⁰ Certaines régions mettent en place des procédures ad hoc. Ainsi, lorsque la CIRE Languedoc-Roussillon publie un document (rapport d'étude, Bulletin de veille sanitaire, article), le document est transmis au DSP pour information et avis sur l'impact institutionnel de la publication pour l'ARS, afin d'anticiper et échanger sur l'impact attendu pour la région. Il en est de même en Nord-Pas-de-Calais. Sur la communication on trouve des choses dans les protocoles Languedoc-Roussillon, Aquitaine ou Bourgogne / Franche-Comté.

1.1.2 Un montage administratif complexe qui ne garantit plus un pilotage pertinent

- [93] Le montage administratif actuel des CIRE est également le résultat de l'histoire. Lorsqu'elles se créent en 1995, elles sont situées dans les locaux des DRASS qui leur assurent leurs moyens de fonctionnement, et qui leur affectent des personnels (MISP et IGS⁴¹ au départ), sur lesquels elles gardent une autorité hiérarchique. L'autorité du RNSP est alors décrite dans la convention type de l'époque comme une autorité "fonctionnelle", sans que la notion ne soit précisée. Ces cellules sont là pour apporter un soutien aux services déconcentrés et sont imbriquées avec les DRASS. Elles assurent également des missions pour le compte du RNSP et notamment la mise en place des premiers réseaux de surveillance.
- [94] Lorsque se crée l'InVS en 1998, la conception du modèle administratif va peu à peu évoluer. Comme le souligne le rapport de la Cour des comptes de 2012 déjà cité, l'Institut s'introduit, "dans un contexte d'affaiblissement des DRASS", dans la gestion des CIRE. Aux personnels financés par les DRASS, l'InVS ajoute du personnel recruté et financé par lui, et en 2009, près de 50% des postes émargent à son budget⁴². Le guide de la veille de 2005 précise, dès lors, que les CIRE sont placées sous l'autorité scientifique de l'InVS, et "sous l'autorité administrative partagée du DRASS et du DG de l'InVS", ce qui montre bien l'évolution intervenue depuis les circulaires de 1994 et 1995 où les DRASS seules avaient "autorité hiérarchique". Le rapport annuel 2008 de l'Institut écrit que les CIRE sont "copilotées" par les DRASS et l'InVS.
- [95] En parallèle, l'InVS harmonise le fonctionnement des CIRE en définissant les circuits de l'alerte avec la publication d'un premier guide en 2005 et développe leur activité avec, pour tirer les conséquences de la crise de la canicule, l'implantation et la régionalisation de SurSaUD⁴³, système de surveillance non spécifique. Les CIRE sont considérées comme un véritable réseau de l'Institut, chargé notamment d'animer et de coordonner le tissu régional de veille sanitaire (systèmes de surveillance et partenaires locaux de la veille). Dans le guide de 2005, il est désormais précisé que les CIRE sont "les antennes régionales" de l'InVS. Le rapport annuel de 2008 précise "qu'elles accomplissent localement les missions de l'InVS". Amorcé antérieurement à la mise en place des ARS, l'arrimage croissant des CIRE à l'InVS ne sera pas ralenti par leur création.

1.1.2.1 L'affirmation progressive de l'animation du réseau des CIRE par l'InVS et un inégal investissement des ARS

- [96] Lorsque les ARS se créent, se pose la question du devenir des CIRE et de leur positionnement dans le nouveau paysage régional. Le rapport de la Cour des comptes de 2012 explique que "dès le début des discussions sur le champ de compétences des ARS, l'InVS s'était mobilisé auprès de la DGS pour obtenir le rattachement intégral des CIRE, du fait de la disparition des DRASS".
- [97] Dans les faits, la double gouvernance sera conservée, mais l'InVS va amplifier le mouvement enclenché avant la création des ARS, en positionnant et en animant les CIRE comme son véritable réseau. La création des ARS correspond à la mise en place du DCAR (département de la coordination des alertes et des régions) en 2009, qui va structurer l'animation du réseau des CIRE, qui s'intitulent désormais pour la plupart "cellules de l'InVS en région". La directrice générale de l'InVS, lorsqu'elle est auditionnée par la commission des finances lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2014 les nomme des "mini-InVS".

⁴¹ Ingénieur du génie sanitaire

⁴² Cf. Annexe 3 sur les ressources humaines des CIRE

⁴³ Surveillance sanitaire des urgences et des décès. Depuis 2003, l'Institut de veille sanitaire a développé un système de surveillance sanitaire dit syndromique, basé sur la collecte de données non spécifiques. Le système permet la centralisation quotidienne d'informations, provenant de services d'urgences, d'associations SOS Médecins et de l'INSEE (données de mortalité des communes).

[98] Ce mouvement de fond, alors même qu'historiquement les CIRE dépendaient, aussi, des DRASS, va parfois fragiliser le rôle des ARS dans le pilotage de ces structures.

[99] La convention cadre de 2010 et les conventions de partenariat

[100] C'est la convention cadre du 19 mai 2010 signée entre la DG de l'InVS, le DGS et le SG du ministère des affaires sociales, après la circulaire SMGAS/DGS du 20 avril de la même année adressée aux ARS, qui fixe les nouvelles règles du jeu. Lui est joint un modèle de convention de partenariat destinée à être transposée dans chaque région et venant préciser certains points de la convention cadre. Les CIRE comprennent des personnels mélangés issus de l'InVS et de l'ARS. Chacun des partenaires s'engage à maintenir les moyens affectés, qui seront généralement définis en annexe des conventions régionales de partenariat.

[101] Le tableau suivant récapitule les principales dispositions de la convention cadre et du modèle de convention de partenariat.

Tableau 5 : Dispositions de la convention cadre du 19 mai 2010 et du modèle de convention de partenariat annexée

Rattachement	Double autorité. Autorité scientifique de l'InVS et autorité administrative de l'ARS.
Programmation	Elaboration du programme de travail par le responsable de CIRE qui le soumet à l'ARS et à l'InVS. Arrêté par le DG de l'ARS et de l'InVS.
Publications et communication	L'InVS est responsable du choix des méthodes d'évaluation des CIRE. Le résultat des études et investigations est validé par l'InVS avant leur publication et leur diffusion. La CIRE ne communique aucune information à la presse, sans autorisation expresse de l'InVS, après accord du DG de l'ARS. Les rapports d'études et d'investigations réalisés par la CIRE sont mis en ligne sur le site de l'InVS et sur le site de l'ARS après accord du DG. Les publications de la CIRE comportent le logo de l'ARS et de l'InVS.
Le responsable de CIRE	Il est nommé par l'InVS, après avis favorable du DG de l'ARS. Il est autorisé à prendre des congés par le DG de l'ARS (il en informe l'InVS). La lettre lui fixant ses objectifs est cosignée et il est évalué chaque année par le DG de l'InVS et le DG de l'ARS. Il est chargé de la coordination scientifique des travaux de la CIRE et du "management de l'équipe". Il détermine les objectifs de chaque agent de la CIRE.
Rattachement des personnels	InVS et ARS
Recrutements	L'InVS définit les profils des personnels et recrute, en accord avec l'ARS pour les personnels qui sont financés par son budget.
Evaluation des personnels	Les personnels sont évalués par le responsable de CIRE selon les instructions de l'InVS et de l'ARS qui transmet l'évaluation soit à l'InVS soit à l'ARS, en fonction du statut.
Rémunération	Par l'InVS et par l'ARS, selon le statut.
Gestion des personnels	Le responsable de CIRE assure le management de l'équipe. Il valide les droits à congés des personnels, qui sont gérés par l'ARS.
Droits des personnels	Les personnels de la CIRE relèvent de la médecine du travail des personnels de l'ARS, ainsi que des mesures d'hygiène et de sécurité de celle-ci. Ils ont accès au service de restauration collective de l'ARS, à l'arbre de Noël de l'ARS, et à l'action sociale spécifique de l'ARS (aide au logement, aide d'urgence).

Formations	L'InVS forme les personnels aux missions d'épidémiologie et d'alerte sanitaire. Les personnels ont accès aux formations proposées par l'ARS à ses agents.
Moyens de fonctionnement	L'ARS s'engage à assurer à la CIRE en son sein ses moyens de fonctionnement. Elle lui fournit des locaux appropriés de façon à faciliter l'organisation du travail avec la CVAGS, un local adapté pour l'archivage, les fournitures, le matériel informatique et téléphonique nécessaire, un accès internet et les logiciels. Elle met à disposition de la CIRE un secrétariat. Le responsable de la CIRE a accès au parc automobile de l'ARS dans les conditions qu'elle fixe. L'ensemble des frais de déplacement des personnels de la CIRE sont à la charge de l'ARS, sauf lorsqu'ils concernent les formations scientifiques.

- [102] Le modèle de convention ayant vocation à être transposé par les ARS en région, la mission a analysé les 17 conventions de partenariat. L'étude complète des conventions locales est réalisée dans le cadre de l'annexe 1. Aucune n'est identique à la convention nationale, à part la convention de la Bretagne (CIRE Ouest)⁴⁴, ce qui fait des CIRE des structures à la gouvernance hétérogène sur le territoire. Les différences les plus notables se constatent en matière de gestion des personnels (recrutements, évaluation du responsable de CIRE) ou de logos sur les publications. Par ailleurs, dans de nombreuses régions, la pratique diffère des conventions et celles-ci ne sont en réalité pas ou peu appliquées, ce qui explique une partie des dysfonctionnements déplorés par les acteurs.

Les questions posées aujourd'hui

- [103] Les CIRE sont donc des structures qui ont une double appartenance, sans que celle-ci n'ait été réellement précisée. Cette absence d'explicitation a permis un rattachement institutionnel ambivalent, que l'on retrouve au gré des fluctuations d'acronymes, d'organigrammes, de signalétique ou de logos. Si cette imprécision a permis au cours du temps à l'InVS d'affirmer sa pleine "autorité" sur les CIRE, celle-ci s'est faite parfois aux dépens du rôle des ARS, qui se sont inégalement impliquées dans le fonctionnement des CIRE et ont pu avoir l'impression de ne pas maîtriser l'action d'une structure pourtant positionnée en leur sein, notamment en matière de communication.

Une double autorité imprécise

- [104] La convention cadre du 19 mai 2010 précise "qu'au sein de l'ARS, la CIRE est placée à la fois sous l'autorité administrative de son directeur général et sous l'autorité scientifique du DG de l'InVS". On est donc passé de la notion "d'autorité hiérarchique" du temps des DRASS à la notion "d'autorité administrative". Cette notion, qui n'a pas de contenu en droit administratif, où seule la notion "d'autorité hiérarchique"⁴⁵ a un sens, renvoyait à l'époque au fait que les CIRE étant hébergées au sein des ARS, celles-ci allaient être impliquées dans leur "gestion administrative": gestion des congés, des locaux, du matériel, des droits sociaux, de la médecine du travail, des frais de déplacement...

⁴⁴ Seule l'expression "cellules interrégionales d'épidémiologie" a été remplacée par "cellule de l'InVS en région" comme dans cinq autres conventions.

⁴⁵ Le pouvoir hiérarchique, qu'on retrouve dans le statut de la fonction publique, est à la fois le pouvoir de nomination, évaluation, avancement, mutation, sanction, mais aussi un pouvoir sur les activités avec le pouvoir de donner des instructions et sur l'organisation du service (missions des agents).

[105] La terminologie a cependant rapidement évolué dans les documents produits par l'InVS, mais parfois validés par les ARS. Dès le rapport annuel de 2011, s'il est rappelé que les CIRE sont placées sous la "responsabilité scientifique" de l'InVS, il est ajouté que "la responsabilité administrative des CIRE est partagée entre l'InVS et les ARS". Cette notion de partage de la responsabilité administrative se retrouve dans les programmes de travail de toutes les CIRE, validés et signés par les directions d'ARS. On observe donc un glissement dans les termes, comme lorsqu'on était passé de "l'autorité hiérarchique" des DRASS mentionnée dans les circulaires de 1994 et 1995 au "co-pilotage" DRASS/InVS retrouvé dans le rapport annuel de 2008.

[106] Ce glissement montre que l'InVS a souhaité afficher que sa responsabilité n'était pas seulement scientifique, dans un contexte où il craignait que l'ARS n'affirme son "pouvoir hiérarchique" sur les personnels qu'elle finançait. Il est vrai que la notion "d'autorité scientifique" est dès le départ insuffisante : indépendamment du sujet des personnels, les CIRE et notamment leur responsable, sont bien sous l'autorité hiérarchique de l'InVS. Pour souligner, en creux, cette appartenance à l'InVS, est apparue aussi la notion "d'autorité fonctionnelle" des ARS, qui a été reprise par les interlocuteurs de la mission lors des entretiens ou "d'organisation fonctionnelle" pour qualifier la plateforme et qu'on retrouve dans la circulaire du 20 avril 2010 et dans tous les protocoles locaux⁴⁶.

[107] Cette notion d'autorité fonctionnelle est relativement récente. Elle s'est construite par opposition à l'autorité hiérarchique⁴⁷. A l'hôpital, l'autorité fonctionnelle a fait son apparition avec la nouvelle gouvernance en 2004⁴⁸ et a été réaffirmée par la loi HPST pour les médecins, chefs de pôles⁴⁹, qui exercent cette autorité (responsabilité d'organisation du service notamment), mais qui proposent au directeur la nomination de leurs collaborateurs, le pouvoir de nomination restant bien attaché à l'autorité hiérarchique, incarnée par le directeur de l'établissement.

[108] Avec cette notion, l'InVS affirme sa propre autorité hiérarchique sur la CIRE, renvoyant l'ARS à une "autorité fonctionnelle", dont on ne sait pas ce qu'elle recouvre exactement.

Un rattachement institutionnel ambivalent

Ce "flottement" sur la notion d'autorité se retrouve dans le positionnement institutionnel des CIRE, l'InVS ayant ici encore renforcé l'appartenance à son réseau.

[109] On le voit tout d'abord dans les formulations utilisées, et notamment sur le sens à donner à l'acronyme CIRE. Dès la création de l'InVS, comme on l'a vu précédemment, le réseau des CIRE est considéré comme le réseau de l'InVS, et le rapport annuel de 2008 parle "d'antennes régionales". A compter de 2009 et de l'intégration fonctionnelle aux ARS, l'InVS affiche la dénomination "Cellule de l'InVS en région". On la trouve dès la note du 22 octobre 2009. La convention cadre de 2010 reprend, quant à elle, le terme originel de "cellules interrégionales d'épidémiologie", conservé dans le guide de la veille de 2011.

⁴⁶ Martinique, Auvergne, Bourgogne/Franche-Comté, Aquitaine, Normandie, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon

⁴⁷ Il faut, pour comprendre cette opposition, faire un détour par la sociologie des organisations. L'Américain Frederick Taylor, père de l'organisation industrielle, a critiqué la structure hiérarchique. Selon lui, dans la ligne hiérarchique, un subordonné dépend d'un seul chef pour la totalité de ses tâches. Ce chef doit donc avoir des connaissances très étendues, excédant fréquemment la capacité d'un seul homme. Taylor proposa donc l'adoption d'une organisation fonctionnelle dans laquelle chaque subordonné dépend de plusieurs chefs, chacun d'eux ayant une autorité limitée à sa spécialité appelée autorité fonctionnelle.

⁴⁸ Notamment loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁴⁹ Article L6146-1 du CSP, issu de l'article 13 de la loi HPST : " Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. "

- [110] La note du 20 juin 2012 de l'InVS revient sur le sujet et propose que "l'acronyme CIRE devienne de manière consensuelle au niveau national "cellules de l'InVS en région", déclinaison déjà en usage dans beaucoup de régions". La note du 13 juin 2014 de l'InVS en fait un acquis.
- [111] Dans les conventions de partenariat signées en 2010 entre les ARS et l'InVS, les dénominations varient. Neuf conventions⁵⁰ reprennent la terminologie "cellules de l'InVS en région". Sur internet, sur les organigrammes des ARS, on retrouve dans 10 régions⁵¹ sur 26 cette appellation. Lors de ses déplacements, la mission a pu constater que la signalétique est quasi-identique dans presque toutes les régions et indique bien que les CIRE sont des "cellules de l'InVS en région" à l'étage où elles sont situées. En revanche, dans les halls d'entrée ne figurent que le logo de l'ARS. Et les boîtes mail des CIRE sont des boîtes mails "ARS", comme leur site internet.
- [112] On retrouve aussi cette ambiguïté de la double appartenance au travers de l'examen des organigrammes des ARS. Huit régions⁵² ne font pas apparaître la CIRE sur l'organigramme qu'on peut trouver en ligne sur internet. Sept d'entre elles, à l'exception de la Corse, renvoient cependant à une fiche qu'on peut trouver sur le site qui décrit de façon plus ou moins détaillée les activités de la CIRE et ses publications. Lorsqu'elles apparaissent sur l'organigramme, les CIRE sont en général "raccrochées" à la direction de la santé publique ou à un "pôle veille et sécurité sanitaire" au sein de celle-ci, en général "en pointillés". Mais seules quelques CIRE⁵³ affichent ce lien dans leur rapport d'activité.
- [113] Le même type de problématique se constate enfin en matière de publication où la présence du logo de l'ARS a fluctué au cours du temps, y compris lorsque les équipes de la CVAGS ont pu participer à certaines investigations. La situation est très hétérogène selon les régions, comme le montre l'annexe 1 du présent rapport, et l'entrée en vigueur de la charte de l'expertise à partir de 2013 a clairement encouragé le logo exclusif de l'InVS, l'expert ne pouvant co-signer avec le décideur.
- [114] Le positionnement des CIRE est donc aujourd'hui incertain et surtout hétérogène sur le territoire. L'InVS a clairement renforcé le lien avec les cellules, en en faisant un véritable réseau régional ; cela s'accompagne d'un fort sentiment d'appartenance des équipes. Ce renforcement est passé également par un accroissement des postes permanents qu'il finance, comme le montre l'annexe 3 du présent rapport sur les ressources humaines. Entre 2008 et 2014, les postes financés par l'InVS progressent de 60%, et parmi eux les postes en CDI de 40%. En 2014, bien que les ARS demeurent collectivement les principaux financeurs de postes, l'InVS représente plus de la majorité des postes scientifiques permanents, et la majorité des postes scientifiques⁵⁴.
- [115] La mission confiée au DCAR a par ailleurs amplifié l'animation scientifique et conforté les processus de validation scientifique des travaux des CIRE.
- [116] Cette affirmation grandissante d'une "identité InVS" n'a pas toujours trouvé de contrepoids dans l'investissement inégal des ARS dans le fonctionnement des CIRE. Elle a aussi pu créer des difficultés pour les agences, qui ont eu l'impression de ne pas maîtriser l'action d'une CIRE, présente en leur sein, mais suivant parfois des objectifs s'affranchissant des enjeux régionaux.

Une inégale implication des ARS dans le fonctionnement des CIRE

- [117] Celle-ci varie selon les sujets et les régions. Les leviers à leur disposition sont souvent sous-utilisés par les ARS. Leur pilotage sur la CIRE s'est affaibli par rapport au modèle initial en 2010.

⁵⁰ Aquitaine, Bourgogne/Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais/Picardie, Languedoc-Roussillon, PACA/Corse, Poitou-Charentes/Limousin, Rhône-Alpes, Bretagne, Normandie.

⁵¹ Auvergne, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Bourgogne, Franche-Comté, Lorraine, Bretagne, Basse-Normandie.

⁵² Limousin, Corse, Ile-de-France, Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Picardie, Pays de la Loire

⁵³ Quatre d'entre elles: Ile-de-France/Champagne-Ardenne, Bretagne, Pays de la Loire, Océan Indien.

⁵⁴ La totalité des postes d'assistantes est en revanche portée par les ARS

- [118] On le constate, tout d'abord, sur le choix et l'évaluation du responsable de CIRE. Si le DG de l'ARS est consulté pour la nomination du responsable de la cellule, son avis n'est pas systématiquement suivi, alors même que les conventions de partenariat parlent "d'avis favorable". Pour l'évaluation du responsable de CIRE, les conventions ont divergé du modèle initial qui prévoyait une évaluation "conjointe". Treize conventions prévoient que c'est finalement le DG de l'InVS seul qui évalue le responsable. Huit⁵⁵ d'entre elles précisent que ceci s'accompagne d'une demande d'avis au (x) DG d'ARS. Les cinq autres conventions prévoient que le ou les DG d'ARS transmettent leur appréciation "sur la manière de servir du responsable de CIRE"⁵⁶.
- [119] Tous les responsables de CIRE rencontrés par la mission expriment leur forte réticence à un entretien formel d'évaluation avec le directeur de l'ARS, qui nuirait à leur "indépendance". Pour autant, ils regrettent également de n'avoir que de très rares occasions d'échanger avec le DG sur les orientations de la CIRE. Dans la réalité, un avis sur "le service rendu par la CIRE à l'ARS" est demandé au DG chaque année par le DCAR. Sur 26 ARS sollicitées par le DCAR en 2014 dans le cadre des campagnes d'évaluation des responsables de CIRE, seules 9 d'entre elles ont répondu.
- [120] Ensuite, il n'existe pas d'obligation de "reporting" régulier vis-à-vis de l'ARS. Il n'y a pas dans toutes les régions de dialogue organisé pour faire régulièrement le point sur l'avancée des travaux de la CIRE. La participation "à la vie de l'ARS" et notamment aux différentes réunions de services existantes est hétérogène selon les régions. Dans certaines régions enquêtées, les responsables de CIRE sont conviés aux réunions de la DSP (en Languedoc-Roussillon, en Bourgogne, en Rhône-Alpes, en Nord-Pas-de-Calais ou en Ile-de-France) voire au Comex (à la Réunion par exemple), ainsi qu'aux "séminaires ARS" (en Rhône-Alpes ou Ile-de-France). Quand ceci fonctionne, c'est en général apprécié des équipes, car les synergies sont renforcées au sein de la plateforme. Dans certaines régions en revanche, le lien est insuffisant.
- [121] Sur la programmation enfin, la situation aujourd'hui n'est pas égale dans toutes les régions, même si l'on trouve dans toutes les CIRE et dans la démarche globale de l'InVS une volonté affichée de "coller aux priorités régionales". D'une façon générale, la programmation reste avant tout pilotée par l'InVS qui "l'arbitre après avoir pris en compte les sollicitations régionales discutées préalablement avec l'ARS", selon la formule consacrée qu'on trouve dans les lettres de transmission du DG de l'InVS aux DG d'ARS sur les programmes de travail, alors que la convention cadre prévoyait que le programme de travail était "arrêté conjointement" par les deux DG.
- [122] Si l'ARS est associée, à un niveau plus ou moins politique, et est une véritable force de proposition dans plusieurs régions, notamment en Languedoc-Roussillon (où le DSP a confirmé à la mission qu'il "s'y retrouvait"), en Rhône-Alpes, ou en Aquitaine (le DG d'ARS écrivant que le programme de travail se fait "en étroite concertation avec les différents services de l'ARS", dans le mail envoyé en réponse à la demande du DCAR sur le "service rendu par la CIRE"), il en va différemment dans d'autres où le lien se fait mal, la CIRE ne jouant pas le jeu en élaborant le programme de façon relativement isolée - notamment lorsqu'elle est en situation de fragilité et en difficulté pour répondre à d'éventuelles commandes - ou les ARS s'impliquant peu, faute de processus structuré de contribution collective des différents services concernés. Les réunions à ce sujet devraient être plus nombreuses que le simple comité de pilotage (copil) annuel, qui reste formel, le programme ayant été déterminé en amont, et plusieurs DSP regrettent l'absence de réunions intermédiaires.

⁵⁵ Lorraine/Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bourgogne/Franche-Comté, Centre, PACA/Corse, Poitou-Charentes/Limousin, Rhône-Alpes

⁵⁶ Antilles/Guyane, Océan Indien, Ile-de-France/ Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais/Picardie, Normandie

Une maîtrise insuffisante de la communication de la CIRE par l'ARS

- [123] L'insuffisance d'articulation au-delà du fonctionnement de la plateforme emporte notamment des conséquences en matière de communication et ce, d'autant plus, que compte tenu de leur rôle de surveillance, les CIRE publient sur des sujets qui de plus en plus s'écartent de la veille à proprement parler - exemples des travaux sur le cancer ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- [124] Dans toutes les régions enquêtées ou avec lesquelles la mission a eu des échanges, le sujet de la communication était un enjeu, que ce soit les publications de rapports d'étude ou les différentes publications périodiques, BVS⁵⁷ et points épidémiologiques. Les DG d'ARS estiment que la concertation est souvent insuffisante, alors même que peuvent exister des divergences d'appréciation sur la nécessité ou la façon de communiquer. La note du bureau des DG d'ARS de début 2014 souligne que le "positionnement institutionnel des CIRE par l'InVS en tant que cellules indépendantes entraîne des difficultés de communication".
- [125] Les conventions de 2010 ne régissent rien d'autre que la "communication à la presse", qui doit se faire en accord avec les deux partenaires. Elles ne précisent rien sur la politique de publication, qui sans être en lien direct avec la presse, peut avoir un impact médiatique ou sur les professionnels de santé important.
- [126] Les exemples sont développés dans l'annexe 1 du présent rapport, on peut notamment citer celui du chikungunya en Martinique en 2014 en ce qui concerne la veille. Les points épidémiologiques de la CIRE marqués de couleur rouge et de termes forts paraissaient très alarmistes, ce qui a mis en difficulté l'ARS ou le Préfet vis-à-vis des médias, alors même que les gestionnaires communiquaient sur le fait que l'épidémie n'était pas déclarée, mais qu'il fallait rester vigilant. De même, un point épidémiologique a fait apparaître 8 nouveaux décès en 1 semaine, qui correspondaient simplement à un rattrapage de données sur plusieurs semaines : ici encore l'absence de concertation a fragilisé la position du Préfet et du DGARS qui n'avaient pas été préalablement informés de cette publication.
- [127] Un autre exemple de nature différente porte sur un sujet d'observation plus que de veille : il concerne la publication d'un BVS sur le cancer en Franche-Comté, dont la publication, insuffisamment concertée avec ceux qui portent les politiques régionales de prévention et la direction de l'ARS, a mis celle-ci en porte-à-faux sur une des priorités régionales de santé. Un travail en pleine coopération aurait permis de mieux valoriser les résultats de la surveillance de la CIRE⁵⁸.

⁵⁷ - Point épidémiologique (PE) : bulletin hebdomadaire élaboré par la CIRE et diffusé le jeudi soir par mél et mis en ligne sur les sites de l'ARS et de l'InVS. Il retrace l'évolution des indicateurs de surveillance des sept derniers jours de la semaine précédente en termes de pathologies saisonnières, de maladies à déclaration obligatoire, de décès, mais également d'activité de médecine libérale et hospitalière d'urgence. Le bulletin s'élargit progressivement à de nouvelles thématiques et va inclure en plus de l'actualité hebdomadaire des éléments d'actualité mensuels ou annuels ;

- Bulletin de veille sanitaire (BVS) : bulletin publié par la CIRE, diffusé au réseau de veille sanitaire et mis en ligne sur les sites ARS et InVS. Il se présente sous forme d'articles scientifiques portant sur des études, les résultats d'une surveillance donnée ou encore sur un nouveau dispositif ;

- Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) et autres revues : le BEH, coordonné par l'InVS au siège, se présente sous forme d'articles ; il est amené à documenter des situations sanitaires en région. La version « web » (qui remplace la version « papier ») est disponible sur le site InVS.

⁵⁸ Cf *infra* en 1.2 l'insuffisante prise en compte de la surveillance dans la politique de prévention des ARS

- [128] Le sujet de la communication fait souvent l'objet d'une mauvaise interprétation de l'indépendance de l'expertise par les CIRE, voulant croire parfois qu'indépendance de l'expert signifie publication non concertée, en contradiction même avec leur rôle d'appui et les procédures qualité de l'InVS⁵⁹ qui exigent une note d'information préalable au décideur sur les résultats nouveaux issus des travaux de l'InVS au moins 15 jours avant la publication d'un rapport au niveau national comme régional. Les publications périodiques font toutefois l'objet de règles bien moins explicites, ce à quoi il faudrait remédier. Aujourd'hui, les DG d'ARS ont souvent communication du BVS ou du PE juste avant leur sortie. Ils souhaiteraient que la concertation puisse avoir lieu en amont, notamment avant d'avoir mis l'InVS dans la boucle, afin que celui-ci soit informé de leurs remarques éventuelles.
- [129] Le débat autour de la communication met aussi en jeu l'insuffisante appréhension par l'ARS (*cf infra*) de ce que peut apporter la surveillance en termes d'observation de la santé et de conduite des politiques, et donc une insuffisante articulation sur ces sujets qui dépassent le champ de la veille.
- [130] Les exemples conflictuels ne doivent cependant pas masquer le grand nombre des situations de bonne concertation où la CIRE se cale en amont avec l'ARS et, dans un commun accord, accepte par exemple de différer une publication sensible afin que l'ARS puisse arrêter préalablement son plan d'action (exemple d'un rapport sur la pollution importante d'une commune de Rhône-Alpes). Des procédures *ad hoc* ont été mises en place dans certaines régions, comme cela a été vu *supra*.
- [131] Il est néanmoins essentiel qu'un travail concerté soit conduit sur ces sujets, de façon à garantir la maîtrise de la communication régionale par le DG d'ARS, sans entraver ni la production scientifique de l'InVS ni l'expression d'avis indépendants sur des sujets sensibles de santé publique.

1.1.2.2 Une dualité de rattachement des personnels qui emporte plus d'inconvénients que d'avantages

- [132] Les CIRE comportent des personnels financés par l'InVS, contractuels sous statut InVS, et des personnels financés par l'ARS, majoritairement des fonctionnaires titulaires (MISP et IGS, assistantes), même si le nombre de contractuels de droit public a augmenté au cours des années passées. Ces personnels sous "statut ARS" ne sont ni détachés ni mis à disposition. Indépendamment donc de leur statut, ils sont en droit sous l'autorité hiérarchique de l'ARS, alors que leurs collègues sont sous celle de l'InVS. On se trouve donc face à une "double chaîne de commandement" pour les personnels d'une même structure.
- [133] Les ARS sont des structures qui ont l'habitude de gérer des personnels aux statuts différents puisque y cohabitent à la fois des personnels de la fonction publique de l'Etat issus des DRASS et DDASS, des personnels issus de l'Assurance maladie sous convention UCANSS (Union des caisses de sécurité sociale)⁶⁰, et de façon plus marginale des personnels issus des deux autres fonctions publiques en détachement ou en mise à disposition, et enfin des contractuels de droit public. Mais dans tous ces cas, le rattachement des personnels est clair : leur supérieur hiérarchique est bien le DG d'ARS; c'est lui qui les recrute, organise leur travail et leur affecte des tâches, les évalue, les fait progresser dans leur carrière et éventuellement les sanctionne. Ils sont par ailleurs tous intégrés dans le plafond d'emplois de l'agence, à l'exception des personnels mis à disposition.

⁵⁹ Procédure interne de l'InVS « Circuit de validation et de publication des rapports et autres productions scientifiques de l'InVS » Août 2012

⁶⁰ En matière de gestion des personnels, l'ARS est considérée à la fois comme un organisme d'Etat auquel sont affectés des fonctionnaires et un organisme de sécurité sociale auquel sont affectés des personnels sous convention UCANSS.

[134] La situation des personnels des CIRE est très différente et, à cet égard, totalement atypique dans le paysage administratif, puisque certains d'entre eux sont clairement de statut "InVS" et sous l'autorité hiérarchique du responsable de CIRE et de l'InVS, et une autre partie est, en droit, sous l'autorité du DG d'ARS.

[135] En 2009, l'InVS avait demandé à ce que les personnels soient entièrement gérés et rémunérés par lui. Le modèle antérieur à 2010, avec un cofinancement des personnels, sera finalement pérennisé, probablement parce qu'il était en place et sans doute aussi parce qu'il a permis "de trouver des ressources pour faire fonctionner le dispositif" selon les termes de l'InVS cités par la Cour des comptes en 2012. Ce système est donc d'abord un héritage de l'histoire. Lors de la création des CIRE en 1994, leur personnel est intégralement financé par les DRASS. Après la création de l'InVS et la mise en place de nouvelles CIRE, l'InVS est amené à financer des postes d'épidémiologistes en plus. En 2009, avant la création des ARS, les postes scientifiques permanents des CIRE sont financés quasiment à parité par l'InVS et les DRASS. Le cofinancement des postes n'est donc pas une nouveauté qui apparaît avec les ARS.

Tableau 6 : Evolution de la répartition des personnels entre InVS et DRASS/ARS

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Effectif InVS	40	55,8	66,2	60,3	55,5	57,5	62,4
Effectif DRASS puis ARS	56	62	62,6	66,7	71,4	61,4	66,4
Sursaud sur convention⁶¹	4	6,2	9,5	9,3	9,9	8,2	7,5
Effectif total des CIRE	100	124	138,3	136,3	136,8	127,1	136,3

Source : InVS

[136] Aujourd'hui, ce "double mode de gestion" des personnels suscite de nombreuses interrogations et semble présenter plus d'inconvénients que d'avantages, notamment en matière de fonctionnement, de climat social et de pilotage.

[137] Tout d'abord, dans le contexte où l'on affiche une "double autorité" sur les CIRE, la cohabitation de deux types de personnels conforte l'ambiguïté du lien qu'entretient la CIRE avec l'ARS, sans renforcer réellement celui-ci, et fragilise la gestion des CIRE et leur fonctionnement.

[138] Le modèle, tel qu'il a été conçu, laisse en effet à penser que les personnels sous "statut ARS" sont sous l'autorité hiérarchique du DG d'ARS. Mais, s'il était écrit en 1994 que les DRASS "avaient autorité hiérarchique" sur les personnels des CIRE, rien de tel n'est précisé dans la convention cadre de 2010 pour les ARS, y compris pour les personnels qu'elle finance : le pouvoir de nomination ne leur appartient pas en propre (c'est l'InVS qui nomme avec l'accord de l'ARS pour les personnels qu'elle rémunère directement), l'évaluation est faite par le responsable de CIRE quel que soit le statut de l'agent évalué, et c'est lui qui est en charge "du management de l'équipe" (fixation d'objectifs, validation des congés...) et donc de son organisation. Les ARS ne conservent que leur pouvoir d'avancement.

⁶¹ Les postes SurSaUD déployés pour faire vivre le nouveau système de surveillance non spécifique institué suite à la canicule sont généralement des postes sur convention, co-financés par l'InVS et l'ARS et portés le plus souvent par une structure hospitalière, un ORU ou un ORS.

- [139] Bien que la plupart des conventions partenariales de 2010 se soient pourtant éloignées du modèle initial et aient prévu que les ARS nomment directement les personnels qu'elles financent après avis de l'InVS⁶², les responsables de CIRE sont, en réalité, en général en première ligne, notamment pour les agents contractuels.
- [140] Si l'autorité hiérarchique des ARS sur leurs personnels n'est donc que très partielle aujourd'hui, la présence d'agents qui relèvent de l'ARS reste une source potentielle de complexité dans la gestion des CIRE, notamment pour son responsable. Existe, par exemple, le risque soulevé par certains responsables de CIRE que les agents soient sollicités directement par les ARS pour effectuer d'autres missions. La note du 13 février 2013 de l'InVS adressée au DGS le mentionne ("Persistance dans certaines régions de plusieurs missions attribuées aux personnels ARS"), comme celle du 13 juin 2014 ("cette double ligne de commandement suscite aussi des difficultés pour les agents ARS des CIRE, sollicités parfois directement par l'ARS sur des sujets qui relèvent de celles-ci"). La mission n'a cependant pas formellement rencontré ce cas dans ses déplacements. Un autre exemple de complexité impactant le fonctionnement de la CIRE porte sur les astreintes où dans certaines régions, les ARS refusent de payer des astreintes pour le compte des agents sous "statut ARS" en CIRE, le responsable de CIRE pouvant alors difficilement imposer des astreintes aux autres agents et devant s'organiser autrement (inter-régionalité ou astreintes nationales).
- [141] Existe, enfin, le risque que l'ARS réduise son effort en termes d'effectifs, bien que les conventions de 2010 précisent que chacun des partenaires s'engage "à maintenir les effectifs pérennes". Dans un contexte de plafonds d'emploi tendu, c'est arrivé ponctuellement depuis 2013 (cf *infra*) et, y compris dans les régions où le fonctionnement est harmonieux, les DG d'ARS relèvent qu'il est de plus en plus difficile, dans un contexte de réduction d'emplois, de "faire une exception pour les effectifs des CIRE". Sur ces sujets de moyens pourtant centraux, il existe par ailleurs peu d'espace de dialogue entre les ARS et l'InVS. Seul le Copil annuel sur la programmation, dont ce n'est pas l'objet, joue ce rôle.
- [142] Par ailleurs, cette "double chaîne de commandement" complique aussi la situation des agents, qui, dans le cadre des entretiens individuels menés par la mission, ont souvent relevé les risques de différences de traitement entraînés par les différences de statut. Même si ces risques ne sont pas toujours avérés, le fait qu'ils puissent se produire en raison de statuts objectivement différents fragilise le climat social au sein des CIRE.
- [143] En matière d'avancement, les MISP et les IGS se plaignent fréquemment d'avancer moins vite que leurs collègues et d'avoir parfois besoin de "faire intervenir les syndicats", les ARS ne les proposant pas spontanément à l'avancement. A aussi régulièrement été évoqué le fait que les réductions d'ancienneté, les primes ou l'avancement sont dans les mains des ARS, qui ne voient pas fonctionner les agents au quotidien. De plus en plus d'agents ARS sont, par ailleurs, des contractuels⁶³, qui ont donc peu de perspectives d'évolution côté ARS et peu côté InVS. Pour évoluer, lorsque leur formation le leur permet, ils passent les concours de pharmacien-inspecteur ou de médecin-inspecteur et partent faire carrière en ARS. Mais la plupart d'entre eux, souvent des jeunes formés en épidémiologie, attachés à "l'identité InVS", attendent des opportunités qui leur sont peu ou pas offertes en raison de leur "statut ARS".

⁶² Dix conventions prévoient que le recrutement des postes financés par l'ARS se fait par l'ARS, avec toujours un avis ou un accord de l'InVS ou du responsable de CIRE, voire des deux. Quatre conventions prévoient que les emplois InVS sont recrutés après avis de l'ARS. Et la convention PACA-Corse qu'il se fait "avec la participation" de celle-ci.

⁶³ Les CDD représentent 24 % de l'effectif ARS des CIRE en 2014, cf Annexe 3.

- [144] En matière de rémunération, les agents qui relèvent des ARS s'estiment également moins bien payés que leurs collègues qui relèvent de l'InVS. Les salaires et primes des agents diffèrent selon les statuts ; une CIRE a récemment perdu deux agents contractuels sous "statut ARS" , partis dans d'autres CIRE sur des postes InVS, la grille Etat étant très largement inférieure à celle proposée par l'Institut. L'exemple de la rémunération des astreintes en dehors des jours et horaires ouvrés, également souvent cité, est intéressant : pour les agents qui relèvent de l'ARS, l'heure est payée, ce qui pour des week-ends surchargés peut faire des rémunérations intéressantes, alors que pour les agents qui relèvent de l'InVS, il y a soit un forfait pour le week-end, soit une journée de récupération, ce qui crée des écarts importants en termes de rémunération. De la même façon, des primes "exceptionnelles" accordées, en cas de crise, côté InVS, ne le sont pas systématiquement côté ARS, ce qui peut créer des dissensions⁶⁴.
- [145] En matière de droits sociaux, les différences sont également notables. Sur l'action sociale, le modèle national prévoyait un accès de tous les agents à l'action sociale de l'ARS ; dans les faits, l'InVS ne cotisant pas au comité d'agence, ce n'est pas le cas. Soumis à des règles différentes, les agents connaissent souvent mal leurs droits, par exemple sur la médecine du travail, alors que la convention prévoit bien que tous relèvent de la médecine du travail de l'ARS.
- [146] Les agents soulèvent aussi des questions de loyauté ou "d'appartenance", bien que, dans beaucoup d'endroits, prime "l'identité InVS", y compris chez les MISP et IGS. Lorsqu'on aboutit à des montages de poste partagé comme celui d'un IGS en Aquitaine où l'agent apparaît deux fois sur l'organigramme, se voit fournir deux fiches de postes, participe à des réunions au cours desquelles elle doit préciser à quel titre elle intervient..., la situation des agents peut devenir inconfortable⁶⁵.
- [147] La cohabitation des statuts complique également la gestion des ressources humaines et leur pilotage. Lorsqu'une CIRE rencontre des problèmes de management, le DCAR a du mal à intervenir efficacement seul si le service RH de l'ARS ne se mobilise pas. Le double rattachement rend d'une façon plus générale le règlement des cas conflictuels plus compliqué, et les situations peuvent avoir tendance à s'aggraver. Surtout, la dualité empêche, par définition, un pilotage national unique et fiable des personnels, aucun interlocuteur n'ayant accès en temps réel à une information globale et consolidée sur les ressources humaines en CIRE. La mission a eu, ainsi, beaucoup de mal à obtenir des données rétrospectives fiabilisées sur les effectifs du côté du ministère, comme de celui de l'InVS.
- [148] *In fine*, ce double rattachement des personnels présente des inconvénients importants⁶⁶. Il vient accentuer les tensions sur le positionnement déjà évoquées⁶⁷ et complique à la fois le fonctionnement des CIRE, la situation des agents et le pilotage des effectifs. La clarification du rattachement serait donc un progrès indéniable. Cela ne dispensera cependant pas, si l'on reste dans le cadre d'un modèle de "proximité" comme l'est le modèle actuel, d'échanges fonctionnels entre les différents acteurs.

⁶⁴ Un exemple a été cité en Rhône-Alpes à propos d'une prime exceptionnelle de 500€ accordée par l'InVS à ses agents lors de la pandémie grippale, alors que tous les agents de la CIRE avaient eu les mêmes contraintes en termes d'astreintes.

⁶⁵ Cf. Annexe 3.

⁶⁶ La Cour des comptes concluait qu'il pouvait à terme mener à des "difficultés aigües" et "générer des conflits". Le rapport de l'IGAS sur le COP déjà cité précise quant à lui que "le transfert de ces emplois des ARS aux CIRE contribuerait à la stabilité, à la lisibilité des organisations régionales et à leur attractivité pour les recrutements à venir". Il est vrai que ce rattachement aux ARS de ces personnels apparaît aujourd'hui quelque peu "virtuel" : la CIRE est bien une entité en elle-même, managée par un responsable de CIRE, qui dépend de l'InVS. L'ARS ne manage pas les personnels qu'elle rémunère et ne facilite pas leur déroulement de carrière. Ceux-ci se sentent d'ailleurs en général quand on les interroge "plus InVS qu'ARS".

⁶⁷ Comme l'illustre par exemple la négociation survenue entre les deux ARS servies par la CIRE Normandie pour garantir que le retour sur investissement pour la région soit à la hauteur des postes financés par l'une et l'autre. Cf. Annexe 3.

- [149] Confrontés à ses limites actuelles, tous les interlocuteurs rencontrés par la mission ont aujourd'hui le sentiment que le modèle des CIRE doit évoluer pour clarifier les responsabilités respectives et le positionnement des acteurs. Ils l'ont exprimé dans leurs prises de positions successives, tant du côté de l'InVS que des ARS⁶⁸. Cela les conduit parfois à des propositions d'évolution radicale de l'organisation, coupure entre deux entités autonomes, ou, au contraire, unification totale sous l'autorité de l'un des acteurs.
- [150] Pour autant, les acteurs relèvent généralement le caractère fructueux de la coopération en termes de résultats de sécurité sanitaire et d'élévation des exigences dans le traitement des situations de risque ou d'alerte. En regard des dysfonctionnements plus administratifs et quotidiens, qui irritent nécessairement et parfois produisent d'incontestables "loupés", il importe de mieux apprécier la valeur ajoutée fonctionnelle de l'interaction entre InVS et ARS au travers des CIRE et son apport à la performance globale de sécurité sanitaire.

1.2 Une complémentarité cependant nécessaire à l'exercice performant des missions de veille, surveillance et alerte

1.2.1 Une montée en puissance facilitée des dispositifs régionaux de veille

- [151] Les plateformes régionales de veille ont constitué une étape importante dans le renforcement et la professionnalisation de la veille sanitaire en région. Membre de leur binôme fondateur à côté des CVAGS, les CIRE ont contribué à leur montée en puissance et à la formalisation de leurs outils et de leurs procédures de travail.

1.2.1.1 L'investissement des CIRE dans le traitement des signaux

- [152] La mise en place d'un point de réception unique des signaux (point focal régional ou PFR) et de leur suivi au niveau régional a permis de rationaliser une organisation auparavant "éclatée" entre les différents départements, comme le soulignait le rapport Ritter. Garantie de la visibilité et de la traçabilité régionales sur l'ensemble des signaux, incitation à une harmonisation de leur traitement et à la protocolisation accrue des prises en charge, les points focaux ont incontestablement fait progresser la veille régionale. C'est ce que souligne une prise de position récente⁶⁹ de responsables de CVAGS: "les organisations régionales ont permis aux directeurs généraux d'Agence de créer dans chaque région des plateformes de veille et d'urgence sanitaire fédérant les métiers et les expertises notamment celle des CVAGS et des CIRE. Ces plateformes fonctionnent au quotidien et se prolongent dans les organisations de gestion de crise. Elles permettent d'organiser au mieux le traitement des signaux et alertes, en fonction des effectifs disponibles, des compétences présentes et en priorisant les urgences à traiter".

⁶⁸ La note du bureau des DG d'ARS de décembre 2014 sur la refonte dispositif souligne que "se posent très régulièrement les principes du positionnement des CIRE vis-à-vis de l'ARS" et rappelle que "la responsabilité du traitement des urgences sanitaires, dont les éléments de communication", est du ressort de l'ARS. Elle réclame "une clarification du fonctionnement". La note de l'InVS du 13 juin 2014 souligne quant à elle que le "système est parvenu à ses limites", notamment en raison de la double "hiérarchie fonctionnelle et administrative" et de la "double ligne de commandement".

⁶⁹ Courrier en date du 3 décembre 2014 adressé par des responsables de CVAGS à leur direction générale sur la procédure en matière de cas Ebola.

- [153] L'affirmation de la dimension régionale ne s'est pas opérée au même rythme dans toutes les régions⁷⁰ et les organisations mises en place diffèrent, notamment dans le rôle qui est attribué aux DT dans le traitement des signaux. Mais l'on retrouve partout une permanence régionale de la veille avec mise en place de plusieurs lignes mobilisant essentiellement infirmières et médecins pour garantir la validation rapide de l'ensemble des signaux⁷¹. D'importantes actions de communication ont donné une réelle visibilité au numéro unique d'appel et ont permis de drainer un nombre très élevé de signalements⁷², qui restent néanmoins extrêmement hétérogènes, allant de l'alerte météo à l'épidémie, en passant par la fugue ou la tension sur l'organisation des soins. Les signaux santé environnement arrivent encore majoritairement directement en DT, qui les transfèrent - mais pas encore dans toutes les régions - au point focal lorsque c'est nécessaire.
- [154] Les bénéfices propres de la régionalisation et de l'instauration d'un point focal sont réels. Mais les interlocuteurs s'accordent à reconnaître que l'appui des professionnels de la CIRE, désormais directement placés au même niveau territorial que les services chargés de coordination de la veille, a contribué à cette réactivité et à cette professionnalisation de la veille sanitaire. Cela explique, d'ailleurs, que la création de cinq nouvelles antennes à compter de 2010 (Limousin, Corse, Picardie, Champagne-Ardenne, Basse-Normandie) se soit faite majoritairement à la demande des ARS⁷³. La proximité de la CIRE et de la CVAGS et leur imbrication ont permis, pendant la phase de montée en charge, de faire face à la masse des signaux reçus mais ont aussi contribué à la formalisation des process des plateformes et à la montée en compétences d'une partie des équipes des CVAGS.
- [155] Au titre de leurs compétences d'épidémiologie d'intervention (*cf. infra*), les CIRE interviennent dans le traitement d'une partie des signaux du point focal et allègent d'autant la charge des CVAGS.
- [156] Les données disponibles ne permettent pas aisément d'apprécier l'implication des CIRE dans l'activité générale de la plateforme. L'insuffisante exhaustivité des systèmes d'information rend de telles évaluations délicates, cette analyse n'est pas conduite systématiquement dans les rapports d'activité et ni les CIRE ni les CVAGS n'ont véritablement cherché à définir cette proportion. L'annexe 2 tente de l'estimer. Une très grande partie des signalements reçus par les points focaux n'ont en aucune façon à être traités par les CIRE⁷⁴ : celles-ci ne sont potentiellement concernées que par une fraction des signaux reçus par le point focal, ceux relatifs aux événements liés à la survenue d'une maladie ou environnementaux et susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population.

⁷⁰ La régionalisation n'est devenue pleinement effective en Rhône-Alpes qu'en 2014 par exemple.

⁷¹ En Languedoc-Roussillon, le médecin de première ligne l'est toute la semaine, ce qui permet une continuité relative dans le suivi des signaux. En Rhône-Alpes, il change chaque jour. En Ile-de-France, le médecin apporte une expertise de second niveau, le régulateur étant d'abord une infirmière ou un IGS. Il en va de même en Alsace. En général, c'est le médecin de la CVAGS qui saisit la CIRE, sauf en Ile-de-France où le régulateur le fait.

⁷² Plus de 6000 en IDF (dont 150 MDO par semaine), plus de 2000 en Rhône-Alpes et près de 2500 en Languedoc-Roussillon.

⁷³ Le directeur de la santé publique de Champagne-Ardenne a ainsi précisé à la mission combien la création d'une antenne dans sa région avait paru utile, notamment en raison d'une plus grande proximité avec des experts en épidémiologie, le raccrochement antérieur à la CIRE Lorraine sans antenne régionale, ayant semblé trop éloigné des réalités du terrain. La création d'une antenne en Franche-Comté avant 2010 s'est également faite à la demande de la DRASS, puis de l'ARS.

⁷⁴ Certains ne constituent pas à proprement parler des signaux (bulletins météo ...) ou pas des signaux à enjeu sanitaire (événements affectant le fonctionnement des établissements sanitaires ou médico-sociaux). Parmi les signaux sanitaires, un nombre assez significatif ne justifie pas un investissement de la CIRE dans la mesure où l'analyse et les décisions de gestion de ces situations ne nécessitent pas de regard épidémiologique ni d'investigations de cette nature : on peut à cet égard citer les tensions sur l'offre de soins, ou certains événements indésirables liés à l'organisation des soins, aux pratiques ou aux produits de santé.

- [157] Les données d'activité de quelques régions et les entretiens conduisent à estimer grossièrement à 3 ou 4 % du total des signaux toutes natures confondues et à 10 % des signaux sanitaires arrivés au PFR la part ayant mobilisé la CIRE. A quoi s'ajoutent les signaux issus des systèmes de surveillance d'abord analysés par la CIRE avant d'être, en cas d'alerte, retransmis à la CVAGS. En Languedoc-Roussillon, on aboutirait in fine à une intervention de la CIRE de l'ordre de 20% des signaux potentiellement éligibles à une évaluation de la menace ; en Rhône-Alpes, la proportion serait de plus d'un tiers des signaux sanitaires arrivés au point focal régional.
- [158] Parmi les signaux sanitaires dont le champ est partagé entre CIRE et CVAGS, tous ne nécessitent en effet pas de mobiliser la CIRE. C'est ce qu'explicitent, progressivement, les différents documents de clarification des rôles ou les conduites à tenir, élaborés au cours des dernières années, à un niveau national ou régional (*cf. supra*). Dans le champ des pathologies, la CIRE n'a pas vocation, sauf émergence, à se mobiliser sur des situations individuelles qui ne demandent souvent qu'une gestion directe. Elle intervient en général sur des cas groupés ou des clusters spatio-temporels, notamment lorsque les CVAGS ont du mal à trouver l'origine de la pathologie. Elle n'est de surcroît que, rarement, impliquée lorsque l'évaluation et la gestion des situations sont protocolisées et nécessitent un traitement rapide⁷⁵. En ce qui concerne les situations environnementales, elle intervient lorsqu'il est nécessaire de disposer d'une vision épidémiologique ou d'une évaluation quantitative des risques et non quand la seule expertise technique des ingénieurs santé-environnement est suffisante.
- [159] Un autre indicateur illustre la mobilisation des CIRE au profit des plateformes : il s'agit de la part prise par l'ARS dans les sollicitations adressées à chaque CIRE pour son activité non programmée et donc essentiellement liée à la veille et à l'alerte. La part des ARS est largement dominante, (*cf. annexe 2*) et se situe dans les régions visitées entre 65 % et 85 % des sollicitations, à côté de l'InVS ou d'autres acteurs (professionnels ou autres administrations notamment travail).
- [160] Contribuant à la charge de travail, les CIRE apportent également une autre dimension aux plateformes par leur pluridisciplinarité plus grande que celle des CVAGS. Il ne s'agit pas là seulement de l'apport évident des épidémiologistes, mais également de la présence quasi-systématique en leur sein des profils d'ingénieurs du génie sanitaire, inexistant la plupart du temps en CVAGS, qui sont, de façon dominante, constituées de médecins et d'infirmiers pour le traitement des signaux et moins enclines à investir de façon efficace les sujets environnementaux, au-delà d'une contribution médicale classique. Cette implication d'un IGS au niveau de la plateforme régionale peut constituer un utile levier de décroisement à l'égard des services santé-environnement qui ont inégalement joué le jeu de la régionalisation et du point focal. La fréquente participation des IGS des CIRE aux réunions régionales du collège des ingénieurs permet d'accentuer encore l'appui que représente la CIRE à la régionalisation de la veille et de l'alerte dans ce domaine. Les signaux environnementaux constituent la deuxième thématique de l'activité de veille et d'alerte des CIRE après l'infectieux.

⁷⁵ Les signalements de MDO ne justifient ainsi pas la plupart du temps d'intervention des CIRE.

1.2.1.2 Une contribution à la structuration des compétences et des processus de fonctionnement des plateformes

- [161] Les CIRE ont donc contribué assez significativement à la prise en charge quantitative des signaux des plateformes. Elles ont aussi activement participé à la formalisation de leur processus de fonctionnement et à leur animation scientifique. Les CIRE ont, conformément à leur professionnalisme propre, outillé les plateformes (questionnaires d'investigation, méthodologies et outils informatisés d'enquêtes...). Elles se sont souvent beaucoup impliquées dans la rédaction de conduites à tenir face aux différents types de signaux, profitant de cette protocolisation pour décliner les principes scientifiques et méthodologiques dont elles sont les garantes. Les TIAC, dont la prise en charge fait encore souvent débat entre gestionnaires et scientifiques, en sont un exemple privilégié, garantissant une plus grande communauté d'approches au sein d'une région, mais aussi France entière par leur intermédiaire.
- [162] De la même façon, les CIRE ont, comme en Languedoc-Roussillon par exemple, encouragé les retours d'expérience et les séminaires de partage sur le traitement des signaux afin de favoriser la montée en compétences de l'ensemble des personnels de la veille et de l'alerte dispersés et parfois isolés en DT. Ces initiatives sont partagées avec les CVAGS : ainsi en est-il des journées d'échanges de pratiques et de retours d'expérience "EPIRAGROCI" en Rhône-Alpes qui réunissent une fois par trimestre les équipes de la CIRE et de la CVAGS. Les "journées de la veille sanitaire", organisées et co-animées dans certaines régions une fois par an par les équipes CIRE et CVAGS et qui s'adressent aux différents acteurs de la veille, en sont un autre exemple. L'état d'esprit scientifique des CIRE en font souvent un aiguillon véritable de telles démarches.
- [163] Par ce type de séminaires ou par des formations véritables, les CIRE contribuent, à côté des professionnels expérimentés des CVAGS, à la formation des nouveaux venus à la veille, la nécessité de disposer de plusieurs lignes de veille ayant parfois conduit à un élargissement du vivier au-delà des fonctionnaires rodés à l'exercice. Le départ progressif de ces derniers et notamment le recul du poids des MISP, moins nombreux aujourd'hui en ARS⁷⁶, risque d'ailleurs vraisemblablement d'accroître cette catégorie de professionnels moins expérimentés. La formation des professionnels d'astreinte de l'ARS apparaît par exemple régulièrement dans les rapports d'activité des CIRE.
- [164] Contributif, ce rôle des CIRE au sein des plateformes n'est pas aussi sans poser quelques questions. Quelques années après la mise en place des plateformes, certaines équipes de CVAGS estiment que cette montée en compétence est achevée et qu'elles pourraient prendre le relais. Certains responsables évoquent le risque d'appauvrissement du rôle des CVAGS et le sentiment parfois dévalorisant d'être cantonnés dans des tâches moins gratifiantes. La gestion d'Ebola a paru emblématique et a exacerbé ce sentiment puisque les MISP des CVAGS estiment pouvoir réaliser le travail d'évaluation des cas suspects et considèrent qu'on ne leur a laissé que le travail des "petites mains" pour reprendre l'expression d'un responsable de CVAGS.

⁷⁶ Le corps des MISP a connu une baisse de près de 11 % entre avril 2008 et octobre 2014. Les perspectives sont d'une tonalité équivalente, compte tenu de la pyramide des âges actuelle – 25 % des MISP ont plus de 60 ans -, du nombre d'agents détachés sur des fonctions ne relevant pas du ministère – 25 % - et des difficultés de recrutement de plus en plus prononcées.

- [165] Pour certains responsables, revoir la ligne de partage permettrait notamment de compenser la difficulté et la faible attractivité du travail de gestion des urgences, souvent évoquées sur le terrain, en donnant à leurs équipes des tâches plus "nobles", notamment en matière d'épidémiologie, afin d'éviter "l'usure du quotidien". Egalement conscients du risque de baisse des vocations pour la veille, d'autres responsables ont priorisé un investissement vers l'aval plutôt, avec une valorisation dans la prise en charge de politique de prévention des enseignements de la veille. Il apparaît clairement que le risque d'usure des équipes de veille doit être un point de vigilance, mais la conséquence à en tirer ne doit pas menacer l'apport de l'imbrication entre les équipes de veille et la CIRE implantée en ARS, mais pilotée scientifiquement par une agence nationale d'expertise. Et ce, d'autant moins que l'apport de la CIRE aux ARS ne se réduit pas à la veille.

1.2.2 Une interaction entre InVS et ARS au travers des CIRE bénéfique aux politiques régionales de santé comme à l'exercice de la mission nationale de veille et surveillance

- [166] Créant, au bénéfice des ARS, le lien entre expertise nationale et politiques régionales de veille et de prévention, les CIRE sont aussi une composante de plus en plus active de la mission de veille et de surveillance de l'InVS. C'est, donc, sous ce double angle de vue, que doit être apprécié leur apport aux politiques de santé et c'est cette double dimension qui doit être préservée dans les différentes pistes d'évolution envisageables.

1.2.2.1 La valeur ajoutée réelle de l'implantation, au sein des ARS, d'une structure pilotée scientifiquement par une agence nationale d'expertise pourrait être amplifiée grâce à un pilotage accru par les ARS

- [167] L'apport des CIRE aux ARS se décline dans leurs trois activités principales que sont la surveillance, en général légèrement dominante, sauf dans quelques grandes régions (Ile de France, Rhône-Alpes), la veille et l'alerte et enfin les études (cf l'analyse quantitative et qualitative de l'activité des CIRE dans l'annexe 2). Les éléments de valeur ajoutée de ces trois activités diffèrent et sont inégalement mis à profit par les différentes ARS. Ils sont naturellement dépendants du dynamisme de la CIRE, faute duquel sa contribution peut en effet paraître insuffisante et conduire à une remise en cause de l'intérêt de la dualité d'acteurs au sein des plateformes régionales de veille et d'alerte. Dans quelques régions visitées ou auditionnées par la mission, un constat de valeur ajoutée faible a parfois été porté, en lien notamment avec des CIRE aux équipes affaiblies. Mais, en dépit de quelques frictions ou insatisfactions ponctuelles, les acteurs des ARS ont, le plus souvent, mis en avant l'apport des épidémiologistes des CIRE.

- [168] Tous les acteurs des ARS ne valorisent pas les mêmes atouts de la proximité avec une cellule animée scientifiquement par l'InVS. Les équipes de veille et alerte sont très sensibles à l'appui méthodologique et scientifique comme au renfort éventuel des épidémiologistes des CIRE. Les directions générales des ARS soulignent, plus souvent, l'intérêt d'avoir à leurs côtés un acteur pouvant se prévaloir de l'expertise indépendante de l'InVS, dans des dossiers médiatiques ou sensibles politiquement. L'apport des dispositifs de surveillance est inégalement apprécié par les représentants des ARS : certains estiment que l'activité de surveillance se fait essentiellement au profit de l'InVS et sous-estiment vraisemblablement ses potentialités pour le niveau régional, d'autres ont su valoriser les données issues de ces dispositifs pour nourrir ou évaluer les politiques régionales de veille ou de prévention.

- [169] Dans le champ de la veille et de l'alerte, ce qu'apprécient les équipes de CVAGS, c'est de pouvoir compter sur un acteur proche :

- [170] ➤ qui leur apporte un appui technique dans la conduite d'évaluations et d'investigations complexes mobilisant une méthodologie épidémiologique ou une approche d'évaluation quantitative des risques que la majorité d'entre eux ne maîtrisent pas.

- [171] ➤ qui bénéficie des possibilités de mise en perspective apportées par les dispositifs de surveillance nationaux ou régionaux et par l'appartenance à un réseau national s'étant organisé pour partager de façon fluide les informations issues de différentes régions.
- [172] ➤ dont le niveau de maintenance des compétences ou l'adossement aux directions scientifiques de l'InVS permet une bonne actualisation des connaissances.
- [173] ➤ dont le rôle d'expert ne devant pas, a priori, s'investir dans la gestion préserve une distance et un recul auxquels ils estiment, pour la plupart d'entre eux, ne pas pouvoir accéder, y compris s'ils disposaient d'effectifs accrus⁷⁷.
- [174] ➤ qui, en conclusion, sécurise leur gestion dans l'urgence. Deux citations de responsables régionaux de la veille résument ce sentiment que l'absence de CIRE les exposerait : « sans eux, nos pratiques seraient à risque » ; « la CIRE est une structure qui sans arrêt nous interpelle, cela crée parfois du conflit, mais *in fine* c'est nécessaire ».
- [175] Au travers des cas et situations qui lui ont été présentés, la mission a relevé les atouts suivants :
- [176] ➤ Dans les situations relativement communes, comme celles de TIAC, l'apport de la CIRE repose sur la rigueur des méthodes épidémiologiques proposées et sur les chances accrues d'élucidation, ce qui est source, sur le moyen terme, d'efficacité plus grande dans la maîtrise des risques, mais, aussi, parfois d'une efficacité supérieure des acteurs.
- [177] Dans les situations inhabituelles et complexes, la CIRE pilote les investigations et apporte un éclairage scientifique nourri par la bibliographie ou la mobilisation des compétences des départements métiers de l'InVS. Ceci peut permettre de mettre en lumière une étiologie inattendue et rare (Exemple d'un mode de contamination rare pour une épidémie d'angine en Corse⁷⁸). Aux compétences en épidémiologie s'ajoute, pour une partie des épidémiologistes, une bonne maîtrise des techniques d'évaluation quantitative des risques. Cette compétence fait partie du bagage initial des IGS mais, comme beaucoup l'ont indiqué à la mission, elle se défraîchit assez rapidement faute de mobilisation fréquente⁷⁹; certains recourent par conséquent souvent à l'appui « expert » de la CIRE en la matière.
- [178] ➤ L'implication précoce de l'équipe d'épidémiologistes permet, aussi, parfois, d'éviter des décisions de gestion inopportunes : ainsi, l'exemple, cité par une CIRE, de la décision de l'ARS de lancer une campagne de vaccination consécutive suite à une alerte d'hyperendémie d'infection invasive à méningocoque B. L'intervention, mais dans un second temps seulement, de la CIRE a conduit à l'annulation de l'arrêté initial d'extension de la zone de vaccination, les investigations plus approfondies ayant montré que la souche en cause n'était pas éligible à la vaccination.
- [179] ➤ Dans les cas de pathologies émergentes et de fluctuation rapide des connaissances, l'appartenance de la CIRE à une agence nationale étroitement connectée à l'actualité internationale garantit une actualisation réactive des connaissances et une approche nationale de l'alerte avec une validation des cas homogène (MERS-CoV⁸⁰, Ebola).
- [180] ➤ Participant à l'évaluation et à l'investigation des signaux parvenus au point focal régional, la CIRE met à profit les connaissances apportées par ses missions de surveillance : complétant un signalement par l'analyse des données de surveillance, elle est en mesure de le mettre en perspective et de mieux évaluer la menace en cas de cas groupés.

⁷⁷ Le responsable de la VSS de Bretagne a ainsi cité une situation complexe de SHU en crèche, avec une très forte incertitude scientifique : l'ARS n'a d'autre choix que de « plonger » au quotidien dans la gestion, mais a absolument besoin qu'un autre acteur garde « les mains propres » et profite de son recul scientifique pour recueillir les connaissances nécessaires, et pour mettre en garde le gestionnaire.

⁷⁸ Cas cité par la CIRE PACA-Corse et par le directeur général de l'ARS Corse

⁷⁹ La situation est très variable selon l'activité de santé-environnement des régions (importance des installations classées, des études d'impact gérées par les SSE).

⁸⁰ Middle East Respiratory Syndrom-Coronavirus.

- [181] ➤ Au-delà des apports méthodologiques et scientifiques, les pratiques des CIRE très tournées vers la production de rapports et d'écrits synthétiques contribuent à une formalisation et une traçabilité accrues. Il s'agit d'un apport non négligeable pour la continuité de l'action publique dans ces champs de la veille et de l'alerte.
- [182] ➤ Enfin, plus pragmatiquement, l'implication auprès des ARS d'une structure adossée à un réseau national est aussi une source de renforts éventuels rapides et efficaces.
- [183] En matière de surveillance, la capacité des systèmes pilotés par l'InVS à orienter et évaluer les politiques conduites régionalement est inégalement appréhendée par les équipes des ARS. Le mouvement de régionalisation engagé par l'InVS, comme le déploiement de surveillances régionales spécifiques⁸¹, offrent pourtant d'incontestables opportunités, en sus des enseignements de l'ensemble des systèmes nationaux.
- [184] La politique volontariste de régionalisation des systèmes de surveillance conduite par l'InVS découle de ses orientations stratégiques 2009-2012, qui prévoient un transfert d'expertise vers les CIRE et tire les conséquences de la mise en place des ARS, en cherchant à éclairer au plus près les politiques régionales de veille et de prévention. « La régionalisation de la surveillance épidémiologique constitue l'une des priorités stratégiques de l'InVS, inscrite dans l'orientation stratégique n°2 du COP, afin de renforcer la sécurité sanitaire et d'être en capacité de produire les indicateurs utiles à la prise de décision locale »⁸².
- [185] Les attentes des acteurs régionaux de la veille sont, de fait, assez fortes en ce qui concerne la surveillance de cinq MDO⁸³ régionalisée depuis 2014, à la fois pour mettre en perspective des signaux du PFR et pour évaluer certaines actions (exemple de la couverture vaccinale en matière de rougeole). Ce mouvement de régionalisation est encore récent, et toutes les CIRE n'ont pas encore été en mesure d'en tirer tous les bénéfices pour les acteurs régionaux, et en premier lieu, les ARS. La pleine mise en œuvre de cet accès régionalisé aux données doit constituer un axe prioritaire pour éclairer pleinement la conduite des politiques régionales de veille et de prévention.
- [186] Différentes expériences régionales soulignent le potentiel des données de surveillance pour guider les politiques de santé :
- [187] Le programme national de surveillance des Infections respiratoires aiguës (IRA) et Gastro-entérites aiguës (GEA) en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) mis en place par l'InVS à la demande du ministère de la santé est une illustration intéressante de cette valorisation possible. Il s'agit de quantifier ces phénomènes et de concourir à une gestion appropriée par les établissements médico-sociaux, en leur permettant de mettre en place les mesures barrière nécessaires à prévenir l'extension de l'épidémie dès son signalement. En Bourgogne/Franche-Comté, les établissements sont sensibilisés en amont de la période épidémique par l'ARS et la CIRE, les médecins coordonnateurs sont alertés dès le passage en phase épidémique, et des rétro-informations régulières sont ensuite organisées tout au long de l'hiver. Le bilan de ce programme pour 2010-2013 a montré que l'action conduite par les ARS et les ARLIN⁸⁴ pour accompagner les enseignements de la surveillance a conduit à une nette amélioration des pratiques et à une réduction des délais de déploiement des actions visant à limiter l'extension de l'épidémie.

⁸¹ Par exemple la surveillance de la maladie de Lyme à forte incidence en Alsace, ou la surveillance des épidémies de gastro-entérites aiguës autour de l'étang de Thau pour prévenir les toxi-infections alimentaires collectives liées à la consommation de coquillages contaminés.

⁸² Note au Directeur général de la santé, février 2015.

⁸³ Légionellose, infections invasives à méningocoques, rougeole, hépatite A, TIAC.

⁸⁴ Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales

- [188] Les CIRE participent par ailleurs à de nombreux groupes de travail⁸⁵ animés par l'ARS dans le cadre des projets régionaux de santé (PRS). Si elles ont naturellement été impliquées dans le volet Vagusan⁸⁶ des projets régionaux, elles sont également présentes dans les travaux issus du schéma régional de prévention, au titre notamment de la connaissance apportée par les dispositifs de surveillance.
- [189] Les échanges de terrain de la mission montrent, cependant, que toutes les ARS n'ont pas mesuré le parti à tirer de ces systèmes de surveillance, dont il faut pourtant noter que l'extension progressive vers la maladie chronique et les traumatismes constitue une opportunité supplémentaire d'interaction avec la conduite des politiques de santé. Le dispositif régional de surveillance non spécifique SurSaUD et ses liens avec les observatoires des urgences offrent d'ailleurs aussi d'utiles enseignements pour l'organisation des soins. L'association de la CIRE aux temps de concertation (comités de direction ou réunions périodiques) des directions de la santé publique ou de la veille, comme l'implication des équipes dirigeantes de l'ARS dans la programmation annuelle de la CIRE, conditionnent la discussion et la mise à profit de ce potentiel.
- [190] Cette implication est toutefois inégale. Dans un certain nombre de régions, il est malaisé d'organiser le copil annuel, et le processus de construction du programme reste très informel. Les directions générales des ARS, notamment, ne sont pas toutes conscientes des potentialités offertes par cet exercice de co-programmation et mésestiment parfois, en conséquence, l'apport possible de la CIRE pour la conduite de leurs politiques régionales. Les services de veille et sécurité sanitaire sont néanmoins plus avertis de ces potentialités et essaient d'en tirer parti.
- [191] La pleine appropriation par les ARS du potentiel de connaissance de la santé régionale apportée par l'accès à des données de surveillance toujours plus diverses est aussi une condition d'optimisation du dispositif régional d'observation. La surveillance gagnerait à être mieux intégrée dans une politique régionale d'observation en santé qui articulerait de façon explicite l'apport des CIRE, des ORS, des autres structures d'observation (CREAHI⁸⁷, etc) et enfin des services d'études et de statistiques dont certaines ARS (Languedoc-Roussillon, Franche-Comté) ont amplifié les ambitions.
- [192] Après avoir rencontré la Fédération Nationale des Observatoires de Santé (FNORS) et quelques ORS, la mission considère qu'en général les objectifs et produits des CIRE et des ORS sont largement distincts⁸⁸. S'ils partagent avec les CIRE des compétences d'épidémiologie, les ORS y ajoutent souvent des compétences très diverses tournées vers les sciences humaines notamment et assurent pour les plus dynamiques d'entre eux un lien avec les données sociales qui n'est pas au cœur des missions des CIRE. Leurs travaux ont généralement vocation à offrir le panorama de l'état de santé de la population sur le territoire régional ou sur des territoires locaux afin d'éclairer la programmation (Projets régionaux de santé) et ses déclinaisons locales (Contrats locaux de santé ou contrats de territoire). Mais l'élargissement au fil du temps des missions de l'InVS vers une observation toujours plus large de la santé de la population, comme le montre l'annexe 2, avec le glissement de plus en plus marqué vers la maladie chronique, et les études nationales qui en découlent (sur les tentatives de suicide, le sida ou le cancer), conduisent à des chevauchements accrus qui imposent un véritable pilotage régional de l'apport de chacun des acteurs. A moyen terme, la coordination renforcée paraît la piste la plus pragmatique.

⁸⁵ 14 groupes de travail par exemple en Bourgogne / Franche-Comté, dont des groupes sur la vaccination ou les maladies infectieuses

⁸⁶ Veille Alerte et gestion des Urgences Sanitaires.

⁸⁷ Centre régional d'études et d'animation sur le handicap et l'insertion

⁸⁸ Cf. Annexe 2 pour une analyse plus détaillée

- [193] Les études constituent un apport apprécié. Qu'elles résultent d'une alerte initiale qui mérite des investigations prolongées, d'une saisine de l'ARS sur un sujet de préoccupation régionale ou de la déclinaison d'un programme national inter-CIRE, ces études potentialisent pleinement la valeur ajoutée d'une structure adossée à une agence nationale d'expertise grâce à une forte implication des départements scientifiques de l'InVS auprès des cellules régionales, pour le pilotage parfois, pour la validation des travaux toujours. C'est dans cet exercice que joue le plus fortement l'indépendance de l'expertise utile au décideur local pour conforter ses positions face au préfet, aux élus ou aux associations et pour organiser une répartition de la parole dans les réunions publiques ou devant les media. Le domaine de la santé environnementale mobilise particulièrement les CIRE (sites pollués, clusters de cancers ...).
- [194] Très illustratives de l'apport aux ARS du pilotage scientifique de l'InVS aux CIRE, les études d'initiative régionale sont aussi à la charnière des exigences potentiellement contradictoires de l'expertise et de l'action. Elles ont clairement vocation à nourrir les décisions de l'autorité régionale et doivent donc dans la mesure du possible respecter les échéances locales. Le processus de validation scientifique national entre cependant parfois en conflit avec le "timing" local : problème structurel, cette difficulté semble s'être exacerbée depuis 2013 et l'adaptation des pratiques de l'InVS et des CIRE à la charte de l'expertise⁸⁹ adoptée dans les suites de l'affaire dite Médiateur.
- [195] Arrimant les interventions des CIRE à une logique d'expertise plus que d'appui, l'application stricte de la charte pourrait compromettre tout l'intérêt d'une structure de proximité, à forte composante scientifique certes, mais ancrée dans le concret et les besoins d'action immédiate du terrain. Renoncer à formuler des pistes/recommandations pour la gestion à l'issue d'une étude ou d'une investigation et négliger les impératifs de délai des décideurs locaux dans le processus national de validation reviendrait à minimiser significativement l'apport aux ARS. Le courrier du directeur général de l'ARS Ile-de-France déjà cité en date du 27 mai 2014 s'inquiète du "souhait affirmé de l'InVS de positionner la CIRE en structure complètement indépendante de l'ARS, compte-tenu en particulier du respect de la charte de l'expertise". Il est donc essentiel que l'InVS en lien avec les ARS finalise sa doctrine d'application de la charte aux CIRE et en mesure toutes les conséquences éventuelles sur la fécondité de l'interaction avec les ARS, mais aussi qu'il se dote d'indicateurs de suivi d'un processus de validation dont tous assurent qu'il est bref, mais qui paraît pourtant susciter de nombreuses crispations avec les acteurs des agences.
- [196] Polymorphe, l'apport aux ARS d'une structure pilotée scientifiquement par l'InVS apparaît indéniable bien qu'encore optimisable, notamment par une vigilance plus grande de l'ARS en matière de programmation ou de pilotage des acteurs de l'observation. Certains considèrent cependant, parfois, qu'il s'agit d'un luxe que les institutions publiques ne peuvent plus s'offrir dans un contexte de ressources contraintes. La réflexion *infra* sur les scénarios éventuels d'évolution devra, donc, examiner à quel point cette valeur ajoutée dépend de la proximité (et donc si l'InVS ou une structure interrégionale pourrait jouer le même rôle), de l'association des trois composantes de l'activité des CIRE (veille, surveillance et études) et dans quelle mesure, à l'inverse, l'intégration accrue des CIRE aux ARS permettrait, ou non, de préserver ces acquis (notamment compétences, partage d'expérience et harmonisation nationale des approches face au risque, et enfin indépendance).

⁸⁹ Décret n° 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique

1.2.2.2 La régionalisation des dispositifs de veille et de surveillance conforte l'exercice par l'InVS de ses missions et a justifié une animation renforcée du réseau des CIRE

- [197] Réseau initialement voué à conforter les compétences en épidémiologie d'intervention des services déconcentrés, les CIRE sont aussi de plus en plus intégrées à la vie de l'InVS. Considéré par l'Institut comme un relais de sa mission d'expertise indépendante, le réseau des CIRE est également, et de plus en plus, un soutien à l'affirmation de ses missions de veille et surveillance (cf. annexe 2).
- [198] Fortement mobilisées au côté des CVAGS, les CIRE démultiplient la capacité de traitement de l'alerte nationale de l'InVS ; le réseau des CIRE est un atout majeur pour mener de façon réactive et simultanée une enquête lourde impliquant de nombreuses régions. Ainsi, en 2011, suite au signalement par le CNR de l'augmentation inhabituelle, dans l'ensemble du territoire, de souches de *Salmonella* d'un sérotype particulier, l'InVS a pu mobiliser rapidement un nombre important de CIRE avec un protocole commun et coordonné au niveau national, deux éléments nécessaires à une conclusion épidémiologique efficace⁹⁰.
- [199] Pour garantir partage d'information, approche nationale homogène d'un même risque et modularité de la réponse selon l'ampleur de la menace, l'InVS a structuré de plus en plus fortement la coordination des alertes, au travers du DCAR, créé en 2009. Nourries de la compétence scientifique pointue du niveau national, les CIRE lui apportent, outre leurs compétences techniques propres, l'éclairage complémentaire indispensable de leur connaissance du terrain et de leur capacité à mettre en perspective un signal localisé dans un contexte régional (ce qui est le pendant de la mise en perspective nationale apportée aux ARS).
- [200] Le bénéfice d'un réseau est particulièrement décisif face aux émergences comme le souligne le traitement des cas de Mers-COV dans plusieurs régions, dont le Nord-Pas-de-Calais⁹¹. Face à des alertes dont le potentiel infectieux et le risque d'extension sont importants, l'Institut s'implique fortement au travers du département des maladies infectieuses et du DCAR dans le pilotage des investigations et met en place une organisation nationale garantissant la continuité opérationnelle et la cohérence scientifique de la réponse du réseau. L'appartenance au réseau facilite ensuite le partage d'informations entre régions, la diffusion et l'amélioration itérative des bonnes pratiques et protocoles élaborés dans les premières régions touchées (Ile de France, Nord-Pas-de-Calais), garantissant une réactivité accrue et de plus en plus pertinente au fil du temps.
- [201] Bras armé de l'Institut dans la gestion d'alertes nationales, les CIRE sont aussi une source croissante des alertes présentées dans le BQA. Alimenté également par les dispositifs nationaux comme le réseau des CNR ou les différents dispositifs de surveillance, le BQA intègre de plus en plus d'alertes et, à l'avenir, d'informations sanitaires d'importance issues des CIRE ; inscrites dans les plateformes régionales, elles ont eu accès depuis leur mise en place à un flux d'informations considérablement accru qu'elles partagent très largement avec le niveau national pour permettre capitalisation et mise en perspective nationale.
- [202] Les CIRE constituent donc aujourd'hui, tant en termes d'action que de remontée de signaux, un maillon important du dispositif national de veille et d'alerte dont l'InVS est en charge. L'examen des scénarios futurs d'organisation se doit de préserver cet apport ou de s'assurer que les ARS si elles étaient considérées comme les relais de l'Institut soient en mesure d'apporter les mêmes contributions.

⁹⁰ Cas cité par la CIRE Bourgogne-Franche-Comté

⁹¹ Cas fourni par la CIRE Nord-Pas-de-Calais-Picardie

- [203] L'apport des CIRE au système national de surveillance apparaît comme aussi significatif et a également pris depuis quelques années une place renforcée. C'est ce que souligne le nouveau directeur de l'InVS dans une note récente au directeur général de la santé: « Le niveau territorial est déterminant pour la coordination et la qualité des réseaux, tant en matière de surveillance que d'animation plus large des acteurs territoriaux de la veille sanitaire afin de partager la culture du signalement notamment pour des phénomènes inhabituels. Ce niveau d'organisation et d'animation soutient et accroît la visibilité de l'InVS dans sa mission nationale »⁹².
- [204] Les réseaux de surveillance nécessitent pour être actifs et féconds d'être animés en proximité (travail sur la qualité des données, retour d'information indispensable au maintien des motivations...). Le besoin d'un ancrage territorial permettant cette animation et l'essor de la participation des professionnels est l'un des objectifs fondateurs de l'expansion des CIRE. Dynamisant les dispositifs de surveillance, les CIRE les fiabilisent également en mettant en perspective les résultats et en travaillant à la qualité des données, grâce notamment au mouvement de régionalisation des systèmes de surveillance qui s'est accéléré ces dernières années. Confortant de plus en plus la surveillance nationale, les CIRE apportent enfin la capacité d'interprétation des résultats permise par la connaissance du terrain sans laquelle le niveau national pourrait faire fausse route⁹³.
- [205] L'InVS s'appuie aujourd'hui sur un grand nombre de systèmes de surveillance et s'apprête à renouveler ses outils en misant sur d'autres sources dont les bases médico-administratives de l'assurance maladie. Pour autant, la régionalisation de certains dispositifs comme la création de systèmes régionaux spécifiques accroissent les performances de la surveillance nationale (exhaustivité, qualité, fiabilité) et l'enrichissent d'éclairages qui n'ont de sens qu'à un échelon régional (exemple de la maladie de Lyme pour l'Alsace).
- [206] La surveillance est sans doute le champ d'activité de l'InVS qui aurait le plus à perdre d'un changement d'organisation : en cas de rattachement des CIRE aux ARS, la reprise par celles-ci de la mission de surveillance est douteuse ; si les CIRE devaient se structurer à un niveau interrégional, leur capacité d'animation des réseaux de surveillance en pâtirait certainement.
- [207] La contribution de l'InVS à la connaissance des risques et à l'observation de la santé de la population repose largement, outre la surveillance, sur des études visant à l'amélioration des connaissances dont les CIRE constituent un acteur important, en démultipliant là encore les forces de l'Institut et en articulant ces travaux avec des problématiques ou des priorités régionales. Le réseau des CIRE facilite le lancement d'études multi-centriques avec des approches standardisées et constitue une force de frappe utile pour conduire des travaux d'intérêt national. Ainsi d'une étude d'efficacité vaccinale de la valence Oreillons du vaccin Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) lancée dans les 5 régions concernées, suite à une recrudescence, en France métropolitaine, de cas d'oreillons souvent regroupés en clusters, et ce en dépit d'antécédents de vaccination ROR.
- [208] Pour l'InVS, le réseau des CIRE est enfin un moyen d'animation de dispositifs de veille ou de surveillance dont l'ARS n'est pas un acteur premier. C'est le cas notamment dans le champ santé-travail en lien avec les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et la médecine du travail. Bien que ces signaux constituent à ce jour une minorité des sollicitations des CIRE, la mise en place de groupes d'alerte en santé travail (GAST), à partir de l'expérience pilote de la région Aquitaine, a progressivement alimenté ces travaux et donné aux CIRE des interlocuteurs « administratifs » autres que l'ARS.

⁹² Note de F Bourdillon au DGS, sur la participation des CIRE à la mission de surveillance et d'observation permanentes de l'état de santé de la population, février 2015

⁹³ Une CIRE apportait ainsi l'exemple de la surveillance des personnes en réanimation suite à une grippe. La chute des signalements était ininterprétable au niveau national sans information sur l'évolution locale de l'organisation des soins, en l'occurrence la disparition de l'une des réanimations.

- [209] La part croissante représentée par les CIRE dans les missions de l'InVS résulte d'une politique constante de l'Institut des dernières années visant à conforter ce réseau territorial des CIRE, en renforçant son intégration à l'InVS, tout en veillant à affirmer son rôle d'aide à la décision des autorités régionales⁹⁴. Ceci s'est traduit par un renforcement progressif du pilotage et de l'animation des CIRE, dont la création du DCAR constitue une étape importante comme on l'a déjà vu *supra*.
- [210] L'Institut estime à partir de 2009 avoir à accentuer deux axes de travail⁹⁵ : mieux intégrer les CIRE, et conforter leur place au sein des régions. Le premier axe signifie :
- [211] ➤ amplifier leur animation scientifique en standardisant les méthodes d'investigation, en développant formations et groupes de travail, en maximisant l'appui à l'expertise régionale (le transfert d'expertise vers les régions sera une orientation stratégique 2009-2012), en régionalisant les dispositifs de surveillance.
- [212] ➤ mieux coordonner le travail collectif en inter-CIRE ou en facilitant les liens CIRE-départements scientifiques.
- [213] Depuis 2009, le DCAR a progressivement mis en place ces orientations et organisé la montée en puissance d'une dynamique collective des CIRE au sein de l'InVS⁹⁶. Son rôle d'animation reste bien sûr perfectible. Pour autant, la montée en puissance de l'animation scientifique des CIRE est indéniable et constitue un élément de consolidation des dispositifs national et régional de veille et d'alerte en facilitant l'actualisation des connaissances, le partage d'expérience, la mobilisation de renforts.
- [214] Au fil du temps, l'InVS a donc de plus en plus misé sur les CIRE pour garantir et amplifier l'exercice de ses propres missions de veille, surveillance et alerte. L'existence d'un échelon territorial lui permet d'animer ses dispositifs de surveillance et d'accroître leurs performances. Les CIRE intégrées aux points focaux régionaux alimentent de façon majoritaire l'activité de veille et d'alerte de l'InVS ; la formalisation progressive des circuits d'information comme la mobilisation fréquente du réseau facilitent un traitement efficace des alertes nationales. L'implantation régionale des CIRE permet, enfin, d'envisager des études ambitieuses pour améliorer les connaissances et éclairer les politiques de santé nationale ou régionales.
- [215] L'absence de structure territoriale relayant les missions de l'Institut serait préjudiciable à l'exercice des missions de l'InVS. Les scénarios doivent permettre de définir quelle organisation - CIRE régionales maintenues, CIRE interrégionales ou ARS comme relais de l'InVS - est la plus à même d'offrir l'ensemble de ces atouts pour l'exercice de ses missions par l'InVS.
- [216] L'analyse de l'apport des CIRE met donc en lumière les atouts incontestables, pour les ARS comme pour l'InVS, de l'existence d'une structure intégrée aux ARS et pilotée scientifiquement par l'InVS. Certains inconvénients du modèle actuel - flou des responsabilités, dysfonctionnements ponctuels notamment en matière de communication - comme la crispation récente induite par la charte de l'expertise, imposent des ajustements. Ceux-ci ne supposent pas nécessairement de profonde remise en cause organisationnelle. Par souci d'efficacité, certains envisagent cependant des évolutions organisationnelles plus marquées dont l'impact possible sur la performance en termes de sécurité sanitaire doit être évalué.

⁹⁴ Le dispositif des CIRE à l'InVS, présentation de T. Cardoso, directeur du DCAR et A. Gallay, directrice adjointe, au séminaire des 15-16 janvier 2015 sur l'organisation de la prévention et promotion de la santé en région, InVS

⁹⁵ Idem

⁹⁶ Différents outils de coordination ont été structurés : des codirs, 3 ou 4 fois par an, et dans l'intervalle, des réunions téléphoniques tous les 15j ; une réunion mensuelle par internet associant, quand elles le peuvent, la totalité des équipes des CIRE.

2 LE RENFORCEMENT DES EXIGENCES DE SECURITE SANITAIRE QUI A CONDUIT A LA CREATION DES CIRE MILITE TOUJOURS POUR UNE ARCHITECTURE CONJUGUANT EXPERTISE NATIONALE ET PROXIMITE

- [217] Le bilan du fonctionnement des CIRE au sein des ARS souligne, à la fois l'intérêt pour la conduite des politiques de santé d'une articulation étroite entre InVS et ARS, et les fragilités du modèle actuel, entretenant le flou sur les responsabilités et ne garantissant pas toujours la conciliation des besoins des deux acteurs. Il importe de fluidifier et de clarifier les modalités actuelles de coopération entre l'expert national et le décideur régional, sans remettre en cause les acquis de sécurité sanitaire. Comme dans tout système d'interaction fonctionnelle obligée entre acteurs, il s'agit de trouver un compromis qui respecte les missions de chacun, garantisse un exercice quotidien aussi apaisé que possible et contribue pleinement à la qualité des politiques nationale et régionales de santé. Dans un domaine aussi sensible que la sécurité sanitaire, qui nécessite, plus que tout autre, unité d'approche et réactivité, il conviendra de trouver un équilibre entre le principe de régionalisation des politiques consacré depuis la loi HPST et la garantie qu'apporte le pilotage scientifique d'un opérateur national dédié à la veille. La recherche de clarté des responsabilités pourrait conduire à des solutions tranchées; l'intrication des rôles semble pourtant indispensable à la performance de sécurité sanitaire et aucune ligne de partage radicale ne pourra être établie qui dispenserait de trouver des modalités d'articulation étroites.

2.1 Un modèle à adapter pour garantir le meilleur équilibre entre performance de sécurité sanitaire et affirmation du pilotage régional, éclaircir les responsabilités et simplifier le modèle administratif

2.1.1 Les principes qui doivent guider l'évolution du modèle actuel

- [218] Les évolutions envisagées pour fluidifier le fonctionnement actuel doivent être jaugées au regard de trois principes : le principe de la responsabilité régionale des politiques de santé confiée aux ARS, l'exigence de performance maximale du système global de sécurité sanitaire, et enfin le principe, récemment réaffirmé, d'indépendance de l'expertise.
- [219] L'ARS est l'organisme qui représente le ministère chargé de la santé en région, et le directeur général d'ARS a la responsabilité de la politique de santé régionale, et ce dans tous les domaines. L'esprit de la loi HPST était de créer une entité unique qui, notamment en matière de veille, garantisse la cohérence de la réponse régionale. La constitution en cours des Réseaux Régionaux de Vigilance et d'Appui (RREVA) dans le cadre de la réforme des vigilances et l'affirmation d'un pilotage renforcé des ARS dans la nouvelle loi de santé prolongent aujourd'hui cette démarche, dans un champ qui échappait jusqu'alors assez significativement aux ARS.
- [220] Le respect de ce rôle de pilotage impose que les DG d'ARS aient la pleine maîtrise de la conduite des politiques régionales et, tout particulièrement, de la gestion des situations régionales de veille et d'alerte. Aucune initiative de la CIRE ne doit compromettre l'exercice de ce pilotage, que ce soit dans l'action ou dans la communication. C'est bien l'esprit de l'intégration des CIRE au sein des ARS que de garantir la coordination et l'articulation optimales des acteurs et d'éviter les dissonances fâcheuses. Dans cet esprit, il importe que les évolutions à apporter au modèle existant garantissent la coordination de l'expression au sein de la région et la concertation de l'InVS et des ARS sur l'action des CIRE. Si l'InVS conserve des relais régionaux imbriqués avec les ARS, celles-ci doivent pouvoir en maîtriser de façon plus importante qu'aujourd'hui la programmation et la communication. L'InVS doit bien "être au service des ARS" en région, afin de leur permettre d'exercer leur mission de pilote régional en matière de santé.

- [221] Le second principe qui doit guider la réflexion prospective est celui de performance maximale du système national de veille, afin de réduire les pertes de chance induites par un système insuffisamment réactif ou pertinent. La performance du système de veille et d'alerte doit *in fine* être la pierre de touche de toute évolution des organisations.
- [222] Cette performance requiert différentes composantes, qui doivent être préservées, quel que soit le scénario choisi : les crises passées ont montré tout l'enjeu de la mise en perspective précoce et nationale de signaux parfois faibles au départ, et donc d'une circulation fluide et en temps réel de l'information afin d'éclairer les choix locaux par une capitalisation nationale de données. Elles ont souligné, aussi, l'apport de méthodes rigoureuses et de connaissances scientifiques scrupuleusement actualisées pour analyser de façon conclusive et cohérente sur le territoire national les situations d'alerte, et pour agir sans délai. C'est ce que doit garantir un Institut national dédié à la veille et à la surveillance, et ce pour quoi, il a organisé, depuis plusieurs années, une animation renforcée de l'alerte et une plus grande sensibilité des systèmes de surveillance (avec SurSaUD notamment). Les choix d'organisation ne doivent interdire à l'InVS, ni d'exercer son rôle national de veille et d'alerte, ni de faire valoir auprès de l'ARS, et au besoin de l'autorité nationale, son analyse indépendante des risques, toutes les fois où c'est nécessaire. L'affirmation de l'animation régionale des politiques ne peut en aucun cas amoindrir un système de sécurité sanitaire dont les exigences n'ont cessé de croître au cours des vingt dernières années. C'est pourquoi, bien qu'intervenant en 2e ligne, l'InVS doit pouvoir connaître toutes les alertes en cours et, pour prévenir tout risque d'extension ou d'aggravation de l'alerte régionale, pouvoir interagir précocement avec l'ARS.
- [223] Le troisième principe à considérer est celui de l'indépendance de l'expertise, également décrit comme séparation de l'évaluation et de la gestion. C'est ce principe qui fonde le système de sécurité sanitaire né en 1998 et la création d'agences nationales d'expertise distinctes du décideur public national. C'est aussi un principe vigoureusement réaffirmé récemment au travers de la charte de l'expertise établie par décret en 2013⁹⁷. Il semble difficile, alors qu'il est appliqué de façon généralisée en matière de sécurité sanitaire au niveau national depuis la création des agences sanitaires, de s'en affranchir totalement au niveau régional⁹⁸.

⁹⁷ « Les activités d'expertise sanitaire soumises à la présente charte sont celles qui ont pour objet d'éclairer le décideur et d'étayer sa prise de décision en santé et en sécurité sanitaire en fournissant une interprétation, un avis ou une recommandation aussi objectivement fondés que possible, élaborés à partir de l'analyse critique des meilleures connaissances disponibles et de démonstrations argumentées sur des critères explicites, accompagnées d'un jugement professionnel fondé sur l'expérience des experts ». « La mise en œuvre de la charte doit permettre aux commanditaires et aux organismes chargés de la réalisation des expertises de respecter les principes d'impartialité, de transparence, de pluralité et du contradictoire et d'assurer la qualité de l'expertise au regard de la compétence et de l'indépendance de ceux qui la conduisent, de la traçabilité des sources utilisées, de la transparence des méthodes mises en œuvre et de la clarté des conclusions. ». Décret du 21 mai 2013.

⁹⁸ Comme l'a rappelé l'un des directeurs généraux d'ARS lors de leur séminaire de novembre 2014 auquel participait la mission, la logique qui a conduit en 1998 à briser le lien hiérarchique entre agences nationales et ministère pour garantir leur indépendance reste d'actualité, et vaut aussi au niveau régional.

- [224] S'il devait être appliqué strictement à l'ensemble des missions des CIRE, ce principe restreindrait drastiquement le champ des possibles en termes de scénario, interdisant notamment l'unification au niveau régional de l'évaluation et de la gestion (scénario *infra* de rattachement aux ARS). Comme on l'a noté, l'application, parfois un peu rigide, de la charte de l'expertise aux activités des CIRE est d'ores et déjà source de tensions ponctuelles⁹⁹. L'ensemble des activités des CIRE ne relève, toutefois, peut-être pas avec la même acuité, du principe de séparation : dans quelle mesure ce principe, totalement irréfutable en matière de saisines¹⁰⁰ doit-il s'appliquer à l'intervention « à chaud » des CIRE en matière d'alerte ? Nombre d'interlocuteurs de terrain ont souligné le caractère artificiel d'une séparation dans un continuum d'actions dictées par l'urgence, où évaluation et gestion sont parfois d'emblée imbriquées. C'est d'ailleurs ce qui, dans ce champ de l'alerte, conduit plus souvent à parler d'appui de la CIRE que d'expertise à proprement parler.
- [225] Pour autant, la dualité d'acteurs peut s'avérer nécessaire aussi dans ce champ, où les contraintes du gestionnaire pourraient influencer les décisions de gestion, par exemple dans le champ hospitalier. Il est sans doute important qu'une forme d'extériorité, permise par la séparation, garantisse une analyse et, le cas échéant, une alerte indépendante sur des risques insuffisamment maîtrisés localement ; c'est ce qui transparait très nettement dans l'hypothèse évoquée par l'actuel directeur général de l'InVS d'une capacité d'audit du nouvel Institut sur les "conditions de levée de doutes sur certains événements" et donc sur le caractère suffisant des mesures de gestion. Au-delà même du principe d'indépendance, c'est à nouveau la question de la responsabilité - nationale et/ou régionale - qui se joue ici.
- [226] La question de l'indépendance de l'analyse du risque est donc un fil conducteur important, si ce n'est totalement décisif, dans les choix de scénarios futurs.
- [227] Il importe toutefois de souligner que l'indépendance de l'expert ne s'oppose pas, de façon simpliste, à la maîtrise par l'acteur régional de l'action et de la communication sur son territoire. En ce qui concerne les sujets de communication et l'expression d'évaluations des risques éventuellement différentes, il n'appartient ainsi pas aux CIRE de s'en faire directement l'écho si l'ARS ne le juge pas opportun dans le temps et le contexte local. Mais il appartient au besoin à l'InVS, après avoir usé de l'ensemble de ses moyens propres d'interpellation de l'ARS, d'alerter le niveau national d'un sujet qui lui paraîtrait sous-traité ou induisant des risques plus larges. Cela suppose l'explicitation d'un certain nombre de mécanismes, aujourd'hui implicites, d'articulation entre InVS et ARS et de recours au niveau national.

2.1.2 Des responsabilités à clarifier

- [228] Aujourd'hui, comme le montre la partie 1, les textes législatifs ne sont pas assez précis pour délimiter finement le rôle et le positionnement de chacun. Les ARS "organisent la veille sanitaire" en région, mais l'InVS détient une mission nationale de veille, et les ARS exercent donc leurs compétences "sans préjudice de celles de l'InVS".

⁹⁹ Avec le refus de certains responsables de CIRE de formuler des recommandations au gestionnaire à l'issue de leur expertise.

¹⁰⁰ Comme le soulignent les documents de réflexion internes à l'InVS sur la déclinaison de la charte dans les champs de compétence de l'Institut et notamment un document de mars 2014 sur l'application de la charte à l'InVS

[229] Les CIRE, que les textes législatifs n'ont jamais consacrées, mais qui se considèrent de plus en plus nettement comme des antennes de l'InVS en région, sont, à la fois, investies d'une mission d'appui aux plateformes de veille, et garantes, pour le niveau national, de l'évaluation de l'ensemble des signaux susceptibles de constituer une alerte nationale. Cette garantie, terme très fort inscrit dans le guide de la veille et de l'alerte et dans les conventions de partenariat, les placent dans un positionnement potentiellement complexe par rapport aux équipes des CVAGS : le plus souvent en appui, sur sollicitation de l'ARS, mais, parfois, aussi, dans une position qui peut être ressentie comme de la supervision, voire comme de la concurrence, lorsque la CIRE s'engage seule dans des investigations. Ce risque de "concurrence" va de pair avec des incertitudes sur la "responsabilité" de chacun, notamment en matière d'évaluation de la menace, et des craintes apparemment croissantes des responsables de CIRE quant à leur responsabilité, dans la mesure où ils ont désormais accès à l'ensemble des signaux¹⁰¹.

[230] Malgré les tentatives d'explicitation des textes réalisées, tant au niveau national, par des guides de la veille ou les conventions de partenariat signées en 2010, qu'au niveau local, par des protocoles de fonctionnement des plateformes, on constate aujourd'hui qu'il est encore nécessaire de clarifier juridiquement les missions de chacun des acteurs, et partant, leur responsabilité respective.

[231] Quel que soit in fine le scénario retenu, il est donc important de compléter les textes afin de consacrer :

- la responsabilité "de première ligne" de l'ARS en matière de veille et d'alerte au niveau régional, pour toutes les étapes de traitement du signal, y compris l'évaluation et les investigations;

[232] C'est l'ARS qui doit avoir la responsabilité du traitement global du signal, de sa réception à sa gestion. Il ne paraît pas possible d'instaurer une "responsabilité à éclipses" et de lui retirer la responsabilité de l'évaluation du signal, comme a pu l'envisager un temps la direction de l'InVS. Le traitement d'un signal forme un tout, et c'est bien à l'acteur régional principal en matière de santé d'être responsable en première ligne de la gestion d'une alerte sanitaire régionale et de ses différentes étapes. La réalité des chiffres d'activité des plateformes pousse d'ailleurs dans ce sens (cf. annexe 2) : les CIRE contribuent à tout au plus 20 % des signaux sanitaires du PFR, et à une bien moindre proportion de la totalité des signaux traités, une grande part n'étant pas sanitaires. L'ARS doit en revanche savoir et pouvoir recourir à l'expertise nécessaire, notamment en matière de signaux complexes ou inhabituels, et c'est ici que l'ARS doit saisir la CIRE et l'InVS.

- l'appui indispensable de l'InVS et selon le scénario, de la CIRE, dans certaines situations complexes ou inhabituelles, ou à potentiel d'extension nationale : la référence actuelle à l'appui éventuel des ORS dans le texte de loi relatif aux missions des ARS n'a pas de sens en matière de veille et d'alerte alors que l'InVS/CIRE, acteur majeur, n'apparaît pas.

Dans l'hypothèse d'une unification des personnels sous l'autorité de l'InVS (scénario 3) et donc d'affirmation d'un réseau InVS venant en appui des ARS, il faudra préciser en plus :

- l'existence des CIRE comme relais de l'InVS en région,
- l'accès des CIRE à l'ensemble des signaux, afin de permettre à l'InVS d'exercer la mission que lui confient les textes ; cet accès peut s'accompagner d'une capacité d'auto-saisine exceptionnelle pour évaluer certains signaux et mener les investigations qui y sont liées. Mais, en aucun cas, elle ne permet un "transfert de responsabilité" des ARS vers l'InVS en matière d'évaluation du signal au niveau régional. L'ARS doit être obligatoirement informée de l'auto-saisine et de ses résultats. En cas de désaccord sur ces résultats et sur la conduite à mener en matière de gestion qui en découle, un arbitrage du ministère s'imposera.

¹⁰¹ L'Ile de France a choisi de ne pas encourir cette responsabilité face à l'ampleur du nombre de signaux et préféré être clairement en position de seconde ligne. En Rhône-Alpes, depuis la mise en place du nouveau logiciel SI VSS qui, dans sa version actuelle, ne distingue pas de la masse des autres signaux les signaux sanitaires auparavant intégrés dans Orages ou Voozalerte, la CIRE s'interroge aussi sur sa capacité à regarder tous les signaux à l'avenir.

- [233] Ces mesures de clarification ne dispensent pas d'une recherche d'articulation quotidienne fluide. Mais elles précisent le positionnement des acteurs au-delà de la formulation « sans préjudice de ... », qui laisse les uns et les autres libres de leur interprétation. Les CIRE sont des structures expertes qui doivent appuyer l'autorité régionale. Elles ne peuvent s'y substituer et revendiquer une responsabilité sur la totalité des signaux. En revanche, elles doivent pouvoir permettre à l'InVS de conserver le rôle qui est le sien en matière d'alerte au niveau national, en ayant une vision globale des signaux. Une fois ce positionnement clarifié, l'articulation harmonieuse entre l'autorité sanitaire et ses "experts" demeure dépendante de l'élaboration de protocoles de fonctionnement régionaux précis, définissant des principes de partage des rôles et organisant des échanges réguliers, avec une réunion à échéance au moins hebdomadaire, pour garantir une approche coordonnée des signaux et un partage des tâches au cas par cas.
- [234] A cette clarification nécessaire sur les missions et responsabilités de chacun en matière de traitement du signal, s'ajoute également le besoin de rendre le circuit de remontée de l'alerte au niveau national plus cohérent en le remettant à plat dans chacun des scénarios proposés.

2.1.3 Une "double autorité" à préciser

- [235] Le bilan montre qu'aujourd'hui le rattachement institutionnel des CIRE est "flottant". Elles étaient considérées en 1994, lors de leur création, comme étant sous "l'autorité hiérarchique des DRASS et l'autorité fonctionnelle de l'InVS" ; un glissement s'est peu à peu opéré, et accéléré avec la création des ARS, jusqu'à un arrimage de plus en plus fort à l'InVS, les dénommant alors "cellules de l'InVS en région" et affirmant en plus de son autorité "scientifique" une autorité "administrative", au même titre que celle des ARS.
- [236] Cette incertitude sur le positionnement institutionnel des CIRE (service de l'InVS ou service de l'ARS?), outre l'inconfort qu'elle représente dans le travail quotidien comme cela a été relevé, crée une hétérogénéité de leur inscription au sein des différentes ARS, une inégale implication des agences dans la programmation ou l'évaluation du responsable de CIRE, et des dysfonctionnements, notamment des "loupés" en matière de communication.
- [237] Cette incertitude est alimentée par la coexistence au sein de ces structures de personnels rattachés pour une part aux ARS et pour une autre part à l'InVS.
- [238] Quel que soit le scénario retenu, il faudra préciser dans les textes ou documents conventionnels les notions d'autorité "hiérarchique", d'autorité "scientifique" et de "pilotage", dont on a vu dans la partie 1 qu'elles sont aujourd'hui utilisées sans correspondre à une réalité précise, et clarifier ce qu'elles impliquent pour les acteurs.

2.1.4 Un rattachement des personnels à simplifier

- [239] La première partie du présent rapport a énuméré les difficultés rencontrées aujourd'hui par les CIRE et leurs agents en raison de la coexistence de deux types de personnels et du caractère atypique de leur situation, puisque certains d'entre eux sont clairement de statut "InVS" et sous l'autorité hiérarchique du responsable de CIRE et de l'InVS, et une autre partie est de façon moins claire à la fois sous l'autorité du responsable de CIRE, qui les "manage", selon l'expression de la convention de partenariat de 2010 et les "évalue", mais aussi directement affectée auprès des ARS, soit parce que ce sont des fonctionnaires (MISP ou IGS), soit parce qu'ils sont contractuels de droit public avec des contrats "ARS". L'ARS conserve donc le droit de les nommer (même si dans les faits comme on l'a vu, les CIRE et l'InVS sont souvent associés à ces recrutements) et de les sanctionner, et surtout est responsable du déroulement de leur carrière. Enfin, ces personnels sont dans le plafond d'emplois de l'ARS.

- [240] Comme cela a été montré, ce rattachement affaiblit l'autorité du responsable de CIRE et ne crée aucune réelle "valeur ajoutée" fonctionnelle pour les ARS, celles-ci s'abstenant légitimement de leur confier d'autres tâches ou d'interférer avec leur action quotidienne à de rares exceptions. Ce rattachement leur permet tout au plus de conserver « en réserve » des ETP au sein d'un plafond d'emplois sous contrainte. Mais, la mission a pu constater les difficultés que cela pose aux personnels eux-mêmes. Et les difficultés de pilotage que cela crée au niveau national.
- [241] Quel que soit le scénario, il faudra, selon la mission, unifier le rattachement des personnels vers l'une des deux structures. D'autres modalités que le partage des moyens humains devront assurer la prise en compte des impératifs des deux acteurs.

2.2 Un maillage à repenser en lien avec la réforme territoriale de façon à en optimiser l'efficacité

2.2.1 Des contraintes de moyens pesant sur les deux acteurs

- [242] Les contraintes de moyens pesant aujourd'hui sur l'ensemble des acteurs publics donnent au débat récurrent sur le positionnement des CIRE un tour plus aigu. C'est au nom de l'efficacité qu'un certain nombre de directeurs généraux d'ARS mettent en cause la dualité de structures et interrogent ce qu'ils décrivent, parfois, comme un « confort » relatif des CIRE par rapport à la situation sous tension de leurs équipes de veille et alerte. Ce, alors même que l'enquête activité de 2013 sur les moyens des agences régionales, souligne la priorité forte accordée à la sécurité sanitaire dans leurs choix d'affectation des ressources. C'est en contrepoint, par crainte de voir les ARS renoncer à leurs engagements conventionnels, que l'InVS a, d'une part, conforté son investissement dans les moyens humains des CIRE, devenant le principal contributeur de postes scientifiques permanents en dépit de ses propres contraintes de plafond d'emploi et, d'autre part, envisagé différents scénarios propres à sécuriser son implantation territoriale.
- [243] Les ARS ont poursuivi leur soutien aux CIRE et contribuent toujours à une majorité des postes. Elles sont, cependant, devenues minoritaires sur les postes scientifiques et, dans quelques CIRE, des difficultés sont apparues pour maintenir ou renouveler des postes dépendant de l'ARS. La pression s'exerçant depuis quelques années sur les plafonds d'emploi¹⁰², et plus encore sur la masse salariale des ARS, a conduit certains responsables d'ARS à remettre en cause leur engagement conventionnel initial, comme on l'a évoqué *supra*. En Aquitaine, confronté aux contraintes de plafond d'emploi, le DG d'ARS a choisi de s'appuyer pour un mi-temps sur le poste d'ingénieur de la CIRE pour compenser un départ d'ingénieur au sein de la mission régionale Santé-Environnement. Cette décision a imposé de dénoncer la convention InVS-ARS de 2010 qui fixait l'apport respectif des deux institutions de façon paritaire. En Lorraine, la pression sur la masse salariale a conduit la direction à prioriser ses recrutements, en renonçant à remplacer immédiatement les postes vacants d'IGS et de MISP de la CIRE. Devant la grande fragilisation de la CIRE et de son apport induite par ces choix, il a finalement été décidé de remplacer le poste de médecin.
- [244] Ces démarches restent isolées et les ARS préservent pour la plupart encore les CIRE, par respect de l'engagement initial, mais aussi par intérêt bien compris. L'engagement des ARS sur des postes permanents statutaires a toutefois laissé une part croissante à des emplois contractuels à durée déterminée. En 2014, elles consacraient 66,4 ETP aux CIRE, dont 53,8 pérennes (cf. annexe 3). On peut mettre en regard les postes recensés fin 2012 dans le cadre de l'enquête activité menée par le ministère des affaires sociales au titre de la mission Signaux, événements et alertes soit près de 251 ETP (hors CIRE).

¹⁰² Au cours des dernières années (2011-2015), les ARS ont perdu 7,5 % de leurs plafonds d'emplois, Source DAFIIS

- [245] Le prochain budget triennal demandera encore d'importants efforts aux ARS : leur plafond d'emplois global passant de 8887 ETP en 2014 à 8785 ETP en 2015, soit une perte de 102 ETP à répartir sur les 26 régions. 97 ETP supplémentaires devront être rendus en 2016 et 100 en 2017, dans un contexte de refonte territoriale.
- [246] Pour ce qui est de l'InVS, il a perdu 35 ETP sur la période 2011-2015 sur 427 en 2011, soit une baisse de 8,4 %. En dépit de ces efforts, la direction de l'Institut a choisi, au cours des années passées, non seulement de préserver, mais même de conforter les CIRE, dans la ligne de la démarche globale de consolidation du réseau. La fusion des trois institutions au sein du futur Institut de santé publique crée une relative absence de visibilité sur les perspectives des ressources humaines consacrées à la veille et à l'alerte dans ce nouvel ensemble, qui reste néanmoins soumis à la baisse des moyens humains du secteur public. En 2015, tout en appliquant, à l'ensemble des trois institutions rassemblées au sein du nouvel Institut, le taux global de réduction du programme 204, soit 2 %, la DGS a fait porter des efforts plus importants sur l'InVS, avec une baisse de 10 ETP en 2015. La fusion s'opérant en 2016, la question se pose pour l'avenir des éventuelles marges de manœuvre dégagées par cette fusion, et de la part des gains éventuels qui sera conservée au nouvel Institut pour mettre en œuvre ses missions et le cas échéant consolider son réseau.

2.2.2 Un modèle cible à ajuster à la nouvelle configuration territoriale

- [247] La réforme territoriale va conduire à recomposer le paysage des CIRE comme celui des ARS. Cette recomposition dépendra naturellement du choix de scénario sur leur avenir (*cf infra* 2.4 et 2.5).
- [248] Dans l'hypothèse d'un maintien des CIRE au sein des ARS, leur organisation territoriale sera largement dictée par l'architecture de la veille et alerte au sein des ARS et donc par les modalités d'organisation des futures cellules de veille et alerte. Bien que l'implantation territoriale des CIRE obéisse à d'autres impératifs, et notamment à la nécessité d'animer les réseaux de surveillance, l'articulation avec les CVAGS est l'élément le plus structurant. La visibilité sur les choix d'organisation des futures ARS est à ce stade limitée. Il semblerait cependant que le choix sera fait de concentrer la CVAGS au seul niveau du siège, ce qui emporterait une implantation identique pour les CIRE.
- [249] Dans une hypothèse de coupure entre CVAGS et CIRE et de positionnement interrégional de celles-ci, les moyens humains de l'InVS en CIRE¹⁰³ ne permettraient, pour assurer une masse critique minimale, qu'une localisation au niveau des 7 zones de défense, soit un territoire très étendu dont la pertinence fonctionnelle n'est pas acquise par rapport à une structuration purement nationale.
- [250] Quelle que soit l'implantation de la CIRE, il importe de progresser dans la définition de la cible d'effectifs à atteindre en élaborant un modèle moins rudimentaire que celui qui repose aujourd'hui sur un seul critère, la population de la région couverte. Une réflexion similaire à celle conduite actuellement pour les ARS par le SGMAS devrait conduire à définir des inducteurs de charge plus précis.
- [251] Dans sa note du 22 octobre 2009, l'InVS avait procédé par bassins de population (6 ETP pour moins de 3 millions d'habitants; 8 ETP pour plus de 3 millions d'habitants et 10 ETP pour plus de 5 millions d'habitants). Il serait nécessaire d'affiner ce calcul aujourd'hui pour pouvoir fixer la masse critique d'une CIRE: il peut être intéressant de le croiser notamment avec des données d'activité ou des données permettant de définir les risques liés au contexte régional mais aussi de définir des effectifs planchers pour garantir la permanence de la veille (*cf. annexe 3*).

¹⁰³ 62,4 ETP en 2014, tous contrats confondus

2.3 Les options en présence

- [252] Au fur et à mesure de la mission se sont exprimées des revendications dont toutes ne supposent pas de recomposer l'organisation existante ; toutes les insatisfactions face au modèle actuel ne requièrent pas de changement radical d'organisation : la clarification des textes, la définition et l'application de conventions et de protocoles explicites peuvent apporter de réels progrès. Des pistes d'évolution véritablement organisationnelles ont cependant été dessinées depuis quelques années par les certains acteurs institutionnels ou de façon plus individuelle lors des entretiens avec la mission.
- [253] Un premier schéma qui a la préférence de l'InVS, qui l'a suggéré à plusieurs reprises dans des notes au ministère¹⁰⁴, consiste à transférer à l'Institut la responsabilité de l'ensemble des personnels des CIRE, sans rompre avec les ARS, au sein desquelles les CIRE demeureraient intégrées. Les avantages recherchés sont la simplification de gestion des personnels et la préservation d'une force de frappe de veille, surveillance et alerte dont l'InVS redoute sinon qu'elle ne s'effrite progressivement sous la pression des contraintes de plafond d'emploi ou de masse salariale des ARS, comme peuvent le laisser craindre les premiers signes de retrait, apparus depuis quelques années (Aquitaine, Lorraine, Bretagne ...).
- [254] Une version de ce schéma décliné dans le contexte de la réforme territoriale apparaît également dans la note de 2014: il s'agirait de mettre à profit la réforme territoriale pour opérer l'unification sous l'autorité de l'InVS des personnels, mais en réduisant l'impact pour les ARS des transferts d'effectifs grâce à l'efficience permise par la baisse du nombre de régions à treize. L'évolution d'organisation serait moins rude pour les ARS en termes de perte de ressources, ressentie, si ce n'est réelle, les agences régionales ayant pour la plupart sanctuarisé les personnels ARS des CIRE.
- [255] Devant l'insuccès de cette piste jusqu'à présent, inquiet des menaces sur des effectifs de CIRE, dont il estime qu'ils n'ont jamais atteint la cible optimale définie par lui en 2009, l'InVS a envisagé en 2014¹⁰⁵ une piste plus radicale de scission, avec un resserrement des CIRE sur les seuls effectifs de l'InVS (majoritaires en ce qui concerne les effectifs scientifiques permanents, cf. annexe 3) à un niveau qui serait nécessairement interrégional comme celui des actuelles zones de défense, toute structuration plus fine ne permettant pas d'atteindre une masse critique. Ce schéma impose de privilégier certaines missions et d'être plus sélectifs dans les dispositifs de surveillance ou les études mises en œuvre.
- [256] Le pendant de cette option est porté par certaines directions générales d'ARS qui estiment que la reprise des effectifs ARS des CIRE leur redonnerait des marges de manœuvre en ressources humaines au bénéfice des cellules de veille et alerte, leur permettrait d'optimiser l'allocation des moyens en supprimant ce que certains considèrent comme des doublons inefficients et leur éviterait des incertitudes sur la chaîne de commandement qui peuvent créer¹⁰⁶ des dysfonctionnements ponctuels, notamment en termes de communication. Cette voie qui signifie la disparition de la dualité d'acteurs au niveau régional au sein des plateformes rejoint le désir de certains responsables de veille et alerte : c'est pour eux l'occasion de faire monter en compétences épidémiologiques leurs équipes, ce qui permet de se dispenser de l'appui d'une CIRE mais aussi d'accroître, selon eux, l'intérêt et l'attractivité de ces missions pour lesquelles les vocations seraient aujourd'hui fragiles.

¹⁰⁴ Notes des 13 février 2013 et du 13 juin 2014

¹⁰⁵ Note du 13 juin 2014

¹⁰⁶ Comme l'a déclaré un DG d'ARS, « en situation de crise, il doit y avoir une verticale du pouvoir et aucune ambiguïté sur le rôle des uns et des autres ».

- [257] Cette hypothèse ne signifie pas que les ARS renoncent pour autant à tout appui de l'InVS : c'est, soit un appui de l'Institut national lui-même qui est attendu -l'actuel DCAR devenant un interlocuteur privilégié pour les ARS, avec le cas échéant des référents régionaux en son sein- soit un recours à des cellules interrégionales de l'InVS. Il est à noter que l'InVS n'envisage de son côté aucun scénario sans échelon territorial pour les raisons évoqués dans la partie 1.2 : besoin d'un ancrage territorial pour la mise en œuvre des missions de l'Institut (alimentation de la veille, animation de la surveillance, déclinaison d'études multicentriques) et déploiement, depuis plusieurs années, d'une logique de régionalisation qui serait totalement prise à revers par une recentralisation totale.
- [258] Un schéma intermédiaire a pu être proposé à la mission, qui place les personnels des CIRE sous l'autorité directe de l'ARS, mais conserve une dualité d'acteurs en leur sein. L'objectif est ainsi de sauvegarder ce que, beaucoup, considèrent comme un élément essentiel, la capacité de recul, si ce n'est l'indépendance, par rapport à la gestion, pour préserver le temps de maintenir ses compétences et de déployer l'ensemble des exigences de l'évaluation épidémiologique rigoureuse. L'idée que, sinon, l'urgence de la gestion l'emporterait toujours sur l'approfondissement et la production d'expertises de moyen terme est assez largement partagée. C'est ce qu'un directeur d'ARS a qualifié d'une nécessaire « éthique de la préservation » et qu'un responsable de la VSS a évoqué en soulignant l'intérêt d'une structure d'appui scientifique « aux mains propres ».
- [259] Il n'était pas toujours clair de comprendre si, dans l'esprit des promoteurs de cette option, la structure épidémiologique de l'ARS entretiendrait ou non des liens privilégiés avec l'InVS. Cette piste de travail suppose, pourtant, que, si tous les personnels des CIRE deviennent des agents des ARS, celles-ci reprennent l'ensemble des missions actuelles des CIRE, dont la surveillance ou les études, et deviennent donc elles-mêmes le relais de l'InVS. Il n'est pas certain que cela puisse être le souhait des DG d'ARS.
- [260] Cette voie mixte est souvent apparue comme une solution de repli proposée par des acteurs des CVAGS attachés à préserver l'apport d'une structure d'expertise scientifique d'appui, en cas de revendication des directions d'ARS d'unifier sous leur autorité l'ensemble des équipes. Elle ne correspond pas, cependant, au souhait d'efficience des directeurs favorables à une fusion, et pose la question des possibilités de pérennité d'une telle division du travail au sein d'une même entité ARS dans un contexte de ressources limitées. Certains directeurs ont toutefois repris cette hypothèse au nom de l'« éthique de préservation » citée *supra*.
- [261] Les dernières prises de position des DG d'ARS comme de l'actuelle direction de l'InVS évoquées en partie 1 ont néanmoins redonné plus de poids à l'hypothèse du maintien du modèle actuel sous réserve d'ajustements des textes, des pratiques et de résolution de la question du rattachement des personnels. Nombre d'acteurs régionaux sont de fait convaincus, comme la mission l'a souligné, de l'apport de cette structure interne/externe pilotée scientifiquement par l'InVS et de la perte qu'entraînerait une coupure. Au terme de ses investigations, la mission privilégie, elle aussi, un schéma d'organisation qui préserve le niveau de performance en sécurité sanitaire acquis grâce à l'articulation régionale des deux acteurs InVS et ARS, tout en tentant d'en réduire les inconvénients actuels.

2.4 Le scénario de coupure présente plus de risques que d'atouts

- [262] Dans les options évoquées *supra*, un premier scénario sépare des CIRE interrégionales et des ARS aux CVAGS élargies. On peut le qualifier de scénario du repli, de reprise par chacun des acteurs de ses moyens humains et de simplification des chaînes de commandement. Ce scénario "de coupure" rompt la proximité géographique et fait sortir les CIRE des ARS.

- [263] C'est le schéma évoqué dans la note de juin 2014 de la directrice générale par interim de l'InVS qui, prenant acte d'une menace pesant sur les postes ARS des CIRE, opte pour une architecture sécurisée reposant sur les seuls effectifs de l'InVS, à une échelle nécessairement interrégionale¹⁰⁷. Il trouve son pendant dans le souhait de certains DG d'ARS ou responsables de CVAGS d'unifier au sein de celle-ci l'ensemble des compétences de veille et d'alerte.
- [264] Les emplois des CIRE sous statut ARS resteraient dans les agences et viendraient notamment conforter la CVAGS. Les effectifs actuels comprennent essentiellement, outre la totalité des postes d'assistantes, des médecins, des ingénieurs et quelques épidémiologistes sous contrat, dont il n'est pas acquis que tous souhaitent rejoindre un service ARS, notamment les contractuels.
- [265] Il ne resterait à l'InVS que les effectifs qu'il finance aujourd'hui en CIRE, soit 62,4 ETP à profils essentiellement scientifiques (épidémiologistes dont une minorité de médecins ou ingénieurs) (cf annexe 3). Si on décide, compte tenu des forts enjeux de sécurité sanitaire de ces régions, et comme le privilégie la note de l'InVS de juin 2014, de sanctuariser la quinzaine d'ETP InVS des CIRE ultra-marines, on arrive en réalité à 47 ETP pour les CIRE métropolitaines. Celles-ci verraient donc leur taille se réduire significativement ; afin d'atteindre une masse critique, il serait indispensable, y compris à l'issue de la réforme territoriale, de les positionner auprès d'inter-régions et non des régions : avec 13 régions, on atteindrait à peine des CIRE à 3,5 ETP ce qui est nécessairement sous-dimensionné au regard des régions en question. Si les CIRE sont positionnées auprès des sept zones de défense, cela ferait, à effectifs métropolitains InVS constants, des CIRE d'environ 6,5 ETP par zone en moyenne, ce qui reste inférieur aux 10 ETP par zone de défense souhaités par l'InVS dans sa note de juin 2014.
- [266] De telles CIRE à 6,5 ETP placées au niveau des zones de défense ne pourraient plus exercer les mêmes missions qu'aujourd'hui.
- [267] Dans ce scénario, elles ne seraient plus qu'un appui occasionnel en cas d'alerte majeure dans le domaine de la veille, qui serait en réalité pleinement assumé par les CVAGS, et resteraient en revanche mobilisées en matière de surveillance et d'études. Les ARS deviendraient un "partenaire" parmi d'autres, comme les autres administrations de l'Etat (sphère travail, DREAL¹⁰⁸ ...), et pourraient "passer commande" d'études à portée régionale. Les CVAGS se renforceraient en compétences plus ciblées sur l'épidémiologie d'intervention, à partir des effectifs récupérés et seraient plus autonomes y compris en cas de signaux complexes.
- [268] Pour ce scénario comme pour les suivants, la mission s'est attachée à définir les atouts, les risques et les conditions de succès.

2.4.1 La remise en cause du modèle actuel de co-pilotage apporte certes une clarification....

- [269] Au titre des atouts de ce scénario, on peut noter que les objectifs administratifs à poursuivre (2.1) seraient pour la plupart atteints:
- missions clarifiées (ARS pleinement responsables de la veille au niveau régional, sans appui régulier ni auto-saisine des CIRE, du fait de la sortie des plateformes régionales et de la trop grande multiplicité de signaux issus de plusieurs régions);
 - mise en place de deux autorités distinctes avec un rattachement des personnels simplifié.
- [270] La CIRE deviendrait un service du seul InVS, extérieur aux ARS, ce qui permet de conserver intacte une expertise scientifique indépendante, mobilisable par l'ARS sur des dossiers de moyen-long terme.

¹⁰⁷ Dont il faut noter qu'à l'issue de la refonte territoriale cela représentera un territoire particulièrement important, ce qui pose de réelles questions d'opérationnalité.

¹⁰⁸ Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement

- [271] A l'inverse, les CVAGS se renforceraient et les risques et tensions liés aux possibles doublons disparaîtraient en grande partie. Les ARS qui plaident pour ce schéma pensent qu'elles réaliseraient des gains d'efficience si la veille leur était pleinement confiée.

2.4.2 ...mais elle ne garantit ni un exercice optimal de l'alerte et de la surveillance nationales ni une réactivité suffisante à l'égard des besoins régionaux

- [272] Ce scénario, qui le priverait d'ancrage régional et de proximité avec les ARS, pénaliserait tout ou partie des missions de l'InVS et amoindrirait l'interaction fructueuse entre elles, notamment veille et surveillance. Une CIRE interrégionale aux moyens réduits serait par ailleurs moins disponible pour les ARS de son ressort et moins coordonnée avec elles. Une grande partie des apports opérationnels décrits dans la partie 1.2 sont réduits dans cette configuration.

Un tel scénario ne permet d'optimiser ni le service rendu à l'ARS, ni la performance globale du système de veille.

Des risques pour les ARS.

- [273] La rupture déstabiliserait selon toute vraisemblance une réalisation dont chacun s'accorde à dire qu'elle a été un progrès, à savoir la constitution des plateformes régionales de veille et alerte. Le bilan positif de ces plateformes tient, bien sûr, dans un premier temps, à l'édification d'un point focal et à la visibilité régionale acquise sur l'ensemble des signaux. Mais il repose aussi, comme on l'a noté dans le bilan, sur la complémentarité de deux approches, celle des épidémiologistes de la CIRE et celle des gestionnaires des CVAGS et sur le lien immédiat avec l'InVS.
- [274] Les CVAGS perdraient de la valeur ajoutée en matière de veille quotidienne. Ce serait la fin des contacts informels très nombreux entre équipes et de la concertation sur la meilleure conduite à tenir au vu des éléments régionaux, mais aussi des éléments de mise en perspective rapides permis par l'appartenance à un réseau national et par l'éclairage des dispositifs de surveillance. Faute de proximité, le niveau interrégional ne pourrait être saisi que de façon plus formelle et en cas d'alerte majeure ou particulièrement complexe, compte tenu de ses effectifs. La lourdeur de la démarche dissuaderait sans doute les acteurs de la CVAGS, et le recours à l'expertise méthodologique et scientifique de la CIRE serait plus épisodique et aléatoire.
- [275] Il est probable que le recours en matière de veille se ferait plutôt d'ailleurs directement auprès du niveau national. C'est, en tout cas, ce qu'espèrent la plupart des acteurs d'ARS envisageant de se passer de CIRE et négligeant le besoin propre de structuration territoriale de l'InVS. Un appui direct de l'InVS aux ARS serait-il cependant possible à hauteur des besoins des ARS et offrirait-il des conditions équivalentes à l'appui actuel des CIRE, avec le même niveau de réactivité et de performance? Il est vraisemblable que non, selon les dires mêmes des directions scientifiques de l'InVS, rencontrées par la mission. Celles-ci n'envisagent pas de pouvoir répondre de façon réactive, en première ligne, aux questions des ARS, sans le filtre actuel des professionnels des CIRE rompus à l'épidémiologie et inclus dans une dynamique d'animation scientifique et une interaction permanente qui garantit une communauté de langage. Il faudrait que le DCAR évolue d'une structure d'animation des CIRE vers une plateforme d'interface avec les ARS. Il est toutefois plus vraisemblable que la capacité de réponse de l'InVS aux saisines des ARS se dégrade dans un tel scénario.

- [276] Serait également perdu le regard extérieur que porte la CIRE sur les signaux et la possibilité qu'elle a d'alerter ou de s'auto-saisir, qui constitue pourtant, aujourd'hui, pour l'ARS un filet de sécurité et peut, dans certains cas, l'aider à résoudre des crises compliquées ou à revenir sur des décisions inopportunes (*cf supra* exemples de la Corse ou de la vaccination inappropriée face à des méningites). Si les professionnels des CVAGS ne parviennent pas à maintenir un niveau de compétences ou de connaissances scientifiques adéquat ou à s'inscrire dans un échange interrégional d'expériences, les cas où les CVAGS "font fausse route" dans l'évaluation des signaux risqueraient d'être plus nombreux. Il est toutefois difficile de mesurer ce risque.
- [277] De façon plus globale, les ARS devraient dans la plupart des cas renoncer à la distance qui existe aujourd'hui en matière de veille entre l'évaluation et la gestion. Importante en termes d'indépendance dans les cas où l'ARS peut être juge et partie (signaux en lien avec l'organisation des soins notamment), cette perte de distance présente aussi le risque, fréquemment souligné par des interlocuteurs de la mission, que la gestion l'emporte sur les exigences temporelles de la rigueur méthodologique et compromette parfois la qualité des investigations ou des décisions.
- [278] Les ARS perdraient enfin vraisemblablement, pour les mêmes raisons, la culture de l'écrit résultant de l'approche scientifique et du temps moins contraint des CIRE d'où une moindre traçabilité des signaux et moins de retours d'expérience, faute de publication de rapports scientifiques après des crises importantes. A moyen terme, cette perte aurait nécessairement un impact sur la professionnalisation et la capitalisation de la veille au niveau régional, mais aussi naturellement au niveau national.
- [279] La valeur ajoutée de la surveillance pour les politiques de santé des ARS se réduirait également, les systèmes de surveillance devenant nécessairement avec des CIRE interrégionales moins axés sur les besoins régionaux, moins spécifiques et moins accessibles, contrairement à la tendance constatée aujourd'hui. L'éloignement aurait en outre un impact majeur sur la capacité d'animation des réseaux de proximité, avec un risque de moins bonne qualité des données recueillies et de baisse des signalements. L'interaction veille/surveillance, qui permet de mettre en perspective les signaux ou d'en générer, serait largement perdue en raison de la dissociation territoriale de la surveillance et des plateformes/point focal.
- [280] Enfin, les ARS perdraient sans doute de la valeur ajoutée en matière d'études bien qu'a priori la fonction "Etudes" serait la moins affectée par la prise de distance CIRE/ARS.
- [281] D'une part, les ARS, déjà aujourd'hui inégalement mobilisées, seraient moins associées à la programmation des CIRE. Les études répondraient moins souvent, dès lors, aux besoins des politiques régionales. Les ARS pourraient par ailleurs plus rarement mobiliser ce "recours" qui leur permet, face à leurs partenaires, de s'appuyer sur des travaux "d'expert" ; les personnels des CIRE interrégionales et de l'InVS se déplaceraient moins sur le terrain que les CIRE actuelles.
- [282] D'autre part, les études élaborées pourraient être moins opérationnelles qu'actuellement : leurs rédacteurs seraient par définition plus éloignés de la réalité locale, alors que les ARS soulignent qu'elles ont besoin que "l'expert" soit ancré dans le contexte local, notamment en santé-environnement, parce que cela permet de mieux mesurer l'impact politique et social de certaines crises. Cela a été confirmé lors des rencontres avec la mission par les départements scientifiques de l'InVS et notamment le directeur du département santé environnement (DSE), précisant que « les CIRE ne sont pas de simples courroies de transmission (des directions scientifiques de l'Institut); le contexte local et social sont des éléments indispensables à prendre en compte, sinon l'expert a une vision trop "théorique" ».

- [283] En conclusion, sans le lien étroit qui est le leur, aujourd'hui, avec les CIRE/l'InVS, les ARS perdraient une grande part des interactions permises au profit des politiques de veille mais aussi de prévention ou d'organisation des soins. Elles abandonneraient aussi leur capacité relative de pilotage sur les CIRE, notamment en matière de communication. Les garanties de coordination seraient en tout cas moindres. En matière de programmation, les priorités régionales pèseraient moins face aux priorités nationales de l'InVS. Ce constat pose clairement la question de ce qui est le plus à craindre pour les ARS : les difficultés de coordination occasionnelles avec un acteur proche, intégré fonctionnellement ou compte tenu du besoin d'ancrage territorial de l'InVS, l'autonomie d'un acteur interrégional arpentant en partie les mêmes domaines, mais avec une autonomie plus grande ...

Des risques pour l'InVS ensuite.

- [284] Le repli sur une base interrégionale au niveau des zones de défense pose la question de la valeur ajoutée réelle pour l'Institut par rapport à une implantation nationale exclusive. La proximité toute relative avec le terrain, l'éloignement des acteurs posent question pour des sujets qui sont, si ce n'est quotidiens, mais plus fréquents que les sujets de défense ou de crise gérés à cette dimension territoriale. Dans le monde du soin, on est à cette échelle plus au niveau du recours que de l'intervention régulière ; dans certains champs de moyen terme, comme la recherche, une implantation interrégionale (ex. des cancéropôles) est à la mesure des enjeux de synergie. Mais pour les sujets de veille, surveillance et études des signaux du terrain, la dimension interrégionale au niveau des zones atténue l'intérêt de l'ancrage territorial par rapport à un renforcement du national et s'éloigne fortement du fondement de la création des CIRE, l'épidémiologie d'intervention ...
- [285] Les CIRE s'éloignant de la source en continu des points focaux régionaux, l'alimentation de l'InVS en matière de signaux pourrait s'appauvrir si un circuit fluide entre ARS et InVS n'était pas créé, et si les ARS s'avéraient plus sélectives, et moins précises, que ne le sont aujourd'hui les CIRE dans la remontée d'alertes, mais aussi d'informations. La suppression de la proximité, du pouvoir d'alerter qui en résulte ou de l'auto-saisine, peut par ailleurs accroître le nombre de situations ne bénéficiant pas d'investigations assez approfondies au niveau local, avec des conséquences locales de court ou moyen terme, mais aussi potentiellement des risques accrus au niveau national en cas de manque de réactivité ou de maîtrise insuffisante des risques régionaux. Le rôle de "vigie" qu'a l'InVS en matière de veille nationale pourrait être affaibli et le système de veille fragilisé dans son ensemble. Il en irait de même des systèmes de surveillance dont l'animation, par définition régionale aujourd'hui, ne pourrait plus être aussi active, sauf à ce que les ARS prennent le relais, ce qui est parfois le cas aujourd'hui¹⁰⁹, mais pour des systèmes ponctuels. La perte des contacts avec les déclarants entraînerait selon toute vraisemblance une baisse dans la collecte et la qualité des données.
- [286] Les conditions de réussite d'un tel scénario reposent sur une formalisation exigeante des liens entre ARS/CIRE/InVS : elles nécessitent, en l'absence de proximité physique, l'assurance d'une réelle disponibilité d'une CIRE interrégionale à effectif réduit ou de l'InVS au niveau national en faveur des ARS, pour les appuyer en cas d'alerte majeure et pour partager les enseignements de la surveillance et les études ; elles requièrent la création d'un lien de remontée des alertes, informations sanitaires d'importance et informations simples, aujourd'hui transmises par les CIRE, des ARS vers l'InVS pour que celui-ci continue à être alimenté et puisse exercer ses missions. Le maintien d'une compétence épidémiologique de bon niveau au sein des ARS impose en outre une dynamique constante d'actualisation des compétences scientifiques et de partage national d'expérience de la part des ARS (cf. *infra* scénario du transfert des moyens vers les ARS).

¹⁰⁹ Exemple de la co-animation des réseaux de veille et surveillance en région Languedoc-Roussillon

- [287] Faute de réunir ses conditions de réussite, la coupure entre une structure pilotée scientifiquement par l'InVS et les équipes de l'ARS en charge de la gestion représente un risque de moindre efficacité pour chacun des acteurs et peut menacer la performance globale d'un dispositif de sécurité sanitaire progressivement conforté depuis le début des années 1990.
- [288] Le risque d'appauvrissement des performances de sécurité sanitaire tant des ARS que de l'InVS n'apparaissant pas négligeable, les scénarios les plus réalistes sont ceux qui conservent une articulation géographique et fonctionnelle étroite tout en clarifiant les responsabilités et la gestion des personnels.

2.5 Le scénario retenu doit offrir un juste équilibre entre les prérogatives des ARS et celles de l'InVS en réaffirmant un véritable co-pilotage

- [289] Les deux scénarios étudiés ci-dessous maintiennent un lien géographique et une proximité opérationnelle entre la CIRE et l'ARS, et confirment la nécessité du co-pilotage qui en découle. Ils s'inscrivent donc dans la continuité du modèle actuel, qui est cependant rénové pour en améliorer le fonctionnement. Cela passe par un ajustement des textes législatifs et par la réécriture d'une nouvelle convention cadre nationale. Cela requiert, aussi, selon la mission, une unification du statut des personnels des CIRE, la dualité de rattachement n'emportant aucun avantage autre que symbolique pour l'un ou l'autre des acteurs.
- [290] Deux scénarios sont distingués, selon que, par souci de simplification de la gestion des équipes, les personnels sont rattachés à l'ARS ou à l'InVS. Dans les deux cas, pour assurer rigueur des méthodes et pertinence scientifique des activités de veille et d'alerte, le pilotage et l'animation scientifiques par l'InVS sont confirmés, que ce soit sur de véritables "cellules de l'InVS en région", ou sur un service d'épidémiologie de l'ARS ; dans les deux cas, le pilotage fonctionnel de l'ARS est affirmé pour garantir l'appui au décideur régional et la cohérence des positions prises en région. Dans la logique de « préservation à l'égard de la gestion » évoquée *supra* et pour garantir l'existence d'une entité à valence épidémiologique et la sauvegarde des missions de surveillance et d'études, la dualité de cellules régionales est maintenue, indépendamment du rattachement des personnels.
- [291] Le scénario « InVS » s'écarte assez peu du schéma actuel, dans la mesure où les CIRE se positionnent déjà comme des cellules de l'InVS en région et que leurs équipes, y compris une grande part des personnels « ARS », ont un fort sentiment d'appartenance au réseau de l'Institut qui les anime, les forme ... Elle simplifie le quotidien des personnels et préserve, avec plus de certitude pour l'avenir, une capacité épidémiologique et un ancrage territorial pour les missions de surveillance et d'études. L'autre scénario conduit à repenser significativement le modèle de relation entre une agence nationale et les ARS, en en faisant ses relais. On devra s'interroger sur le fait de savoir si ce scénario présente une réelle alternative durable au scénario de coupure : le transfert d'effectifs de l'InVS vers les ARS, hypothèse très exigeante, n'est envisageable qu'à condition d'engagement fort de reprise par les ARS de l'ensemble des missions et de lien renforcé entre agence nationale et ARS pour garantir l'exercice sans alevé des missions nationales.

2.5.1 Un scénario où la CIRE est intégrée aux ARS, avec autorité et animation scientifiques de l'InVS

2.5.1.1 Description

[292] Dans ce scénario, la CIRE devient un service de l'ARS, ce qui implique le transfert de tous les personnels à l'ARS. Elle n'est toutefois pas fusionnée avec la CVAGS, à la différence du scénario de coupure précédemment exposé, qui distinguait entre veille, reprise en grande part par les CVAGS, et surveillance et études, conservées à un niveau interrégional, qui n'existe pas dans ce scénario. Ses fonctions restent les mêmes : appui à la veille, surveillance/animation de réseaux et études. Perdre donc l'existence d'une structure spécifique identifiée au sein de la plateforme de veille comme de l'organigramme comme un "pôle épidémiologique et scientifique", sous l'autorité scientifique de l'InVS. Cette identification permet de garder la distance existante aujourd'hui entre l'évaluation et la gestion et la dualité d'intervenants régionaux, malgré l'intégration des personnels à l'ARS, préserve le lien avec l'ISP.

[293] Dans un tel modèle, les ARS deviennent les seuls interlocuteurs territoriaux de l'InVS, et sont ses représentants en région. Les directeurs généraux des agences acquerraient ainsi une "double casquette". Les directeurs généraux qui privilégient une telle organisation ont donné en exemple ce qui existe pour l'ANRU (Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine): le préfet est le délégué territorial de l'Agence et le directeur départemental des territoires (DDT) son délégué adjoint, qui dirige une équipe identifiée "rénovation urbaine" entièrement sous son autorité hiérarchique. Le préfet et le DDT rendent compte à l'ANRU de leur action régulièrement. A été également évoqué le dialogue de gestion qui a lieu chaque année sous l'égide du Secrétariat Général du ministère chargé des affaires sociales entre la DGCS, la CNSA et les ARS, pour analyser les indicateurs du CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) signé avec l'Etat en matière médico-sociale. Il nécessite en amont des contacts informels entre chaque ARS et la CNSA, dans le cadre d'un "dialogue technique".

[294] Ce scénario impose de préciser législativement le lien entre le nouvel Institut et les ARS devenues ses relais territoriaux sur l'ensemble des missions et de remettre à plat dans les textes le circuit de remontée des informations vers le niveau national, en chargeant les ARS de remonter à la fois vers le DUS et vers l'InVS. Une convention cadre devrait préciser les formes de la coopération entre ARS et nouvel Institut, et notamment les modalités de pilotage et de validation scientifiques, ainsi que d'animation/formation des équipes des ARS par l'Institut afin de garantir, tant la maintenance des compétences que la qualité et l'homogénéité des approches.

[295] Le déploiement de la réforme territoriale et la création des nouvelles ARS seraient l'occasion du transfert des personnels.

2.5.1.2 Les atouts de ce scénario

[296] Les avantages sont clairs: le monopole régional de l'ARS, comme relais territorial en région des politiques de santé, est consolidé. Les risques d'interventions ou d'expressions dispersées sont réduits.

[297] Fonctionnellement, outre le fait que seraient conservées la proximité et la dualité des acteurs, ce scénario induirait une clarification des modalités de fonctionnement de la structure et de gestion des personnels. L'exercice de l'autorité est clairement précisé : l'autorité hiérarchique est bien l'ARS et la chaîne de commandement est unique. Les équipes ont un seul chef qui les recrute, les évalue et organise leur travail, en lien avec l'InVS.

[298] L'efficacité du système pourrait aussi s'en trouver améliorée, l'ARS ayant une vision globale des effectifs et des fonctions à assumer. Le rattachement de la cellule lui permettrait d'optimiser le service qui lui est rendu.

- [299] Le pilotage et l'animation scientifiques préservés de l'InVS garantiraient la qualité scientifique du travail des équipes et la cohérence des approches sur le territoire ; l'Institut animerait les équipes afin de maintenir compétences et actualité des connaissances ; il s'assurerait au travers de la programmation que ses propres priorités soient bien prises en compte.

2.5.1.3 Les risques et les conditions de réussite sous contrainte qui en découlent

- [300] En dépit de sa clarté institutionnelle, cette solution repose sur des hypothèses fortes et soulève de nombreuses interrogations en termes de faisabilité et de soutenabilité dans la durée : une agence nationale peut-elle réellement coordonner scientifiquement des services d'ARS, les animer à un rythme aussi soutenu qu'au sein de l'actuel réseau des CIRE et garantir la maintenance de leurs compétences ? Les ARS ont-elles vocation à exercer des missions de surveillance ou d'études scientifiques ? L'intégration de personnels scientifiques au sein de l'ARS peut-elle être attractive ? Les modalités d'exercice actuelles de la tutelle sur les ARS permettent-elles de s'assurer que leurs nouvelles missions seront efficacement accomplies ?
- [301] Ce scénario comporte des risques pour les ARS : risque d'appauvrissement de la pertinence scientifique et méthodologique en cas de dilution de l'animation scientifique de l'Institut et de difficulté à recruter et maintenir les compétences pointues requises en matière d'évaluation de l'alerte. Risque de remise en cause de l'indépendance de l'évaluation de risques par l'agence si l'unité d'autorité est perçue par les partenaires comme un recul par rapport à l'intervention d'une CIRE, dont le responsable est aujourd'hui clairement rattaché à l'agence d'expertise nationale.
- [302] Malgré l'identification d'une cellule ad hoc, malgré les garanties apportées par le statut de certains agents tels les MISP, malgré le pilotage scientifique confirmé de l'Institut, l'indépendance de l'expertise apportée par des pôles d'épidémiologie rattachés aux ARS serait nécessairement amoindrie, si ce n'est factuellement, mais à tout le moins dans l'esprit des partenaires (media, élus...). La chaîne de commandement devenant plus clairement liée à l'ARS, il serait difficile pour un DG d'ARS d'affirmer que sa position repose sur les conclusions d'un expert "indépendant" et de le faire intervenir comme un tiers. En dépit du maintien d'une coordination scientifique « externe », le rattachement institutionnel complet aux ARS trouve ici une première limite. S'il peut valider la démarche scientifique des travaux d'une cellule intégrée à l'ARS, il y a peu de chance que l'Institut accepte de les endosser.
- [303] C'est en cela que les modèles évoqués *supra* (ANRU et CNSA), bien qu'intéressants pour imaginer des montages administratifs innovants, s'avèrent décalés par rapport à l'objet des CIRE : l'expertise scientifique et indépendante. Dans les deux cas, c'est essentiellement une fonction de distribution et suivi de crédits qui est déléguée aux services de l'Etat ou aux ARS ; leur utilisation peut faire l'objet d'un reporting relativement aisé et rétrospectif avec des indicateurs calés dans un CPOM. On est très loin des activités de l'InVS et des CIRE, qui nécessitent réactivité et parfois immédiateté, d'où des enjeux de pilotage différents dans le temps, l'échéance d'un dialogue de gestion étant ici totalement déconnectée des enjeux de court terme de sécurité sanitaire.
- [304] L'absence de rattachement du responsable de la CIRE à l'InVS place l'ensemble de la structure sous l'autorité de l'ARS et entraîne en cas de conflit d'intérêt entre la gestion locale et la parole scientifique une absence de contre-poids véritable, alors qu'aujourd'hui, les responsables de CIRE engagent la responsabilité scientifique de l'InVS qui les désigne comme garants de l'exercice de ses missions en région. L'ARS est bien maître à bord mais se prive potentiellement de ces forces de rappel dont certains responsables de VSS soulignaient que « la CIRE interpelle mais est utile pour cela même ».

- [305] Un risque existe également, pour les mêmes raisons, pour la préservation de la capacité d'expertise épidémiologique face au poids de la gestion : compte tenu de l'absence de force de rappel extérieure, l'entité épidémiologique peut, progressivement, perdre la disponibilité pour des travaux bibliographiques, des formations ou des études de long terme et, partant, perdre sa spécificité. Là où aujourd'hui, la montée en puissance de l'animation scientifique de l'InVS via le DCAR conduit à ce que les responsables ou les équipes de CIRE soient rassemblés de façon régulière, aient un niveau de formation relativement soutenu et soient impliquées de façon récurrente dans des groupes de travail nationaux, existe le risque d'affaiblissement de l'actualisation des connaissances et du partage d'expérience. Différents témoignages au sein des ARS soulignent de façon récurrente l'actuel appauvrissement des échanges nationaux entre professionnels des agences, et les éléments recueillis par la mission sur les formations suivies par les équipes des CVAGS montrent, à la fois, un rythme et une richesse de contenu inférieurs à l'investissement des équipes de CIRE en formation et partage de connaissances¹¹⁰. Or comme on l'a souligné, le champ de la veille et de l'alerte pardonne plus difficilement que d'autres l'insuffisante actualisation des connaissances. De surcroît, la réalité de l'animation scientifique des équipes par l'Institut est la condition requise pour que celui-ci puisse valider les productions de ces entités épidémiologiques.
- [306] Aux enjeux de maintien des compétences peuvent s'associer des difficultés de recrutement. Si rattacher les personnels à l'ARS fait gagner en lisibilité de gestion, cela peut aussi faire perdre en qualité des recrutements, faute d'attractivité du rattachement à l'ARS. Aujourd'hui, tous les responsables de CIRE sont en contrat InVS, avec des carrières qui se sont faites dans le réseau InVS (alternance de périodes dans les départements scientifiques et en CIRE). Dans ce scénario, les personnels étant sous autorité de l'ARS, ils basculeraient en contrats de droit public notamment le responsable de CIRE (sauf s'il est MISP ou IGS, mais c'est aujourd'hui une minorité parmi les responsables). Cela leur offrirait à la fois moins de perspectives financières, les grilles étant en général très inférieures à celles de l'InVS, et beaucoup moins de perspectives de carrière au sein du réseau InVS. Ces perspectives ne seront pas plus avantageuses au sein du réseau ARS pour des épidémiologistes avec des formations très spécialisées. A terme, le recrutement d'experts de qualité pourrait se tarir fortement, sauf si l'InVS s'implique dans le suivi de ces agents et leur propose des perspectives de carrière. Par ailleurs, ce rattachement aux ARS va à contre-courant du sentiment dominant d'appartenance des équipes, qui se "sentent généralement InVS" avant tout, comme la mission l'a relevé lors de ses déplacements.
- [307] Ce scénario comprend aussi des risques importants pour l'InVS, pour lequel il constitue un pari risqué avec notamment une fragilisation possible des activités de surveillance et d'études, non prioritaires par les ARS à ce jour, et potentiellement menacées par le poids de l'alerte, sans que l'InVS puisse aisément faire valoir ses besoins. C'est pourtant une contrepartie indispensable au transfert des effectifs, sinon totalement inacceptable pour l'Institut.
- [308] Il impose par ailleurs une formalisation accentuée des relations des ARS et de l'Institut dans le champ de la veille pour garantir l'alimentation de celui-ci en alertes parallèlement aux remontées vers le DUS, mais aussi en signaux moins « bruyants », aujourd'hui remontés par les CIRE pour alimenter la capitalisation et la mise en perspective nationales, sans pour autant constituer d'emblée des alertes.
- [309] Au total, ce scénario pose de véritables questions de crédibilité/faisabilité et présente des incertitudes pour la pérennité de la qualité et de la performance du système de veille actuel.

¹¹⁰ Dans les CVAGS ayant communiqué les formations suivies par leurs équipes, les contenus scientifiques sont faibles ; beaucoup s'étaient récemment essentiellement formées au nouvel outil informatique SIVSS.

Un MISP en CIRE soulignait par ailleurs sa chance de pouvoir se former au regard du manque de disponibilité pour ce faire de ses collègues en ARS, du fait certes de la pression de la gestion, mais aussi de la faiblesse relative des propositions de formation dans son champ.

- [310] Les conditions de réussite de ce scénario sont donc étroites et peuvent paraître très volontaristes. Elles reposent :
- [311] ➤ sur la capacité d'une agence nationale à animer de façon soutenue le réseau des ARS (maintenance des compétences, partage d'expériences, envoi éventuel de renforts, validation des travaux scientifiques)¹¹¹
- [312] ➤ sur l'acceptation par les DG d'ARS de leur nouveau rôle de "représentants de l'InVS en région" et du co-pilotage et donc de l'intervention de l'InVS que cela induit.
- [313] Cela nécessite qu'ils acceptent de rendre compte à l'InVS, selon des modalités et des indicateurs à définir, et de prendre en compte les priorités nationales de l'Institut dans la programmation des CIRE. Surtout, si on veut limiter les difficultés évoquées en termes de recrutements, l'InVS devra être étroitement associé à ceux-ci, notamment pour le responsable de CIRE. Le succès de ce scénario est donc lié d'abord à la mise en œuvre exhaustive par les ARS de leurs nouvelles missions, et à l'accent qui sera mis par la tutelle nationale sur le contrôle de l'effectivité de celles-ci.
- [314] Ce scénario, qui répond à la vision de certains acteurs des ARS, suppose, comme le suivant, une étroite articulation entre InVS et ARS, mais vient renverser un mouvement d'affirmation du pilotage de l'InVS engagé depuis plusieurs années, ce qui rend son acceptabilité très incertaine. Il paraît pour la mission présenter trop d'incertitudes et engendrer des aléas sans doute trop importants en termes de maintien des performances de sécurité sanitaire. C'est pourquoi la mission privilégie un scénario de rattachement à l'InVS tout en renforçant les outils de pilotage de l'ARS.

2.5.2 Un scénario où l'ensemble du personnel de la CIRE est rattaché à l'InVS, avec un pilotage renforcé des ARS

2.5.2.1 Description

- [315] Dans ce scénario qui, comme le précédent, privilégie la proximité entre acteurs et la simplification de la gestion, tous les personnels sont rattachés à l'InVS, et sous l'autorité du responsable de CIRE. La cellule est clairement une cellule de l'InVS en région et identifiée comme telle¹¹², mais elle demeure intégrée fonctionnellement au sein de l'ARS. La CIRE figure par conséquent sur l'organigramme des ARS, liée au DSP pour garantir la parfaite intégration dans l'ensemble des politiques de santé, mais en tant que "cellule de l'InVS en région".
- [316] Elle demeure par conséquent placée sous un double "pilotage", celui de l'InVS, qui a autorité scientifique et hiérarchique, et celui du DG de l'ARS, qui a autorité "fonctionnelle" en tant que responsable de la politique régionale de santé et pilote des structures régionales contribuant à la sécurité sanitaire régionale. La CIRE est associée aux réunions de service de l'ARS, éventuellement au comex selon les configurations régionales, systématiquement aux réunions de la DSP ; avec le directeur de la santé publique doit être instauré un temps d'échanges régulier, comme de manière plus ponctuelle avec le DG d'ARS, qui doit participer à la fixation des objectifs du responsable de CIRE et à son évaluation. Une réunion, *a minima* hebdomadaire, doit être inscrite dans les protocoles de coopération entre la CVAGS et la CIRE pour faire le point périodique des signaux et de l'avancée de leur traitement.

¹¹¹ Dans le cas de l'ANRU précédemment évoqué, l'Agence a un vrai rôle d'animation avec des réunions régulières des délégués territoriaux et un volet formation important.

¹¹² A la fois dans les organigrammes, les sites internet des ARS mais aussi en bénéficiant d'adresses mail propres

- [317] Ce scénario implique une révision des textes législatifs de plus grande ampleur que dans les précédentes hypothèses, pour y affirmer l'existence juridique des CIRE, leur garantir l'accès aux données de veille et une possibilité, *a priori* exceptionnelle, d'autosaisine. La "responsabilité de première ligne" de l'ARS en matière de veille et alerte doit en effet être affirmée. L'article établissant la responsabilité de première ligne de l'ARS sur le traitement des signaux devra, toutefois, prendre acte de la création des CIRE, en mentionnant leur appui de la même façon qu'actuellement pour les ORS et en évoquant succinctement leurs critères de sollicitation, qui devront être précisés, ensuite, dans une convention cadre revue. La loi doit également préciser leur co-pilotage par les ARS, la convention décrivant ses modalités. L'ARS doit en effet conserver des leviers importants pour piloter la cellule, notamment en matière de programmation, de communication, mais aussi de recrutements des personnels. C'est une condition essentielle de succès.
- [318] La circulaire CORRUSS devra également être revue pour préciser le circuit de double remontée ARS/DUS et CIRE/InVS et organiser la concertation ARS/InVS, en amont notamment des réunions de sécurité sanitaire.
- [319] Dans ce scénario, l'InVS doit de son côté s'organiser pour optimiser encore le service rendu aux ARS : mise à plat des conséquences de la charte de l'expertise et des processus de validation actuels sur les relations CIRE/ARS et sur la réponse aux besoins des agences, mise en place d'indicateurs de suivi (délais) de ces processus, pour ne pas peser excessivement sur la gestion, explicitation et suivi de la mise en œuvre des règles d'information de l'ARS en cas de publication, pilotage quantitatif et qualitatif renforcé des ressources humaines des CIRE pour garantir l'apport des équipes aux ARS (et aux missions nationales).

2.5.2.2 Les atouts de ce scénario

- [320] La clarification de la responsabilité de première ligne de l'ARS et le raffermissement des leviers du double pilotage devraient permettre de réduire les dysfonctionnements liés au flou sur les responsabilités et de limiter les dissonances occasionnelles dans la conduite des dossiers régionaux. Un investissement accru des ARS dans la programmation est indispensable pour ancrer plus étroitement le programme des CIRE dans les priorités régionales, et favoriser une meilleure valorisation de systèmes de surveillance aujourd'hui insuffisamment mis à profit.
- [321] Cette plus grande implication de l'ARS dans le co-pilotage s'inscrit dans le même esprit que ce qui est envisagé pour les vigilances dans la nouvelle loi de santé, à la suite du rapport rendu par Françoise Weber fin septembre 2014. Ce document proposait de donner aux ARS la responsabilité de coordonner l'action des structures régionales de vigilance et d'appui agissant sur leur territoire en les réunissant dans un RREVA, sur la base d'un contrat de réseau.

- [322] Le rapport laissait en suspens l'éventuel rattachement des CIRE, que le rapport de Jean-Yves Grall¹¹³ regroupait en revanche au sein d'un Groupement d'intérêt public (GIP) avec les autres entités de vigilance et appui : la CIRE présente, cependant, aujourd'hui, la spécificité d'être bien plus arrimée déjà à l'ARS que ces autres structures, tant par son implantation que par ses effectifs ARS et son insertion dans la plateforme. L'unification des personnels sous l'autorité de l'InVS peut paraître réduire l'écart mais, cellule d'une agence nationale en région - ce que ne sont pas les autres structures - co-pilotée par l'ARS au travers de divers dispositifs de fonctionnement et de programmation, la CIRE demeure plus étroitement liée au quotidien de l'agence régionale que les structures souvent hospitalières de vigilance ; pour les vigilances "produits" prime le lien vertical avec un système national, où la résolution des problèmes échappe largement aux ARS¹¹⁴ à la différence des situations d'alerte. Cette gradation des liens et des interactions paraît justifier a priori un conventionnement spécifique. Mais c'est la même logique d'affirmation du pilotage régional des acteurs de la sécurité sanitaire qu'il faut privilégier avec les CIRE.
- [323] En dépit d'un pilotage fonctionnel renforcé, l'indépendance de l'expertise serait sauvegardée, comme la possibilité de mobiliser une expertise épidémiologique pointue de proximité et de qualité. Le recours à l'appui de l'InVS serait également plus facile (expertise complémentaire et envoi de renforts éventuels). La dualité d'acteurs trouverait donc là pleinement à s'affirmer.
- [324] L'InVS, en poursuivant et amplifiant l'animation scientifique qu'il a développée ces dernières années vis-à-vis du réseau des CIRE, resterait le garant du maintien des compétences. Les recrutements de professionnels scientifiques seraient plus aisés que dans le scénario précédent. Epidémiologistes de formation comme leurs collègues sous statut InVS, ils ont tout à gagner au transfert. Les personnels titulaires de la fonction publique de l'Etat, comme les MISP ou les IGS, devraient être recrutés en détachement¹¹⁵ pour pouvoir exercer en CIRE, ce qui *a priori* ne poserait pas de difficultés et clarifierait leur situation¹¹⁶. Le fait de sortir les effectifs ARS du plafond d'emploi des ARS en les confiant à une institution dont les priorités d'actions sont exclusivement de sécurité sanitaire peut contribuer à préserver plus longtemps les effectifs de la veille, et éviter aux directions d'ARS l'inconfort de paraître ménager plus la CIRE que les services de l'ARS.

2.5.2.3 Les risques de ce scénario en termes de performance de sécurité sanitaire paraissent moins importants, sous réserve de respecter certaines conditions

- [325] Ce scénario comprend des risques, au même titre que le précédent. Mais il semble plus facile d'y remédier dans la mesure où ce scénario se situe dans la continuité d'un processus engagé il y a plusieurs années et auquel les acteurs se sont en partie déjà ajustés. Il importe en revanche d'en réduire les imperfections qui créent des tensions.
- [326] Le risque principal consisterait en une mauvaise interprétation de la part des acteurs négligeant la complémentarité de leurs intérêts. L'InVS, libéré de la menace sur les postes, pourrait considérer que le rattachement des personnels lui donne le droit de s'affranchir des besoins des ARS et, par exemple, de définir les effectifs des CIRE en fonction de ses seuls impératifs. Et, à l'inverse, les ARS pourraient considérer les CIRE comme des éléments extérieurs et inutiles, sans nécessité pour elles de s'impliquer dans leur fonctionnement, voire de les héberger.

¹¹³ Réorganisation des vigilances sanitaires, juillet 2013, Jean-Yves Grall.

¹¹⁴ En particulier pour les vigilances "produits" qui supposent des décisions nationales de retrait ou de modification des conditions d'utilisation.

¹¹⁵ Cette position statutaire est plus claire que celle de la mise à disposition, qui oblige à laisser les effectifs dans le plafond d'emplois de l'ARS et conserve à celles-ci le pouvoir d'avancement des agents.

¹¹⁶ Plusieurs d'entre eux, rencontrés par la mission, y étaient largement favorables.

[327] Afin d'éviter ces écueils, la mission a recensé un certain nombre de conditions de réussite qui devront être retracés dans une nouvelle convention cadre :

- Contractualisation initiale sur l'effectif cible de la CIRE régionale sur la base d'un modèle argumenté ;
 - Implication des ARS dans le recrutement des responsables de CIRE (nécessité nouvelle d'un avis conforme), voire de l'ensemble des personnels amenés à travailler avec leurs équipes;
 - Entretien annuel obligatoire entre le DG d'ARS et le responsable de CIRE, afin de porter un jugement sur le service rendu par la CIRE à l'ARS pour l'année passée et de fixer les principaux objectifs pour l'année à venir en fonction des besoins de la politique régionale, les objectifs devant être fixés en commun ARS /InVS¹¹⁷ ; cet échange interviendrait en amont de l'entretien d'évaluation véritable qui resterait du ressort de l'InVS ;
 - Hébergement de la CIRE au sein de l'ARS et octroi de ses moyens de fonctionnement, avec droit de regard sur les frais de déplacement puisque les CIRE sont avant tout "au service de l'ARS";
 - Octroi de droits sociaux aux personnels de la CIRE qui font également partie des équipes de l'ARS: médecine du travail, CHSCT, et action sociale, l'InVS cotisant auprès du comité d'agence pour ses agents;
 - Participation de la CIRE aux réunions de l'ARS (codir de la DSP, Comex éventuellement,) pour garantir son ancrage dans la politique de santé régionale globale – au-delà de la seule sécurité sanitaire. Instauration d'une réunion hebdomadaire obligatoire de plateforme et d'une réunion bilatérale mensuelle avec le DSP pour échanger sur les dossiers en cours;
 - Co-pilotage étroit sur la programmation, le programme de travail devant refléter autant les priorités régionales que les priorités de l'InVS. A cette fin, un copil annuel est insuffisant. L'ARS doit structurer plus qu'aujourd'hui le processus préparatoire à la programmation et à ce copil, afin de garantir l'appropriation régionale du contenu du programme. Ensuite seulement, l'InVS est saisi par la CIRE, l'accord final intervenant lors du Copil;
 - Maîtrise par l'ARS de la communication de la CIRE sur les rapports sensibles (publication et expression publique) : au-delà des règles de bonnes pratiques aujourd'hui définies par l'InVS et inégalement mises en œuvre par les CIRE - prévoyant une information du DG d'ARS 15 jours, et au minimum 10 jours, avant la publication, la direction de l'ARS doit être systématiquement saisie en amont pour accord; en cas de désaccord, il doit y avoir un échange entre l'InVS et le DG d'ARS, puis au besoin avec le DGS ou le cabinet.
- Pour les publications scientifiques périodiques, une information systématique de la DSP sur le calendrier et le contenu des publications (point épidémiologique, bulletin de veille sanitaire) doit être organisée et les procédures qualité de l'InVS précisées sur ce point.
- Création d'un espace de dialogue entre l'ARS et l'InVS, pour évoquer les principales difficultés de fonctionnement, en dehors du copil de programmation, dont ce n'est pas l'objet : instauration d'une seconde réunion annuelle par exemple, associant le DSP et éventuellement la DRH de l'ARS.
 - Renforcement de l'implication du DCAR (ou de la DRH de l'InVS) en matière de gestion des personnels, avec un double objectif de repérage précoce des difficultés susceptibles de peser sur l'efficacité de la CIRE et sur l'appui à l'ARS, mais aussi de pilotage plus vigilant de

¹¹⁷ Ces préconisations vont plus loin que certains modèles existants: le correspondant hémovigilance par exemple est recruté par accord tripartite (ANSM, ARS et CHU par lequel il est financé), mais est ensuite simplement rattaché pour ordre à l'ARS. C'est sinon avec l'ANSM qu'il entretient des contacts. L'exemple des PH ou des PU-PH est plus significatif: ils ne sont pas nommés ou évalués par le directeur de l'établissement, qui a pourtant une autorité "fonctionnelle" sur ceux-ci, puisqu'ils sont membres de services qui dépendent du directeur (article L. 6143-7 du CSP). Le PU-PH a par ailleurs en parallèle une carrière qui se déroule à l'Université indépendamment de son statut de PH. Il est "bi-appartenant".

l'équilibre qualitatif et quantitatif des forces avec la CVAGS pour garantir le niveau de l'apport scientifique.

Cette convention cadre nationale devra aussi détailler les critères de sollicitation de la CIRE par la CVAGS, la loi ayant posé les grands principes.

La convention cadre devra être plus précise qu'aujourd'hui sur des aspects d'organisation qui paraissent des points durs (réunions flash, réunion à minima hebdomadaire), et certains points devront nécessairement être repris par les conventions de partenariat régionales pour réduire leur extrême hétérogénéité actuelle.

[328] Le point sensible de ce scénario réside naturellement dans le transfert de personnels des ARS vers l'Institut, du programme 124 vers le programme 204. Le plafond d'emploi de l'Institut devra être défini en conséquence, pour tenir compte d'un gonflement artificiel suite au transfert. La perte des effectifs des CIRE pour les ARS serait cependant plus virtuelle que réelle car une majorité des ARS a jusqu'à présent sanctuarisé le personnel ARS des CIRE, en s'y considérant tenue par l'engagement conventionnel. Il s'agirait donc d'une perte d'effectifs que les agences ne possédaient pas vraiment et donc *a priori* réalisable sans trop de déchirement. Il est cependant évident que même les plus vertueux des directeurs pouvaient considérer ces effectifs comme une marge de manœuvre future, une sorte de « poire pour la soif » et, qu'en ce sens, le transfert peut être difficile à admettre. Une partie des directeurs y semblent aujourd'hui prêts¹¹⁸, d'autres concéderont plus difficilement ces emplois. L'implication variable des ARS est évidemment un facteur d'inégalités dans la perte ressentie, certaines ayant apporté plus d'effectifs à la CIRE que ne l'imposait la convention de partenariat initiale. D'autres se sont déjà en partie désengagées. L'ensemble de ces dimensions devra être pris en compte dans un processus progressif de mise en œuvre.

[329] L'apport des CIRE aux ARS justifie que celles-ci contribuent pour une part des effectifs « ARS » actuels, mais il faudra concerter le transfert avec les ARS, en fonction des situations locales et notamment de l'équilibre des forces CIRE/CVAGS. La réforme territoriale peut éventuellement faciliter le processus. D'une part, en mêlant ce changement somme toute réduit en termes d'enjeux quantitatifs à une réorganisation plus profonde, d'où la nécessité de se caler sur l'agenda de cette refonte. D'autre part, en offrant éventuellement des opportunités d'efficience par le regroupement des régions.

[330] En calant l'implantation des CIRE sur celles des CVAGS, vraisemblablement concentrées au siège des futures ARS, on réduit le nombre des CIRE métropolitaines à 13 ou 12 selon que la Corse aujourd'hui rattachée à la CIRE PACA bénéficie ou non d'une CIRE autonome. Outre la réduction du nombre de responsables, et la disparition des antennes, des économies d'échelle sont envisageables sur certaines tâches, par exemple dans la surveillance des MDO régionalisées... Le fonctionnement des actuelles CIRE interrégionales emporte, par ailleurs, aujourd'hui, certaines contraintes que la fusion des ARS allègera. A titre d'exemples, on peut noter le fait qu'une CIRE interrégionale doit, à l'heure actuelle, s'insérer dans deux organisations de plateforme et dans des procédures régionales différentes, ce qui est nécessairement coûteux en temps et énergie, et disparaîtra à l'avenir. Les enjeux de sécurité sanitaire des DOM justifient sans doute une organisation spécifique, préservant les antennes actuelles.

[331] Il est toutefois essentiel comme cela a été souligné supra qu'une réflexion approfondie soit engagée par l'InVS pour définir la masse critique des CIRE et ajuster les effectifs au besoin. L'Institut devra veiller à ce que, sur la base de ce modèle argumenté, les ressources soient réparties équitablement entre les CIRE sur le territoire, en concertation avec les ARS. Les conventions partenariales régionales devront préciser cet effectif, et l'InVS s'engager à le maintenir.

¹¹⁸ L'un d'entre eux déclarait lors du séminaire des DG de novembre que ce n'était pas son sujet d'avoir 6 ETP de plus ou de moins mais que le vrai sujet c'était l'efficacité et l'efficience du service rendu, en premier lieu à l'ARS.

[332] Il faudra enfin apprécier dans quelle mesure les éventuelles marges de manœuvre dégagées par la fusion de l'InVS, de l'INPES et de l'EPRUS et conservées au futur Institut pourront en partie être consacrées à conforter le réseau territorial et à réduire les effets du transfert.

TABLEAU RECAPITULANT LES DIFFERENTES CARACTERISTIQUES DES SCENARIOS.

	Scénario de rupture avec des CIRE interrégionales	Scénario inclusion dans l'ARS et copilotage InVS	Scénario rattachement InVS et copilotage ARS
Performance du système de veille	Moindre. Les CIRE se concentrant sur les activités de surveillance et d'études, l'InVS perdra en visibilité sur la veille et les ARS perdront en appui sur des signaux complexes.	Risque de recul de la qualité de l'expertise, de la surveillance et des remontées en matière d'informations sanitaires d'importance du fait de l'accaparement par les urgences quotidiennes. Réussite conditionnée d'une part à une véritable implication de l'InVS en matière d'animation scientifique, de formations et surtout de recrutements, et d'autre part à l'effectivité des nouvelles missions attribuées à l'ARS (renforcement de la tutelle nationale sur ce point).	Oui. Qualité garantie par l'existence d'un "réseau InVS", animé et entretenu par le niveau national. Conciliation expertise scientifique et bonne connaissance du terrain, proximité avec la gestion.
Maintien de l'indépendance scientifique	Oui.	Moindre. Etudes, investigations, publications maîtrisées par les ARS.	Oui.
Service rendu à l'ARS	Moindre : sur la veille, la surveillance et les études du fait de l'éloignement.	Risque de dégradation de celui-ci: le pôle d'épidémiologie ARS sera moins considéré vis-à-vis des partenaires extérieurs comme un "expert indépendant" ; risque d'absorption des activités d'expertise dans les urgences quotidiennes. Risque d'une moindre implication de l'InVS.	Oui, avec appui national de l'InVS plus facile. A condition que l'ARS soit pleinement engagée dans le copilotage, notamment sur la programmation, la communication, le recrutement et l'évaluation du responsable de CIRE.
Clarification des responsabilités	Oui. La CIRE est positionnée en tant qu'expert, en dehors de l'ARS, qui est donc pleinement responsable de la veille en sa région. Fin de la capacité d'auto-saisine des CIRE (éloignement des signaux).	Oui, l'ARS est positionnée comme en responsabilité de la veille au niveau régional. L'ARS représente l'InVS en région. Fin de l'auto-saisine puisque c'est l'ARS qui rend compte à l'InVS.	Oui, à condition de bien déterminer que c'est à l'ARS que revient la responsabilité de première ligne en matière de veille en région. Les CIRE continuent d'avoir accès à tous les signaux et de pouvoir s'auto-saisir à titre exceptionnel.
Clarification de l'autorité de rattachement	Oui. La CIRE est clairement rattachée à l'InVS.	Oui, mise en place d'un copilotage, mais autorité hiérarchique unique: l'ARS.	Oui, par rapport à la situation actuelle. Autorité hiérarchique clarifiée: elle est celle de l'InVS, et la CIRE est une cellule de l'InVS. Mais moindre, par rapport aux deux autres scénarios, car maintien d'une autorité fonctionnelle de l'ARS.
Clarification de la gestion des personnels	Oui, les personnels de la CIRE sont des personnels InVS.	Oui, gestion par l'ARS.	Oui, gestion par l'InVS.
Efficience	Efficience plus forte côté CVAGS d'après les ARS. Fin des risques de doublons.	Efficience plus forte car vision globale des effectifs de la veille au sein des ARS. Moindre redondance.	Efficience globale éventuellement moindre, et risques de doublons.
Clarification des circuits de remontée de l'alerte	Non, maintien du circuit de remontée ARS / DUS, mais double alimentation de l'InVS, par les CIRE et par les ARS, les CIRE n'ayant plus le même accès aux signaux.	Oui, les ARS deviennent le principal canal de remontée de l'alerte vers le DUS et vers l'InVS.	Maintien de l'existant: double circuit de remontées.

CONCLUSION

- [333] La question de l'avenir des CIRE met en lumière les enjeux d'articulation entre des agences nationales aux responsabilités thématiques souvent fortes et des ARS en charge de l'animation transversale des politiques de santé sur le territoire régional. La création d'un nouvel Institut de santé publique aux compétences plus transversales donne une acuité accrue à cette question avec un risque plus grand de compétences concurrentes et impose de clarifier les responsabilités et les modalités de coordination dans les différents domaines concernés.
- [334] La mission devait replacer la réflexion sur l'organisation dans le champ de la veille et de l'alerte dans ce cadre plus global et, le cas échéant, appliquer un modèle commun d'articulation Nouvel Institut/ARS selon les différents champs. Comme le synthétise le rapport traitant globalement de l'organisation territoriale du nouvel Institut (Tome 2), il est cependant apparu que, tant les enjeux propres à chaque domaine, que les organisations en place, ne permettaient pas de raisonner de façon homothétique, même si dans tous les cas, il apparaît nécessaire de renforcer plus que ce n'est le cas aujourd'hui la relation Agence nationale / ARS.
- [335] Dans le champ de la veille et de l'alerte plus spécifiquement, le bilan réalisé des bénéfices en termes de sécurité sanitaire produits par l'architecture entrecroisée de l'InVS et des ARS, s'il met en évidence des besoins de simplification et de clarification, témoigne aussi de l'apport réel, tant pour les politiques nationales que pour les politiques régionales, d'une structure pilotée scientifiquement par une agence d'expertise nationale et intégrée au sein des ARS.
- [336] Engagée dans un contexte où les différentes parties prenantes envisageaient des schémas d'organisation très différenciés, la mission a eu à cœur d'en instruire plusieurs, en dépit de leur crédibilité inégale. Les différents acteurs semblent cependant aujourd'hui converger vers un schéma préservant l'actuelle proximité territoriale et fonctionnelle.
- [337] Il importe par conséquent de tirer plus clairement les conséquences de l'interpénétration inévitable des champs de compétence d'une agence dédiée à la veille nationale et d'ARS montées en puissance pour l'efficacité de la gestion des situations, en acceptant d'être plus clair dans la loi sur le partage des responsabilités, tout en simplifiant les sources inutiles de complexité (gestion des personnels) et en consolidant le co-pilotage inéluctable dans un champ requérant à la fois la parfaite actualisation des connaissances et l'unité d'approche scientifique et méthodologique apportée par une agence scientifique nationale, et la réactivité immédiate d'acteurs de terrain mobilisés pour une gestion efficace et consciente des caractéristiques locales. L'unification du statut des personnels dans un contexte de réforme territoriale peut donner des opportunités d'efficacité accrue, mais il importe de conserver à l'esprit que dans le champ de la sécurité sanitaire, la conjugaison des compétences scientifiques et gestionnaires, comme l'indépendance de l'expertise, sont sans doute plus une nécessité qu'un luxe dont on pourrait se passer.

Anne BURSTIN

Marie DAUDE

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

[338] La mission récapitule ici ses recommandations, dont peu sont réellement transversales, en ce sens que les recommandations découlent généralement du scénario choisi. Dans les scénarios seuls sont instruits, ci-dessous, ceux préservant la proximité fonctionnelle jugée indispensable par la mission. Le 3^e scénario, qui a la préférence de la mission, est plus développé.

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
Recommandations transversales			
1	Clarifier le partage des responsabilités entre futur Institut et ARS (accorder à l'ARS une responsabilité à titre principal pour le traitement des signaux parvenus aux points focaux régionaux, tout en précisant les principales situations de recours à l'appui scientifique de l'InVS pour garantir l'efficacité de la veille nationale).	SGMAS, DGS	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion
2	Simplifier la gestion des personnels en transférant les équipes vers un seul gestionnaire (ARS ou Institut selon scénario). Adapter les plafonds d'emplois en conséquence.	SGMAS, DGS	Décision en 2015, mise en œuvre progressive en mettant à profit la réforme territoriale à compter de 2016
3	Renforcer le pilotage des actions d'observation par l'ARS.	ARS	De manière permanente
Recommandations pour le scénario 2 (transfert des effectifs aux ARS)			
4	Préciser dans la loi, puis une convention cadre les liens entre futur Institut et ARS comme relais de celui-ci (préservation des différentes missions de l'Institut - veille, surveillance, études - modalités d'animation et de validation scientifiques, modalités et indicateurs de rendu compte).	SGMAS, DGS	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion
5	Clarifier le circuit de remontée de l'alerte: les ARS remontent à l'InVS et au DUS.	DGS	D'ici fin 2015
Recommandations pour le scénario 3 (rattachement des personnels à l'InVS)			
6	Inscrire les CIRE dans la loi, comme cellules de l'InVS en région, en posant le principe de l'intégration fonctionnelle à l'ARS et d'un copilotage de l'ARS (modalités définies par arrêté ou convention cadre nationale).	SGMAS, DGS	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion
7	Inscrire dans la loi l'accès des CIRE à tous les signaux et leur capacité d'auto-saisine à titre exceptionnel afin de mener une évaluation et des investigations complémentaires. L'ARS est informée de l'auto-saisine et des résultats obtenus.	SGMAS, DGS	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion

8	Inscrire dans la loi le principe de saisine des CIRE par l'ARS (dont la responsabilité de traitement des signaux régionaux est principale <i>cf supra</i>) dans certains cas (signaux inhabituels et complexes, émergents ou à potentiel d'extension nationale). Renvoyer à une convention cadre nationale pour détailler ces critères de sollicitation.	SGMAS, DGS	Dans l'ordonnance prévue par le projet de loi en cours de discussion
9	Enrichir le contenu de la convention cadre nationale, notamment sur les modalités de fonctionnement des plateformes (réunions, critères de sollicitation de la CIRE), mais aussi sur le rôle de l'ARS dans la communication, la programmation, l'évaluation du responsable de CIRE et les recrutements... Inscription de réunions régulières annuelles InVS, puis futur Institut/ARS.	SGMAS, DGS, ISP	D'ici fin 2015
10	Remettre à plat le circuit de remontée nationale (actualisation de la circulaire CORRUSS, en lien avec le protocole de 2013 de l'InVS sur les critères de remontée des CIRE, et mise en place d'une procédure de concertation ARS/InVS en amont de la réunion de sécurité sanitaire hebdomadaire).	DGS	D'ici fin 2015
11	Engager une réflexion sur les inducteurs de charges des CIRE afin de calibrer leur masse critique, en lien notamment avec la réforme territoriale.	SGMAS, DGS, InVS / Futur Institut	Avant l'été 2015
12	Concerter le transfert des personnels avec les ARS en fonction des situations locales, de la réforme territoriale et des marges de manœuvre éventuelles dégagées par la fusion des trois agences existantes. Examiner la possibilité d'un lissage dans le temps.	SGMAS, DGS, InVS / Futur Institut	2015
13	Clarifier les conséquences de la charte de l'expertise sur l'exercice des missions en CIRE et produire une doctrine nationale.	InVS	D'ici fin 2015
14	Débattre de cette doctrine, des processus de validation scientifique des travaux des CIRE et de leur impact sur la gestion au sein d'un groupe de travail (InVS-ARS).	InVS-SGMAS-ARS	2015
15	Mettre en place des indicateurs de suivi des processus de validation internes à l'InVS, notamment dans une logique de maîtrise des délais et de réponse aux besoins des ARS.	InVS - Futur Institut	2016
16	Clarifier les procédures internes de l'InVS sur les règles d'information de l'ARS en ce qui concerne les publications périodiques scientifiques (PE et BVS) et mettre en place des procédures de suivi de l'application des règles d'information des ARS.	InVS - Futur Institut	2016
17	Renforcer l'investissement du futur Institut (DCAR et DRH) dans le pilotage quantitatif et qualitatif des ressources humaines des CIRE.	InVS - Futur Institut	2016

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

La Ministre
JS-CDA D14-2622

Paris, le 1^{er} OCT. 2014

NOTE

A l'attention de

Monsieur Pierre BOISSIER,
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Evaluation du dispositif des CIRE et propositions de réorganisation

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, j'ai engagé une réforme du dispositif de veille et de sécurité sanitaire visant à en améliorer le pilotage, l'efficacité et la lisibilité. La loi confie aux ARS la responsabilité d'organiser la veille sanitaire dans leur région. Elles effectuent cette mission notamment en collaboration avec deux types de structures régionales :

- les structures de vigilance et d'appui, indépendantes des ARS et des agences nationales, et le plus souvent appuyées sur des établissements hospitaliers ;
- les CIRE, Cellules interrégionales d'épidémiologie, parfois dénommées Cellules de l'InVS en région, mises en place en 1994, au sein des DRASS et maintenant des ARS. Elles assurent par ailleurs en région la mission de veille sanitaire confiée au plan national à l'InVS.

Un travail de concertation menant à des propositions pour la réorganisation des vigilances sanitaires en région et le renforcement de la coordination de leur action par les ARS a été mené à ma demande par le Dr Françoise Weber. La réactivité et la contribution irremplaçable des CIRE à la veille et à la surveillance sanitaire sont reconnues par tous les acteurs. Néanmoins, le constat est partagé par l'InVS, les ARS et mes services de la nécessité d'une évaluation de leur fonctionnement au sein de la plateforme régionale et d'une évolution de leur organisation et de leur positionnement. La loi du 21 juillet 2009 a créé au sein de chaque ARS une plateforme de veille et d'urgences sanitaires rapprochant les équipes de la CVAGS (cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires) et celles de la CIRE, constituant ainsi un point focal identifiable par les partenaires.

Ce dispositif a permis aux ARS de bénéficier des compétences scientifiques des CIRE rapidement mobilisables. Les CIRE sont en capacité de fournir au directeur général de l'ARS une expertise engageant l'InVS considérée comme scientifiquement indépendante. Par ailleurs, les CIRE sont indispensables aux missions nationales de l'InVS et notamment à l'animation de ses réseaux de surveillance et à ses missions de surveillance et d'alerte nationales.

Néanmoins, l'organisation des CIRE est complexe et manque de lisibilité. Leur positionnement institutionnel dans l'ARS, au sein de la plateforme de veille et d'urgences sanitaires n'est pas partagé par tous les acteurs. Le rôle respectif de ces deux structures CIRE et CVAGS, en matière de veille et gestion sanitaires, entraîne régulièrement leur mobilisation conjointe et parfois redondante et génère ainsi un manque de visibilité et de crédibilité vis-à-vis des professionnels de santé.

Les CIRE disposent de personnels issus à la fois de l'InVS et des ARS. Leur management, partagé entre l'InVS pour la partie scientifique et l'ARS pour la partie administrative, est source de divergences d'appréciation et de difficultés de communication. La question de l'articulation entre Agences Régionales et Nationale, notamment en matière de responsabilité exercée sur les agents ARS en CIRE, est ainsi posée.

La création d'un nouvel institut reprenant l'ensemble des missions exercées par les trois établissements (InVS, INPES et EPRUS) doit conduire à repenser l'articulation entre un établissement national aux compétences élargies et les ARS. Il convient notamment de questionner la pertinence du modèle positionnant les antennes avancées d'un établissement national au sein d'agences régionales, à l'instar des actuelles CIRE.

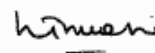
C'est pourquoi je souhaite que soit mise en place sans délai une mission dont les objectifs seront :

- d'évaluer le dispositif actuel des CIRE, ses forces et ses faiblesses au regard des missions des ARS,
- de faire des propositions de réorganisation, compte tenu des missions du nouvel établissement évoqué ci-dessus, notamment les besoins d'expertise scientifique en articulation avec la politique déclinée par AVIESAN en région et les structures existantes (IRESP, pôles de compétence).

Vous attacherez un soin particulier à décrire les modalités concrètes d'articulation du futur établissement national et des ARS, en sorte que le dispositif soit lisible et acceptable pour tous les acteurs et partenaires. Enfin, vous prendrez en compte dans vos propositions la perspective de la réforme territoriale, et le cas échéant de l'évolution des moyens.

Vous pourrez vous appuyer pour cette mission sur les services de la DGS, du SGMAS, des ARS et de l'InVS et vous me remettrez votre rapport avant le 15 janvier 2015.

Bien à vous,



Marisol TOURAINE

ANNEXE 1

LE POSITIONNEMENT JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF DES CIRE

1	LA CONSTRUCTION DU SYSTEME ACTUEL DE VEILLE SANITAIRE EN REGION.....	81
1.1	Les principaux concepts	81
1.2	La création des CIRE dans un contexte national de renforcement des exigences en matière de sécurité sanitaire.....	83
1.2.1	La mise en place du Réseau national de santé publique (RNSP)	83
1.2.2	La création des cellules régionales ou interrégionales d'épidémiologie d'intervention (CIRE)	84
1.2.3	La création de l'InVS.....	86
1.2.4	L'évolution des CIRE avec la création de l'InVS.....	88
1.3	La création des ARS	90
2	DES MISSIONS A CLARIFIER	91
2.1	Des textes ambigus	91
2.1.1	Dans la loi	91
2.1.2	Dans les circulaires et la convention cadre	93
2.2	Des tentatives d'explicitation au niveau national et local qui permettent un fonctionnement quotidien des plateformes satisfaisant.....	95
2.2.1	Le guide de la veille et de l'alerte de 2011	95
2.2.2	Les protocoles régionaux.....	99
2.2.3	Une articulation des missions qui se fait de façon empirique et qui a permis une professionnalisation de la veille en région	102
2.3	Des difficultés persistantes cependant, qui nuisent au climat au sein des plateformes et qui amènent à clarifier notamment la notion de responsabilité.....	103
2.3.1	Des ambiguïtés maintenues dans les textes	103
2.3.2	Des tensions exacerbées en région par les ambiguïtés des textes	105
2.3.3	Le cas de la procédure "Ebola" et des "émergences"	105
2.3.4	Une clarification nécessaire mais qui passe au préalable par la résolution de la question de la responsabilité du signal.....	107
2.3.5	Le circuit de remontée nationale des alertes doit également être précisé	112
3	UN RATTACHEMENT A PRECISER.....	115
3.1	Les conventions de 2010 pérennisent une structure sous "double autorité", atypique dans ses relations avec les ARS.....	115
3.1.1	Le modèle conventionnel imaginé en 2010	115
3.1.2	Le contenu des conventions de partenariat et leur application en région	119
3.1.3	Une organisation qui a permis de développer le service rendu aux ARS	121
3.2	Une "double autorité" à redéfinir.....	122
3.2.1	La "double autorité" est source d'interrogations	122
3.2.2	La fluctuation de cette notion de "double autorité" a pu fragiliser les liens des CIRE avec les ARS tout en renforçant le rattachement institutionnel à l'INVS	124
3.2.3	Une demande forte de clarification de la part des acteurs	130
3.3	Un rattachement des personnels à simplifier	131

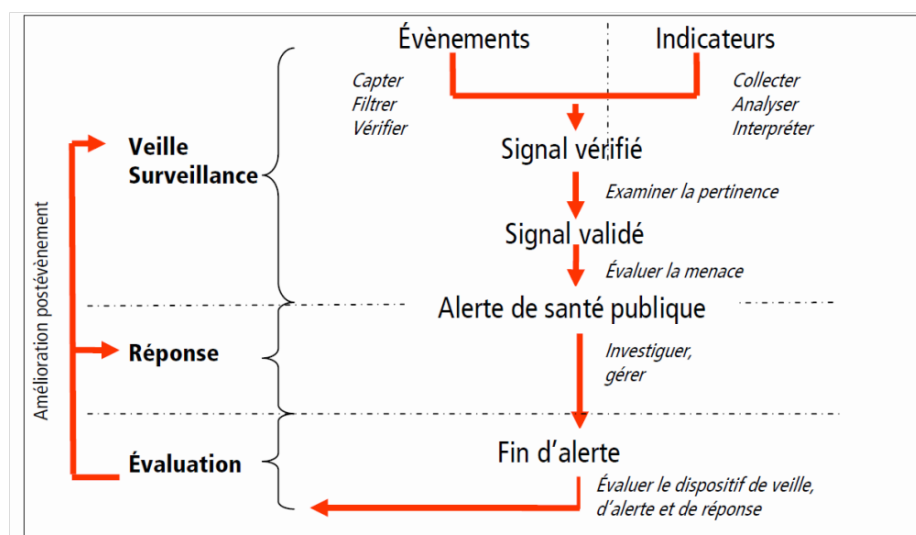
1 LA CONSTRUCTION DU SYSTEME ACTUEL DE VEILLE SANITAIRE EN REGION

1.1 Les principaux concepts

- [339] Le guide de la veille et de l'alerte sanitaires en France élaboré par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2011 précise les concepts utilisés dans ce domaine.
- [340] Ainsi, la veille sanitaire recouvre " l'ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un évènement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine, dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce".
- [341] En matière de veille sanitaire, les signaux reçus sont, soit des signalements spontanés d'évènements, soit des signaux issus des différents systèmes de surveillance organisés¹¹⁹. Les vigilances sanitaires sont une source d'information spécifique. Le guide précité les définit comme les actions qui "permettent de surveiller et d'évaluer les incidents, les effets indésirables et les risques d'incidents ou d'effets indésirables liés à des produits ou des pratiques"¹²⁰.
- [342] Avant le déclenchement éventuel de l'alerte, le signal doit être analysé, en différentes étapes: il est d'abord "vérifié" (son existence est confirmée), puis "validé" (sa pertinence dans le champ sanitaire est également confirmée) et ensuite "évalué" (pour constater s'il constitue une menace devant donner lieu à une alerte). S'il s'avère qu'il constitue une menace, alors, après le déclenchement de l'alerte, des investigations complémentaires peuvent être menées, parallèlement à la mise en place de mesures de gestion.

Le schéma suivant illustre ces différentes étapes.

Schéma 1 : Cadre conceptuel des activités de veille, d'alerte et de réponse



Source : Guide de la veille et de l'alerte sanitaires en France; InVS; 2011.

¹¹⁹ Surveillance: "Collecte systématique et continue de données ainsi que leur analyse, leur interprétation et leur diffusion dans une perspective d'aide à la décision". In *Guide de la veille et de l'alerte sanitaires en France*; InVS; 2011.

¹²⁰ Ces produits sont soit des produits de santé après leur mise sur le marché, c'est-à-dire une fois autorisés et/ou mis à disposition des patients ou utilisateurs dans le but d'éviter qu'ils ne se reproduisent (vigilances pilotées par l'Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), soit d'autres produits qui peuvent ne pas être des produits mis sur le marché (champignons, algues...), entrant dans le champ de la toxico-vigilance dont l'organisation est confiée à l'InVS par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi "HPST".

- [343] L'encadré suivant issu du guide précité recense les différentes notions utilisées dans le domaine de la veille et de l'alerte.

Tableau 7 : Définitions des concepts utilisés en matière de veille et d'alerte

Alerte de santé publique : signal validé pour lequel, après évaluation du risque, il a été considéré qu'il représente une menace pour la santé des populations et qui nécessite une réponse adaptée.

Déclenchement de l'alerte : ensemble des actions entreprises pour informer les autorités compétentes en vue d'organiser la réponse.

Examen de la pertinence du signal : action consistant à confirmer que le signal est dans le champ de la santé publique.

Évaluation de la menace : action consistant à estimer l'impact potentiel du signal validé sur la santé des populations et ses déterminants, afin d'initier des actions de réponse.

Évènement de santé : survenue d'une maladie ou exposition à un agent pouvant avoir un impact sur la santé au sein de la collectivité dans laquelle cette maladie ou cette exposition survient.

Investigation : action consistant à décrire et analyser la situation à l'origine de l'alerte afin d'identifier des options de gestions argumentées par l'observation et ainsi définir les actions de gestion appropriées.

Gestion d'une alerte de santé publique : ensemble d'actions coordonnées consistant à mettre en œuvre les mesures de santé publique appropriées afin de maîtriser l'alerte et de réduire son impact.

Réponse : ensemble des actions permettant de comprendre (investigation) et de réduire la menace (gestion) représentée par un signal d'alerte validé.

Signal sanitaire : évènement de santé pouvant révéler une menace pour la santé publique.

Signal environnemental : situation d'exposition à un danger pouvant révéler une menace pour la santé publique.

Surveillance : collecte systématique et continue de données ainsi que leur analyse, leur interprétation et leur diffusion dans une perspective d'aide à la décision.

Validation d'un signal : vérification de l'existence de l'évènement ET examen de la pertinence d'un signal.

Veille sanitaire : ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un évènement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.

Vigilance : surveillance appliquée à la détection d'effets indésirables liés à l'utilisation de produits ou de matériels.

Source : Guide de la veille et de l'alerte sanitaires en France; InVS; 2011

1.2 La création des CIRE dans un contexte national de renforcement des exigences en matière de sécurité sanitaire

1.2.1 La mise en place du Réseau national de santé publique (RNSP)

- [344] Les évolutions de l'organisation de la veille en France ces trois dernières décennies sont la conséquence de crises sanitaires successives. Elles répondent à des exigences croissantes en matière de sécurité sanitaire.
- [345] Jusqu'en 1984, le dispositif en France était centré sur les maladies transmissibles et reposait essentiellement sur la notification des maladies à déclaration obligatoire (MDO). Ont été mis en place à cette fin des réseaux de médecins et de laboratoires, dits réseaux "sentinelle".
- [346] La première évolution a résulté de la double nécessité de professionnaliser les capacités d'évaluation du risque sanitaire et de les séparer de la décision de gestion, afin que le décideur s'appuie sur des résultats d'évaluation rigoureux et indépendants. C'est un choix fondamental, qui structurera les évolutions futures du système de veille sanitaire, au niveau national, comme au niveau local.
- [347] En juin 1992, le Réseau national de santé publique (RNSP), groupement d'intérêt public entre l'Etat, l'INSERM¹²¹ et l'Ecole Nationale de santé Publique, est créé afin de coordonner, d'animer et de renforcer les activités de surveillance et d'intervention épidémiologiques des organismes en charge de la politique de santé publique. L'arrêté du 17 juin 1992 qui crée le GIP en portant approbation de sa convention constitutive précise qu'il a "pour mission générale d'améliorer la connaissance, l'observation et la surveillance épidémiologique ainsi que de développer l'aide à la décision pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique". Plus spécifiquement, il s'agit d'appuyer les actions de surveillance, d'alerte et d'investigation épidémiologiques développées principalement par le Ministère chargé de la Santé et ses services déconcentrés. Cette mission s'exerce dans deux domaines prioritaires de santé publique : les maladies transmissibles et la santé environnementale.
- [348] Un premier document en date du 4 janvier 1993 et signé du directeur du GIP Jacques Drucker précise les modalités de collaboration entre le ministère de la santé et le RNSP. Il rappelle que le RNSP a des fonctions de recueil, validation, analyse, expertise, mise en forme et diffusion d'informations épidémiologiques. Le but du RNSP est d'aider le ministère de la santé dans ses tâches de décision. Quatre missions spécifiques sont identifiées au niveau national¹²². On peut lire que le RNSP agit "sur ordre de mission" ou "par délégation" de la Direction Générale de la Santé (DGS). Celle-ci confie notamment la responsabilité scientifique des Centres Nationaux de Référence¹²³ (CNR) au RNSP.

¹²¹ Institut National de la santé et de la recherche médicale

¹²² Ces quatre missions sont: L'intervention à la demande sur des problèmes épidémiques nationaux ou portant sur un ou plusieurs départements; La coordination des activités de surveillance et d'alerte épidémiologique (MDO, CNR, Laboratoire National de la Santé (LNS), Réseau National Télématique de Surveillance des Maladies Transmissibles (RNTMT)) et le développement de systèmes dans des domaines non couverts; L'expertise dans le domaine de la surveillance et de l'intervention, en devenant un appui technique pour le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF), ancêtre du Haut Conseil pour la Santé Publique; La contribution à la diffusion d'informations.

¹²³ Les CNR ont été institués en 1972 dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles. Un CNR est soit un laboratoire d'expertises en microbiologie, soit un centre de surveillance épidémiologique. Il s'appuie sur une unité de recherche.

- [349] La circulaire DGS / VS / 93 n°55 du 25 août 1993 concernant les relations de l'Administration avec le RNSP rappelle que son rôle est d'apporter à l'Administration une aide en termes de surveillance¹²⁴, d'expertise¹²⁵ ou d'intervention¹²⁶, dont elle rappelle les définitions, dans le domaine des maladies transmissibles, des risques sanitaires liés à l'environnement et des risques iatrogènes (à l'exclusion de la pharmacovigilance), afin de séparer les fonctions d'aide à la décision des mécanismes de décision eux-mêmes. Le RNSP est donc un outil d'aide à la décision, destiné à coordonner les sources d'information et les compétences existant sur le territoire. Il dispose d'un centre de coordination à l'hôpital Saint Maurice, unité constituée d'informaticiens, de statisticiens et d'épidémiologistes et passe des conventions avec les organismes intervenant dans son domaine (CNR, ORS¹²⁷, toxico-vigilance, RNTMT¹²⁸). C'est ce centre qui reçoit les saisines et les demandes d'avis.
- [350] Le RNSP ayant avant tout un rôle d'appui auprès des administrations, se pose dès sa création la question de son articulation avec les acteurs locaux, et notamment les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), en charge de la veille sanitaire sous l'autorité du préfet. Le document précité du 4 janvier 1993 propose une "réorganisation du système" en soulignant qu'il manque des Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP) dans une vingtaine de départements et qu'il est nécessaire de raisonner en termes de région plutôt que de département. A cette fin, il recommande de créer "un relais régional pour la surveillance et l'intervention", qui se ferait par une mise à disposition du RNSP de MISP à temps partiel. Celui-ci serait chargé de coordonner les activités de surveillance dans les départements, d'assurer une circulation de l'information dans les deux sens en cas d'alerte, de coordonner les investigations au niveau régional et d'appuyer les investigations dans les départements, notamment quand ceux-ci ne disposent pas de MISP. Ce réseau de médecins épidémiologistes régionaux serait régulièrement réuni au niveau national. L'idée initiale est donc bien que les DRASS mettent à disposition des personnels, qui seraient clairement rattachés au RNSP et travailleraient pour lui, tout étant une force d'appui pour les services déconcentrés.
- [351] La circulaire de la DGS précitée est moins claire sur le sujet. Elle précise juste que le centre de coordination de Saint Maurice devra "collaborer activement avec les responsables des actions sanitaires au niveau local (ingénieurs sanitaires et médecins inspecteurs)" et que la mise en place de "réseaux régionaux regroupant divers acteurs de santé publique, tant administratifs qu'extra-administratifs" serait souhaitable, sans préciser sa forme. Il est probable que là ait été visée une organisation plus large et différente que de simples relais régionaux du RNSP, puisqu'étaient également mentionnés les CNR ou les ORS. La circulaire précise aussi qu'en cas d'intervention sur le terrain à la demande du préfet, le RNSP s'appuiera sur les membres de l'Administration (principalement IGS¹²⁹ ou MISP). En cas de situations spécifiquement graves ou étendues et en fonction des ressources disponibles sur le terrain, le niveau central pourra venir en renfort.

1.2.2 La création des cellules régionales ou interrégionales d'épidémiologie d'intervention (CIRE)

- [352] L'idée de Jacques Drucker de créer un "relais régional" fait finalement son chemin et par la circulaire DGS-DAGPB n°55 du 27 juillet 1994, un appel d'offres est lancé auprès des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) pour la création de cellules régionales ou interrégionales d'épidémiologie d'intervention (CIRE). Il est écrit que ces cellules seront chargées de renforcer et coordonner les moyens de surveillance et d'épidémiologie d'intervention des services déconcentrés et du RNSP.

¹²⁴ Recueil, analyse et diffusion de données épidémiologiques dans un but d'alerte, mais aussi de connaissance.

¹²⁵ Etude et synthèse d'un sujet technique, analyse d'une situation complexe.

¹²⁶ Enquête de terrain visant à rechercher la cause d'un événement et à remédier à une situation.

¹²⁷ Observatoires régionaux de la santé

¹²⁸ Réseau National Télématique de Surveillance des Maladies Transmissibles

¹²⁹ Ingénieurs du Génie Sanitaire

- [353] La circulaire rappelle que la surveillance des maladies transmissibles et des problèmes sanitaires liés à l'environnement, ainsi que la réalisation d'investigations épidémiologiques entrent dans le cadre des missions confiées aux services déconcentrés, les MISP et les IGS étant plus spécifiquement chargés de cette mission. Les CIRE sont destinées à "démultiplier l'action du RNSP, apporter une aide au plus près du terrain et assurer un relais avec le centre de coordination de Saint-Maurice". Il est décidé d'en créer une pour 5 à 10 millions d'habitants, et de commencer par la création de trois cellules, la poursuite des créations se faisant après évaluation des premières créations.
- [354] Ces créations se feront à partir de moyens nouveaux affectés dans les DRASS et mis à disposition du RNSP dans le cadre d'une convention, les cellules étant constituées d'un MISP, d'un IGS, d'un statisticien et d'une secrétaire. Les postes de MISP et d'IGS seront attribués en priorité aux médecins et ingénieurs disposant d'une compétence épidémiologique.
- [355] Comme il est prévu que les cellules regroupent plusieurs régions, il est demandé aux DRASS de présenter des projets en commun, qui devront préciser les régions concernées et la taille de la population couverte, la DRASS d'accueil, les locaux mis à disposition, les modalités de fonctionnement envisagées et éventuellement un programme de travail.
- [356] La convention type annexée à la circulaire précise que la DRASS met à la disposition de la cellule les locaux, les lignes téléphoniques, les fournitures de bureau et un appui technique pour l'informatique. Le RNSP équipe la cellule en matériel de bureau et en matériel informatique.
- [357] Il est surtout clairement écrit que le personnel mis à disposition par la DRASS est sous l'autorité hiérarchique du DRASS et sous la responsabilité fonctionnelle du directeur du RNSP, notion qui n'est pas précisée. Le personnel est en réalité "affecté" par la DRASS, il ne s'agit pas d'une mise à disposition au sens juridique du terme, puisque l'autorité hiérarchique lui est conservée.
- [358] La CIRE a des missions d'appui¹³⁰ et de coordination¹³¹, qu'elle exerce en relation avec les divers partenaires institutionnels, dont les ORS.
- [359] Un comité de pilotage est créé à la DRASS et est présidé par le DRASS. Il est composé des responsables des services déconcentrés concernés, des représentants du RNSP et d'un représentant de la Direction générale de la santé (DGS). Il se réunit au moins deux fois par an et est chargé de définir le programme de travail, conformément aux instructions du directeur du RNSP, et d'élaborer un règlement intérieur qui précise les modalités d'intervention des membres de la cellule.
- [360] La circulaire DGS-DAGPB n°16 du 28 février 1995 donne les résultats de l'appel d'offre en créant quatre CIRE¹³². Elle rappelle que les CIRE viennent "renforcer les capacités de surveillance et d'intervention des services déconcentrés". Le poste de statisticien n'apparaît plus dans la composition de la cellule.
- [361] La convention type est légèrement modifiée, et il est précisé que les membres de la cellule participent au comité de pilotage.

¹³⁰ Pour les enquêtes en cas d'épidémies ou de pollution environnementale, à la demande des autorités administratives locales; pour faciliter les activités de surveillance organisées au niveau national; pour la définition et mise en œuvre d'actions de surveillance particulières concernant la région.

¹³¹ D'un réseau d'expertise composé des différentes structures de la région susceptibles d'apporter une aide en matière d'épidémiologie; d'études à visée régionale ou nationale réalisées par le RNSP; d'enquêtes en cas d'épidémies ou de pollution dépassant le cadre du département.

¹³² DRASS Rhône-Alpes (sur la seule région); DRASS Nord-Pas-de-Calais (incluant aussi les régions Picardie, Haute-Normandie et Champagne-Ardenne); DRASS Midi-Pyrénées (incluant la région Aquitaine); DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) (incluant les régions Corse et Languedoc-Roussillon).

- [362] On constate donc que dès l'origine, le modèle organisationnel est inventé pour faire le lien entre deux structures différentes: les DRASS / DDASS et le RNSP. Le choix fait en 1994 est plutôt de créer un lien hiérarchique avec les DRASS qu'avec le RNSP. La CIRE est vue comme une structure d'appui, imbriquée avec la DRASS.
- [363] Les services déconcentrés sont identifiés comme en charge de la surveillance et des investigations épidémiologiques, le RNSP et les cellules venant "en appui", et "à la demande" de ces services.
- [364] Dans un document sur le RNSP daté de 1996 que l'on trouve sur le site internet de l'InVS¹³³, il est noté que le RNSP "s'appuie sur des collaborations avec deux types de partenaires: le réseau des DDASS, principal responsable des missions d'épidémiologie d'intervention au travers de l'activité des Médecins Inspecteurs de la Santé Publique et des Ingénieurs du Génie Sanitaire ; et des réseaux d'expertise composés d'institutions ou de professionnels dotés d'une fonction de Santé Publique et/ou d'une compétence technique spécifique intéressant le domaine d'activité du RNSP." Le réseau des DDASS est en fait présenté comme partie prenante du RNSP.
- [365] Ces deux circulaires de 1994 et 1995 mises à part, on ne trouve plus trace d'autres textes sur les CIRE.
- [366] Dans les premières années de leur fonctionnement, le rôle des CIRE a essentiellement porté sur l'appui à l'investigation d'événements complexes dans les domaines des maladies infectieuses et de la santé environnementale et s'est étendu ensuite à l'animation de réseaux de surveillance spécifiques. L'implantation géographique des CIRE s'est faite progressivement.

1.2.3 La création de l'InVS

- [367] La crise de l'Encéphalite spongiforme bovine (ESB) a poussé à une structuration encore accrue du système français de veille : en 1998, l'Institut de veille sanitaire est créé par la loi n°98-535 du 1er juillet relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme¹³⁴. Un chapitre V vient compléter le livre VIII du code de la santé publique (CSP) et le RNSP acquiert un fondement légal.
- [368] Les missions de l'InVS consistent à "effectuer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population, en s'appuyant notamment sur ses correspondants publics et privés, participant à un réseau national de santé publique, dans le but de participer au recueil et au traitement des données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques ; de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leurs évolutions ; de détecter tout événement modifiant ou susceptible d'altérer l'état de santé de la population". Il doit aussi "alerter les pouvoirs publics, en cas de menace pour la santé publique, quelle qu'en soit l'origine, et leur recommander toute mesure ou action appropriée".
- [369] A cette fin, "il recueille et évalue, le cas échéant sur place, l'information sur tout risque susceptible de nuire à la santé de la population".

Ces missions s'exercent dans un champ quasi universel qui n'est plus limité aux risques infectieux ou environnementaux et s'élargira progressivement au titre de la mission de «surveillance et d'observation permanente de l'état de santé de la population» au domaine des maladies chroniques ou de la santé au travail.

¹³³ La surveillance des maladies transmissibles en France, mis en ligne le 5 novembre 1996.

¹³⁴ Cette même loi crée l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). Une quatrième agence voit le jour avec la loi du 9 mai 2001 : l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) devenant l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) en 2005. Cette dernière agence est aujourd'hui regroupée avec l'AFSSA, dans l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). L'Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a succédé à l'AFSSAPS en 2012.

Il est également précisé que "les services de l'Etat apportent leur concours à l'Institut dans l'exercice de ses missions". L'Etat, au même titre que les autres "correspondants publics et privés du RNSP" lui transmet les informations nécessaires à l'exercice de ses missions".

Pour la première fois est clairement désigné au niveau législatif un organisme distinct de l'organisation du ministère et de ses services déconcentrés, en charge de la surveillance, mais aussi de l'alerte. Contrairement au RNSP, il n'est plus en appui, mais en plein exercice et n'agit pas par "délégation".

[370] Suite à la crise de la "canicule" en 2003, les missions de "surveillance et observation permanentes de l'état de santé de la population", "veille et vigilance sanitaires" et "d'alerte sanitaire" de l'InVS sont réaffirmées et précisées dans la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, dont le titre III s'intitule "Modernisation du système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire"¹³⁵. L'Institut doit être en mesure de "détecter de manière prospective des facteurs de risque susceptibles de modifier ou altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse"¹³⁶, exigence qui se substitue à l'expression générique de "tout risque" employée en 1998. Il doit également "répertorier pour chaque type de risque les populations les plus fragiles ou menacées". Cette loi ajoute en outre une mission de "contribution à la gestion des situations de crise sanitaire", dans le droit fil des recommandations "de toute mesure ou action appropriée" déjà prévues par la loi de 1998 en cas d'alerte.

[371] Est également créé un nouvel article L 1413-15 dans le code de la santé publique qui précise que "les services de l'Etat et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les établissements de santé publics et privés, le service de santé des armées, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les services de secours ainsi que tout professionnel de santé sont tenus de signaler sans délai au représentant de l'Etat dans le département les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée. Le représentant de l'Etat porte immédiatement ce signalement à la connaissance de l'Institut de veille sanitaire".

L'InVS consolide alors sa fonction de veille et d'alerte et s'impose comme l'acteur majeur en la matière, chargé de faire remonter les alertes au niveau national et pouvant à cette fin mobiliser les services de l'Etat.

¹³⁵ Art. L. 1413-2 du code de la santé publique. - Un Institut de veille sanitaire, établissement public de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, a pour missions :

1. La surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population. A ce titre, il participe au recueil et au traitement de données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés faisant partie d'un réseau national de santé publique ;
2. La veille et la vigilance sanitaires. A ce titre, l'institut est chargé :
 - a) De rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ;
 - b) De détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ;
 - c) D'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées. Il peut également assurer des fonctions de veille sanitaire pour la Communauté européenne, des organisations internationales et des pays tiers, avec l'accord du ministre chargé de la santé ;
3. L'alerte sanitaire. L'institut informe sans délai le ministre chargé de la santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et il lui recommande toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace ;
4. Une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire. A ce titre, l'institut propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire."

¹³⁶ A cette fin, à côté des systèmes de surveillance spécifiques et par pathologies, l'InVS développe un système de surveillance syndromique (SurSaUD), basée sur des indicateurs de morbidité et de mortalité, qui enrichit le système de veille sanitaire d'une source supplémentaire de données, et fait collaborer de nouveaux partenaires (services d'urgences, SOS médecins, INSEE...).

Comme en 1998 cependant, les textes ne clarifient pas comment s'articulent les CIRE, qui n'ont pas d'existence légale mais deviennent le point d'ancrage territorial de l'InVS en région, et les services déconcentrés chargés de la veille sanitaire, sous la responsabilité du préfet.

1.2.4 L'évolution des CIRE avec la création de l'InVS

[372] Les premières CIRE ont donc été mises en place quatre ans avant l'InVS.

[373] La création de l'InVS ne bouleverse pas la donne en matière de fonctionnement sur le terrain avec les DRASS et les DDASS, et la mission n'a, ni dans les documents étudiés, ni au travers des témoignages recueillis lors des déplacements de terrain, pu noter que l'articulation des CIRE avec les services déconcentrés avant la création des agences régionales de santé (ARS) ait pu poser un problème majeur, même si le rapport du Préfet Ritter¹³⁷, réalisé avant la création des ARS, précise que le "pilotage des CIRE placées sous l'autorité scientifique de l'InVS et sous l'autorité administrative de la DRASS pourrait être mieux structuré". Notamment, la question de la nouvelle dénomination des cellules ("Cellules de l'InVS en région" et plus "Cellules régionales ou interrégionales d'épidémiologie d'intervention") sur laquelle il sera revenu dans la suite de cette annexe ne semble pas avoir été un enjeu avant la création des ARS. Le guide de la veille de 2005 maintient bien la dénomination "Cellules interrégionales d'épidémiologie" et sur le site de l'InVS, la fiche présentant les CIRE et actualisée en avril 2011 fait de même.

[374] Le premier guide de la veille sanitaire élaboré par l'InVS en 2005¹³⁸ rappelle que les CIRE apportent "un appui technique et méthodologique" aux services déconcentrés, notamment "pour l'investigation ou l'évaluation des risques sanitaires liés à l'environnement" et que les DDASS "assurent la réception du signal et son traitement, l'analyse de celui-ci et son évaluation, en mobilisant, si nécessaire, les partenaires compétents (CIRE)". La DDASS pourra s'appuyer "le cas échéant" sur la CIRE et l'InVS pour l'évaluation du signal et les investigations. L'InVS quant à lui "apporte un soutien aux CIRE et DDASS dans l'évaluation des signaux et pour les investigations épidémiologiques".

[375] Il ressort de certains échanges avec les acteurs de terrain que les DDASS sollicitaient moins les CIRE que ne le font les ARS aujourd'hui, parce qu'elles étaient plus positionnées sur les problèmes à portée régionale ou comme soutien en cas de manque de moyens dans les départements. Le rapport annuel 2008 de l'Institut évalue à un quart des signaux reçus, les signaux étudiés par les CIRE, en lien avec les DDASS mais aussi avec d'autres services de l'Etat.

[376] En revanche, plus que le RNSP, l'InVS considère bien, dès sa création, les CIRE comme son réseau régional, chargé notamment d'animer et de coordonner les réseaux régionaux de veille sanitaire (systèmes de surveillance et partenaires locaux de la veille). L'affirmation de l'existence de ce "réseau local" s'est développée au fur et à mesure des années, notamment après la création des ARS. Dans le guide de la veille de 2005, il est précisé que les CIRE sont "les antennes régionales" de l'InVS. Le rapport annuel de 2008 précise "qu'elles accomplissent localement les missions de l'InVS". Dans le rapport d'activité de 2010, il est écrit qu'elles "représentent l'InVS en région" et l'édito de la directrice générale parle "d'avant-postes des activités de l'InVS au cœur des ARS". Les rapports d'activité des CIRE pour 2014 mentionnent qu'elles sont "des unités régionales de l'Institut de veille sanitaire (InVS), parmi les 17 unités régionales rattachées au Département de coordination des alertes et des régions (DCAR) de l'Institut". La directrice générale de l'InVS, lorsqu'elle est auditionnée par la commission des finances lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2014 les nomme des "mini-InVS".

¹³⁷ Rapport sur la création des ARS; Philippe Ritter, janvier 2008.

¹³⁸ L'alerte sanitaire en France: Principes et organisation. Mai 2005.

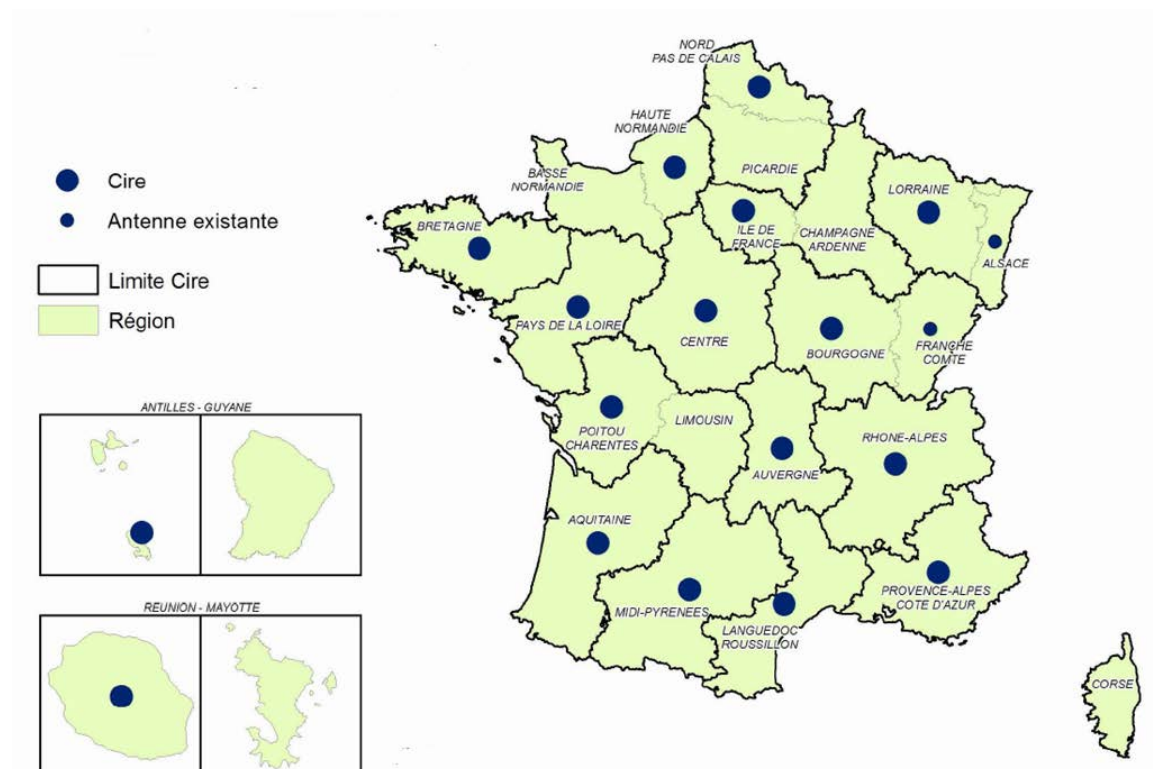
- [377] A compter de sa création, l'Institut crée donc des liens forts avec les CIRE et nourrit des échanges permanents avec elles. Le rapport Ritter parle "d'autorité scientifique" de l'InVS sur les CIRE.
- [378] Surtout, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport de 2012 sur la gestion de l'InVS, l'Institut s'introduit, "dans un contexte d'affaiblissement des DRASS", dans la gestion des CIRE. Aux personnels financés par les DRASS, l'InVS ajoute du personnel recruté et financé par lui et en 2009, 49 ETP sur 97 émargent à son budget¹³⁹. Le guide de la veille de 2005 précise ainsi que les CIRE sont placées sous l'autorité scientifique de l'InVS, et "sous l'autorité administrative partagée du DRASS et du DG de l'InVS", ce qui montre bien l'évolution qui a eu lieu depuis les circulaires de 1994 et 1995 où les DRASS avaient "autorité hiérarchique". Le rapport annuel 2008 de l'Institut écrit que les CIRE sont "copilotées" par les DRASS et l'InVS. En parallèle, l'InVS harmonise le fonctionnement des CIRE en définissant les circuits du signalement et de l'alerte avec la publication d'un premier guide de la veille et de l'alerte en 2005 et développe leur activité avec l'implantation et la régionalisation de SurSaUD.
- [379] Enfin, la création de l'InVS conforte l'implantation territoriale des CIRE, qui se créent progressivement. Par note adressée au directeur général de la santé (DGS) et au Secrétaire Général (SG) du ministère des affaires sociales en date du 13 février 2013, l'InVS écrit que "c'est surtout au début des années 2000 que le développement des CIRE s'est accéléré, en réponse à la demande des régions".
- [380] Dans une note du 22 octobre 2009, toujours adressé au DGS et au SG, la directrice générale de l'InVS précise qu'il existe 17 CIRE sur le territoire. Six d'entre elles (Centre-Est, Ouest, Nord, Poitou-Charentes, Réunion, Sud) couvrent deux régions. Et deux CIRE (Est et Antilles-Guyane) en couvrent trois. Les neuf¹⁴⁰ restantes n'en couvrent qu'une. Seules les régions Franche-Comté et Alsace disposent d'antennes. Cinq régions métropolitaines n'ont pas d'antennes (Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Limousin, Picardie, Corse).
- [381] Il est dès 2010 décidé que, sauf dans les Antilles, les CIRE ne doivent couvrir que deux régions. La CIRE Est perd donc la Champagne-Ardenne qui est transférée à l'Ile-de-France. La CIRE Ouest transfère par ailleurs la région Basse-Normandie à la CIRE Haute-Normandie qui devient la CIRE Normandie.

¹³⁹ Source: Note de l'InVS en date du 22 octobre 2009.

¹⁴⁰ Aquitaine, Auvergne, Centre, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Haute-Normandie, Ile-de-France, Pays-de-Loire et Rhône-Alpes).

[382] Au 15 mars 2010, la cartographie des CIRE est donc la suivante (graphique 1).

Graphique 1 : La cartographie des CIRE au 15 mars 2010



Source : InVS

1.3 La création des ARS

[383] La loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST, déjà citée, crée les Agences régionales de Santé (ARS) et affirme l'importance du niveau régional pour l'organisation de la veille sanitaire, jusque là éclatée entre le niveau départemental et le niveau régional, comme le soulignait le rapport du Préfet Ritter précité. Le rapport préconise une capacité d'expertise de l'ARS au niveau régional sur l'ensemble des sujets sanitaires et une mutualisation maximale des compétences et des ressources, tout en confirmant le rôle exclusif du préfet en cas de gestion de crise. La loi révisé l'organisation de la veille sanitaire pour tenir compte de la création des ARS et consacrer le rôle du niveau régional en ce domaine.

[384] L'article L.1431-2 du code de la santé publique (CSP) nouveau confie donc aux ARS la responsabilité d'organiser « en s'appuyant, en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé (ORS), la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ». Elles contribuent à "l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des crises sanitaires", dans le respect des attributions des préfets de département, l'article L 1435-1 du CSP précisant que "le directeur général de l'agence régionale de santé informe sans délai le représentant de l'Etat territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public. Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'Etat territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence".

- [385] L'article L.1413-15 du CSP précité et créé par la loi du 9 août 2004 est modifié, l'ARS devenant à la place du préfet l'autorité à laquelle doit être communiquée "toute menace imminente pour la population" ou "toute menace sanitaire grave". C'est le directeur général de l'ARS qui prévient alors l'InVS et le préfet.
- [386] La veille sanitaire devient ainsi un champ de compétence partagée entre les ARS et l'InVS (l'article L. 1431-2 du CSP précisant cependant que leurs nouvelles compétences s'exercent "sans préjudice et dans le respect" de celles de l'InVS).

2 DES MISSIONS A CLARIFIER

2.1 Des textes ambigus

2.1.1 Dans la loi

- [387] Avec la loi HPST, l'organisation de la veille sanitaire devient une mission des services de l'Etat au niveau régional.
- [388] Antérieurement, la veille sanitaire était essentiellement une compétence départementale, exercée par les DDASS, sous l'autorité du préfet. La CIRE, positionnée au niveau régional, était donc vue comme une structure d'appui plus éloignée. Par ailleurs, les textes étaient peu explicites, l'ancien article R. 1421-6 du CSP¹⁴¹ mentionnant en 2008 dans le champ de compétence des DDASS "la lutte contre les épidémies" et la "protection sanitaire de l'environnement", sans citer les termes de "veille sanitaire".
- [389] A partir de 2009, la situation est donc modifiée au niveau régional: deux autorités, les ARS et les CIRE, sont investies du même type de mission, sur un même niveau territorial, avec des textes qui sont beaucoup plus précis sur la mission des ARS en matière de veille, ce qui peut induire une concurrence entre les deux types d'organismes, les frontières de compétences devenant floues.
- [390] Le tableau suivant met en miroir les dispositions du CSP et fait apparaître les redondances présentes dans les textes législatifs.

¹⁴¹ Article R1421-6 du CSP en 2008: "Sous l'autorité du préfet de département, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales est responsable de la mise en œuvre, dans le département, des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales définies par les pouvoirs publics. A ce titre, ses missions comprennent notamment :

1° Dans le cadre de sa participation aux missions de l'agence régionale d'hospitalisation définies à l'article L. 6115-1, la mise en œuvre des politiques d'intégration, d'insertion, de solidarité et de développement social ;

2° Les actions de promotion et de prévention en matière de santé publique, ainsi que la lutte contre les épidémies et endémies ;

3° La protection sanitaire de l'environnement et le contrôle des règles d'hygiène ;

4° La tutelle et le contrôle des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux."

Tableau 8 : Articles du code de la santé publique sur les compétences respectives des ARS et de l'InVS

Article du CSP sur les compétences de l'InVS	Articles du CSP sur les compétences des ARS
L.1413-2: Un Institut de veille sanitaire, établissement public de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, a pour missions : 1° <u>La surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé</u> de la population. A ce titre, il participe au <u>recueil et au traitement</u> de données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés faisant partie d'un réseau national de santé publique; 2° <u>La veille et la vigilance sanitaires</u>. A ce titre, l'institut est chargé : a) De rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution; b) De détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse; c) D'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées. 3° L'alerte sanitaire. L'institut informe sans délai le ministre chargé de la santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et <u>il lui recommande toute mesure</u> ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace; 4° <u>Une contribution à la gestion</u> des situations de crise sanitaire. A ce titre, l'institut propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire.	L1431-1: Leurs compétences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles ... L. 1413-2 du présent code. L1431-2: ... a) Elles organisent, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, <u>la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements</u> d'événements sanitaires ; b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, <u>à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise</u> sanitaire ; 1413-15: Les services de l'Etat et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les établissements de santé publics et privés, le service de santé des armées, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les services de secours ainsi que tout professionnel de santé sont tenus de signaler sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée. <u>Le directeur général de l'agence porte immédiatement ce signalement à la connaissance de l'Institut de veille sanitaire et au représentant de l'Etat dans le département.</u>

Source : Code de la santé publique

Les CIRE n'ayant aucune existence légale, et étant implicitement considérées comme le réseau régional de l'InVS, les textes législatifs applicables à l'InVS servent de base pour déterminer leurs compétences.

On peut noter qu'en attribuant en 2004 à l'InVS des missions "de contribution à la gestion des situations de crise", le législateur n'a pas amélioré la lisibilité du système.

[391] Le projet de la future loi de santé publique présenté au conseil des ministres le 15 octobre 2014 prévoit en son article 39 de réécrire l'article L.1431-2 du CSP¹⁴², afin de distinguer les activités d'observation et de veille des ARS qui sont dans la rédaction actuelle juxtaposées, avec une référence commune aux ORS qui n'ont aucun rôle en matière de veille, ce qui est peu lisible. Si cette rédaction améliore la cohérence du texte en distinguant bien les deux notions, elle n'apporte aucune clarification sur la répartition des compétences entre les ARS et l'InVS au niveau régional, et maintient donc l'ambiguïté actuelle.

[392] On peut noter que la redondance des missions InVS/ARS porte autant sur "l'observation de la santé" que sur la veille. A cet égard, la question du rôle des observatoires régionaux de la santé (ORS) et de leur articulation avec les CIRE mais aussi avec les ARS mérite d'être posée (cf annexe 2 sur l'activité des CIRE).

2.1.2 Dans les circulaires et la convention cadre

La circulaire SGMAS/DGS du 20 avril 2010 adressée aux ARS précise les modalités de fonctionnement des futures plateformes régionales de veille et d'urgences sanitaires qui doivent se créer au sein des ARS en regroupant, la CIRE d'une part, et une cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) d'autre part, et dont les modalités de fonctionnement seront analysées dans la suite de la présente annexe. Elle rappelle les compétences respectives des deux cellules. Ces compétences sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9 : Compétences respectives des CIRE et CVAGS, selon la circulaire du 20 avril 2010

La CVAGS	La CIRE
reçoit l'ensemble des signaux: événements (y compris MDO) et signaux issus des systèmes de surveillance.	est destinataire de tous les signaux reçus par la CVAGS. Elle effectue l'analyse des données issues des systèmes de surveillance de l'INVS et transmet les éventuelles alertes à la CVAGS.
vérifie, et valide les signaux.	peut contribuer à la validation des signaux, à la demande de la CVAGS.
évalue les signaux, éventuellement avec l'expertise et l'appui de la CIRE, en particulier dans les situations non protocolisées, et transmet ceux qui constituent une alerte au DG de l'ARS.	garantit l'évaluation des situations qui le nécessitent sur sollicitation de la CVAGS ou sur auto-saisine. Elle prépare les outils d'investigation des signaux et d'analyse du risque.
prépare les outils de gestion des situations urgentes et assure la gestion des signalements.	aide à l'élaboration d'outils de gestion de crise.
assure le lien avec l'administration centrale dans le cadre de la gestion des alertes.	assure le lien avec l'INVS dans le cadre de l'évaluation des menaces.

Source : Circulaire du 20 avril 2010

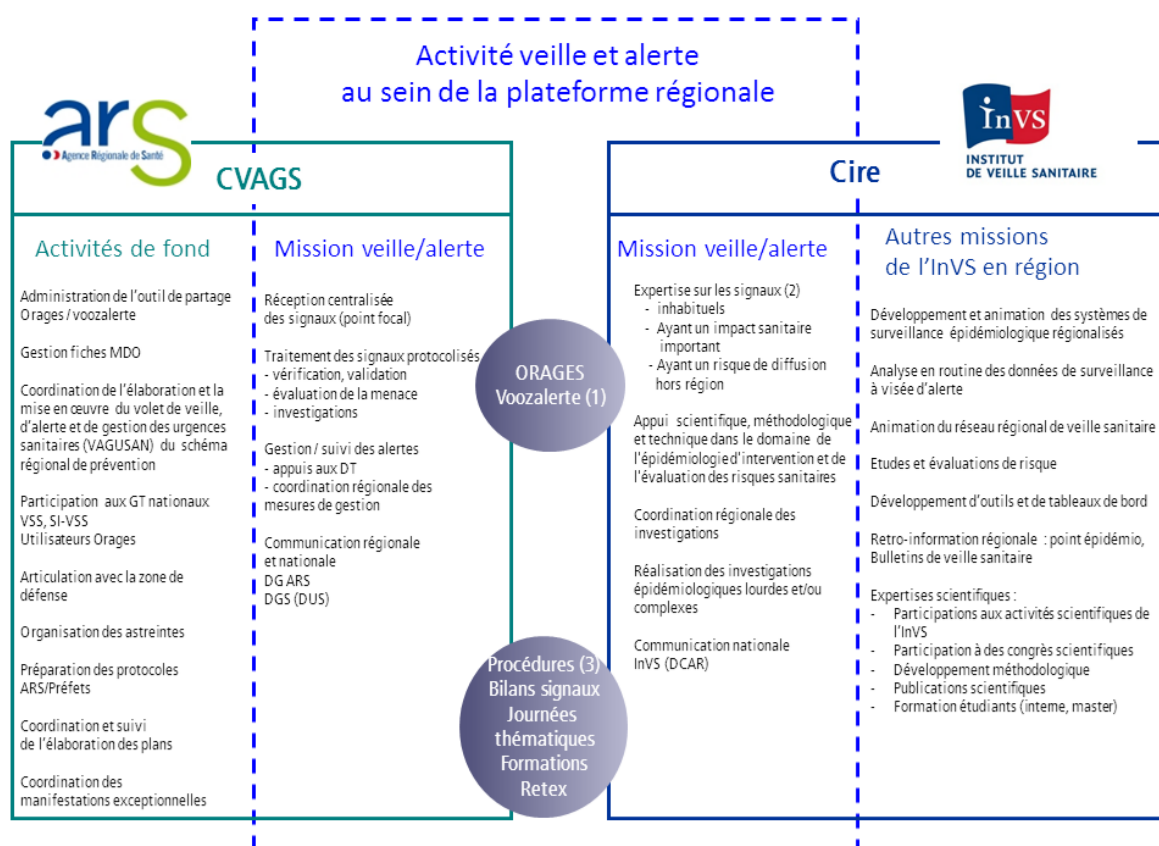
¹⁴² "Elles organisent l'observation de la santé dans la région en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires".

[393] Ces formulations seront reprises de façon identique par la convention cadre du 19 mai 2010 signée entre le DGS, le SG du ministère des affaires sociales et la directrice générale (DG) de l'InVS, et par le modèle de convention de partenariat devant être signé dans chaque région entre la DG de l'InVS et le DG d'ARS, joint à la convention cadre.

[394] A la lecture de ces dispositions, on note la redondance de certaines formulations, et comme la frontière est ténue, parfois, entre les compétences des deux structures. C'est particulièrement frappant en matière d'évaluation du signal. S'il est écrit que la CIRE "peut contribuer à l'évaluation des signaux à la demande de la CVAGS", on a vu qu'il est également ajouté qu'elle "garantit l'évaluation des situations sur sollicitation de la CVAGS ou par auto-saisine". En l'absence de critères de partage, même indicatifs, le fait que la CIRE puisse se saisir de tous les signaux et travailler en parallèle de la CVAGS, peut poser un problème de lisibilité. Le terme de "garantit" introduit par ailleurs une notion de responsabilité de la CIRE en matière d'évaluation du signal sur laquelle il sera revenu, alors même qu'il est dit également que la CVAGS est en charge de l'évaluation du signal, pour laquelle elle peut demander l'appui de la CIRE.

[395] Le schéma sur les missions au sein de la plateforme représenté ci-dessous qui figure dans les rapports d'activité de toutes les CIRE est également significatif à cet égard, puisque, même s'il résulte d'une volonté de clarification, il souligne par un rectangle en pointillés au sein de l'ensemble, la "zone commune de compétences".

Schéma 2 : Répartition des missions CIRE/CVAGS



Source : Rapports d'activité des CIRE

2.2 Des tentatives d'explicitation au niveau national et local qui permettent un fonctionnement quotidien des plateformes satisfaisant

[396] Malgré les ambiguïtés des textes, des tentatives d'explicitation des missions respectives des ARS (CVAGS) et de l'InVS (CIRE) sont intervenues au niveau national comme, localement, au sein des plateformes de veille.

[397] D'une façon générale, le fil conducteur des guides ou protocoles qui ont été élaborés repose sur la notion "d'appui et d'expertise de la CIRE", "en tant que de besoin". Cela peut laisser à penser que les ARS sont en charge des différentes étapes relatives au traitement des signaux et que la CIRE intervient, quand l'ARS a besoin d'un appui technique. Le COP 2009-2012 parle d'une "capacité d'expertise opérationnelle et indépendante" des CIRE. Le rapport d'activité 2010 de l'InVS précise que la CVAGS "réceptionne et analyse les signaux sanitaires et prend si nécessaire les mesures de gestion appropriées", et que la CIRE "prend connaissance des signaux et apporte un soutien à la CVAGS, à sa demande, notamment pour l'analyse des signaux et l'appui à la gestion".

[398] Déjà, la circulaire du 20 avril 2010 puis la convention cadre du 19 mai 2010 suivent cette idée lorsqu'elles précisent que les CVAGS bénéficient "du soutien et de l'expertise de la CIRE" pour l'évaluation des signaux, en particulier "dans les situations non prévues par un protocole validé", ou que la CIRE "peut contribuer à l'évaluation des signaux à la demande de la CVAGS". Les notions de soutien et d'expertise viennent signifier que la CIRE est une force d'appui à l'ARS. Et c'est la CVAGS qui est à l'origine de la sollicitation de la CIRE.

On retrouve en cela la philosophie des circulaires de 1994 et 1995 qui prévoyaient que les CIRE "apportent une aide au plus près du terrain" et viennent "renforcer les services déconcentrés", les cellules étant "en appui".

Restait à définir des critères qui permettent d'objectiver les cas de recours à la CIRE. C'est ce à quoi se sont employés un certain nombre de guides ou protocoles nationaux et régionaux.

2.2.1 Le guide de la veille et de l'alerte de 2011

[399] Le guide de la veille et de l'alerte de l'InVS de 2011 est réalisé dans un objectif de remise à plat des missions des acteurs chargés de la veille en région. Le précédent datait de 2005 et celui de 2011 est clairement élaboré pour édicter les nouvelles règles résultant de la création des ARS et des plateformes de veille. Il est dit en introduction qu'il vise avant tout à préciser "le rôle de chacun des acteurs".

Le guide reprend chaque étape de traitement d'un signal et détaille les missions de la CVAGS et de la CIRE.

En ce qui concerne la réception, la vérification et la validation du signal, il est écrit que c'est la CVAGS qui les réalise. La CIRE "peut être sollicitée pour apporter un appui en cas de besoin".

Pour l'évaluation du signal, "les rôles respectifs de la CVAGS et de la CIRE sont complémentaires et diffèrent selon le type de signal". C'est à la CVAGS de "réaliser une évaluation initiale" de la menace. La CIRE "participe" à cette évaluation et à sa portée (locale ou nationale). Des critères sont proposés pour préciser quand l'intervention de la CIRE est nécessaire pour l'évaluation d'un signal: "des signaux de type cas groupés ou dont l'étiologie est inconnue, nécessitant des investigations des risques pour l'évaluation, sans protocole de réponse existant". A l'inverse, "les signaux isolés, de type signalement MDO, et qui demandent un traitement rapide, ont des modalités

de traitement définies dans des protocoles¹⁴³ et sont majoritairement traités par les CVAGS, puisque ne nécessitant pas d'épidémiologie d'intervention".

L'encadré suivant, issu du guide de 2011, établit une liste de questions qui doivent guider les CVAGS dans leur transmission à la CIRE pour évaluation de la menace et déclenchement de l'alerte.

Tableau 10 : Outil d'évaluation des menaces

Question 1 : s'agit-il d'un évènement inhabituel ou inattendu ?

Le nombre de cas est-il élevé pour la période et le lieu (phénomène épidémique) ?

S'agit-il d'une maladie ou d'une exposition inhabituelle pour la saison ou le lieu ?

S'agit-il d'une exposition de cause inconnue ?

S'agit-il d'un phénomène épidémique de cause inconnue ?

La gravité est-elle inattendue ?

Y a-t-il une absence d'identification d'une origine naturelle à la contamination environnementale ou à la survenue de cas (suspicion d'acte de malveillance) ?

Répondre "oui" à l'un de ces critères équivaut à répondre "oui" à la question 1 et justifie la transmission de l'alerte à la CIRE.

Question 2 : s'agit-il d'un évènement susceptible d'avoir un impact important sur la santé de la population ?

Le nombre de cas, de décès ou de personnes exposées est-il élevé ?

L'évènement est-il associé à un pathogène ou un toxique à fort potentiel épidémique ou à fort risque de diffusion (transmissibilité élevée, voies de transmission multiples) ou associé à une létalité élevée ?

Y a-t-il des conditions pouvant accroître le potentiel épidémique ou toxique de l'évènement (inondations, catastrophes naturelles, etc.) ?

La population à risque est-elle spécialement vulnérable (personnes âgées, personnes en maison de cures, prématurés, immunodéprimés, etc.) ?

L'évènement survient-il dans une zone à forte densité de population ?

Y a-t-il échec des mesures de contrôle ou est-on en incapacité de déployer des mesures de contrôle ?

Répondre "oui" à l'un de ces critères équivaut à répondre "oui" à la question 2 et justifie la transmission de l'alerte à la CIRE.

Question 3 : y a-t-il un risque de diffusion et de propagation hors du département ou d'implication d'autres départements ?

Les sujets ont-ils été exposés ou contaminés hors de la région ?

L'évènement s'est-il produit dans une zone de tourisme ou de rassemblement ?

Sait-on ou soupçonne-t-on qu'un véhicule de transmission (aliments, médicaments, objet, etc.) ou une exposition en cause pourrait circuler ou diffuser hors de la région ?

L'évènement s'est-il produit dans une zone avoisinant d'autres régions ?

Répondre "oui" à l'un de ces critères équivaut à répondre "oui" à la question 3 et justifie la transmission de l'alerte à la CIRE.

Source : Guide de la veille et de l'alerte sanitaires en France, InVS. 2011.

¹⁴³ Sont ainsi protocolisés selon le guide 2011 la légionellose, la gale, les clusters de cancers... Mais des protocoles sont également signés pathologie par pathologie au niveau local.

Lorsque l'alerte est déclenchée- " le déclenchement de l'alerte étant sous la responsabilité du service ayant réalisé l'évaluation de la menace"- peuvent être mises en place des mesures d'investigation ou de gestion. Les mesures d'investigation sont coordonnées par la CIRE, car les méthodes font appel à l'épidémiologie et à l'évaluation des risques, et parce-que les CIRE peuvent s'appuyer sur l'InVS. Les CVAGS sont associées à ces investigations et un encadré du guide précise même les cas où la CVAGS peut les mener de façon autonome, en édictant un certain nombre de critères, et sous réserve que cela soit prévu dans des protocoles CVAGS / CIRE.

Tableau 11 : Outil d'évaluation de la capacité à investiguer

Capacité des CVAGS à investiguer une alerte de santé publique

L'investigation peut-elle être faite par le seul personnel de la CVAGS dans un délai compatible avec le degré d'urgence ?

La CVAGS a-t-elle déjà investigué ce type d'évènement ?

La CVAGS dispose-t-elle d'outils d'investigation ou de procédures écrites spécifiques à l'évènement ?

S'il est prévisible qu'un suivi de longue durée soit nécessaire, la CVAGS a-t-elle la capacité d'assurer ce suivi ?

Y a-t-il du personnel disponible, ayant les compétences épidémiologiques requises, pour réaliser une investigation de qualité ?

Cette investigation peut-elle être réalisée dans un délai compatible avec l'urgence ?

Y a-t-il des systèmes de surveillance afin d'identifier des cas ?

Répondre "non" à l'un de ces critères équivaut à répondre "non" à la question.

Si la réponse est négative, la CVAGS doit informer la CIRE. La CIRE informe alors le département scientifique de l'InVS concerné et évalue ses capacités d'investigations.

Capacité des CIRE à investiguer une alerte de santé publique

L'investigation peut-elle être faite par le seul personnel de la CIRE dans un délai compatible avec le degré d'urgence ?

La CIRE a-t-elle déjà investigué ce type d'évènement ou possède-t-elle une expérience similaire ?

La CIRE dispose-t-elle d'outils d'investigation, de procédures écrites spécifiques à l'évènement ?

S'il est prévisible qu'un suivi de longue durée soit nécessaire, la CIRE a-t-elle la capacité d'assurer ce suivi ?

Y a-t-il du personnel disponible, ayant les compétences épidémiologiques requises, pour réaliser une investigation de qualité ?

Cette investigation peut-elle être réalisée dans un délai compatible avec l'urgence ?

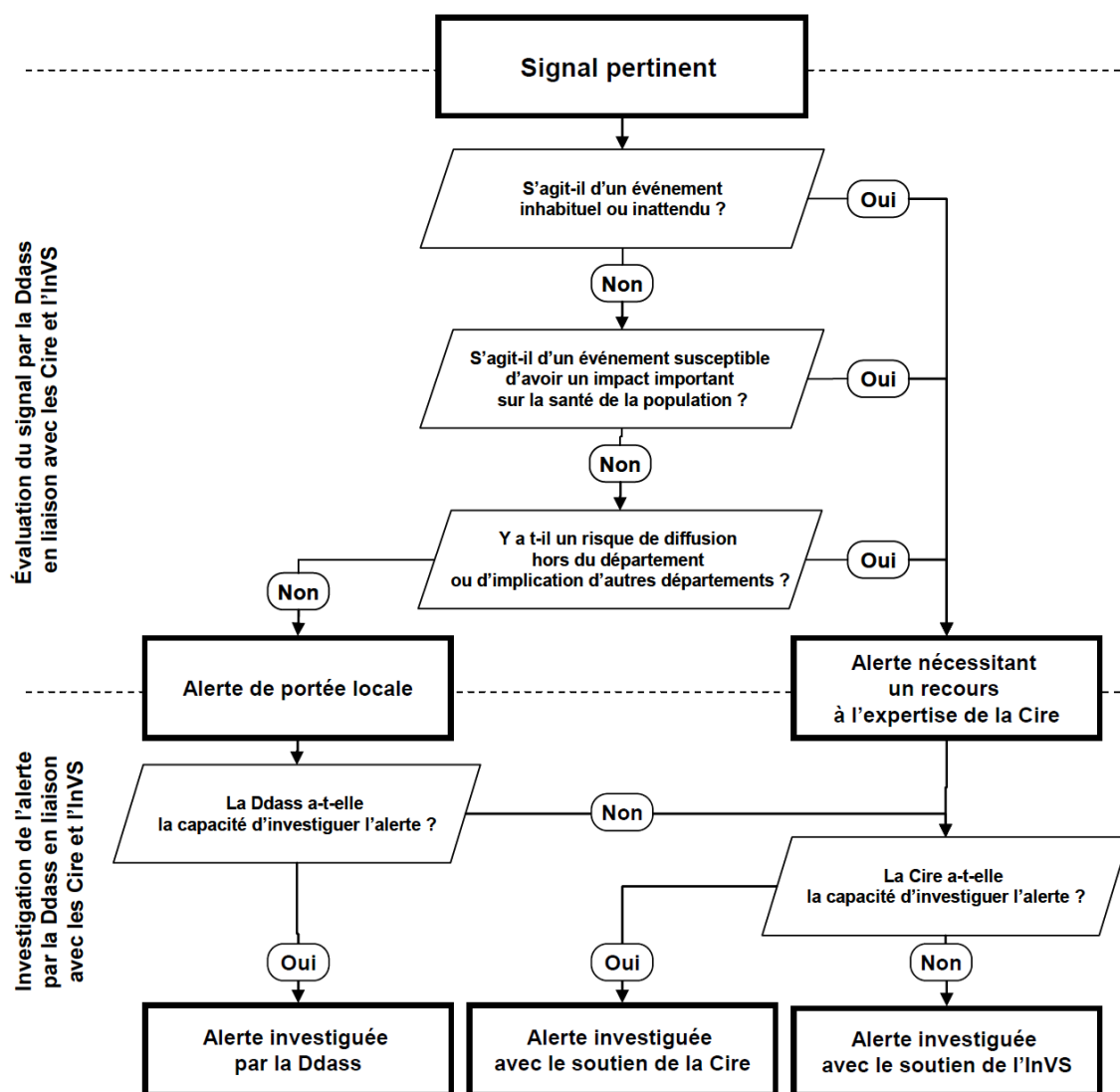
Répondre "non" à l'un de ces critères équivaut à répondre "non" à la question.

Si la réponse est négative, la CIRE informe l'InVS (Saint-Maurice). Ensemble, ils définissent alors les ressources nécessaires et le partage des tâches relatives à l'investigation.

Source : Guide de la veille et de l'alerte sanitaires en France; InVS; 2011.

[400] En revanche, l'arbre de décision formalisé dans le guide 2005 pour établir les cas où la CIRE intervient n'est pas repris en 2011, alors qu'il avait le mérite d'éclairer la répartition des compétences entre les acteurs.

Schéma 3 : Etapes de l'évaluation des signaux et de l'investigation des alertes par les DDASS



Source : *L'alerte sanitaire en France: principes et organisation. InVS. 2005.*

[401] Le guide de 2011 précise enfin que les mesures de gestion sont en revanche coordonnées par la CVAGS.

[402] Au final, le guide réédité en 2011 se veut donc un outil précis d'aide au fonctionnement sur le terrain, en ayant éclairci les missions de chacun.

[403] L'InVS a actualisé le guide par un protocole réalisé en avril 2013¹⁴⁴, plus centré sur le circuit de l'alerte. Mais il reprend en son annexe 4 une typologie des critères qui doivent indiquer à la CVAGS quand saisir la CIRE pour une évaluation du signal. Celle-ci est quasi-similaire à celle du guide de 2011 (cf. tableau 4)¹⁴⁵, même si elle est plus précise en distinguant les signaux sanitaires et environnementaux. Seul le critère du trouble à l'ordre public (événement à risque médiatique) est réellement ajouté. Le protocole incite les CVAGS à déclencher une "réunion de plateforme" quand l'un de ces critères est rempli.

¹⁴⁴ Protocole: Du traitement du signal à l'alerte sanitaire de santé publique au sein de l'InVS.

¹⁴⁵ Événement inhabituel ou inattendu; ou susceptible d'avoir un impact important sur la santé de la population; risque de diffusion hors de la région; événement susceptible d'avoir des retombées politiques, légales ou médiatiques; ou résultant de la dissémination délibérée d'un agent chimique, radioactif ou biologique.

- [404] Le tableau suivant récapitule la façon dont le guide partage les compétences et fait bien apparaître la CIRE comme une force "d'appui ou d'expertise".

Tableau 12 : Répartition des compétences issue du guide de la veille 2011

Etapes de traitement du signal	Rôle des CVAGS	Rôle des CIRE
Réception du signal	En charge	A accès aux signaux
Vérification et validation	En charge	Appui en cas de besoin, sollicité par la CVAGS
Evaluation du signal	En charge, en lien avec la CIRE	Plus spécifiquement, sollicitation de la CIRE pour cas groupés ou étiologie inconnue
Déclenchement de l'alerte	En charge, si elle a réalisé l'évaluation de la menace	En charge, si elle a réalisé l'évaluation de la menace
Investigations	Possible, si elle en a la capacité	Coordination par la CIRE
Gestion	En charge de la coordination	

- [405] Le guide fait par ailleurs référence à des "guides thématiques " édités par l'InVS (gestion des alertes alimentaires, radio protection...). Ceux-ci ne traitent pas a priori cependant de la répartition des rôles des différents acteurs. La mission s'est procuré le guide sur l'utilisation du logiciel WINTIAC, en cas d'investigation sur une toxi-infection alimentaire collective (TIAC), qui ne fait que préciser la méthodologie en cas d'investigation sur une TIAC, et le guide sur le diagnostic et prise en charge des syndromes collectifs inexpliqués, qui traite également très peu du sujet fonctionnel et ne fait que préconiser la mise en place d'une "cellule de coordination inter-disciplinaire" qui peut, selon les cas être pilotée par la CIRE ou l'ARS, voire des acteurs locaux.

2.2.2 Les protocoles régionaux

- [406] A côté du guide national, l'InVS a incité les CIRE à élaborer avec les CVAGS de protocoles locaux de fonctionnement. Le rapport annuel d'activité de l'InVS précisait ainsi que l'année 2012 avait été l'année où "des procédures de fonctionnement ont été formalisées de manière à servir de référentiel pour la veille et la sécurité sanitaire en région". Dans les faits ces protocoles s'élaborent lentement et sont encore en cours de préparation dans plusieurs régions. Dans un document transmis à la mission par l'InVS, il était dénombré 14 protocoles signés sur 26 régions fin 2013. Au moins deux régions de plus ont depuis signé un tel document, comme a pu le constater la mission dans ses déplacements ou entretiens: l'Alsace et la Haute-Normandie. Et des projets sont en cours en Bourgogne, Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais et Languedoc-Roussillon.
- [407] La plupart de ces protocoles portent sur les procédures de fonctionnement proprement dites, avec en particulier l'organisation de réunions régulières. Ils comprennent souvent le principe de "réunions flash" en cas de signal à partager, mais surtout de "réunions hebdomadaires" pour échanger sur le travail de la semaine. C'est le cas, parmi les régions avec lesquelles il y a eu des échanges, des protocoles Languedoc-Roussillon, Auvergne, Bourgogne-Franche-Comté, Lorraine/Alsace, Aquitaine, Martinique, Haute-Normandie ou Rhône-Alpes. Dans le power point de 2012 déjà mentionné, la CIRE Centre évoque une "réunion quotidienne", la CIRE Poitou-Charentes, PACA/Corse ou La Réunion une réunion hebdomadaire, et la CIRE Midi-Pyrénées des "réunions régulières". En Nord-Pas-de-Calais, rien n'est encore formalisé mais les contacts sont "quotidiens", et existent des réunions flash et des réunions hebdomadaires (deux fois par semaine). Celles-ci figurent dans le projet de protocole transmis à la mission. Le protocole de la région Picardie évoque, en plus des "réunions flash" et hebdomadaires, des réunions quotidiennes, tous les jours à 14H15.

[408] En Rhône-Alpes cependant, elles n'ont pas toujours lieu, le responsable CVAGS n'en estimant pas le besoin, et la CIRE regrettant qu'il s'agisse d'une réunion qui fait le point sur quelques signaux en particulier, ce qui ne lui permet pas d'avoir une véritable "vision régionale des signaux". En Lorraine et en Alsace, les réunions sont en réalité peu tenues. Ces réunions sont pourtant essentielles pour que le système fonctionne et devraient être généralisées dans les conventions partenariales.

[409] Si ces réunions sont notamment destinées à se répartir les rôles, les critères de répartition sont rarement très détaillés¹⁴⁶.

[410] Ainsi trouve-t-on écrit dans le protocole d'organisation et de fonctionnement de la plateforme en Aquitaine, pourtant très complet, que "le traitement des événements est assuré par les agents en DT de la CVAGS. Les équipes de la CIRE restent en appui et interviennent lorsque la situation le justifie", sans que cela soit plus détaillé. Le protocole Haute-Normandie quant à lui écrit: "Sur saisine, la CIRE peut procéder à une analyse complémentaire quand la gestion en première intention n'a pas amené les résultats escomptés ou quand les informations ne sont pas suffisantes pour la gestion. Elle propose alors un appui dans l'investigation voire le pilotage d'une investigation en cas de besoin". Le protocole de la plateforme de Picardie précise que la CIRE est chargée de "l'évaluation épidémiologique des situations d'urgence sanitaire et notamment investigations de situations épidémiques" et le projet de la plateforme Nord-Pas-de-Calais que l'intervention de la CIRE se fait en cas de signaux "inhabituels ou ayant un impact important en santé publique".

[411] Le projet de protocole de la CIRE Franche-Comté / Bourgogne essaie d'aller un peu plus loin: "La CIRE est en appui et intervient lorsque la situation le justifie (investigation épidémiologique et expertise)". Concernant les investigations, il est dit que la CIRE pilote les investigations complexes et notamment : les suspicions de cas groupés de maladies non infectieuses (clusters), les syndromes inexpliqués, les signaux provenant de la surveillance nationale de l'InVS (CNR...), les intoxications ou risques d'intoxication autres que le monoxyde de carbone, l'exploitation des enquêtes épidémiologiques des TIAC concernées, ou les suspicions de cas groupés de maladies infectieuses autres que TIAC.

[412] En Ile-de-France, un projet de convention ARS-DDPP (direction départementale de protection des populations) définissant leurs modalités de collaboration en cas de TIAC comprend en son annexe 4 des critères devant donner la possibilité à l'ARS de saisir la CIRE pour appui aux investigations¹⁴⁷. Mais il est bien précisé que c'est selon "les besoins exprimés" de l'ARS. Il n'y a pas de systématisme. Il est ainsi écrit que "la CIRE peut apporter son soutien aux ARS-DT suite à des questions qui se poseraient en cours d'investigation et participer à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques ponctuelles". A été également élaboré dans cette même région un projet de fiche de procédure sur les "signaux partagés", la règle générale étant que les directions départementales gèrent les signaux "simples" et que les "signaux partagés"¹⁴⁸ peuvent nécessiter un appui de la CVAGS régionale, voire de la CIRE. Mais il n'est pas précisé de critères justifiant l'intervention de la CIRE plutôt que de la CVAGS régionale.

¹⁴⁶ Ainsi, la procédure de fonctionnement de la plateforme en Auvergne précise que les "réunions flash" organisées sur un signal donné ont pour objet "de définir le rôle et les actions de chacun". En Lorraine et en Alsace, ou en Rhône-Alpes, ces mêmes réunions servent "à définir le rôle de chacun".

¹⁴⁷ TIAC liée à un agent pathogène particulier (comme *SHU, STEC, listeria, shigella, botulisme*)

- TIAC liée à des aliments particuliers (comme *fruits de mer, coquillages, oeufs*)
- TIAC avec une létalité ou des critères de gravité (*hospitalisation, réanimation*)
- TIAC hydrique
- TIAC avec une dissémination des cas sur plusieurs départements ou sur plusieurs communes d'un même département
- TIAC avec un grand nombre de personnes exposées (comme banquet, mariage, colloque, rassemblement)
- À chaque fois que l'ARS-DT le juge nécessaire ou estime que le signal est inhabituel

¹⁴⁸ Sont ainsi des signaux partagés:

- Les événements interdépartementaux
- Les événements locaux avec un fort risque d'extension géographique
- Toutes les situations de cas groupés dès lors qu'ils présentent un critère de sévérité

- [413] En Languedoc-Roussillon enfin, un projet de protocole en cours précise que l'annexe 4 détaillera la façon dont "chacune des cellules intervient dans le cadre de ses missions propres". Mais cette annexe 4 était en cours d'élaboration au moment de l'intervention de la mission.
- [414] Dans certains cas, des protocoles sont établis pour des pathologies particulières. Ainsi est-ce le cas en Rhône-Alpes sur les infections invasives à méningocoques, les coqueluches ou les TIAC, ou sur le chikungunya en Languedoc-Roussillon, ou encore sur les TIAC en Nord-Pas-de-Calais. Le recours à la CIRE repose souvent sur l'apparition de cas groupés.
- [415] On retrouve par ailleurs l'idée d'appui et d'expertise en cas de situations complexes dans les programmes de travail et les rapports d'activité des CIRE, qui suivent peu ou prou une trame commune.
- [416] Ainsi, les rapports d'activité des CIRE précisent que leurs compétences s'exercent selon les principes suivants: expertise sur les signaux complexes, et coordination des investigations complexes¹⁴⁹.
- [417] De la même façon, dans le programme de travail de nombreuses CIRE pour 2014, on retrouve que l'activité de la CIRE porte sur "l'évaluation des signaux sanitaires issus de l'analyse régulière des données de surveillance à visée d'alerte, et des signaux complexes (signaux inhabituels ou avec un impact sanitaire et/ou médiatique important) issus du point focal régional, et sur le pilotage et la réalisation d'investigations des situations d'alerte le nécessitant, en particulier les investigations complexes, difficile à mettre en œuvre ou nécessitant une compétence épidémiologique approfondie"¹⁵⁰. Celui de la CIRE Nord-Pas-de-Calais précise quant à lui que "les services de l'Etat peuvent être associés" aux investigations, mais c'est une exception. A la lecture des programmes de travail, on s'aperçoit d'ailleurs que la compétence en matière d'évaluation des CIRE serait automatique lorsque le signal vient de ses propres systèmes de surveillance ("analyse régulière des données de surveillance à visée d'alerte"), ce qui effectivement pourrait être avancé comme critère de partage des missions, mais est loin de faire l'unanimité sur le terrain. Le cas de signaux émanant des CNR est souvent cité localement comme une source de tension, la CVAGS s'estimant "coupée" du traitement du signal dans ces cas-là¹⁵¹.

-
- Les signaux rares ou non pour lesquels l'évaluation du risque et la gestion nécessitent un appui de la CIRE et ou de la CRVAGS-siège
 - Les signaux pour lesquels soit d'emblée, soit en cours d'évaluation, une couverture médiatique est fort probable (IIM avec décès, déclenchement de plans de secours ex plan rouge, mobilisation forte des associations...)
 - Evénement constituant une menace grave pour la santé soit du fait de l'agent en cause (exposition à des niveaux élevés, agent infectieux particulièrement virulent ou difficile de traitement) soit du fait de la population exposée (nombre, fragilité, particularités)
 - Phénomène nécessitant l'implication du département de défense et de sécurité du siège, le déclenchement de plan, phénomène avec suspicion d'acte de malveillance ou bioterrorisme (ex : effraction château d'eau, plan biotox, ORSEC...)
 - Les signaux pour lesquels la DT juge que l'information immédiate du préfet est nécessaire
 - Les signaux donnant lieu à la mise en œuvre de mesures de prise en charge médicale (dépistage ou soins) collective

¹⁴⁹ Rapport d'activité type: " Expertise sur les signaux complexes - Alors que la CVAGS coordonne la réception et la gestion des alertes courantes selon les procédures en vigueur, la CIRE apporte une expertise sur les signaux complexes, en particulier dans les situations non définies dans des protocoles.

Investigations - Les investigations complexes sont coordonnées par la CIRE. Les services de l'ARS ou d'autres services de l'Etat (directions départementales interministérielles, académies...) peuvent être associés pour leur mise en oeuvre. Les CIRE disposent pour leurs investigations du recours possible au réseau de l'InVS, notamment aux Centres nationaux de référence (CNR)."

¹⁵⁰ Ile-de-France; Rhône-Alpes; Bourgogne-Franche-Comté; Languedoc-Roussillon; Nord-Pas-de-Calais; Lorraine-Alsace

¹⁵¹ Ainsi en Rhône-Alpes, sur des cas de brucellose en 2012 en Haute-Savoie, où les résultats de laboratoire ont été transmis directement à l'InVS, sans que l'information ne redescende. A l'inverse, un cas de salmonelle géré par la CIRE en lien avec le CNR n'a pas posé de problème avec la CVAGS. En Ile-de-France est cité le cas d'une dengue autochtone pour lequel la CIRE avait commencé seule l'évaluation, ayant été alertée par le CNR. En Bourgogne, c'est le cas de salmonelloses en Saône et Loire en novembre 2014.

2.2.3 Une articulation des missions qui se fait de façon empirique et qui a permis une professionnalisation de la veille en région

- [418] Lors de ses déplacements, la mission a pu constater qu'en région, même si le sujet du partage des missions est clairement posé, la répartition en matière d'évaluation et d'investigations des signaux se fait souvent de façon fluide. Certes des cas faisant apparaître des divergences de vue ont été cités à la mission, sur lesquels il sera revenu dans la suite de l'annexe. Mais ils restent exceptionnels sur la masse des signaux reçus et n'ont jamais mené à des situations de crise sanitaire. Les exemples plus négatifs qui démontrent de réelles frictions dues au partage des rôles se trouvent plutôt dans des CIRE qui rencontrent des problèmes de fonctionnement, qui sont tenues à l'écart des signaux, ou qui ont vu des agents partir en CVAGS¹⁵².
- [419] A l'inverse, dans les régions où le fonctionnement de la plateforme est harmonieux, comme en Languedoc-Roussillon ou en Aquitaine, les acteurs ont le souhait de travailler ensemble. La convention de partenariat Aquitaine parle ainsi de "développer et systématiser l'intervention de la CIRE dans la validation et l'évaluation des signaux". Dans les courriers adressés par les DG d'ARS à l'InVS en 2014 sur le "service rendu par la CIRE" dans le cadre des campagnes d'évaluation des responsables de CIRE, on trouve également souvent des éléments positifs sur les modalités d'articulation CIRE / CVAGS. Ainsi l'ARS Centre souligne que "le suivi des signaux sanitaires au sein de la plateforme a gagné en fiabilité et en termes de coordination entre les personnels affectés à la CIRE et ceux de l'ARS, chacun ayant acquis une meilleure perception de son rôle". L'ARS Guyane précise quant à elle que les membres de la CIRE "collaborent d'une manière continue et harmonieuse avec la CVAGS". Et l'ARS de Basse-Normandie que les "échanges sont bons et respectueux des missions des uns et des autres", tandis que l'ARS Aquitaine souligne "la bonne complémentarité".
- [420] Partout, les CVAGS sont devenues largement autonomes sur le traitement des signaux quotidiens, notamment ceux qui sont protocolisés. Les organisations mises en place diffèrent selon les régions, notamment dans le rôle qui est attribué aux délégations territoriales (DT) dans le traitement des signaux. Mais l'on retrouve partout une répartition des tâches de la veille au sein de la CVAGS, avec une "première ligne" (infirmières et médecins) et ensuite une seconde, voire une troisième et quatrième ligne. En Languedoc-Roussillon, le médecin de première ligne l'est toute la semaine, ce qui permet une continuité de la veille. En Rhône-Alpes, il change chaque jour. En Ile-de-France, le médecin apporte une expertise de second niveau, le régulateur étant d'abord une infirmière ou un IGS. Il en va de même en Alsace. En général, c'est le médecin de la CVAGS qui saisit la CIRE, sauf en Ile-de-France où le régulateur le fait. Partout, les signaux santé environnement arrivent encore majoritairement directement en DT, qui les transfère au point focal lorsque c'est nécessaire.
- [421] Le recours aux CIRE se fait bien sur une compétence d'expertise, en cas de signaux complexes (cas groupés, étiologie inconnue, rareté), après des "réunions flash" qui permettent de répartir les activités de chacun, ou "à l'instinct" pour reprendre les mots de la DT 75. L'annexe 2 sur l'activité des CIRE analyse en détail l'apport des CIRE à la veille sanitaire et la valeur ajoutée qui est la leur sur un certains nombres de cas, la répartition des tâches se faisant donc de façon à "maximiser" cette valeur ajoutée.

¹⁵² Ainsi, un compte-rendu d'une visite en Alsace à l'occasion de la revue du conseil scientifique de l'InVS réalisée en 2011-2012 précise: "La CVAGS de cette ARS ne travaille pas en commun avec elles. Les difficultés de collaboration avec cette ARS semblent en grande partie être dues à une mauvaise entente avec le directeur adjoint de la « direction de la protection et de la promotion de la santé » dans laquelle la CIRE est hébergée, qui est aussi médecin responsable de la CVAGS, et qui est un ancien de la CIRE, en conflit avec ses ex-collègues. Epidémiologiste lui-même, il semble ne pas reconnaître la valeur ajoutée de la CIRE dans son ARS et souhaiter assurer lui-même les fonctions de la CIRE".

- [422] Tous les interlocuteurs s'accordent à reconnaître la professionnalisation de la veille en région depuis la mise en place des plateformes, notamment grâce à la mobilisation des CIRE. Le rapport IGAS précité sur le contrôle interne de l'InVS constate ainsi que "la mise en place de la plateforme constitue indéniablement une avancée dans le contrôle et la traçabilité du traitement des signaux et de la création des alertes". L'InVS dans sa note du 20 juin 2012 souligne "qu'en disposant de spécialistes de l'épidémiologie interventionnelle, les CIRE ont permis de professionnaliser la veille sanitaire au plan local et d'apporter une expertise dans le domaine de l'évaluation des risques aux services déconcentrés de l'Etat".
- [423] Dans un courrier en date du 3 décembre 2014 adressé par des responsables de CVAGS à leur direction générale sur la procédure en matière de cas Ebola, ceux-ci reviennent sur le bilan des plateformes: le constat est le même puisqu'on peut lire que "les organisations régionales ont permis aux directeurs généraux d'Agence de créer dans chaque région des plateformes de veille et d'urgence sanitaire fédérant les métiers et les expertises notamment celle des CVAGS et des CIRE. Ces plateformes fonctionnent au quotidien et se prolongent dans les organisations de gestion de crise. Elles permettent d'organiser au mieux le traitement des signaux et alertes, en fonction des effectifs disponibles, des compétences présentes et en priorisant les urgences à traiter".
- [424] Au jour le jour, la répartition des tâches CVAGS/CIRE n'empêche pas un fonctionnement efficace des plateformes.

2.3 Des difficultés persistantes cependant, qui nuisent au climat au sein des plateformes et qui amènent à clarifier notamment la notion de responsabilité

2.3.1 Des ambiguïtés maintenues dans les textes

- [425] La mission s'est fait transmettre les power points qui avaient été faits par 13 CIRE en 2012 pour amorcer un travail de bilan et de réflexion sur les plateformes. On peut lire dans celui de la CIRE Rhône-Alpes que les textes restent "trop interprétables". La mission fait le même constat.
- [426] Même si le principe de base est celui de l'intervention de la CIRE en "tant qu'expert", aucun texte national ne précise, même de manière indicative, quels pourraient être des critères de saisine. L'exemple donné précédemment sur les signaux émanant des systèmes de surveillance de l'InVS qui seraient automatiquement de la compétence CIRE en matière d'évaluation est significatif¹⁵³.
- [427] La note de l'InVS en date du 13 février 2013 adressée au SG et au DGS s'est pourtant essayé à cet exercice et liste un certain nombre de cas où l'expertise de la CIRE s'impose¹⁵⁴. Mais cela n'apparaît dans aucune instruction, et reste encore assez général et sans doute trop global. Dans la circulaire ou la convention cadre de 2010, comme dans le guide de la veille de 2011, on constate même que la plupart des missions sont des missions partagées et que les textes entretiennent souvent la confusion plus qu'ils ne la combattent. C'est clair sur l'évaluation, pour laquelle le guide de 2011 rappelle la capacité d'auto-saisine de la CIRE en la matière, après avoir précisé les cas où celle-ci doit être sollicitée par la CVAGS. On le voit aussi sur l'investigation, qui est vu comme le domaine de compétences de la CIRE, mais où il est dit que la CVAGS peut être "associée", voire si l'on suit à la lettre le questionnaire du guide de la veille de 2011 cité ci-dessus, complètement autonome, sans que cela soit réellement précisé. Sur le terrain d'ailleurs, la mission a pu relever à plusieurs reprises que les investigations se font souvent en commun (exemples de TIAC en Rhône-Alpes ou sur le chikungunya en Languedoc-Roussillon¹⁵⁵) lorsqu'elles sont importantes et doivent être ramassées dans le temps.

¹⁵³ Cf. l'exemple des CNR, note de bas de page 37.

¹⁵⁴ signalement d'un événement inhabituel, pathologie ou exposition pour lesquelles une investigation épidémiologique est nécessaire pour caractériser le phénomène dans la population et en identifier la cause, suivi d'épidémie (hépatite A,

- [428] Les termes tels que "en tant que de besoin", "le cas échéant", "en lien avec" sont très souvent utilisés dans les protocoles ou guides. Le programme de travail de l'InVS qui vient d'être cité écrit ainsi que les CIRE réalisent "des investigations de terrain, en lien avec les ARS". Le guide de la veille de 2005 utilise l'expression "le cas échéant" pour l'appui de la CIRE sur l'évaluation et "en cas de besoin" pour mener une investigation. Le guide de 2011 précise que la CVAGS réalise une évaluation initiale de la menace "en lien avec la CIRE". Sur la validation des signaux, la CIRE peut apporter un appui "en cas de besoin". Le modèle de convention de partenariat de 2010 prévoit que l'ARS "doit préciser à la CIRE les conditions selon lesquelles elle peut apporter son expertise en tant que de besoin".
- [429] Les mots "en tant que de besoin" ou "lorsque la situation le justifie" sont également retrouvés dans de nombreux protocoles locaux pour justifier l'intervention de la CIRE¹⁵⁶. Ces expressions reflètent le fait que c'est à l'autorité sanitaire de décider quand elle recourt à l'expert, ce qui paraît logique. Mais en l'absence de tout critère de répartition des rôles, elles peuvent aussi être le symptôme de textes insuffisamment précis. Les actions des acteurs dépendent de l'interprétation qu'ils font de situations. On peut se retrouver face à des situations "personnes-dépendantes" qui entraînent de fait une hétérogénéité dans l'action régionale. Ce constat avait été fait par le rapport de l'IGAS de 2012 sur le COP qui parle de "gentlemen agreement" pour définir l'organisation des rapports CIRE/CVAGS.
- [430] Au vu du flou des textes, chacun des acteurs peut alors revendiquer la totalité des étapes de la veille comme appartenant à son champ de compétence.
- [431] Ainsi, trouve-t-on sur le site de l'InVS que les CIRE ont une fonction d'épidémiologie d'intervention, qui est précisée de la façon suivante : analyse du signal, évaluation de la situation, propositions d'options de gestion, suivi permettant l'adaptation de la réponse. Il n'est pas dit qu'une partie de ces missions incombent aussi aux ARS. Le rapport annuel 2013 de l'InVS qui présente les missions de l'Institut rappelle la procédure en quatre étapes de signalement de l'alerte sans mentionner les ARS. Il est ainsi écrit que "l'InVS dispose d'outils permettant la réception et l'analyse régulière des signaux", qu'il "vérifie l'existence de l'événement et examine la pertinence du signal", et qu'en "lien avec la CIRE, il examine la gravité de la menace potentielle". Les CVGAS sont visées à la quatrième étape, après le déclenchement de l'alerte, pour "organiser une réponse régionale".
- [432] La rédaction des programmes de travail des CIRE est ambiguë. Si comme on l'a vu précédemment, la description de l'activité des CIRE est en général centrée sur l'appui à l'évaluation et l'investigation des situations complexes, la présentation globale de leurs missions qui figure en première page est plus "englobante". Certains des programmes de travail des CIRE pour 2014 étudiés¹⁵⁷ avancent que la CIRE a pour missions "d'évaluer les signaux sanitaires régionaux, d'alerter, d'investiguer et de contribuer à l'élaboration des mesures de prévention et de contrôle". D'autres¹⁵⁸ écrivent que la CIRE est en charge de "l'analyse du signal, l'investigation, l'évaluation du risque et l'aide à la gestion". Dans les deux cas, la CIRE est positionnée sur l'ensemble du traitement du signal.
- [433] A l'inverse, dans un courrier en date du 27 mai 2014 adressé par le DG de l'ARS Ile-de-France à la DGS, est-il écrit que "les ARS reçoivent l'ensemble des signaux, définissent et prennent les mesures nécessaires à leur gestion. L'InVS assure au niveau national des missions de surveillance", occultant ainsi la partie "veille sanitaire" des missions de l'Institut.

grippe, rougeole...), suspicion de cas groupés infectieux requérant la mise en évidence statistique d'une éventuelle sur-incidence, syndrome collectif inexpliqué, mesure d'impact d'un événement climatique ou environnemental, évaluation de l'impact sanitaire d'une exposition environnementale à un agent toxique ou infectieux.

¹⁵⁵ Les acteurs locaux précisent : "Les questionnaires et al méthodologie sont élaborés par la CIRE, mais les coups de fil et les déplacements se font en commun".

¹⁵⁶ Languedoc-Roussillon, Normandie, Aquitaine

¹⁵⁷ Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France / Champagne-Ardenne

¹⁵⁸ Franche-Comté / Bourgogne, Lorraine / Alsace

2.3.2 Des tensions exacerbées en région par les ambiguïtés des textes

- [434] Lors des déplacements effectués par la mission, les cas de tensions provoqués par le manque de clarté des missions des uns et des autres ont été mis en avant.
- [435] L'ambiguïté de la répartition des rôles crée tout d'abord des incompréhensions au quotidien et des problèmes d'articulation. En Languedoc-Roussillon a été cité le cas des enquêtes liées au chikungunya, où une infirmière a reçu à 24 heures d'intervalles des ordres contradictoires de la CIRE et du médecin de la CVAGS au sujet d'une même enquête. Dans une région enquêtée, il a été dit à la mission, qu'au début de la création des plateformes en 2010, les DT ne savaient plus distinguer ce qui relevait de la CIRE et ce qui relevait de la CVAGS. Il continue d'ailleurs dans cette région d'exister des liens directs CIRE/DT. A été aussi cité le cas d'une DT qui "mettait la CIRE en copie de tout" car ne savait pas qui faisait quoi.
- [436] Ensuite, le chevauchement des missions peut entraîner la confusion des rôles. Soit les acteurs estiment qu'ils exécutent des tâches qui ne sont pas de leur ressort, soit ils soulignent que les autres ont empiété sur leurs prérogatives. Ainsi, dans une note envoyée au DGS par l'InVS le 24 juillet 2014 sur le bilan de l'organisation de la réponse à l'émergence du chikungunya aux Antilles-Guyane, on trouve ainsi que "la répartition des activités entre CIRE et InVS est parfois floue" et que "des activités relevant de l'ARS sont prises en charge complètement par l'InVS". A l'inverse, dans le cas d'Ebola comme on le verra ensuite, les CVAGS ont clairement l'impression que les CIRE sortent du rôle qui est le leur. On retrouve aussi cette idée dans les propos de la DG d'ARS Franche-Comté à propos de l'avis demandé par le DCAR sur le "service rendu par la CIRE" lorsqu'elle écrit "il est très important que la CIRE reste bien dans son rôle d'évaluateur de risque et d'expertise en appui de l'ARS. En cas de non respect de ces principes, la gestion a pu être rendue plus complexe".
- [437] Par ailleurs, cette imprécision de la répartition des missions pousse parfois les acteurs à revendiquer la totalité des missions de l'autre. C'est souvent le cas quand les membres de la CVAGS ont une compétence en épidémiologie et ont auparavant travaillé dans les CIRE. Dans une grosse région, le responsable de la CIRE parle d'une "compétition sur l'évaluation". En Ile-de-France, une procédure concernant la fièvre typhoïde communiquée par la mission et détaillant les différentes étapes de traitement du signal ne mentionne jamais la CIRE, la CVAGS menant seule l'évaluation du signal et les investigations nécessaires à partir des "documents InVS". Dans une région où la CIRE est affaiblie, le responsable de la veille, par ailleurs ancien épidémiologiste de CIRE, ce qui n'est pas neutre, parle d'un "glissement des missions de la CIRE vers la CVAGS, notamment en matière d'animation du réseau de veille" ou "qu'on se marche sur les pieds et qu'on fait la même chose", y compris sur le travail de fond, comme la couverture vaccinale.
- [438] Ces ambiguïtés se retrouvent en matière de veille de façon plus globale, par exemple sur l'animation du réseau de veille sanitaire et notamment du réseau des "signalants". Cette animation est coréalisée dans certaines régions, en particulier en Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais ou Picardie par la CIRE et la CVAGS. Dans d'autres, c'est une pure compétence CIRE.

2.3.3 Le cas de la procédure "Ebola" et des "émergences"

- [439] Dans toutes les régions où elle s'est rendue, la mission a constaté les tensions engendrées par les instructions nationales sur la conduite à mener lors d'une suspicion de cas "Ebola", et notamment en matière de validation d'un "cas suspect" en "cas possible" ou "cas exclu". Plusieurs remarques peuvent être faites par la mission sur ce sujet.

- [440] On ne peut tout d'abord que souligner le flou des termes déjà relevé précédemment dans d'autres documents, qui empêche les acteurs de comprendre quelle est leur mission propre. Ainsi note-t-on dans le Message d'alerte rapide sanitaire (MARS) édité par la DGS et transmis aux ARS, à l'InVS, aux établissements hospitaliers, au SAMU (service d'aide médicale urgente) et à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) le 6 août 2014 que l'ARS "en liaison avec l'InVS" classera le cas en "cas possible" en cas d'appel au SAMU et que en cas de présence dans un établissement de santé, le cas sera classé "en lien avec l'ARS et l'InVS". Dans le MARS du 2 septembre 2014, on trouve que le clinicien en charge du cas doit "prendre contact avec l'ARS/CIRE territorialement compétente en lien avec l'InVS". Le signe "/" est là particulièrement ambigu. Il est ajouté ensuite que la CIRE classe le cas et que l'ARS est informée. Une note de l'InVS en date du 24 novembre 2014¹⁵⁹ rappelle quant à elle que c'est à la CIRE "en lien avec l'ARS" de classer les cas suspects et que pour cela un questionnaire d'évaluation a été mis à disposition des "CIRE et des ARS".
- [441] Ensuite, on peut relever que les instructions sur ce point précis de la compétence des acteurs ont fluctué, puisque dans les MARS du 25 mars 2014, il est dit que c'est l'InVS seul qui classe le cas suspect, puis en lien avec l'ARS dans le MARS du 6 août 2014, puis de nouveau la CIRE seule dans le MARS du 2 septembre 2014. La note de l'InVS du 24 novembre 2014 met de nouveau en avant l'InVS et les ARS.
- [442] Par ailleurs, le cas d'Ebola est assez emblématique sur les chevauchements des compétences CIRE/CVAGS. Chacun des acteurs au niveau local s'estime être en charge du sujet et ne comprend pas que l'autre soit impliqué. L'InVS revendique sa totale responsabilité d'épidémiologiste sur une émergence, qui est par définition fluctuante et complexe. Au niveau local, les CVAGS et notamment en leur sein les MISP, ne comprennent pas que ce classement des cas ne leur soit pas entièrement dévolu, alors même qu'ils ont des compétences médicales, et font parfois face à des CIRE sans médecins. C'est particulièrement vivace en Ile-de-France, là où sont concentrés la plupart des cas. Des discussions vives ont ainsi eu lieu entre des épidémiologistes de la CIRE non médecins et les médecins de la CVAGS. Le recours par l'InVS à des médecins de la réserve sanitaire pour renforcer les équipes classant au siège les cas suspects (par mail de l'EPRUS en date du 13 novembre 2014) a suscité en outre beaucoup d'émoi puisqu'en Ile-de-France le MISP membre de la CVAGS à qui il avait été dit qu'il ne pouvait classer des cas suspects en région est également réserviste sanitaire. Dans un courrier en date du 3 décembre 2014 adressé par des responsables de CVAGS à leur direction générale sur le sujet, il est rappelé que le métier des CVAGS au quotidien, c'est bien "l'évaluation". En Rhône-Alpes, la CVAGS souligne qu'avec la méthodologie employée pour les cas Ebola, "la position change", puisque l'évaluation échappe aux CVAGS.
- [443] Le sujet des "cas contact" a aussi cristallisé les tensions. S'est en effet posé la question, à côté de celle des cas "suspects", des "cas contacts" et de leur suivi. Trois phases sont nécessaires pour identifier des cas contacts : une phase d'investigation, une phase de validation du cas et une phase de suivi (appel tous les jours pendant 21 jours pour vérifier la température de la personne). Le MARS du 3 octobre précise que le professionnel de santé doit prendre contact avec l'ARS pour l'identification et le suivi des contacts. Un projet de MARS présenté en décembre aux ARS a été suspendu car donnant toute compétence à l'InVS sur chacune des étapes, les ARS étant éventuellement associées à la dernière d'entre elles, qui pour les CVAGS est la "moins noble". C'est l'origine de la lettre des responsables de CVAGS ci-dessus évoquée. Par un courrier en date du 23 octobre 2014 adressé à la DGS, le DG de l'InVS rappelle que l'Institut est "responsable du suivi des contacts" et que c'est donc à la CIRE de le piloter au plan local. Or, en matière de suivi, les tâches s'apparentent plutôt à des tâches de gestion. En Ile-de-France, ce flou a donné lieu à des situations peu cohérentes : alors que la CVAGS avait commencé à investiguer et suivre les cas contacts, ordre a été donné quelques heures après de transférer les interlocuteurs vers la CIRE.

¹⁵⁹ Epidémie d'infections à Ebola virus en Afrique de l'Ouest, Dispositif de surveillance renforcée; DMI-EAZ; description au 24 novembre 2014 InVS.

- [444] Enfin, le système actuel peut être source de confusion pour les acteurs locaux et notamment les établissements de santé. Dans chaque région visitée, CIRE comme CVAGS s'accordaient sur ce point. En Ile-de-France notamment, des interrogations se sont faites jour au sein des SAMU. Le courrier du DG de l'ARS Ile-de-France précité parle d'une réunion de la collégiale des infectiologues où le manque de lisibilité du système a été souligné. Le fait notamment de devoir systématiquement passer par l'ARS, alors qu'ensuite le classement du cas est du ressort de l'InVS, oblige les acteurs de la plateforme à se coordonner pour que leurs interlocuteurs n'aient pas l'impression de multiplier les démarches. Si dans la plupart des cas, les plateformes s'y emploient, cela ne les préserve pas, notamment en période d'astreintes, de situations parfois compliquées à expliquer à des médecins cliniciens intervenant souvent en urgence (il est ainsi arrivé en Ile-de-France qu'il soit demandé au médecin déclarant de rappeler la CIRE, après que l'information ait été donnée au point focal).
- [445] La mission note cependant qu'au plan local, afin d'apaiser les tensions relatives aux instructions Ebola, beaucoup de plateformes ont mis en place des systèmes de validation commune des cas suspects. C'était le cas dans la plupart des régions enquêtées: en Rhône-Alpes (où se met en place une conférence téléphonique associant le médecin signalant, le SAMU, la CIRE et la CVAGS), en Languedoc-Roussillon (validation commune CIRE CVAGS lors de réunions flash), en Lorraine-Alsace lorsque la CVAGS souhaite être associée ou en Nord-Pas-de-Calais (cellule spéciale CVAGS CIRE coordonnée par le département de défense et de sécurité). Cela pose du coup la question de l'homogénéité de la réponse sur le territoire, puisque chaque plateforme a adapté les instructions nationales.
- [446] Les procédures mises en place sur les cas Ebola sont donc aujourd'hui le symbole du manque de clarté de la répartition des rôles entre les acteurs de la veille en région. Les débats avaient été similaires pour le traitement des signaux du Coronavirus (MERS-CoV) où ici encore les missions de chacun étaient imbriquées et peu départagées. Une note de l'InVS en date du 4 décembre 2013¹⁶⁰ précisait les différentes étapes: signalement aux ARS par le clinicien, classement du cas par la CIRE, l'ARS et la CIRE "gèrent conjointement l'organisation du prélèvement", la CIRE assure le suivi des prélèvements, le laboratoire transmet à l'ARS et à la CIRE les résultats, et l'ARS "en lien avec la CIRE" assure le suivi des cas possibles. Ces tensions sont exacerbées par le fait que pour le MERS-CoV, la validation du cas possible se fait essentiellement sur des critères médicaux, ce qui peut susciter de l'incompréhension au sein de plateformes où le personnel médical est en CVAGS et non en CIRE, et estime la situation "suffisamment protocolisée" pour reprendre la main.

2.3.4 Une clarification nécessaire mais qui passe au préalable par la résolution de la question de la responsabilité du signal

- [447] Plusieurs rapports récents ont souligné la nécessité d'une clarification du périmètre des compétences des CIRE et des CVAGS. Le rapport de la Cour des comptes de 2012 précité écrit ainsi que malgré le guide de 2011 très documenté, "la séparation des rôles entre les ARS et l'InVS reste peu claire". Le rapport de l'IGAS sur le contrôle interne de l'InVS de 2011 et celui de 2012 sur le bilan du COP¹⁶¹ concluent de la même façon et appellent à "conforter le rôle spécifique des CIRE" et à "une clarification des rôles et périmètres des acteurs pour un renforcement de l'efficacité de l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire".

¹⁶⁰ Signalements d'infections à nouveaux virus. DMI-Emergences. Décembre 2013.

¹⁶¹ Mission sur le contrôle interne des activités sanitaires de l'InVS, décembre 2011. Evaluation de la mise en œuvre du COP de l'InVS (2009-2012) et préparation du COP 2013-2016, décembre 2012.

- [448] Cette demande de clarification ne date pas de la création des ARS. Dans une lettre adressée aux membres de son CODIR (comité de direction) en date du 3 septembre 2004, le directeur général de l'InVS de l'époque, Gilles Brücker, écrit "les difficultés que pose aujourd'hui le partage des responsabilités au niveau local et régional ". Le guide de la veille de 2005 proposait d'ailleurs de conférer aux CIRE une "autorité scientifique sur les cellules de veille sanitaire des DDASS". Et le rapport Ritter soulignait aussi comme on l'a vu précédemment cette nécessité de clarification.
- [449] Mais ces sujets de périmètres se posaient avant la création des ARS avec moins d'acuité puisque les compétences n'étaient pas partagées au même niveau territorial.
- [450] Avec la création des ARS, la question des compétences de chacun des acteurs devient centrale. L'InVS a écrit entre 2009 et 2014 de nombreuses notes où il revient sur ce sujet. Dans celle du 20 juin 2012 adressée au SG et au DGS, il est écrit que le "renforcement de la lisibilité des périmètres d'intervention entre CIRE et CVAGS ... doit être privilégié". Dans celle du 13 février 2013 déjà citée il est écrit que la "partition des compétences et des rôles entre CIRE et CVAGS manque de lisibilité", ce constat faisant partie des "points faibles" du modèle des CIRE. Dans une note du 13 juin 2014 également adressée au SG du ministère et au DGS, l'InVS écrit que les difficultés sont récurrentes "dans la compréhension des rôles respectifs, que ce soit de la part de certains agents des CIRE comme des ARS" et que "la répartition des rôles au quotidien notamment sur le sujet de l'évaluation du risque reste ambiguë". La revue du conseil scientifique de l'InVS réalisée en 2011-2012 conclut en avril 2012 de la même façon.
- [451] Les directeurs généraux d'ARS, même s'ils insistent plus souvent sur le modèle lui-même, soulignent également ce sujet de la répartition des compétences dans leurs écrits. A la demande de la réunion des directeurs de la santé publique (DSP) du 13 juin 2012, l'ARS Franche-Comté a produit une note le 19 septembre 2012 où est souligné "la compétence partagée entre l'ARS et l'InVS" et le "risque de doublonnage". Une note du bureau des DG de début 2014 listant les points forts et les points faibles du modèle précise aussi qu'il est "complexe de distinguer les mesures relevant de l'évaluation des risques des mesures relevant de leur gestion", ce qui "revient à mobiliser sur un même dossier un binôme d'experts".
- [452] Dans les power points des CIRE réalisés en 2012 sur les plateformes et déjà évoqués, le sujet de la répartition des compétences et de la "clarification des rôles" revient souvent. La CIRE Rhône-Alpes souligne qu'il y a "trop de missions communes", la CIRE Auvergne que "la répartition des rôles ne marche pas en raison du traitement en commun des signaux" et la CIRE Océan Indien appelle "à clarifier les missions" des uns et des autres.
- [453] A cette nécessaire clarification des missions, s'ajoute celle qu'il faudra effectuer sur la notion de "responsabilité des signaux". Celle-ci est liée à la répartition des missions de chacun, puisque c'est la mission qui entraîne la responsabilité de celui qui l'exerce. La notion de responsabilité n'apparaît pas dans la loi en tant que telle, mais chacun des acteurs concernés estime que les textes lui donnent la "responsabilité du traitement des signaux", et notamment de son évaluation.
- [454] Dans la convention cadre de 2010, comme dans le modèle de la convention de partenariat, il est écrit que l'InVS et l'ARS "partagent la responsabilité d'assurer la veille sanitaire en région".

- [455] Et si l'on trouve dans ces documents que la CIRE "peut contribuer à l'évaluation des signaux à la demande de la CVAGS, on a vu qu'il est également ajouté qu'elle "garantit l'évaluation des situations sur sollicitation de la CVAGS ou par auto-saisine"¹⁶². Le guide de la veille de 2011 reprend cette formulation en écrivant que la CIRE "peut aussi s'auto-saisir car c'est elle qui, au final, garantit, sur les plans scientifique et technique, l'évaluation des situations". Il est intéressant de noter que le guide de la veille de 2005 n'emploie jamais cette expression. On y retrouve même que "la veille sanitaire est de la responsabilité des DDASS". Il est cependant ajouté un peu plus loin qu'afin de mettre réellement les CIRE en position de coordination de la veille en région, il faut leur conférer "une autorité scientifique" sur les cellules de veille des DDASS. Mais les termes de garantie ou de responsabilité ne sont pas employés. On trouve aussi dans la convention cadre de 2010 le fait que l'InVS "assure la responsabilité scientifique des travaux des CIRE".
- [456] Avec cette notion, on passe donc d'une position d'appui de l'ARS à une position de garant de la qualité de traitement du signal, et donc en position de "supervision".
- [457] Pour l'InVS, cette notion de "garantie" qui renvoie à celle de "responsabilité" est centrale et on la retrouve en filigrane dans ses écrits, où l'on préfère évoquer des "responsabilités" plutôt que des "missions", et cela s'accroît à compter de la création des ARS. Dans le rapport annuel de 2008, il est écrit que "l'InVS est responsable de l'alerte sanitaire. Dans ce cadre, il doit informer sans délai le ministre chargé de la Santé en cas de menace". Cette "responsabilité d'alerter les pouvoirs publics" est reprise dans les rapports annuels de 2012 et 2013. Dans la note du 13 février 2013 déjà citée, on peut lire, à partir d'une citation issue du rapport de la Cour des comptes de 2012, que l'InVS doit "garantir que les mesures prises par les autorités sanitaires locales ou nationales reposent sur un fondement scientifique ou technique pertinent". Dans la note du 23 octobre 2014 au DGS déjà citée sur Ebola, on retrouve aussi le thème de la "responsabilité", puisqu'il est écrit que "dans le cadre de ses missions de veille et d'alerte sanitaire, l'InVS est responsable de la surveillance des cas suspects et de leur évaluation pour classement".
- [458] Cette responsabilité nationale se décline en responsabilité régionale des CIRE, et ce d'autant plus que la majorité de signaux qui parviennent à l'InVS proviennent des régions (88 % en 2013 selon l'InVS). Lors des entretiens menés par la mission, la direction générale de l'InVS ajoute que cette responsabilité, si elle est confirmée, justifie la possibilité d'une auto-saisine des CIRE pour éviter "de passer à côté des signaux".
- [459] Dès la note du 22 octobre 2009 adressée par la DG de l'InVS au SG du ministère des affaires sociales et au DGS pour faire des propositions sur le modèle institutionnel CIRE/ARS, l'InVS propose une convention cadre où les termes de "garantit l'évaluation des situations" apparaissent. En revanche à cette date, celle-ci ne se fait que sur sollicitation de la CVAGS et la notion d'auto-saisine n'apparaît pas. Elle a dû être rajoutée avant la finalisation de la convention en 2010. Dans le modèle de convention de partenariat proposé dans cette même note, il est également écrit que la CIRE a pour objectif de "garantir le traitement de tous les signaux et l'évaluation du risque encouru par la population". Dans les rapports d'activité des CIRE de 2012 on retrouve que "la CIRE garantit l'évaluation des situations sanitaires qui le nécessitent, sur sollicitation de l'ARS ou par auto-saisine". La phrase disparaît dans les rapports d'activité 2013. Le rapport annuel de l'InVS de 2013 parle également de "responsabilité" en matière de veille et d'alerte. On retrouve la même notion dans l'audition de la directrice générale de l'InVS devant la commission des finances de l'Assemblée Nationale lors de l'examen du PLF 2014 quand elle déclare que "le domaine de compétences des CIRE, l'épidémiologie, nécessite un contrôle rigoureux des méthodes utilisées pour garantir la qualité scientifique de leurs travaux. Il n'est pas sûr qu'une équipe isolée en ARS présenterait des garanties suffisantes".

¹⁶² Dans les régions où elle s'est déplacée, les acteurs s'accordent pour dire à la mission que les cas d'auto-saisine sont rares et qu'ils se font en général "toujours en lien avec la CVAGS", comme en Languedoc-Roussillon ou en Nord-Pas-de-Calais.

- [460] La notion de responsabilité, comme celle de garantie, sont donc centrales dans le positionnement de l'InVS et ont fondé le glissement des CIRE opéré au fil du temps d'une position d'expert à froid vers un acteur majeur du traitement de l'urgence du fait de l'insertion dans les plateformes régionales.
- [461] Les CIRE reprennent régulièrement ces termes. Dans le power point élaboré en 2012 dans le cadre de l'évaluation des plateformes déjà évoquée, la CIRE Aquitaine écrit ainsi que sur l'alerte, 50 % de la responsabilité est en gestion et incombe à l'ARS, 50% de la responsabilité est sur l'investigation et incombe à l'ARS. Elle ajoute que la CIRE est "garante de l'évaluation et des investigations" et la CVGAS garante des mesures de gestion.
- [462] Il n'est pas étonnant de retrouver cette problématique dans la première version d'une note faite par le directeur général de l'InVS au DGS et au SG du ministère sur les contours du futur Institut de santé publique en matière de veille. Il y était écrit que les futures délégations territoriales de l'Institut devraient avoir la "responsabilité de l'évaluation du risque et des investigations". Et « les ARS ...participent à l'organisation de la veille sanitaire", au lieu de "l'organisent". Dans une deuxième proposition, la notion de responsabilité apparaît moins, mais il est proposé de doter l'InVS et les CIRE de pouvoirs supplémentaires, notamment une capacité d'audit sur les "conditions de levée de doutes sur certains événements". Cette volonté forte de l'InVS peut sembler paradoxale quand, dans certaines régions,¹⁶³ la CIRE n'a pas accès à tous les signaux, et ne souhaite pas l'avoir, compte tenu de la masse d'informations à traiter et de la crainte d'engager sa responsabilité sans être en mesure d'évaluer tous les signaux.
- [463] Pour l'InVS, cette notion de responsabilité est liée au principe de séparation de l'évaluation et de l'aide à la décision de gestion, qui sous-tend notre système de veille et sécurité sanitaire depuis les premières étapes de sa construction dans les années 80 et 90. Celui-ci s'est bâti au fur et à mesure des crises sanitaires dont l'une des leçons principales a été de renforcer cette séparation, pour permettre une indépendance de l'expertise. Le COP 2014-2017 rappelle ainsi que l'InVS est là pour "faciliter la décision des pouvoirs publics par le principe de la mise à disposition de compétences spécifiques garantissant le caractère indépendant de l'évaluation". Dans la note du 13 février 2013 adressée par l'InVS au DGS précitée, l'Institut souligne comme un point fort du système le fait qu' "au travers des CIRE, il engage sa responsabilité au niveau local et est garant d'une indépendance scientifique dans ses méthodes d'évaluation". Ce principe de séparation de l'évaluation et de l'aide à la décision de gestion a été renforcé avec la mise en place de la charte de l'expertise, comme cela est analysé dans l'annexe 2.
- [464] A l'inverse, les ARS interprètent les textes comme leur donnant pleine et entière "responsabilité" en matière de veille au niveau régional, sans exclure de celle-ci l'évaluation de signaux. Cela a été répété à la mission lors de tous ses déplacements. Sur l'évaluation, les acteurs de la veille revendiquent la possibilité du recours à la CIRE quand ils le décident. Le principe de la séparation de l'évaluation et de la gestion leur semble souvent difficile d'application au niveau local quand pour gérer une méningite ou une TIAC familiale, toutes les étapes de traitement du signal s'enchaînent très rapidement¹⁶⁴ et sont familières aux CVAGS. Leurs MISPs leur semblent suffisamment "indépendants" pour pouvoir, notamment dans le cas de problèmes infectieux, évaluer la plupart des signaux sans l'appui de la CIRE. Pour beaucoup d'entre eux, la "responsabilité" de l'InVS n'est pas engagée sur des signaux la plupart du temps à portée locale. Surtout, la position de "garant" qui serait celle de l'InVS introduirait une hiérarchie entre des équipes, qui paraît difficilement acceptable.

¹⁶³ Et notamment, les trois grandes régions, Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA.

¹⁶⁴ La CVAGS Nord-Pas-de-Calais cite le cas de la méningite, où se font les interrogations sur les cas contacts, puis en parallèle de la prophylaxie.

- [465] Dans la note adressée au DGS et au SG du ministère de la cohésion sociale le 22 décembre au nom du bureau des DG d'ARS, Jean-Yves Grall écrit que l'ARS est "l'interlocuteur et le responsable institutionnel unique en région pour tout ce qui touche les questions relevant du domaine de la santé". Il est ajouté que "la responsabilité du traitement des urgences sanitaires, dont les éléments de communication, est du ressort de l'ARS" et qu'il lui appartient "de juger de l'opportunité de solliciter un appui". Le sujet du partage des tâches n'est pas tant abordé que celui de la responsabilité. Par ailleurs, le courrier du 3 décembre 2014 des CVAGS demande que la procédure Ebola repose sur les plateformes "sous la responsabilité des DG d'ARS".
- [466] Cette notion de "responsabilité régionale des ARS" est reprise dans le rapport sur la réforme des vigilances¹⁶⁵ qui écrit que "les ARS sont responsables, pour les signalements qu'elles reçoivent, notamment via le point focal régional (PFR), avec le concours de leurs partenaires et de leurs réseaux (CIRE...) du recueil, de l'investigation, de l'évaluation et de l'expertise des signalements", les "agences nationales étant responsables des signalements relevant de leur champ". Elle est également paradoxalement admise dans certains documents de l'InVS. Ainsi le COP 2014-2017 rappelle les "rôle et responsabilité en termes de sécurité sanitaire" des ARS.
- [467] Au niveau local, les documents élaborés sont hétérogènes sur cette question. Si la quasi totalité des conventions locales de partenariat entre les ARS et l'InVS reprennent les termes de "garantie" de l'évaluation par la CIRE issus de la convention cadre nationale, la convention en Rhône-Alpes fait exception. Les missions de la CVAGS ne sont pas décrites et il est précisé que "la CIRE est destinataire de tous les signaux et contribue à leur évaluation à la demande de la CVAGS ou à sa propre initiative" et que la CIRE "assure l'évaluation des situations qui le nécessitent, à la demande de la CVAGS ou à sa propre initiative". Deux phrases qui ont quasiment la même signification et font sauter la notion de "garantie" des situations. On peut noter à l'inverse que dans les conventions Antilles-Guyane ou Océan Indien, il est noté que la CVAGS évalue les signaux "sous la coordination scientifique de la CIRE", ou que dans le protocole d'organisation et de fonctionnement de la plateforme en Aquitaine ou dans le projet de protocole en Bourgogne-Franche Comté qui s'en inspire, il est écrit que "la CIRE est garante des évaluations et investigations".
- [468] In fine, force est de constater qu'il existe aujourd'hui une "responsabilité partagée" en région sur la veille sanitaire, ce qui ne peut que créer des difficultés, le sujet n'ayant pas été tranché. Ce flou qui entoure cette notion de "responsabilité" et l'acteur qui en serait chargé complique les relations locales. Si la procédure Ebola suscite tant d'émoi en CVAGS, c'est que celles-ci craignent qu'à terme, ce ne soit le nouveau modèle de fonctionnement des plateformes, mis en place à l'occasion de la création du nouvel Institut: un InVS responsable du traitement des signaux et des ARS cantonnées à de la gestion. Le courrier des CVAGS en date du 3 décembre 2014 déjà évoqué est le reflet de cette inquiétude. Celle-ci va même plus loin: l'intégration de l'EPRUS¹⁶⁶ dans le nouvel Institut serait un signal montrant que l'InVS et donc les CIRE souhaitent récupérer également les tâches de gestion.

¹⁶⁵ Préconisations pour une réforme du dispositif de vigilances sanitaires. Françoise Weber. Septembre 2014.

¹⁶⁶ Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires.

2.3.5 Le circuit de remontée nationale des alertes doit également être précisé

[469] Le sujet du partage des compétences amène nécessairement à traiter de la remontée des alertes au niveau national.

[470] Aujourd'hui, deux circuits coexistent en matière de remontée des alertes.

[471] Les ARS doivent ainsi remonter les alertes à portée nationale (ou à portée régionale mais avec fort impact médiatique) au Département des urgences sanitaires (DUS) de la DGS qui gère le centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS), mis en place par une circulaire du 21 septembre 2007. La circulaire du 17 juin 2010 dite "circulaire CORRUSS" adapte le dispositif aux ARS et classe les signaux devant remonter en trois catégories: les événements susceptibles d'avoir des conséquences graves sur la santé des personnes, sur le fonctionnement du secteur sanitaire ou médico-social, ou présentant un caractère inhabituel ou pouvant avoir un retentissement particulier; les situations affectant le fonctionnement de l'ARS ou celui des établissements de son ressort; des indicateurs d'activité permettant notamment d'apprécier les tensions au sein du système de soins. Les ARS disposent pour remonter les alertes d'un système d'information propre: le logiciel SISAC (système d'information sanitaire des alertes et des crises).

La circulaire du 21 décembre 2012 relative à SISAC actualise la circulaire CORRUSS de 2010 et ne classe plus les alertes à remonter qu'en deux catégories, les situations affectant le fonctionnement de l'ARS ou celui des établissements de son ressort n'en faisant plus partie. Dans aucune de ces circulaires n'est mentionné l'InVS ou le rôle qui lui est attribué. Il est juste précisé que les "signalements s'effectuent sans préjudice de l'information due à l'InVS".

[472] Or, l'InVS reçoit quant à lui les remontées des CIRE¹⁶⁷ et les critères de remontée peuvent différer entre l'InVS et les ARS. L'InVS a formalisé récemment, par le protocole du 30 avril 2013 déjà cité, les critères de remontée des alertes, le guide de la veille 2011 n'étant pas précis sur ce point, suite aux recommandations du rapport IGAS sur le contrôle interne de 2011 notamment. Le protocole distingue les événements sanitaires¹⁶⁸ des événements environnementaux¹⁶⁹. Ce document précise aussi que les "alertes de portée nationale nécessitent une transmission du niveau régional vers le niveau national (CIRE-DCAR et CVAGS-CORRUSS)", sans établir de réelles procédures de coordination des remontées. Le schéma suivant illustre la procédure mise en place.

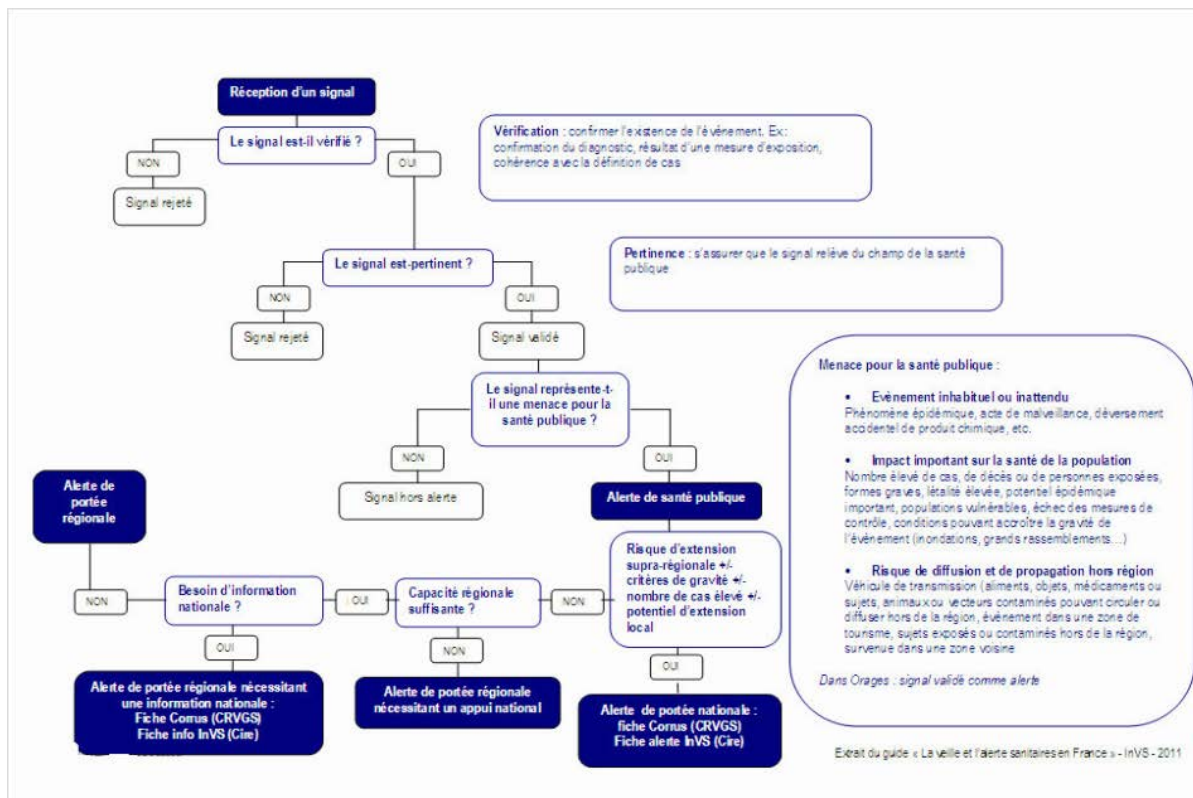
¹⁶⁷ L'InVS dispose de 3 types de fiche de signalement d'évènement sanitaire :

- fiche « Alerte » : degré d'urgence élevé pour le suivi ou la coordination de la réponse au niveau national ;
- fiche « Information sanitaire d'importance » : alerte ne remplissant pas les critères de remontée au niveau national mais nécessitant une transmission à but d'anticipation ou traitant d'un sujet présentant une sensibilité médiatique ;
- fiche « Information simple » : signal en cours de validation, signalement validé, mais ne constituant pas une alerte, information générale.

¹⁶⁸ Les critères à considérer sont la gravité, le nombre élevé de cas pour une pathologie, le potentiel d'extension local ou interrégional.

¹⁶⁹ Les critères à prendre en compte sont la dangerosité, la taille importante de la population exposée et le potentiel d'extension local ou interrégional.

Schéma 4 : Le schéma de l'alerte: niveau de diffusion de l'information: critères pour fiche "alerte" ou "information"

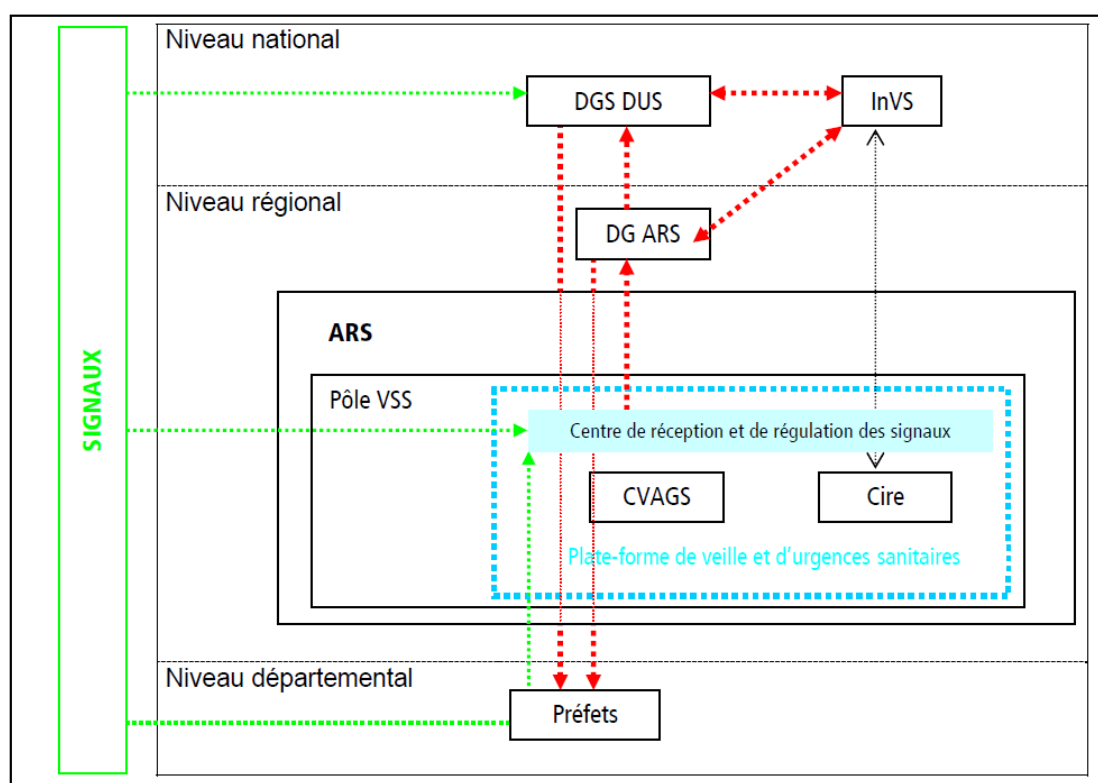


Source : Protocole : Du traitement du signal à l'alerte sanitaire de santé publique au sein de l'InVS. Avril 2013.

- [473] Beaucoup de signaux remontent des CIRE vers l'InVS pour information, ce qui rend les remontées asymétriques.
- [474] Or l'InVS édite chaque jour un bulletin quotidien des alertes (BQA) qu'elle transmet au DUS. Celui-ci a donc deux sources d'informations, qui ne correspondent pas toujours, ce qui lorsque la mission l'a interrogé, lui semble plutôt être sécurisant, et ne pas poser des problèmes de doublons.
- [475] En région cependant, cela crée des tensions, notamment la veille de la réunion hebdomadaire de sécurité sanitaire qui a lieu autour du directeur général de la santé chaque mercredi. Car il a pu arriver que le DUS redescende vers l'ARS des informations qu'il a eu via l'InVS et que l'ARS n'avait pas fait remonter, les CIRE et les CVAGS n'ayant pas nécessairement les mêmes critères de remontée. Au cours de ses déplacements, la mission a pu noter que ce type "d'incidents" était finalement assez peu fréquent, même si beaucoup d'ARS regrettent ce "double circuit". Le risque existe cependant, même si l'InVS écrit dans sa note du 13 février 2013 précitée que "la CIRE transmet copie des fiches alerte à la CVAGS" et que les "ARS ont accès au BQA de l'InVS". Certains protocoles locaux instaurent des procédures d'échanges d'informations en cas de remontées entre la CIRE et la CVAGS (Auvergne, Aquitaine ou Languedoc-Roussillon par exemple) mais aucun n'essaye de fixer en commun des critères de remontée des alertes.
- [476] Lorsque ce signal est évoqué par le DG de l'InVS à la réunion RSS alors même que ce n'est pas une alerte, le DG d'ARS n'en est pas nécessairement informé, ce qui peut créer des incompréhensions lorsque l'information redescend ensuite vers lui. Il n'y a pas de circuit organisé sur ce sujet entre le DG de l'InVS et le DG de l'ARS. Le protocole de 2013 a prévu d'intégrer les fiches "information sanitaire d'importance" dans le BQA, ce qui a été fait fin 2013 et devrait renforcer cette difficulté. La circulaire CORRUSS devrait évoluer pour prendre en compte le schéma élaboré par l'InVS.

[477] Aux deux circuits parallèles CIRE / InVS et ARS / DUS s'ajoute l'éventualité d'un circuit ARS / InVS. Dans les faits, il n'existe pas. Dans les textes, la situation est moins lisible. La circulaire du 20 avril 2010, si elle précise que "l'ARS est en relation permanente en matière de sécurité sanitaire avec la DGS" ajoute aussitôt qu'elle est "en relation constante avec l'InVS". On peut noter également que l'article L 1413-15 du CSP introduit en 2004 pour préciser les liens entre le préfet et l'InVS et modifié en 2010 avec la création des ARS, dit bien qu'en cas de "menace imminente pour la santé de la population" ou de "menace sanitaire grave", l'ARS informe l'InVS. Interrogés sur cet article, les interlocuteurs de la mission ne savent pas quel contenu exact lui donner¹⁷⁰, sauf pour préciser que "l'ARS doit s'entendre comme étant la CIRE dans ce cas". Le guide de la veille de 2011 n'est pas très clair sur cette question non plus. Il explique que "le déclenchement de l'alerte est sous la responsabilité du service ayant évalué la menace" (CIRE ou CVAGS). Dans tous les cas, l'alerte doit être transmise au DG d'ARS et au ministère de la santé quand c'est nécessaire. Mais il est dit que "ces alertes sont validées par l'InVS qui les transmet au ministre dans le BQA". Ici encore, la rédaction peut laisser à penser qu'il y aurait des liens ARS / InVS. Le schéma issu du guide de la veille de 2011 fait d'ailleurs bien apparaître ce lien.

Schéma 5 : Schéma de l'organisation de la veille sanitaire en France



Source : Guide de la veille et l'alerte sanitaires en France; InVS; 2011

[478] Dans une réunion du 13 juin 2012 déjà évoquée, les DSP concluent pourtant qu'en matière de sécurité sanitaire "l'interlocuteur principal de l'ARS doit rester la DGS. Les doubles ou multiples circuits de remontées d'information engendrent fatalement des incohérences et des ruptures avec perte d'informations".

¹⁷⁰ La première partie de l'article qui établit une obligation de déclaration à l'ARS est en revanche clair car pose le principe du point focal régional.

- [479] A l'inverse, le rapport de l'IGAS de 2012 sur le COP soulignait que: "Du point de vue de l'Institut, la mise en place d'un circuit des alertes passant par le CORRUSS a créé une ambiguïté, doublant les circuits existants et générant de la confusion, de l'insécurité et probablement une mauvaise utilisation des ressources". Cela a été confirmé lors des entretiens menés par la mission avec la direction générale de l'InVS, qui conteste l'intérêt de la double remontée et se pose en recours, au vu de l'organisation qui a été mise en place.
- [480] En définitive, les circuits de remontée des alertes nationales gagneraient à être clarifiés et notamment le lien ARS /InVS. La circulaire "CORRUSS" de 2010 devrait a minima prendre en compte l'intervention de l'InVS dans le circuit et détailler pour chacun des circuits les critères de remontée et les procédures de coordination à mettre en place localement.
- [481] C'est d'ailleurs la conclusion du rapport de la Cour des comptes de 2012 déjà cité qui parle de circuits d'alerte "avec une séparation des rôles ni stabilisée ni lisible", alors que "l'entrée des ARS dans le dispositif rend encore moins lisible le partage des tâches", et par le rapport de l'IGAS de 2011 qui précise que "le double circuit de remontées des alertes reste perturbateur pour certaines équipes, avec le risque soit d'oublier d'informer un des destinataires, soit, et c'est plutôt ce qui se produit, de surinformer et de "sur-alerter" ". Il ajoute que les "deux circuits sont parfaitement légitimes, mais la compréhension qu'en a le terrain n'est pas apparue évidente". Ils recommandent de réviser la circulaire CORRUSS. Le rapport IGAS de 2012 sur le COP reprend ces recommandations.

3 UN RATTACHEMENT A PRECISER

3.1 Les conventions de 2010 pérennisent une structure sous "double autorité", atypique dans ses relations avec les ARS

3.1.1 Le modèle conventionnel imaginé en 2010

- [482] Lorsque les ARS se créent, se pose la question du devenir des CIRE et de leur positionnement dans le nouveau paysage régional. La Cour des comptes dans son rapport de 2012 précité explique que "dès le début des discussions sur le champ de compétences des ARS, l'InVS s'était mobilisée auprès de la DGS pour obtenir le rattachement intégral des CIRE, du fait de la disparition des DRASS".
- [483] La note du 22 octobre 2009 précitée qui propose un modèle de convention cadre à la DGS et au SG du ministère des affaires sociales annonce que les CIRE, rebaptisées "Cellules de l'InVS en région", "assurent en région la mission de veille sanitaire qui a été confiée au plan national à l'InVS". Elle conserve cependant l'idée de "gouvernance partagée" et de "double autorité". Il est même écrit dans le premier projet que "la CIRE est au sein de l'ARS sous l'autorité directe du directeur de l'ARS", même si les termes "d'autorité administrative" ne sont pas mentionnés. La différence notable réside dans la gestion des personnels qui incomberait en totalité à l'InVS: le responsable de CIRE exercerait "l'autorité hiérarchique" sur les personnels de la CIRE et les évaluerait selon les instructions de l'InVS, l'InVS se chargerait seul des recrutements et assurerait la rémunération de tous les personnels, dont une partie serait des personnels Etat de l'ARS, probablement mis à disposition ou en détachement. Le responsable de CIRE serait sous l'autorité hiérarchique de l'InVS pour les activités scientifiques et sous celle du DG de l'ARS pour "la gestion administrative des activités de la CIRE".
- [484] C'est finalement la convention cadre du 19 mai 2010 signée entre la DG de l'InVS, le DGS et le SG du ministère des affaires sociales, après la circulaire SMGAS/DGS du 20 avril de la même année adressée aux ARS, et à laquelle est jointe un modèle de convention de partenariat à signer entre l'InVS et chacune des ARS, qui fixe les nouvelles règles du jeu.

- [485] La circulaire du 20 avril 2010 met en place un point focal régional unique de réception des signaux, avec un numéro de téléphone unique, un numéro de fax unique et une adresse électronique qui permettent à toute personne physique ou morale de signaler un événement susceptible de représenter une menace sanitaire¹⁷¹.
- [486] Ce point focal est le support technique de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires qui se met en place dans toutes les régions et qui comprend d'une part une cellule de veille, d'alerte, et de gestion sanitaires (CVAGS) et d'autre part, la CIRE, celle-ci étant placée sous l'autorité administrative de l'ARS et sous la responsabilité scientifique de l'InVS. La plateforme assure la réception de tous les signaux sanitaires de la région, le traitement des signaux et leur évaluation, et la mise en œuvre et le suivi des actions liées à la prévention du risque.
- [487] La circulaire rappelle la nécessité de la proximité physique des deux structures et d'un système d'information partagé¹⁷². Cette proximité doit cependant "s'établir dans le respect de leurs spécificités et sans préjudice de leurs autres missions". Elle prévoit enfin l'organisation d'une permanence pendant les jours ouvrés de 8H30 à 18H00, et d'astreintes administratives et techniques, en dehors de ces jours et horaires.
- [488] Les modalités d'organisation de la plateforme sont fixées par voie conventionnelle.
- [489] La convention cadre signée pour une durée de 5 ans précise d'abord les missions de chacune des structures, comme cela a déjà été vu précédemment. Elle fixe également les bases du fonctionnement des structures.

La double autorité

- [490] Il est dit que chaque CIRE est placée sous la double autorité de l'InVS et de l'ARS. "Au sein de l'ARS", elle est à la fois sous "l'autorité administrative" de son DG et sous "l'autorité scientifique" du DG de l'InVS, ce qui doit assurer notamment son indépendance.

La programmation

- [491] Le programme de travail (études répondant à des besoins d'évaluation des risques pour la santé) est "arrêté conjointement par le DG de l'ARS et le DG de l'INVS". L'INVS est responsable du choix des méthodes d'évaluation des CIRE. Le résultat des études et investigations est validé par l'INVS avant leur publication et leur diffusion.

Le responsable de CIRE

- [492] Le responsable de la CIRE est "nommé par l'INVS après avis du DG de l'ARS". La lettre lui fixant ses objectifs est cosignée et il est évalué chaque année par le DG de l'INVS et le DG de l'ARS (ils l'évaluent "conjointement"). Il est chargé de la coordination scientifique des travaux de la CIRE et du "management de l'équipe". Il "élabore le programme de travail annuel de la CIRE et le soumet à l'ARS et à l'InVS". Il détermine les objectifs de chaque agent de la CIRE.

La cartographie

- [493] Les CIRE sont soit régionales, soit interrégionales (dans ce cas-là, elles ont une antenne hébergée en ARS dans les régions où elles ne sont pas implantées, qui est sous leur responsabilité. Une CIRE couvre deux régions, sauf en Antilles Guyane où elle en couvre trois.).

Les effectifs

- [494] Les personnels de la CIRE sont des personnels de l'InVS et de l'ARS.

¹⁷¹ Les signaux reçus par la plateforme sont de deux ordres: des signalements d'événements en dehors de tout système de surveillance organisé et des signalements d'indicateurs de surveillance perturbés, transmis par les gestionnaires de ces systèmes.

¹⁷² Deux systèmes d'information vont voir le jour à compter de 2010: ORAGES et VOOZALERTE. A compter du 1 er janvier 2015 se déploie dans toutes les ARS un système unique SI VSS.

Les engagements des signataires

- [495] Chacun des signataires s'engage à maintenir les moyens affectés en CIRE. L'InVS s'engage à former les personnels aux missions d'épidémiologie et d'alerte sanitaire.
- [496] Le modèle de convention de partenariat destinée à être transposé dans chaque région reprend les termes de la convention cadre et vient préciser certains points.
- [497] L'ARS s'engage à assurer à la CIRE en son sein ses moyens de fonctionnement. Elle lui fournit des locaux appropriés de façon à faciliter l'organisation du travail avec la CVAGS, un local adapté pour l'archivage, les fournitures, le matériel informatique et téléphonique nécessaire, un accès internet et les logiciels. Elle met à disposition de la CIRE un secrétariat. Le responsable de la CIRE a accès au parc automobile de l'ARS dans les conditions qu'elle fixe. L'ensemble des frais de déplacement des personnels de la CIRE sont à la charge de l'ARS, sauf lorsqu'ils concernent les formations scientifiques.
- [498] La CIRE ne communique aucune information à la presse, sans autorisation expresse de l'InVS, après accord du DG de l'ARS. Les rapports d'études et d'investigations réalisés par la CIRE sont mis en ligne sur le site de l'InVS et sur le site de l'ARS après accord du DG. Les publications de la CIRE comportent le logo de l'ARS et de l'InVS.
- [499] Les personnels travaillant en CIRE sont des personnels dont le cœur de métier est l'épidémiologie et l'alerte sanitaire. L'InVS définit les profils. Il assure le recrutement des personnels affectés en CIRE, en accord avec l'ARS pour les emplois inscrits au budget de l'ARS, et la nomination du responsable de CIRE, qui intervient après avis favorable du DG d'ARS. Le responsable de la CIRE évalue les personnels, selon les instructions de l'InVS et de l'ARS. Il transmet l'évaluation soit à l'InVS, soit à l'ARS. Il valide les droits à congés, qui sont gérés administrativement par l'ARS. Il est autorisé à prendre des congés par le DG de l'ARS (il en informe l'InVS). Les personnels de la CIRE relèvent de la médecine du travail des personnels de l'ARS, ainsi que des mesures d'hygiène et de sécurité de celle-ci. Ils ont accès aux formations proposées par l'ARS à ses personnels, au service de restauration collective de l'ARS, à l'arbre de Noël de l'ARS, et à l'action sociale spécifique de l'ARS (aide au logement, aide d'urgence).
- [500] Le tableau suivant récapitule les principales dispositions de la convention cadre et du modèle de convention de partenariat.

Tableau 13 : Dispositions de la convention cadre du 19 mai 2010 et du modèle de convention de partenariat annexée

Rattachement	Double autorité. Autorité scientifique de l'InVS et autorité administrative de l'ARS.
Programmation	Elaboration du programme de travail par le responsable de CIRE qui le soumet à l'ARS et à l'InVS. Arrêté par le DG de l'ARS et de l'InVS.
Publications et communication	L'INVS est responsable du choix des méthodes d'évaluation des CIRE. Le résultat des études et investigations est validé par l'INVS avant leur publication et leur diffusion. La CIRE ne communique aucune information à la presse, sans autorisation expresse de l'InVS, après accord du DG de l'ARS. Les rapports d'études et d'investigations réalisés par la CIRE sont mis en ligne sur le site de l'InVS et sur le site de l'ARS après accord du DG. Les publications de la CIRE comportent le logo de l'ARS et de l'InVS.
Le responsable de CIRE	Il est nommé par l'InVS, après avis favorable du DG de l'ARS. Il est autorisé à prendre des congés par le DG de l'ARS (il en informe l'INVS). La lettre lui fixant ses objectifs est cosignée et il est évalué chaque année par le DG de l'INVS et le DG de l'ARS. Il est chargé de la coordination scientifique des travaux de la CIRE et du "management de l'équipe". Il détermine les objectifs de chaque agent de la CIRE.
Rattachement des personnels	InVS et ARS
Recrutements	L'InVS définit les profils des personnels et recrute, en accord avec l'ARS pour les personnels qui sont financés par son budget.
Evaluation des personnels	Les personnels sont évalués par le responsable de CIRE selon les instructions de l'INVS et de l'ARS qui transmet l'évaluation soit à l'InVS soit à l'ARS, en fonction du statut.
Rémunération	Par l'InVS et par l'ARS, selon le statut.
Gestion des personnels	Le responsable de CIRE assure le management de l'équipe. Il valide les droits à congés des personnels, qui sont gérés par l'ARS.
Droits des personnels	Les personnels de la CIRE relèvent de la médecine du travail des personnels de l'ARS, ainsi que des mesures d'hygiène et de sécurité de celle-ci. Ils ont accès au service de restauration collective de l'ARS, à l'arbre de Noël de l'ARS, et à l'action sociale spécifique de l'ARS (aide au logement, aide d'urgence).
Formations	L'InVS forme les personnels aux missions d'épidémiologie et d'alerte sanitaire. Les personnels ont accès aux formations proposées par l'ARS à ses agents.
Moyens de fonctionnement	L'ARS s'engage à assurer à la CIRE en son sein ses moyens de fonctionnement. Elle lui fournit des locaux appropriés de façon à faciliter l'organisation du travail avec la CVAGS, un local adapté pour l'archivage, les fournitures, le matériel informatique et téléphonique nécessaire, un accès internet et les logiciels. Elle met à disposition de la CIRE un secrétariat. Le responsable de la CIRE a accès au parc automobile de l'ARS dans les conditions qu'elle fixe. L'ensemble des frais de déplacement des personnels de la CIRE sont à la charge de l'ARS, sauf lorsqu'ils concernent les formations scientifiques.

3.1.2 Le contenu des conventions de partenariat et leur application en région

- [501] Le modèle de convention de partenariat avait vocation à être transposé par les ARS en région. La mission s'est fait communiquer les 17 conventions de partenariat. Aucune n'est identique à la convention nationale, à part la convention de la Bretagne (CIRE Ouest)¹⁷³, ce qui fait des CIRE des structures à la gouvernance hétérogène sur le territoire.

La programmation

- [502] Sur ce point, la convention sur la CIRE Lorraine-Alsace précise que le programme de travail est "soumis à l'InVS", ce n'est qu'ensuite qu'il est "présenté à l'ARS". On voit là qu'il y a eu un glissement par rapport aux termes initiaux qui prévoient que le programme soit soumis en même temps à l'InVS et à l'ARS. Et non pas uniquement "présenté" à celle-ci dans un second temps.
- [503] Dans la convention sur la CIRE Rhône-Alpes, on trouve à l'inverse que "le programme de travail est élaboré en concertation avec les différents services impliqués de l'ARS".

La communication et les publications

- [504] En matière de communication, le modèle prévoit qu'aucune communication à la presse n'est faite "sans autorisation expresse de l'InVS, après accord du DG de l'ARS". Quatre conventions (Aquitaine, Bourgogne/Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais/Picardie, Pays de la Loire) rétablissent une symétrie parfaite et écrivent que cette communication ne peut se faire "sans autorisation expresse de l'InVS et sans l'accord de l'ARS". La convention Rhône-Alpes prévoit quant à elle que cette communication ne peut se faire "qu'après concertation préalable avec le DG d'ARS".
- [505] En matière de publication de la CIRE et de logo, neuf conventions¹⁷⁴ prévoient que les publications de la CIRE comporte le logo de l'ARS uniquement en cas de "travaux communs" ou lorsque celle-ci "a contribué aux travaux". Cinq conventions¹⁷⁵ le justifient car "les travaux de la CIRE engagent l'InVS sur leur contenu". Les deux conventions des CIRE des DOM prévoient le double logo "sauf avis contraire explicite".

Les recrutements

- [506] C'est sur ce point qu'on trouve la diversité la plus importante. Le modèle prévoit que les recrutements sont faits par l'InVS, en accord avec le DG d'ARS pour les emplois que l'ARS finance. Dix conventions¹⁷⁶ prévoient que le recrutement des postes financés par l'ARS se fait par l'ARS, avec toujours un avis ou un accord de l'InVS ou du responsable de CIRE, voire des deux.
- [507] Quatre conventions¹⁷⁷ prévoient que les emplois InVS sont recrutés après avis de l'ARS. Et la convention PACA-Corse qu'il se fait "avec la participation" de celle-ci.

L'évaluation du responsable de CIRE

- [508] Ici encore, les conventions ont divergé du modèle initial. Treize conventions prévoient que c'est finalement le DG de l'InVS seul qui évalue le responsable. Huit¹⁷⁸ d'entre elles précisent que cela s'accompagne d'une demande d'avis au (x) DG d'ARS.

¹⁷³ Seule l'expression "cellules interrégionales d'épidémiologie" a été remplacée par "cellule de l'InVS en région" comme dans cinq autres conventions.

¹⁷⁴ Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais/Picardie, Poitou-Charentes/Limousin, Languedoc-Roussillon, PACA/Corse, Centre, Auvergne, Bourgogne/Franche-Comté, Normandie

¹⁷⁵ Auvergne, Normandie, Centre, PACA/Corse et Nord-Pas-de-Calais/Picardie

¹⁷⁶ Aquitaine, Normandie, Ile-de-France/ Champagne-Ardenne, PACA/Corse, Poitou-Charentes/Limousin, Nord-Pas-de-Calais/Picardie, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, Antilles/Guyane, Océan Indien

¹⁷⁷ Poitou-Charentes/Limousin, Rhône-Alpes, Antilles/Guyane, Océan Indien

¹⁷⁸ Lorraine/Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bourgogne/Franche-Comté, Centre, PACA/Corse, Poitou-Charentes/Limousin, Rhône-Alpes

Dans quatre cas, il s'agit d'avis "écrits". Dans trois cas¹⁷⁹ seulement, cet avis sera "porté à la connaissance du responsable de CIRE". Les cinq autres conventions prévoient que le ou les DG d'ARS transmettent leur appréciation "sur la manière de servir du responsable de CIRE"¹⁸⁰.

La gestion des personnels

- [509] Neuf conventions¹⁸¹ prévoient qu'un avenant précisera les modalités d'astreintes pour les deux catégories de personnel, alors que le modèle ne faisait pas de distinction.
- [510] Huit conventions divergent sur les dispositions relatives à l'action sociale, le modèle initial prévoyant un accès de tous les personnels de CIRE, quel que soit leur statut, à l'action sociale de l'ARS. L'une, concernant l'Aquitaine, renvoie à un avenant les modalités d'accès des personnels financés par l'InVS à l'action sociale de l'ARS. Quatre¹⁸² d'entre elles renvoient aux décisions du comité d'agence pour tous les personnels. Les conventions concernant le Centre et les Pays de la Loire y renvoient également mais pour les seuls personnels InVS. Enfin, la convention Rhône-Alpes précise que les personnels bénéficient de l'action sociale de leur employeur respectif. Et ajoute que les informations recueillies par la médecine du travail de l'ARS sur les personnels InVS sont transmises à la médecine du travail de l'InVS.
- [511] Onze conventions ne mentionnent pas le sujet de l'arbre de Noël et une renvoie même pour cela à un avenant¹⁸³.

Les moyens de fonctionnement

- [512] Deux conventions, celle de l'Aquitaine et de Poitou-Charentes, mentionnent que l'ARS prend en charge les frais de déplacement de la CIRE "dans les conditions qu'elle fixe". La convention Midi-Pyrénées dit que cela est fait selon "les règles et procédures en vigueur à l'ARS".
- [513] La convention Bourgogne/Franche-Comté précise que les fournitures sont allouées "dans le cadre des moyens des ARS".
- [514] Les conventions PACA/Corse et pays de la Loire précisent que les dépenses spécifiques font l'objet d'une ligne dédiée au sein du budget de l'ARS, alors que les dépenses de fonctionnement courant sont incluses dans le budget global. La convention Rhône-Alpes prévoit quant à elle que le responsable de CIRE fait chaque année une proposition de budget pour ses dépenses hors fonctionnement courant. La convention Languedoc-Roussillon prévoit que le budget de fonctionnement fait l'objet d'un dialogue de gestion annuel, et les conventions des DOM que le budget de fonctionnement est alloué à la CIRE chaque année, après un dialogue de gestion interne.

¹⁷⁹ Lorraine/Alsace, Bourgogne/Franche-Comté, Poitou-Charentes/Limousin

¹⁸⁰ Antilles/Guyane, Océan Indien, Ile-de-France/ Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais/Picardie, Normandie

¹⁸¹ Lorraine/Alsace, Auvergne, Bourgogne/Franche-Comté, Centre, Poitou-Charentes/Limousin, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais/Picardie, Rhône-Alpes, Antilles/Guyane

¹⁸² Normandie, Midi-Pyrénées, Bourgogne/Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais/Picardie

¹⁸³ Poitou-Charentes/Limousin

[515] Il est intéressant de noter que sur la majorité des points précités, alors même que les conventions ont pris la peine d'écrire quelque chose de différent de ce que prévoyait le modèle, la réalité locale s'est en réalité éloignée de la convention signée. Ainsi en matière de publication en Lorraine-Alsace, il n'y a que le logo de l'InVS sur les publications, alors que la convention, fidèle au modèle national, prévoyait le double logo. Il en est de même en Bourgogne/Franche-Comté. On reviendra sur ces sujets dans la suite de la présente annexe. Sur les personnels, les écarts avec les conventions sont également importants. En matière de recrutements par exemple, s'agissant des personnels InVS, alors même que les conventions de partenariat ne prévoient pas toutes ce principe (5 sur 17) a été instauré un système de "commission" réunissant le DCAR et un représentant de l'ARS, où celui-ci donne un avis. Sur le responsable de CIRE, l'avis est toujours demandé, mais pas suivi systématiquement, alors que le modèle de convention de partenariat parle d'un "avis favorable de l'ARS". A l'inverse, les recrutements faits par les ARS se font parfois sans avis de l'InVS, alors même que le modèle national prévoyait un recrutement par l'InVS, et que les conventions locales prévoyaient a minima un avis de l'InVS lorsque qu'elles ont mis en place des recrutements ARS. En matière d'évaluation, le responsable de CIRE n'est jamais évalué par l'ARS comme cela était prévu dans le modèle national. L'avis demandé aux DG d'ARS comme le prévoient certaines conventions est dans tous les cas demandé, mais les ARS n'y répondent pas systématiquement. Enfin, sur les budgets de fonctionnement, a priori, le budget des CIRE n'a pas un budget fixé en amont, elle émerge sur le budget global de l'ARS au même titre que n'importe quel autre service, à la différence de ce qui se passait en DRASS.

3.1.3 Une organisation qui a permis de développer le service rendu aux ARS

[516] L'organisation telle qu'elle a été pensée en 2010, malgré les faiblesses qu'elle peut présenter et sur lesquelles nous reviendrons, a permis, en créant une structure imbriquée avec l'ARS le développement d'un vrai soutien à celle-ci, comme cela sera détaillé dans l'annexe 2 sur les activités des CIRE. Partout où la mission s'est déplacée, elle a pu noter que les contacts entre les structures, à chaque fois regroupées sur un même site et dans des bureaux contigus, sont quotidiens, même là où les équipes sont confrontées à des difficultés de fonctionnement. L'organisation imaginée, qui crée un lien renforcé avec l'ARS, a donc permis à la CIRE de lui apporter une véritable expertise à la fois en matière de veille, mais aussi sur ses priorités régionales de plus long terme.

[517] L'InVS et les ARS reconnaissent l'apport qu'a représenté cette organisation.

[518] Ainsi l'InVS dans sa note du 20 juin 2012 souligne que "le dispositif fonctionne de façon efficiente" et que la revue du conseil scientifique de 2012 a conclu "à la pertinence du dispositif des CIRE dans sa forme actuelle". On peut y lire aussi que "le double rattachement des CIRE à l'InVS et à l'ARS est essentiel et a montré son efficacité". La note du 13 juin 2014 souligne également "l'apport respectif aux ARS comme à l'InVS du dispositif retenu" et "l'apport essentiel d'une organisation régionale à la veille sanitaire régionale, mais aussi nationale".

- [519] Et la note du bureau des DG d'ARS du 22 décembre 2014, même si elle appelle à des clarifications, énonce que "l'expertise doit rester indépendante" et que "l'organisation actuelle ne semble pas devoir être remise en cause". Le DG de l'ARS Rhône-Alpes, dans l'avis qui lui était demandé par le DCAR sur "le service rendu à la CIRE" précise que la CIRE a "toujours répondu avec un grand professionnalisme aux nombreux besoins de l'ARS" et le DG de l'ARS Basse-Normandie que la CIRE "répond aux demandes de l'ARS". On peut aussi souligner que la création de cinq nouvelles antennes à compter de 2010 (Limousin, Corse, Picardie, Champagne-Ardenne, Basse-Normandie) s'est faite majoritairement à la demande des ARS, comme le souligne le rapport de la Cour des comptes précité. Le DSP de Champagne-Ardenne a précisé lors d'un entretien téléphonique avec la mission combien la création d'une antenne dans sa région lui avait apparu utile, notamment en raison d'une plus grande proximité avec des experts en épidémiologie, le rattachement à la CIRE Lorraine sans antenne régionale, ayant semblé trop éloigné des réalités du terrain. La création d'une antenne en Franche-Comté avant 2010 s'est également faite à la demande de la DRASS, puis de l'ARS.
- [520] Le fait d'avoir une structure qui soit sous double autorité a donc aussi contribué à la professionnalisation de la veille sanitaire en région.

3.2 Une "double autorité" à redéfinir

3.2.1 La "double autorité" est source d'interrogations

- [521] En 2009, lorsque l'InVS propose au DGS et au SG du ministère des affaires sociales dans sa note du 22 octobre un projet de convention cadre et de convention de partenariat il propose "une gouvernance partagée" et écrit dans la convention cadre que "chaque CIRE est placée sous la double autorité de l'InVS et de l'ARS. L'InVS assure la responsabilité scientifique et la CIRE est au sein de l'ARS sous l'autorité directe du directeur d'ARS". La convention cadre du 19 mai 2010 sera plus précise en disant "qu'au sein de l'ARS, la CIRE est placée à la fois sous l'autorité administrative de son directeur général et sous l'autorité scientifique du DG de l'InVS".
- [522] On est passé de la notion "d'autorité directe" à la notion "d'autorité administrative". Cette notion, qui n'a pas de contenu en droit administratif, où seule la notion "d'autorité hiérarchique"¹⁸⁴ a un sens, renvoyait à l'époque au fait que les CIRE étant hébergées au sein des ARS, celles-ci allaient être impliquées dans leur "gestion administrative": gestion des congés, des locaux, du matériel, des droits sociaux, de la médecine du travail, des frais de déplacement...
- [523] On retrouve le terme de responsabilité "administrative" de l'ARS dans le rapport annuel de 2009 et celui de "responsabilité de l'ARS", par opposition à la "responsabilité scientifique" de l'InVS dans le rapport annuel pour 2010.
- [524] La terminologie a cependant rapidement évolué. Et dès le rapport annuel de l'InVS de 2011, s'il est rappelé que les CIRE sont placées sous la "responsabilité scientifique" de l'InVS, il est ajouté que "la responsabilité administrative des CIRE est partagée entre l'InVS et les ARS". La revue du conseil scientifique de 2012 parle aussi "de responsabilité partagée du DG de l'ARS et du DG de l'InVS". Cette notion de partage de la responsabilité administrative, qui n'est plus du seul fait de l'ARS, se retrouve dans les programmes de travail de toutes les CIRE.
- [525] On observe donc un glissement dans les termes, comme lorsqu'on était passé de "l'autorité hiérarchique" des DRASS mentionnée dans les circulaires de 1994 et 1995 au "co-pilotage" DRASS/InVS retrouvé dans le rapport annuel de 2008.

¹⁸⁴ Le pouvoir hiérarchique, qu'on retrouve dans le statut de la fonction publique, est à la fois le pouvoir de nomination, évaluation, avancement, mutation, sanction, mais aussi un pouvoir sur les activités avec le pouvoir de donner des instructions et sur l'organisation du service (missions des agents).

[526] Ce glissement montre que l'InVS a souhaité afficher que sa responsabilité n'était pas seulement scientifique, dans un contexte où il craignait que l'ARS n'affirme son "pouvoir hiérarchique" sur les personnels qu'elle finançait.

[527] Pour souligner en creux cette appartenance à l'InVS, est apparue en contrepartie la notion "d'autorité fonctionnelle" des ARS, qui a été reprise par les interlocuteurs de la mission lors de ses entretiens ou "d'organisation fonctionnelle" pour qualifier la plateforme et qu'on retrouve dans la circulaire du 20 avril 2010 et dans tous les protocoles locaux¹⁸⁵. Le protocole Languedoc-Roussillon précise bien qu'il ne s'agit pas d'une "organisation hiérarchique", alors que le protocole en Aquitaine est sous la responsabilité du DSP.

Cette notion d'autorité fonctionnelle est relativement récente. Elle s'est construite par opposition à l'autorité hiérarchique¹⁸⁶. A l'hôpital, l'autorité fonctionnelle a fait son apparition avec la nouvelle gouvernance en 2004¹⁸⁷ et a été réaffirmée par la loi HPST pour les médecins, chefs de pôles¹⁸⁸, qui exercent cette autorité (responsabilité d'organisation du service notamment), mais qui proposent au directeur la nomination de leurs collaborateurs, le pouvoir de nomination restant bien attaché à l'autorité hiérarchique, incarnée par le directeur de l'établissement.

Avec cette notion, l'InVS veut assurer qu'il a bien autorité hiérarchique sur la CIRE, renvoyant l'ARS à une "autorité fonctionnelle", dont on ne sait pas ce qu'elle recouvre exactement.

Certains documents vont plus loin. Dans le projet de convention cadre avec l'ARS Bretagne sur le co-financement d'un poste, l'InVS écrit que les CIRE "sont placées sous la responsabilité scientifique de la Directrice générale de l'InVS et sont localisées au sein des ARS". Toute autorité ou responsabilité du DG d'ARS disparaît.

[528] Ces imprécisions conceptuelles sur l'autorité des acteurs respectifs vont permettre à l'InVS de renforcer le rattachement des CIRE à son réseau. Ce renforcement va de pair avec un affaiblissement du pilotage des ARS par rapport à ce que préoyaient les textes de 2010 : peu impliquées dans le fonctionnement des CIRE, elles vont souvent avoir l'impression de perdre la maîtrise des actions de celles-ci, notamment en matière de communication, alors même que ce sont des structures positionnées en leur sein.

¹⁸⁵ Martinique, Auvergne, Bourgogne/Franche-Comté, Aquitaine, Normandie, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon

¹⁸⁶ Il faut, pour comprendre cette opposition, faire un détour par la sociologie des organisations. L'Américain Frederick Taylor, père de l'organisation industrielle, a critiqué la structure hiérarchique. Selon lui, dans la ligne hiérarchique, un subordonné dépend d'un seul chef pour la totalité de ses tâches. Ce chef doit donc avoir des connaissances très étendues, excédant fréquemment la capacité d'un seul homme. Taylor proposa donc l'adoption d'une organisation fonctionnelle dans laquelle chaque subordonné dépend de plusieurs chefs, chacun d'eux ayant une autorité limitée à sa spécialité appelée autorité fonctionnelle.

¹⁸⁷ Notamment loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹⁸⁸ Article L6146-1 du CSP, issu de l'article 13 de la loi HPST : " Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. "

3.2.2 La fluctuation de cette notion de "double autorité" a pu fragiliser les liens des CIRE avec les ARS tout en renforçant le rattachement institutionnel à l'InVS

3.2.2.1 Un rattachement institutionnel ambivalent mais qui s'est renforcé au profit de l'InVS

[529] Dès la création de l'InVS, comme on l'a vu précédemment, le réseau des CIRE est considéré comme le réseau de l'InVS, et le rapport annuel de 2008 parle "d'antennes régionales". A compter de 2009 et du rattachement des CIRE en partie aux ARS, l'InVS affiche la dénomination "Cellule de l'InVS en région". On la trouve dès la note du 22 octobre 2009 et dans la proposition que fait l'InVS de la convention cadre. La convention cadre de 2010 reprend quant à elle le terme originel de "cellules interrégionales d'épidémiologie", qui est conservé dans le guide de la veille de 2011. Dans le compte-rendu de la visite du conseil scientifique en Lorraine en octobre 2011, on peut trouver que "le renoncement à l'appellation « cellules de l'InVS en région » lors des discussions au niveau national avec la DGS a été très mal perçu au niveau local et a suscité des questions sur le devenir des CIRE : vont-elles disparaître en tant que telles et être tout simplement intégrées dans les ARS ?", qui montre que la question n'est pas neutre. La note du 20 juin 2012 de l'InVS revient sur le sujet et propose que "l'acronyme CIRE devienne de manière consensuelle au niveau national "cellules de l'InVS en région", déclinaison déjà en usage dans beaucoup de régions". La note du 13 juin 2014 de l'InVS en fait un acquis. Les rapports annuels de l'InVS fluctuent sur le sujet. Dans le rapport 2009, on trouve les deux dénominations. Dans celui de 2010, uniquement celle de "cellules interrégionales d'épidémiologie". C'est encore celle-ci qu'on retrouve dans la fiche de présentation des cellules sur le site internet de l'InVS, précisant qu'elles "constituent un réseau régional, qui relaie l'action de l'InVS". Les rapports 2011 et 2012 sont muets sur le sujet et ne parlent que des "CIRE".

[530] Le rapport de 2013 écrit que l'InVS s'appuie sur "un réseau de cellules en région", mais reprend ensuite l'ancienne appellation ensuite dans le reste du texte. La revue du conseil scientifique de 2012 sur les CIRE précise quant à elle que les CIRE sont des "cellules interrégionales d'épidémiologie, appelées depuis fin 2009 également dans certaines régions, "cellules de l'InVS en région"".

[531] La note de septembre 2012 issue de la réunion des DSP et déjà évoquée refait l'historique des CIRE et précise que les CIRE au départ "cellules interrégionales d'épidémiologie" ont été "renommées" "cellules de l'InVS en région", sans que cela ne soit plus commenté. Il peut être intéressant de noter qu'en revanche dans un courrier adressé par le Ministre de l'Intérieur et la Ministre des affaires sociales le 28 octobre 2014 aux préfets sur Ebola et la mise en place d'une "task force interministérielle", l'acronyme CIRE est bien désigné sous la forme "cellules interrégionales d'épidémiologie" .

[532] Dans les conventions de partenariat signées en 2010 entre les ARS et l'InVS, les dénominations varient. Neuf conventions¹⁸⁹ reprennent la terminologie "cellules de l'InVS en région". Sur internet, sur les organigrammes des ARS, on retrouve dans 10 régions¹⁹⁰ sur 26 cette appellation. Une région, la Région PACA utilise l'ancienne dénomination. La région Alsace fait apparaître une flèche avec noté "InVS". Les régions Centre et Haute-Normandie renvoient à des fiches synthétiques où on retrouve la dénomination "cellules de l'InVS en région". Les régions Pays de la Loire et Guyane font de même, mais avec la dénomination "cellules interrégionales d'épidémiologie". Les autres, soit ne font pas mention de la CIRE, soit ne détaillent pas l'acronyme.

¹⁸⁹ Aquitaine, Bourgogne/Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais/Picardie, Languedoc-Roussillon, PACA/Corse, Poitou-Charentes/Limousin, Rhône-Alpes, Bretagne, Normandie.

¹⁹⁰ Auvergne, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Bourgogne, Franche-Comté, Lorraine, Bretagne, Basse-Normandie.

[533] Lors de ses déplacements, la mission a pu constater que la signalétique est quasi-identique dans toutes les régions et indique bien que les CIRE sont des "cellules de l'InVS en région" à l'étage où elles sont situées. Si des propositions de partage de bureaux ont pu être faites comme en Rhône-Alpes, elles ont été refusées. En revanche, dans les halls d'entrée ne figurent que le logo de l'ARS. Et les boîtes mail des CIRE sont des boîtes mails "ARS", comme leur site internet.

[534] On retrouve aussi cette ambiguïté de la double appartenance au travers de l'examen des organigrammes des ARS. Huit régions¹⁹¹ ne font pas apparaître la CIRE sur l'organigramme qu'on peut trouver en ligne sur internet. Sept d'entre elles, à l'exception de la Corse, renvoient cependant à une fiche qu'on peut trouver sur le site qui décrit de façon plus ou moins détaillée selon les cas les activités de la CIRE et ses publications. La mission a pu s'étonner de la pauvreté du site de la région Ile-de-France en la matière. Lorsqu'elles apparaissent sur l'organigramme, les CIRE sont en général "raccrochées" à la direction de la santé publique ou à un "pôle veille et sécurité sanitaire" au sein de celle-ci. Quand il n'y a pas formellement de DSP, la CIRE apparaît dans l'orbite de son équivalent ou de directions plus spécifiques (Direction de la protection et de la promotion de la santé en Alsace ou de la prévention et de la protection dans les Pays de la Loire; Direction de la veille, sécurité sanitaire et environnementale en Franche-Comté; Mission Veille, alerte, inspection, contrôle en Auvergne; Directions de la veille sanitaire à la Martinique et à la Réunion). Elles sont souvent un peu "à part" des autres acteurs, ce qui est formalisé par des flèches ou des pointillés, même si elle peut aussi sembler complètement intégrée à la structure dans d'autres cas, comme en Midi-Pyrénées ou en Aquitaine, avec le "label" InVS cependant. Il semblerait cohérent d'homogénéiser sur le territoire le rattachement des CIRE.

Dans les rapports d'activité, la CIRE est toujours présentée dans la rubrique "cadre de fonctionnement de la CIRE" en lien avec l'InVS dont elle est une "unité régionale", sans plus de précision sur leur intégration au sein des ARS. Seuls quelques régions apportent des précisions : le rapport d'activité de la CIRE Ile-de-France/Champagne-Ardenne précise qu'elle "est rattachée fonctionnellement aux directions de Santé Publique de ces deux régions". Il en va de même pour la CIRE Ouest "rattachée fonctionnellement à la DSP". La CIRE Pays de la Loire évoque un "rattachement administratif à la direction de la prévention et de la protection de la santé", tandis que la CIRE Océan Indien rappelle son rattachement fonctionnel à la direction de la veille et de la sécurité sanitaire.

[535] On retrouve le même type de sujet dans la rédaction des protocoles locaux de fonctionnement des plateformes pour désigner le "pilote" de celle-ci. Aucun protocole, à part celui de l'Aquitaine, qui rappelle la responsabilité du DSP sur la plateforme, mais précise que "sa coordination est assurée par les responsables de la CVAGS et de la CIRE", n'aborde ce sujet "frontalement". En Martinique, il est ainsi écrit que la plateforme "est composée" de la CVAGS et de la CIRE, qu'elle est "placée" auprès de la direction de la prévention de la veille et de la sécurité sanitaire" et que "les personnels de la CIRE sont mis à disposition de la plateforme et dépendent hiérarchiquement du coordonnateur scientifique". Le protocole Haute-Normandie n'aborde pas le sujet. Celui de Rhône-Alpes précise que la plateforme "réunit" les deux structures et qu'elle est "conjointement cordonnée par leurs responsables". Il en va de même dans les protocoles Lorraine/Alsace et Auvergne. Le projet de la CIRE Bourgogne/Franche-Comté énonce quant à lui que "La plateforme est une organisation fonctionnelle, autour d'un point focal, entre la CVAGS de l'ARS et la CIRE. Sa coordination est assurée par les responsables de la CVAGS et de la CIRE".

¹⁹¹ Limousin, Corse, Ile-de-France, Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Picardie, Pays de la Loire

- [536] Interrogées lors des entretiens, les CIRE ont toujours souligné que désigner un pilote unique de plateforme aurait été un vrai problème pour eux. Dans une région, le responsable de CIRE est personnellement intervenu auprès du DSP pour que ne soit pas désigné pilote la responsable de la CVAGS. La plateforme est donc "animée collégalement " selon ses propres mots. En revanche, des réunions de plateforme ont lieu chaque mois et donnent lieu à des comptes-rendus détaillés. Et elles se font sous l'égide du DSP. Ailleurs, la responsable de CIRE parle d'une "plateforme virtuelle" avec deux entités distinctes. Souvent, il n'y a pas de pilote de la plateforme, même si, selon certaines CVAGS, "implicitement, c'est l'ARS". Seule la CIRE Midi-Pyrénées, dans les power points de 2012 évoque que la "CVAGS coordonne la plateforme".
- [537] Enfin, les difficultés de positionnement des CIRE se retrouvent aussi sur la politique en matière de logo de l'InVS sur les publications. Les pratiques sur la présence du logo de l'ARS sur les documents publiés, y compris lorsque les équipes de la CVAGS ont pu participer à certaines investigations, sont très hétérogènes selon les régions. En Lorraine-Alsace, il n'y a que le logo de l'InVS, comme on l'a vu. Il en est de même en Bourgogne/Franche-Comté. En Ile-de-France/Champagne-Ardenne, la CVAGS note un changement depuis 2013 avec le retrait du logo de l'ARS, alors que la CIRE dit que celui-ci est maintenu. En Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon, le logo de l'ARS a été retiré des Bulletins de veille sanitaires (BVS) depuis 2013 mais est conservé dans les Points épidémiologiques (PE)¹⁹².
- [538] Un consensus peut cependant être trouvé dans certaines régions. En Languedoc-Roussillon par exemple, pour les investigations menées dans le cadre de la plateforme, il a été convenu que les notes de synthèse sont diffusées sous une entête plateforme (chaque cellule étant citée). En Nord-Pas-de-Calais, le logo est toujours InVS, mis l'ARS peut signer un article si elle en est l'auteur.

3.2.2.2 L'implication des ARS dans le fonctionnement des CIRE s'est affaiblie

- [539] A cette ambivalence de la notion de "double appartenance" et au renforcement du rattachement à l'InVS s'est ajoutée une moindre implication des ARS dans le fonctionnement des CIRE, sans que les leviers prévus en 2010 ne soient vraiment utilisés.

L'évaluation du responsable de CIRE

- [540] Tout d'abord, sur le choix et l'évaluation du responsable de CIRE. On a vu précédemment que si l'ARS est consultée pour la nomination du responsable de la cellule, son avis n'étant pas toujours suivi alors même que les conventions de partenariat parlent "d'avis favorable". Elle n'est par ailleurs plus titulaire du droit d'évaluation de celui-ci, contrairement à ce que prévoyait la convention cadre nationale (InVS et ARS l'évaluent "conjointement"). Tous les responsables de CIRE rencontrés par la mission expriment leur forte réticence au fait de passer un entretien formel d'évaluation avec le directeur de l'ARS, qui nuirait à leur "indépendance". Pour autant, ils regrettent également de n'avoir que de très rares occasions d'échanger avec le DG sur les orientations de la CIRE. Un simple avis sur "le service rendu par la CIRE à l'ARS" est demandé au DG. Sur 26 ARS sollicitées par le DCAR en 2014 dans le cadre des campagnes d'évaluation des responsables de CIRE, seules 9 d'entre elles ont répondu.

¹⁹² -Point épidémiologique (PE) : bulletin hebdomadaire élaboré par la CIRE et diffusé le jeudi soir par mél et mis en ligne sur les sites de l'ARS et de l'InVS. Il retrace l'évolution des indicateurs de surveillance des sept derniers jours de la semaine précédente en termes de pathologies saisonnières, de maladies à déclaration obligatoire, de décès, mais également d'activité de médecine libérale et hospitalière d'urgence. Le bulletin s'élargit progressivement à de nouvelles thématiques et va inclure en plus de l'actualité hebdomadaire des éléments d'actualité mensuels ou annuels ;

- Bulletin de veille sanitaire (BVS) : bulletin publié par la CIRE, diffusé au réseau de veille sanitaire et mis en ligne sur les sites ARS et InVS. Il se présente sous forme d'articles scientifiques portant sur des études, les résultats d'une surveillance donnée ou encore sur un nouveau dispositif ;

- Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) et autres revues : le BEH, coordonné par l'InVS au siège, se présente sous forme d'articles ; il est amené à documenter des situations sanitaires en région. La version « web » (qui remplace la version « papier ») est disponible sur le site InVS.

Les échanges avec l'ARS

- [541] Il n'existe pas d'obligation de "reporting" vis-à-vis de l'ARS. Seule la CIRE Midi-Pyrénées en 2012 dans les power points sur les plateformes écrit que la CIRE "rapporte au responsable du service". Il n'y a pas dans toutes les régions d'espace de dialogue organisé pour faire régulièrement le point sur l'avancée des travaux de la CIRE avec l'ARS. Ce rattachement ne va pas de soi pour les CIRE, dont certaines estiment qu'il aurait été plus "clair" de les rattacher au DG. Dans les power points de 2012 sur le bilan des plateformes, la CIRE Aquitaine souligne que le fait de figurer sur l'organigramme est un "plus" car permet une meilleure visibilité mais entraîne une confusion car une "assimilation" avec l'ARS et la CIRE Centre regrette d'être "enfouie dans l'empilement hiérarchique". La CIRE Languedoc-Roussillon souligne aussi que cela peut entraîner de la confusion et faire assimiler la CIRE à la CVAGS.
- [542] On ne constate pas non plus de validation des travaux des CIRE par les ARS. Les power points de 2012 le mentionnaient dans certains cas (parapheurs signés par l'ARS en Auvergne et à la Réunion, notes qui remontent au DG d'ARS cosignées en PACA/Corse, ouverture du courrier par l'ARS en Normandie), mais la mission l'a rarement noté lors de ses échanges, sauf pour les courriers communs comme en Ile-de-France. En revanche, lorsque les CIRE adressent une note au DG d'ARS, alors dans certaines régions, la note remonte par un circuit de validation "classique" et sont visées notamment par le DSP, comme en Rhône-Alpes ou en Nord-Pas-de-Calais, mais il s'agit d'un visa formel et pas d'une validation stricto sensu des travaux de la CIRE. Dans d'autres régions, le DSP est en copie ou informé en amont d'une transmission au DG d'ARS, comme en Languedoc-Roussillon. Sinon, seuls les congés et les ordres de mission sont systématiquement validés par l'ARS.
- [543] Avec un rattachement fréquent à la DSP ou à direction de la veille sanitaire, se pose aussi souvent la question de la "transversalité" de l'action de la CIRE aux missions de l'ARS, la CIRE pouvant manquer d'une vision globale des enjeux régionaux. Dans les power points de 2012 déjà cités, ce sujet là est soulevé, notamment par la CIRE Auvergne, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais ou Rhône-Alpes. La CIRE Languedoc-Roussillon en revanche souligne son lien avec les autres directions. Lors de son déplacement dans cette région, il a même été dit à la mission que le projet de programme de travail avait été "envoyé à tous les services de l'ARS pour concertation.
- [544] Concernant la participation "à la vie de l'ARS" et notamment aux différentes réunions de services existantes, la réalité est disparate. Dans certaines régions enquêtées, les responsables de CIRE sont conviés aux réunions de la DSP (en Languedoc-Roussillon, en Bourgogne, en Rhône-Alpes, en Nord-Pas-de-Calais ou en Ile-de-France) voire au Comex (comité exécutif) (à la Réunion par exemple), ainsi qu'aux "séminaires ARS" (en Rhône-Alpes ou Ile-de-France). Dans les power points de 2012, les CIRE Centre et PACA-Corse évoquent aussi ces réunions au niveau de la DSP. Quand cela fonctionne, c'est en général une chose appréciée des équipes, car cela renforce les synergies au sein de la plateforme. Il y a des régions où le lien est en revanche coupé, comme en Lorraine/Alsace, même si il a été proposé à la responsable de la CIRE de participer au COMEX. En Franche-Comté, la CIRE n'est pas invitée aux réunions bimensuelles de la direction pôle veille et sécurité sanitaire, et n'est pas toujours conviée aux réunions de pôle hebdomadaires.

- [545] En matière de budget de fonctionnement, même si aucune difficulté notable n'a été relevée par la mission, plusieurs CIRE se sont plaintes, au cours des entretiens menés par la mission, de manquer de visibilité a priori. Dans les power points de 2012 déjà mentionnés, ce point est souligné par les CIRE Centre, Ile-de-France et Midi-Pyrénées. Dans le compte-rendu de la visite du conseil scientifique menée en 2011 en Lorraine, on peut lire que " l'absence d'une ligne budgétaire spécifique à la CIRE est aussi un obstacle à son fonctionnement : les décisions budgétaires ne dépendent pas de la responsable de la CIRE mais du responsable du département dans lequel se trouve la CIRE. A ce jour, le statisticien n'a ainsi toujours pas pu acheter le logiciel de statistique avec lequel il travaille, plusieurs mois après avoir été recruté". On voit d'ailleurs que les ajouts faits dans les conventions de 2010 sur les frais de déplacement évoqués plus haut¹⁹³ sont là pour rappeler que c'est bien l'ARS qui a la main sur le budget de fonctionnement. Cela dit, sur ce sujet précis, aucune réelle difficulté n'a été relevée par la mission.
- [546] Enfin, en matière de programmation, la situation aujourd'hui n'est pas égale dans toutes les régions, même si l'on trouve dans toutes les CIRE et dans la démarche globale de l'InVS une volonté affichée de "coller aux priorités régionales".
- [547] D'une façon générale, la programmation reste avant tout pilotée par l'InVS qui "l'arbitre après avoir pris en compte les sollicitations régionales discutées préalablement avec l'ARS", selon la formule consacrée qu'on trouve dans les lettres de transmission du DG de l'InVS aux DG d'ARS sur les programmes de travail, alors que la convention cadre prévoyait que le programme de travail était "arrêté conjointement" par les deux DG.
- [548] Si l'ARS est associée, à un niveau plus ou moins politique, et une véritable force de proposition dans plusieurs régions, en Languedoc-Roussillon (où le DSP a confirmé à la mission qu'il "s'y retrouvait"), en Rhône-Alpes, ou en Aquitaine (le DG d'ARS écrivant que le programme de travail se fait "en étroite concertation avec les différents services de l'ARS", dans le mail envoyé en réponse à la demande du DCAR sur le "service rendu par la CIRE"), il en va différemment dans d'autres où le lien se fait mal, la CIRE ne jouant pas le jeu en élaborant le programme de façon relativement isolée - notamment lorsqu'elle est en situation de fragilité et en difficulté pour répondre à d'éventuelles commandes- ou les ARS s'impliquant peu, faute de processus structuré de contribution collective des différents services concernés. Les réunions à ce sujet devraient être plus nombreuses que le simple copil (comité de pilotage) annuel, qui reste formel, le programme ayant été déterminé en amont, et beaucoup de DSP regrettent l'absence de réunions intermédiaires.

3.2.2.3 L'insuffisante maîtrise par les ARS des actions de communication des CIRE

- [549] L'absence d'articulation périodique au-delà du fonctionnement de la plateforme à proprement parler emporte notamment des conséquences en matière de communication et ce d'autant plus que compte tenu de leur rôle de surveillance, les CIRE publient sur des sujets qui de plus en plus s'écartent de la veille à proprement parler – exemples des travaux sur le cancer ou sur le VIH. Les conventions de 2010 ne régissent rien d'autre que la "communication à la presse", qui doit se faire en accord avec les deux partenaires. Mais elles ne précisent rien sur la politique de publication, qui sans être en lien direct avec la presse, peut avoir un impact sur les professionnels de santé ou médiatique important. La mission a pu constater que dans toutes les régions enquêtées ou avec lesquelles elle a eu des échanges, le sujet de la communication était un enjeu, que ce soit les publications d'études ou les différentes publications périodiques BVS ou PE. Les DG d'ARS estiment que la concertation est souvent insuffisante, alors même que peuvent exister des divergences d'appréciation sur la nécessité ou la façon de communiquer.

¹⁹³ Un financement par l'ARS mais dans des conditions fixées par elle.

- [550] Ainsi aux Antilles a été cité l'exemple du chikungunya en Martinique en 2014. Les points épidémiologiques de la CIRE marqués de couleur rouge et de termes forts paraissaient très alarmistes, ce qui a mis en difficulté l'ARS ou le Préfet vis-à-vis des médias, alors même que les gestionnaires communiquaient sur le fait que l'épidémie n'était pas déclarée, mais qu'il fallait rester vigilant.. De même, un point épidémiologique a fait apparaître 8 nouveaux décès en 1 semaine, qui correspondaient simplement à un rattrapage de données sur plusieurs semaines : ici encore l'absence de concertation a fragilisé la position du Préfet et du DGARS qui n'avaient pas été préalablement informés de cette sortie.
- [551] La Guadeloupe a vécu un épisode du même type. A la Réunion, c'est l'exemple des événements intervenus à Mayotte en 2011 qui sont cités et du choix de la CIRE de publier sur l'impact qu'ils ont eu sur la santé publique, alors que l'ARS s'y était opposée, et que cela avait mis le Préfet en grande difficulté. Aujourd'hui, les DG d'ARS ont souvent communication du BVS ou du PE tardivement avant leur sortie. Ils souhaiteraient que la concertation puisse avoir lieu en amont, notamment avant d'avoir mis l'InVS dans la boucle, afin que celui-ci soit informé du désaccord du DG d'ARS ou de son accord.
- [552] Un autre exemple de nature différente puisque portant sur un sujet d'observation plus que de veille concerne la publication d'un BVS sur le cancer en Franche-Comté, dont la publication insuffisamment concertée avec ceux qui portent les politiques régionales de prévention et la direction de l'ARS ont mis celle-ci en porte-à-faux sur une des priorités régionales de santé alors même qu'un travail en pleine coopération aurait permis de mieux valoriser les résultats de la surveillance de la CIRE. En Lorraine, la CIRE est récemment allée présenter au préfet et à l'ARS ses conclusions sur des investigations à Saint Etienne de Remirmont dans les Vosges sur des clusters de cancers en 2011, sans que l'ARS ne sache ce qui allait être dit.
- [553] Sur ce sujet de la communication, on peut lire dans les protocoles locaux des choses contradictoires qui illustrent les difficultés de positionnement. Ainsi, le protocole de la plateforme en Martinique précise que "La communication est une prérogative du DGARS, voire du préfet. Ainsi, aucun agent de la plateforme n'est habilité à communiquer directement avec les médias sans l'accord express de la direction générale, qui fixe également le cadre de la communication. De même l'organisation de conférence de presse, la diffusion de communiqué de presse doit recevoir l'aval de la direction générale. La CIRE dispose en tant que telle d'une autonomie vis-à-vis de l'ARS en termes de communication".
- [554] Il est intéressant de noter, comme on le voit dans le projet de protocole de fonctionnement de la plateforme en Bourgogne/Franche-Comté, que la distinction publications d'un côté où la CIRE serait maître dans son champ de compétence / communication à la presse de l'autre, où il faudrait là l'accord de l'ARS distinction qu'on trouvait dans les conventions de 2010, persiste. On y lit en effet que "Le préalable à toute communication est l'accord du DG ARS, et s'il s'agit d'une communication relevant de la CIRE, de l'accord conjoint des DG ARS/InVS, sauf pour les demandes des médias relatives aux surveillances assurées par l'InVS. L'accord vise à évaluer l'opportunité de communiquer et à valider les modalités de communication (type de communication, communiquant, etc.)". On retrouve le même genre de rédaction dans le protocole Languedoc-Roussillon qui précise qu'en cas de "communication exceptionnelle et de sollicitation des médias, le sujet est traité au sein de la plateforme, en lien avec le service communication de l'ARS".

[555] Le protocole de la plateforme en Aquitaine est plus précis et plus détaillé et écrit que "pour les sujets de compétence commune, les deux services assurent une collaboration étroite". Mais il distingue bien les publications de l'InVS, pour lesquelles aucune collaboration avec l'ARS n'est mentionnée, et la communication proprement dite. Or, ce sont en général les publications qui ont un impact important en région. Et sur celles-ci, rien n'est prévu formellement, même si certaines régions mettent en place des procédures ad hoc. Ainsi, lorsque la CIRE Languedoc-Roussillon publie un document (rapport d'étude, BVS, article), le document est transmis au DSP pour information et avis sur l'impact institutionnel de la publication pour l'ARS, afin d'anticiper et échanger sur l'impact attendu pour la région. Il en est de même en Nord-Pas-de-Calais. Mais il manque clairement des dispositions précises sur le sujet dans les conventions partenariales.

[556] Ce sujet de communication mêle différents éléments : une mauvaise interprétation éventuelle de l'indépendance de l'expertise par les CIRE, voulant croire parfois qu'indépendance de l'expert signifie publication inconsiderée, en contradiction même avec leur rôle d'appui et avec les procédures qualité de l'InVS qui exigent une information préalable – 15J- du décideur avant la publication d'un rapport au niveau national comme régional. Les publications périodiques font toutefois l'objet de règles bien moins explicites, ce à quoi il faudrait remédier. Aujourd'hui, les DG d'ARS ont souvent communication du BVS ou du PE juste avant leur sortie. Ils souhaiteraient que la concertation puisse avoir lieu en amont, notamment avant d'avoir mis l'InVS dans la boucle, afin que celui-ci soit informé du désaccord du DG d'ARS ou de son accord.

Le débat autour de la communication met aussi en jeu l'insuffisante appréhension par l'ARS de ce que peut apporter la surveillance en termes d'observation de la santé et de conduite des politiques, et donc une insuffisante articulation sur ces sujets qui dépassent le champ de la veille.

[557] Les exemples conflictuels ne doivent cependant pas masquer la plupart des situations de bonne concertation où la CIRE se cale en amont avec l'ARS et dans un commun accord accepte par exemple de différer une publication sensible afin que l'ARS ait calé préalablement son plan d'action (ex d'un rapport sur la pollution importante d'une commune de Rhône-Alpes). Et des procédures ad hoc ont été mises en place dans certaines régions comme cela a été vu supra. Il est néanmoins essentiel qu'un travail concerté soit conduit sur ces sujets, de façon à garantir la maîtrise de la communication régionale par le DG d'ARS sans entraver la production scientifique de l'InVS ni l'expression d'avis indépendants sur des sujets sensibles de santé publique.

3.2.3 Une demande forte de clarification de la part des acteurs

[558] En définitive, il apparaît que le positionnement actuel est source de questionnements et que la question de l'appartenance à un réseau plutôt qu'à une autre revient souvent. Tous les partenaires appellent donc à une clarification, en proposant souvent des solutions opposées.

[559] La note des DSP de juin 2012 demande que le niveau national tranche la "question du pilotage des activités des CIRE dans leurs différents champs d'activité" et regrette l'absence "d'obligation de reporting aux ARS". La note du bureau des DG d'ARS de 2014 souligne que le "positionnement institutionnel des CIRE par l'InVS en tant que cellules indépendantes au nom du respect de la charte de l'expertise en traîne des difficultés de communication". Et que "pour les partenaires extérieurs, il peut en résulter un manque de visibilité sur le pilote des missions de veille et de gestion sanitaires". Le courrier du DG de l'ARS Ile-de-France déjà cité en date du 27 mai 2014 évoque le "souhait affirmé de l'InVS de positionner la CIRE en structure complètement indépendante de l'ARS compte-tenu en particulier du respect de la charte de l'expertise". Et demande "une simplification du fonctionnement". La lettre des responsables de CVAGS de décembre 2014 demande que l'organisation régionale de la lutte (contre Ebola) repose sur les plateformes sous la responsabilité du DG d'ARS".

- [560] La note du bureau des DG d'ARS de décembre 2014 sur la refonte dispositif souligne que "se posent très régulièrement les principes du positionnement des CIRE vis-à-vis de l'ARS" et rappelle que "la responsabilité du traitement des urgences sanitaires, dont les éléments de communication", est du ressort de l'ARS. Elle réclame "une clarification du fonctionnement".
- [561] A l'inverse, l'InVS demande dans sa note du 13 février 2013 une clarification du positionnement institutionnel des CIRE. Il s'appuie sur la revue du conseil scientifique de 2012 qui concluait au besoin pour l'InVS "d'affirmer sa politique institutionnelle en région". Il souligne que l'un des points faibles du modèle réside dans les "difficultés à tirer toutes les conséquences de la co-tutelle en termes de coordination avec les activités de l'ARS et de responsabilité scientifique relevant de l'InVS". Il ajoute que "le positionnement des CIRE dans les ARS est source de questionnements". La dernière note du 13 juin 2014 est la plus "radicale". Elle souligne que le "système est parvenu à ses limites", notamment en raison de la double "hiérarchie fonctionnelle et administrative" et de la "double ligne de commandement". Elle propose des scénarii d'évolution en rupture avec le modèle actuel, avec notamment un resserrement des CIRE et un repositionnement à un niveau territorial plus éloigné des ARS.
- [562] Beaucoup de CIRE, dans les power points de 2012, soulignent ce sujet de positionnement : la CIRE Aquitaine parle d'une participation à la vie de l'ARS "chronophage, mais utile" ; la CIRE Auvergne d'un "investissement++ pour maintenir ce positionnement"; la CIRE Centre souligne qu'il est nécessaire de "réaffirmer régulièrement le positionnement"; la CIRE PACA "d'investissement et de tensions pour maintenir ce positionnement"; et la CIRE Nord-Pas-de-Calais de "combat quotidien pour maintenir une position fragile". In fine, la question posée par tous les interlocuteurs de la mission est "les CIRE sont elles au dedans ou en dehors des ARS"¹⁹⁴? Plus que la "double autorité", le nœud des tensions et questionnements résident bien dans une clarification des liens qui relie la CIRE aux ARS.

3.3 Un rattachement des personnels à simplifier

- [563] Avec la "double autorité", c'est la seconde source de questionnement sur le fonctionnement des plateformes.
- [564] Les CIRE comportent des personnels financés par l'InVS, contractuels sous statut InVS, et des personnels financés par l'ARS, majoritairement des fonctionnaires titulaires (MISP et IGS), même si le nombre de contractuels de droit public a augmenté au cours des années passées. Ces personnels sous "statut ARS" ne sont ni détachés ni mis à disposition. Indépendamment donc de leur statut, ils sont en droit sous l'autorité hiérarchique de l'ARS, alors que leurs collègues sont sous celle de l'InVS. On se trouve donc face à une "double chaîne de commandement" pour les personnels d'une même structure, ce qui est atypique dans notre paysage administratif (aujourd'hui les ARS gèrent plusieurs types de personnels, avec des statuts différents, mais l'autorité hiérarchique est une).

¹⁹⁴ Même au niveau du ministère et de la DGS, la mission a pu noter certaines ambiguïtés. Ainsi, à la question de savoir comment fonctionnait la remontée des ARS vers l'InVS prévue par l'article L1413-15 du CSP déjà évoqué, les services du DUS répondent: "dans cet article, l'ARS, c'est la CIRE, ce qui paraît au demeurant improbable comme cela a déjà été dit, car l'ARS a juste remplacé en 2010 dans cet article créé en 2004 le préfet.

- [565] En 2009, l'InVS demande à ce que les personnels soient entièrement gérés et rémunérés par lui. Le modèle antérieur à 2010 avec un cofinancement des personnels sera finalement pérennisé, probablement parce qu'il était en place et sans doute aussi parce qu'il a permis "de trouver des ressources pour faire fonctionner le dispositif" selon les termes de l'InVS cités par le rapport de la Cour des comptes de 2012. Ce système est donc d'abord un héritage de l'histoire. Lors de la création des CIRE en 1994, leur personnel est intégralement financé par les DRASS. Après la création de l'InVS et la mise en place de nouvelles CIRE, l'InVS est amené à financer des postes d'épidémiologistes en plus. En 2009, avant la création des ARS, on se trouve donc, selon la note du 22 octobre 2009 de l'InVS déjà citée, avec des CIRE où la moitié des postes scientifiques est financée par l'InVS et l'autre moitié par les DRASS. Le cofinancement des postes n'est donc pas une nouveauté qui apparaît avec les ARS.
- [566] Aujourd'hui, ce "double mode de gestion" des personnels suscite de nombreuses interrogations et semble présenter plus d'inconvénients que d'avantages, notamment en matière de fonctionnement, de climat social et de pilotage national.

3.3.1.1 Une fragilisation de la gestion des CIRE au niveau local

- [567] Tout d'abord, dans le contexte où l'on affiche une "double autorité" sur les CIRE, la cohabitation de deux types de personnels conforte l'ambiguïté du lien qu'entretient la CIRE avec l'ARS, sans renforcer réellement celui-ci, et fragilise la gestion des CIRE et leur fonctionnement.
- [568] Le modèle tel qu'il a été conçu laisse en effet à penser comme cela vient d'être dit que les personnels sous "statut ARS" sont sous l'autorité hiérarchique du DG d'ARS, puisqu'ils ne sont ni détachés, ni mis à disposition. En droit, ils sont des personnels comme les autres de l'ARS, intégrés dans son plafond d'emplois. Or, s'il était écrit en 1994 que les DRASS "avaient autorité hiérarchique" sur les personnels des CIRE, rien de tel n'est précisé dans la convention cadre de 2010 pour les ARS, y compris pour les personnels qu'elle finance. Le pouvoir de nomination ne leur appartient pas en propre (c'est l'InVS qui nomme avec l'accord de l'ARS pour les personnels qu'elle rémunère directement), l'évaluation est faite par le responsable de CIRE quel que soit le statut de l'agent évalué, et c'est lui qui est en charge "du management de l'équipe" (fixation d'objectifs, validation des congés...) et donc de son organisation. Les ARS ne conservent que leur pouvoir d'avancement sur les personnels qu'elle finance.

Et si dans les faits la plupart des conventions partenariales de 2010 s'éloigne du modèle initial et prévoit bien que les ARS nomment directement les personnels qu'elles financent après avis de l'InVS¹⁹⁵, en réalité, les responsables de CIRE sont en général en première ligne. Ils s'estiment même souvent autonomes pour leurs recrutements de personnels relevant des ARS, notamment contractuels.

¹⁹⁵ Dix conventions prévoient que le recrutement des postes financés par l'ARS se fait par l'ARS, avec toujours un avis ou un accord de l'InVS ou du responsable de CIRE, voire des deux. Quatre conventions prévoient que les emplois InVS sont recrutés après avis de l'ARS. Et la convention PACA-Corse qu'il se fait "avec la participation" de celle-ci.

- [569] Si l'autorité hiérarchique des ARS sur leurs personnels n'est donc pas une réalité aujourd'hui, l'existence d'agents qui relèvent de l'ARS reste une source potentielle de complexité dans la gestion des CIRE, notamment pour son responsable. Existe par exemple le risque soulevé par certains responsables de CIRE que les agents soient sollicités directement par les ARS pour effectuer d'autres missions. La note du 13 février 2013 de l'InVS adressée au DGS le mentionne ("Persistance dans certaines régions de plusieurs missions attribuées aux personnels ARS"), comme celle du 13 juin 2014 ("cette double ligne de commandement suscite aussi des difficultés pour les agents ARS des CIRE, sollicités parfois directement par l'ARS sur des sujets qui relèvent de celles-ci"). La mission n'a cependant pas formellement rencontré ce cas précis dans ses déplacements. Un autre exemple de complexité impactant le fonctionnement de la CIRE porte sur les astreintes où dans certaines régions les ARS refusent de payer des astreintes pour le compte des agents sous "statut ARS" en CIRE, pour éviter un éventuel effet d'entraînement sur des astreintes CVAGS notamment. De ce fait, le responsable de CIRE ne peut imposer des astreintes aux autres agents et doit s'organiser autrement (interrégionalité ou astreintes nationales).
- [570] Existe enfin le risque que l'ARS réduise sa participation financière sur les effectifs, bien que les conventions de 2010 précisent que chacun des partenaires s'engage "à maintenir les effectifs pérennes". Dans un contexte de plafonds d'emploi tendu, ceci a pu déjà être fait ponctuellement depuis 2013 et mène à des situations compliquées, même si elles restent à ce stade marginales, où, soit la CIRE est affaiblie par des suppressions, soit se mettent en place des montages complexes, avec des temps partiels ARS/InVS comme en Aquitaine. La plupart des directions d'ARS continuent cependant à "sanctuariser" les effectifs en CIRE dans le respect de la convention, en estimant contribuer ainsi à l'intérêt général et jugeant qu'il ne s'agit pas plus totalement de "postes ARS". Mais, y compris dans les régions où le fonctionnement est harmonieux, les DG d'ARS précisent qu'il est de plus en plus difficile, dans un contexte de réduction d'emplois, de "faire une exception pour les effectifs des CIRE". Traiter différemment des personnels d'ARS au sein du même plafond d'emplois est un exercice qui leur devient plus difficile aujourd'hui. Sur ces sujets de moyens pourtant centraux, il existe par ailleurs peu d'espace de dialogue entre les ARS et l'InVS. Seul le COPIL annuel sur la programmation, dont ce n'est pas l'objet, joue ce rôle.

3.3.1.2 Un climat social parfois tendu

- [571] Par ailleurs, cette "double chaîne de commandement" complique aussi la situation des agents, qui, au vu des entretiens individuels menés dans les CIRE par la mission, en souffrent souvent et relèvent les risques de différences de traitement entraînés par les différences de statut. Même si ce risque n'est pas nécessairement toujours avéré, le fait qu'il puisse se produire en raison de statuts objectivement différents fragilise le climat social au sein des CIRE.
- [572] En matière d'avancement, les MISP et les IGS se plaignent ainsi d'avancer moins vite que leurs collègues et d'avoir parfois besoin de "faire intervenir les syndicats", les ARS ne les proposant pas spontanément à l'avancement. A aussi régulièrement été évoqué le fait que les réductions d'ancienneté, les primes ou l'avancement sont dans les mains des ARS, qui ne voient pas fonctionner les agents au quotidien. De plus en plus d'agents ARS sont par ailleurs des contractuels, souvent en CDD, qui ont donc peu de perspectives d'évolution côté ARS et peu côté InVS. Pour évoluer, lorsque leur formation le leur permet, ils passent les concours de pharmacien-inspecteur ou de médecin-inspecteur et partent faire carrière en ARS. Mais la plupart d'entre eux, souvent des jeunes formés en épidémiologie, attachés à "l'identité InVS", attendent des opportunités qui leur sont peu ou pas offertes en raison de leur statut ARS.

- [573] En matière de rémunération, les agents qui relèvent des ARS s'estiment également moins bien payés que leurs collègues qui relèvent de l'InVS. Les salaires et primes des agents diffèrent selon les statuts et une CIRE a récemment perdu deux agents contractuels sous "statut ARS" à la suite : ils sont partis dans d'autres CIRE sur des postes InVS, la grille Etat sur laquelle on les avait placés étant très largement inférieure à celles proposées par l'Institut. Si ce point n'a pas pu être approfondi par la mission mais est revenu fréquemment dans les entretiens, l'exemple de la rémunération des astreintes en dehors des jours et horaires ouvrés, également souvent cité, est intéressant : pour les agents qui relèvent de l'ARS, l'heure est payée, ce qui pour des week-ends surchargés peut faire des rémunérations intéressantes, alors que pour les agents qui relèvent de l'InVS, il y a soit un forfait pour le week-end, soit une journée de récupération. De la même façon, des primes "exceptionnelles" accordées en cas de crise côté InVS ne le sont pas systématiquement côté ARS, ce qui peut créer des dissensions¹⁹⁶.
- [574] En matière de droits sociaux, les différences sont également notables. Sur l'action sociale, même si le modèle national prévoyait un accès de tous les agents à l'action sociale de l'ARS, dans les faits, l'InVS ne cotisant pas au comité d'agence, ce n'est pas le cas. Soumis à des règles différentes, les agents connaissent souvent mal leurs droits, par exemple sur la médecine du travail, alors que la convention prévoit bien que tous relèvent de la médecine du travail de l'ARS.
- [575] Les agents soulèvent aussi des questions de loyauté ou "d'appartenance", même si dans beaucoup d'endroits prime "l'identité InVS", y compris chez les MISP et IGS. Et lorsqu'on aboutit à des montages comme celui de l'Aquitaine où l'agent apparaît deux fois sur l'organigramme, se voit fournir deux fiches de postes, participe à des réunions au cours desquelles elle doit préciser à quel titre elle intervient..., la situation des agents peut devenir inconfortable.

3.3.1.3 Un pilotage national peu efficient

- [576] Enfin, en matière de gestion des ressources humaines et de pilotage, la cohabitation des statuts complique également les choses. Lorsqu'une CIRE rencontre des problèmes de management notamment, le DCAR a du mal à intervenir, si le service RH de l'ARS concernée ne se mobilise pas en même temps, alors qu'une mobilisation conjointe serait nécessaire. Le double rattachement peut aussi être un prétexte pour l'InVS pour ne pas régler des situations qui ont tendance à s'aggraver. Surtout, il empêche un pilotage national unique et fiable des personnels, aucun interlocuteur n'ayant accès à une information globale et consolidée sur les ressources humaines en CIRE. La mission a eu ainsi beaucoup de mal à obtenir des données fiables sur les effectifs du côté du ministère, comme de celui de l'InVS.
- [577] In fine, ce double rattachement des personnels présente des inconvénients importants¹⁹⁷. Il vient aggraver les tensions sur le positionnement déjà évoquées et complique à la fois le fonctionnement des CIRE, la situation des agents et le pilotage des effectifs. La clarification du rattachement sera donc un progrès indéniable. Il ne dispensera cependant pas, si l'on reste dans le cadre d'un modèle de "proximité" comme l'est le modèle actuel, d'échanges entre les différents acteurs.

¹⁹⁶ Un exemple a été cité en Rhône-Alpes à propos d'une prime exceptionnelle de 500€ accordée par l'InVS à ses agents lors de la pandémie grippale, alors que tous les agents de la CIRE avaient eu les mêmes contraintes en termes d'astreintes.

¹⁹⁷ La Cour des comptes concluait qu'il pouvait à terme mener à des "difficultés aigües" et "générer des conflits". Le rapport de l'IGAS sur le COP déjà cité précise quant à lui que "le transfert de ces emplois des ARS aux CIRE contribuerait à la stabilité, à la lisibilité des organisations régionales et à leur attractivité pour les recrutements à venir". Il est vrai que ce rattachement aux ARS de ces personnels apparaît aujourd'hui quelque peu "virtuel" : la CIRE est bien une entité en elle-même, managée par un responsable de CIRE, qui dépend de l'InVS. L'ARS ne manage pas les personnels qu'elle rémunère et ne facilite pas leur déroulement de carrière. Ceux-ci se sentent d'ailleurs en général quand on les interroge "plus InVS qu'ARS".

ANNEXE 2

L'ACTIVITE DES CIRE : DONNEES QUANTITATIVES ET ANALYSES QUALITATIVES

1	DESCRIPTION DE L'ACTIVITE DES CIRE.....	137
1.1	Les trois grandes programmes d'activité des CIRE.....	137
1.2	Part des activités programmées/non programmées.....	139
1.3	Nombre et nature des signaux et dossiers	140
1.3.1	Volume des signaux traités par les CIRE et part de l'activité de la plateforme d'alerte et de veille associant les CIRE.....	140
1.3.2	Nature des signaux traités.....	144
1.4	Source des sollicitations de la CIRE (signaux, études)	145
1.4.1	La part des différents acteurs dont les ARS dans les sollicitations non programmées.....	145
1.4.2	Sollicitation des ARS dans les actions programmées	146
2	CARACTERISATION DE L'APPORT DES CIRE : VALEUR AJOUTEE D'UNE STRUCTURE PILOTEE SCIENTIFIQUEMENT PAR L'INVS ET IMPLANTEE FONCTIONNELLEMENT AU SEIN DES ARS.....	147
2.1	Apport pour les ARS de l'implantation en leur sein d'une structure pilotée scientifiquement par l'InVS.....	147
2.1.1	Un apport méthodologique et scientifique bien perçu par les cellules de veille et alerte.....	147
2.1.2	Un dispositif de surveillance sans doute insuffisamment valorisé par les ARS et qui gagnerait à s'insérer dans un dispositif global d'observation.....	155
2.1.3	Des travaux d'expertise et études souvent considérés comme l'apport le plus manifeste des CIRE par les équipes de direction des ARS.....	161
2.1.4	Conclusion sur l'apport des CIRE aux ARS.....	164
2.2	Apport à l'InVS d'une implantation territoriale et de l'articulation avec les ARS.....	166
2.2.1	Les CIRE constituent un relais de plus en plus structurant des missions de l'InVS	166
2.2.2	Une politique constante de renforcement du réseau des CIRE par l'InVS pour accroître leur rôle d'accompagnement des politiques régionales tout en affirmant leur contribution aux missions nationales.....	170
2.2.3	Conclusion sur l'apport des CIRE à l'InVS.....	171

1 DESCRIPTION DE L'ACTIVITE DES CIRE

[578] L'activité des CIRE peut se lire selon plusieurs grilles de lecture :

- En fonction de la répartition en trois grands programmes d'activités qui structurent les rapports annuels des cellules de l'InVS :
 - ✓ Veille et investigation : au sein des plateformes régionales de veille et d'urgence sanitaire, en appui des CVAGS, expertise sur les signaux complexes, appui scientifique et méthodologique pour les investigations (épidémiologie et évaluation quantitative de risques sanitaires - EQRS), pilotage ou conduite des investigations complexes
 - ✓ Surveillance : animation des réseaux de surveillance spécifiques ou non spécifiques, analyse régionale des données et rétro-information, déploiement éventuel de dispositifs de surveillance liés aux priorités régionales de santé, développements méthodologiques.
 - ✓ Etudes-expertises : réalisation d'études concernant des risques locaux ou visant à l'amélioration des connaissances afin d'éclairer la décision de santé publique locale ou nationale.
- En fonction de la nature des signaux ou dossiers traités : dans ce cadre, les grandes catégories sont en général Infectieux et Santé environnement, certains ajoutant Santé au travail, Maladies chroniques ou syndromes collectifs inexpliqués (SCI).
- En fonction du caractère programmé ou non programmé. Cette dernière distinction ne recoupe pas strictement les familles d'activité Veille/Surveillance/Etudes bien que de façon évidente, la veille soit pour une grande part non programmée, et la surveillance et les études en général mieux anticipées.
- En fonction enfin de la source des sollicitations : ARS, InVS, autres acteurs (dont la sphère travail ou certains professionnels ...).

[579] Sur certaines de ces informations, la mission a disposé de données nationales, d'autres proviennent des rapports d'activité des CIRE enquêtées par la mission.

1.1 Les trois grandes programmes d'activité des CIRE

[580] La synthèse nationale des données des rapports d'activité permet d'apprécier le poids relatif de chacun des programmes.

Tableau 14 : Répartition de l'activité des Cire selon les trois axes du programme d'activité : Veille et investigations, Surveillance et Etudes/expertises (en % et en ETP) – 2013
(hors activités liées au fonctionnement de la Cire: coordination, administration, réunions internes, formations individuelles ou collectives du personnels)

Cire	Veille et investigation		Surveillance		Etudes/expertises		Total	
	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP*
Antilles-Guyane	38 %	2,5	30 %	2	32 %	2	100 %	6,5
Aquitaine	33 %	2,1	40 %	2,5	27 %	1,7	100 %	6,3
Auvergne	40 %	1,05	40 %	1,05	20 %	0,55	100 %	2,65
Bourgogne Franche-Comté	32 %	1,7	45 %	2,3	23 %	1,2	100 %	5,2
Bretagne	38 %	2	41 %	2	21 %	1	100 %	5
Centre	24 %	1,4	40 %	2,3	30 %	1,7	100 %	5
Ile de France Champagne-Ardenne	62 %	5,24	24 %	2,11	14 %	1,9	100 %	9,25
Languedoc-Roussillon	36 %	1,48	36 %	1,48	28 %	1,14	100 %	4,1
Limousin-Poitou-Charentes	25 %	1,4	51 %	3	24 %	1,4	100 %	5,8
Lorraine-Alsace	40 %	2	30 %	1,5	30 %	1,5	100 %	5,0
Midi-Pyrénées	33 %	1,2	55 %	2	12 %	0,4	100 %	3,6
Nord- Pas de Calais - Picardie	38 %	2,8	42 %	3	20 %	1,4	100 %	7,2
Normandie	40 %	2,18	26 %	1,36	34 %	1,84	100 %	5,38
Océan Indien	21 %	1,9	50 %	4,5	29 %	2,6	100 %	9
Pays de la Loire	24 %	1,4	48 %	2,7	28 %	1,6	100 %	5,7
Rhône Alpes	63 %	2,5	21 %	0,9	16 %	0,6	100 %	4
Sud	32 %	1,2	40 %	3,4	28 %	3,8	100 %	8,4

Source : InVS

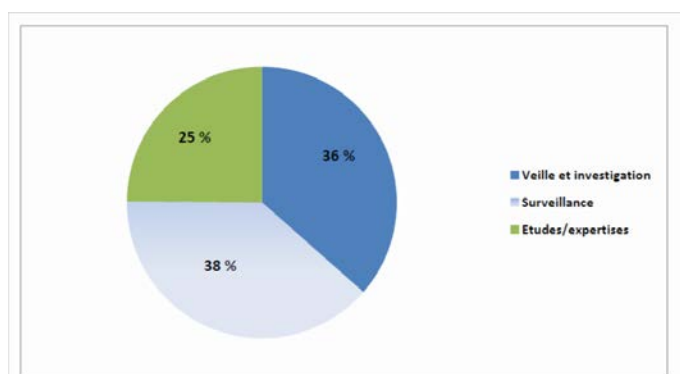
Graphique 2 : Répartition de l'activité des Cire par champs d'activité (en %) – 2013

Moyenne

Veille et investigations	36 %	[15-63]
Surveillance	38 %	[21-51]
Etudes/expertises	25 %	[12-45]

* ETP d'épidémiologiste consacré aux 3 axes du programme d'activité
 ** La répartition de l'activité des Cire varie chaque année en fonction du volume des activités non programmées.
 La répartition des activités entre les trois axes peut varier selon les régions, ce qui explique les différences observées.

Source : InVS



[581] L'activité de surveillance est la plus significative dans la grande majorité des régions, souvent entre 40 et 50 % du temps passé. Les chiffres moyens sont cependant moins contrastés, la surveillance représentant en moyenne 38 % de l'activité, à peine devant le chiffre moyen d'activité de 36 % relatif à la veille et à l'investigation. Ceci s'explique par des écarts entre régions qui sont particulièrement significatifs dans ce champ de la veille (de 15 à 63 %) ; c'est l'activité principale pour 4 régions seulement dont Ile-de-France et Rhône-Alpes mais avec pour ces deux régions des taux supérieurs à 60 % qui tirent la moyenne vers le haut. (Pour **l'Ile de France**, le coronavirus explique en 2013 une grande part de cette proportion de la veille et de l'alerte avec près de 100 signaux liés à cette émergence dans l'année. En 2014, Ebola aura vraisemblablement induit le même type de profil d'activité).

[582] Les études représentent en moyenne un quart de l'activité.

1.2 Part des activités programmées/non programmées

[583] La majorité de l'activité paraît en général programmée. Des contextes particuliers conduisent parfois à une inversion des proportions (ex Rhône-Alpes en 2013). L'activité de surveillance qui domine dans la plupart des régions est de fait largement programmée, comme une part des études qui, si elles ne le sont pas toujours au stade initial, le deviennent lorsqu'elles demandent un investissement dans la durée.

[584] En ce qui concerne veille et alerte, si une part relève naturellement de l'alerte et de l'urgence, certains travaux relèvent de la programmation (exploitation pour la veille des systèmes de surveillance, élaboration d'outils méthodologiques pour conduire les investigations ...).

[585] La capacité de faire vivre les systèmes de surveillance ou de conduire des études approfondies est étroitement conditionnée au poids de l'alerte non programmée, dont le volume peut obérer le reste des travaux. L'importance des signalements de Mers Coronavirus puis la mobilisation autour des possibles cas de fièvre Ebola ont ainsi largement mobilisé la CIRE Ile de France-Champagne-Ardenne en 2013 et 2014, réduisant sa disponibilité auprès des équipes de veille et sécurité sanitaire pour le tout venant de l'alerte et les travaux de moyen terme.

Cire	Activités non programmées	Activités programmées	Valorisation
Antilles-Guyane	34 %	61 %	5 %
Aquitaine	30 %	65 %	5 %
Auvergne	30 %	65 %	5 %
Bourgogne Franche-Comté	30 %	65 %	5 %
Bretagne	20 %	70 %	10 %
Centre	35 %	53 %	12 %
Ile de France Champagne Ardenne	60 %	30 %	10 %
Languedoc-Roussillon	20 %	74 %	6 %
Limousin- Poitou Charentes	21 %	74 %	5 %
Lorraine-Alsace	35 %	60 %	5 %
Midi-Pyrénées	30 %	65 %	5 %
Nord- Pas de Calais - Picardie	30 %	65 %	5 %
Normandie	24 %	65 %	11 %
Océan Indien	20 %	65 %	15 %
Pays de la Loire	30 %	65 %	5 %
Rhône Alpes	60 %	35 %	5 %
Sud	30 %	60 %	10 %

Source : Données nationales InVS parfois redressées par la mission au vu des rapports d'activité des régions enquêtées (notamment Rhône-Alpes et Ile de France).

Tableau 15 : Répartition de l'activité 2013 des Cire par activités programmées et non programmées (en %)

Activités non programmées	32 %	[21-35]
Activités programmées	61 %	[60-74]
Valorisation	7 %	[5-15]

1.3 Nombre et nature des signaux et dossiers

1.3.1 Volume des signaux traités par les CIRE et part de l'activité de la plateforme d'alerte et de veille associant les CIRE

[586] Les données disponibles ne permettent pas toujours aisément d'apprécier la part d'implication des CIRE dans l'activité générale de la plate forme et dans la masse totale des signaux reçus par le point focal régional qui draine l'ensemble des signaux (numéro de téléphone régional, boîte mail alerte ...). Cette analyse n'est pas conduite systématiquement dans les rapports d'activité et les CIRE comme les CVAGS n'ont pas véritablement cherché à définir cette proportion. L'insuffisante exhaustivité des systèmes d'information rend de telles évaluations délicates¹⁹⁸. Cette donnée permettrait pourtant de mieux apprécier à quel point les CIRE sont ou non impliquées et de disposer d'éléments comparatifs qui manquent aujourd'hui et conduisent à introduire dans l'appréciation de la suffisante ou insuffisante sollicitation des CIRE un caractère très subjectif¹⁹⁹. Parallèlement, cependant, les critères de sollicitation des CIRE ont été affinés et précisés²⁰⁰ et pourraient permettre d'objectiver cette appréciation.

[587] Il faut tout d'abord souligner que certains des signalements reçus par les points focaux n'ont en aucune façon à être traités par la CIRE. Certains ne constituent d'ailleurs même pas des signaux (bulletins météo ...). Les évènements affectant le fonctionnement des établissements sanitaires ou médico-sociaux doivent être systématiquement signalés au point focal régional mais ne constituent pas tous des signaux à enjeu sanitaire. Certains signaux concernent par exemple des fugues de personnes âgées ou de personnes hospitalisées en établissement psychiatrique, d'autres affectent la sécurité ou la continuité des soins mais ne leur sont pas directement associés (grève, disparition de matériels ...).

[588] Parmi les signaux sanitaires par ailleurs, un nombre assez significatif ne justifie pas un investissement de la CIRE dans la mesure où l'analyse et les décisions de gestion de ces situations ne nécessitent pas de regard épidémiologique ni d'investigations de cette nature : on peut à cet égard citer les tensions sur l'offre de soins, certains évènements indésirables liés à l'organisation des soins, aux pratiques ou aux produits de santé ...

[589] Dans ces deux premières configurations, la plateforme transmet en général l'information et la gestion de la situation aux équipes en charge de l'organisation des soins, de la qualité ou de l'inspection contrôle ou à des acteurs spécialisés dans les vigilances.

¹⁹⁸ Selon la responsable de la CIRE Ile de France : « il est très difficile d'estimer la part des sollicitations de la Cire sur les signaux reçus au point focal, car il n'y avait, jusqu'à présent, aucune trace écrite des signaux à suivi partagé. »

¹⁹⁹ En 2015, afin d'améliorer l'exhaustivité et le suivi des signaux pour lesquels la Cire Nord-Pas de Calais est intervenue, il a été décidé avec la CVAGS que ces derniers seraient codés « signal prioritaire » dans SIVSS qui recensera de surcroît plus exhaustivement les signaux, les autres étant codés « signal habituel ».

²⁰⁰ Protocole : "Du traitement du signal à l'alerte sanitaire de santé publique au sein de l'InVS". InVS, avril 2013.

- [590] Les CIRE ne sont donc potentiellement concernées que par une fraction des signaux reçus par le point focal régional, les événements liés à la survenue d'une maladie ou environnementaux et susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population. C'est la façon dont les CIRE sont associées ou non aux signaux qui potentiellement rentrent dans leur champ d'intérêt qui mérite ici d'être analysée. Lors des entretiens, les responsables de CIRE ont généralement estimé à 10 % la part des signaux du PFR ayant mobilisé la CIRE.
- [591] Parmi ces signaux dont le champ est partagé entre CIRE et CVAGS, tous ne nécessitent en effet pas d'impliquer la CIRE. Dans le champ des pathologies, qu'elles soient ou non à déclaration obligatoire²⁰¹, la CIRE n'a pas vocation, sauf émergence, à se mobiliser sur des situations individuelles qui ne demandent souvent qu'une gestion directe (ex de la tuberculose ou de la gale). Elle intervient en général sur des cas groupés ou des clusters spatio-temporels. Elle n'est de surcroît que rarement impliquée lorsque l'évaluation et la gestion des situations sont protocolisées et nécessitent un traitement rapide. Les signalements de maladie à déclaration obligatoire (MDO) ne justifient ainsi pas, la plupart du temps, d'intervention des CIRE. En ce qui concerne les situations environnementales, elle intervient lorsqu'il est nécessaire de disposer d'une vision épidémiologique ou d'une évaluation quantitative des risques et non quand la seule expertise technique des ingénieurs santé-environnement est suffisante (*Cf. infra* analyse de la valeur ajoutée de l'intervention de la CIRE en matière de veille et alerte).
- [592] En 2013, le point focal régional de l'ARS Languedoc-Roussillon a reçu 2452 signaux²⁰². Les sources les plus importantes de signaux sont les maladies à déclaration obligatoire (737) puis les expositions environnementales (596). Viennent ensuite les pathologies hors MDO (478), les événements indésirables dans les établissements (213) et les événements de sécurité civile (207). L'essentiel de ces signaux étaient tracés dans la main courante mise en place par la CVAGS mais seuls 600 étaient inscrits dans le système d'information partagé Orages, sans doute non exhaustif.
- [593] La même année, la CIRE Languedoc-Roussillon a été sollicitée à 90 reprises en appui aux situations d'alerte (expertise sur les signaux, investigations, avis et conseils)²⁰³. Dans 61 cas, cela s'est fait à l'initiative de l'ARS, dans 7 cas par auto-saisine, 10 cas sur demande de l'InVS et enfin 12 cas sur demandes d'autres acteurs (réseau IN, secteur travail ...). Ces sollicitations ont mobilisé 1,5ETP au cours de l'année.
- [594] Seule une estimation grossière de la proportion des situations ayant mobilisées la CIRE est possible avec des données aussi agrégées. Parmi les signaux reçus par le PFR, au moins 1811 entraient dans le champ de la CIRE. La CIRE a estimé à 700 environ les signaux potentiellement éligibles à une intervention parce que requérant une évaluation de la menace et non une gestion directe.

	Total des signaux reçus au PFR L-R	Signaux sanitaires ou environnementaux	Signaux potentiellement éligibles nécessitant une évaluation
Nombre de signaux	2452	1811	700
Interventions de la CIRE	90	90	90
Rapport	3,7 %	5 %	13 %

²⁰¹ Parmi les maladies à déclaration obligatoire, deux seulement ne sont pas infectieuses : le saturnisme et le mésothéliome.

²⁰² Données de la CVAGS fournies par l'ARS.

²⁰³ Rapport annuel d'activité de la CIRE Languedoc-Roussillon.

- [595] S'y ajoutent les cas graves (grippe en réanimation) ou émergents (chikungunya, dengue) apparus dans les systèmes de surveillance qui mobilisent la CIRE puisqu'elle est par définition en première ligne sur ces signaux dont elle évalue d'emblée la menace, qui n'apparaissent pas par conséquent au titre des sollicitations mais peuvent, à l'inverse, alimenter le PFR. Le responsable de la CIRE Languedoc Roussillon estimait que ces signaux représentaient un nombre au moins équivalent à ceux des sollicitations pour signaux arrivés d'abord au PFR. Cela conduirait à une proportion légèrement supérieure à 20 % des signaux potentiellement éligibles à une évaluation de la menace.
- [596] En Rhône-Alpes²⁰⁴, 2 152 signaux sont arrivés à la plateforme en 2012 et ont été enregistrés sur Orages ; la CIRE a été sollicitée dans 104 cas. Les proportions sont équivalentes à celles du Languedoc-Roussillon en 2013.
- [597] La responsable de la CIRE Rhône-Alpes a détaillé ces chiffres en précisant à partir d'orages la part des signaux 2012-2014 pour lesquels la CIRE a été sollicitée formellement par l'ARS soit 4 % (un peu moins de 2 signaux par semaine, essentiellement des cas groupés et des phénomènes inhabituels qui sont très rares mais consomment beaucoup de temps), avec une vraisemblable sous-estimation de cette proportion liée au fait que les signaux environnementaux peu nombreux mais consommateurs de temps et les investigations réalisées dans ce cadre sont sous-déclarées dans Orage. S'y ajoutent là encore les signaux qui arrivent dans Orages et sur lesquels la CIRE intervient dans le cadre de la surveillance ou d'un signalement régionalisé (MDO, cas groupés d'IRA-GEA en EHPAD, intoxications au monoxyde de carbone ...) : cela concerne environ 700 signaux par an. Cette activité de suivi des signaux arrivant sur Orages est à mi-chemin entre la veille et la surveillance : elle consiste à vérifier que les informations sont complètes, identifier des cas groupés, orienter les demandes d'information complémentaires et les investigations le cas échéant. L'intervention globale de la CIRE au titre de ses missions d'appui à la veille et alerte ou de surveillance serait donc supérieure à un tiers des signaux du PFR.
- [598] En 2013, 99 interventions CIRE sur sollicitation ont été recensées pour le Nord Pas de Calais (dont 47 pour les cas suspects d'infection à Mers-Cov) pour 794 signalements sanitaires enregistrés dans Orages²⁰⁵ et 30 pour la Picardie (dont 7 infections à Mers-Cov) pour 534 signalements sanitaires enregistrés dans Orages. Cela conduit à une proportion de près de 10 % des signaux que l'on peut qualifier d'éligibles car nécessitant une évaluation.
- [599] Pour commenter ces données, différents éléments doivent être soulignés :
- D'une part, la CVAGS elle-même ne traite véritablement qu'une part des signaux du PFR : certains, plaintes, vigilances, sont simplement tracés et réorientés. Pour d'autres, bien qu'ils soient orientés vers d'autres services, la CVAGS peut garder un rôle de suivi et de pilotage pour garantir le traitement du signal mais n'intervient pas au premier chef.
C'est pour préciser le niveau requis d'intervention que la CVAGS de l'ARS Languedoc-Roussillon a établi une typologie des signaux et défini pour chaque catégorie des modes spécifiques de prise en charge.
 - D'autre part, les interventions de la CIRE concernent en général plusieurs signaux puisque les cas groupés constituent un critère privilégié de son intervention.
 - Enfin, l'investissement de la CIRE ne peut s'apprécier au seul vu d'un recensement quantitatif de ces interventions, celles-ci étant très disparates, allant de quelques heures à plusieurs mois d'action. La plupart des CIRE ne recensent d'ailleurs pas les interventions inférieures à une heure, qui, résultant de la demande de conseil d'un collègue ou d'une demande d'information, sont pourtant une part significative de leur quotidien comme cela ressort des visites sur site.

²⁰⁴ Source : Note de programmation du DCAR-InVS pour 2014, données à l'appui d'une demande de renforcement des moyens de la CIRE Rhône-Alpes.

²⁰⁵ A priori les signalements sanitaires arrivés aux PFR sont enregistrés de manière exhaustive dans Orage dans les 2 régions ce qui n'est pas le cas en région Languedoc-Roussillon.

- [600] De nombreux exemples d'investigations se déroulant sur plusieurs semaines voire plusieurs mois et mobilisant parfois plusieurs épidémiologistes ont été rapportés à la mission, notamment dans le champ des risques environnementaux²⁰⁶. Il semblerait d'ailleurs que les signaux environnementaux qui mobilisent la CIRE ne soient qu'imparfaitement pris en compte, faute d'enregistrement systématique dans les systèmes d'information, avec donc un effet de sous-estimation du temps consacré aux signaux par les CIRE en se basant sur les seuls ratios permis par l'exploitation des SI²⁰⁷.
- [601] Il est difficile d'apprécier si cette proportion est légitime compte tenu des situations rencontrées, ou s'il y aurait sous-utilisation des compétences de la CIRE comme le suggèrent certains responsables. Le sentiment que les CIRE ne sont pas aussi sollicitées qu'elles le devraient par les CVAGS fonde une grande partie des débats autour de la responsabilité des CIRE et de l'InVS en région et ont engendré le souhait de voir l'InVS en responsabilité systématique de l'évaluation du signal.
- [602] L'analyse de l'investissement actuel des CIRE dans l'activité de la plateforme est donc un point important pour nourrir les réflexions sur le partage entre CIRE et CVAGS de la responsabilité d'évaluation des signaux. Les proportions décrites supra montrent qu'il est sans doute illusoire de vouloir charger les CIRE de l'évaluation de l'ensemble des signaux et qu'une montée en puissance significative ne pourrait que poser des questions de faisabilité comme le souligne tout particulièrement la situation en Ile de France. Confrontée à près de 6000 signaux, la CIRE Ile de France a renoncé depuis 2012 à les « veiller » tous en parallèle à la CVAGS et à co-instruire l'ensemble des signaux ; elle n'intervient plus que sur sollicitation de la cellule de veille, dans le cadre d'une procédure dite « des signaux à suivi partagé », ou d'autres acteurs, dont l'InVS. La décrue forte du nombre de sollicitations en 2014 montre pourtant le risque d'un tel choix pour l'implication de la CIRE si la CVAGS privilégie un traitement autonome des signaux²⁰⁸.
- [603] L'organisation de la plateforme et l'attitude des équipes CVAGS doivent de fait garantir que les signaux répondant aux critères de mobilisation de la CIRE parce que complexes, émergents ou susceptibles d'acquérir une dimension supra-régionale lui sont bien soumis. C'est l'enjeu de l'affinement des critères de mobilisation dans les guides de l'alerte successifs et dans le protocole de l'InVS d'avril 2013 comme de l'élaboration de protocoles de coordination régionaux (cf. annexe 1). Il importe en effet, qu'au-delà des orientations nationales, leur déclinaison régionale et les échanges entre équipes créent peu à peu du consensus sur les critères du travailler ensemble. Nombre d'équipes régionales sont parvenues à une vision proche des règles de coopération. Il demeure des points d'accroche, certaines CVAGS estimant souvent compte tenu du parcours de leurs responsables ou des médecins pouvoir gérer seules la totalité des étapes d'analyse d'un signal.²⁰⁹ Il y a là un enjeu important de pédagogie de la part de l'InVS vers les équipes et les directions d'ARS, avec la nécessité de retours d'expérience vers les ARS quant aux risques de non sollicitations de la CIRE.

²⁰⁶ Par exemple, la pollution des ressources en eau par les ions perchlorates en Nord-Pas de Calais qui a impacté durant plusieurs mois l'InVS (Cire et DSE) pour l'évaluation du risque et l'ARS (CVAGS et DSE) pour la gestion du risque ; en Ile de France, les dossiers environnementaux induisent presque toujours un temps de travail supérieur à une demi-journée et la moitié d'entre eux mobilisent la CIRE plusieurs semaines voire plusieurs mois avant clôture.

²⁰⁷ Constat formulé en Rhône-Alpes mais, de fait, les signaux environnementaux sont inégalement pris en compte dans les SI de la veille (Orages ou woozalerte) dans les différentes régions, dans la mesure où ils restent en général traités en DT, avec un pilotage de la cellule régionale de veille et alerte et une traçabilité inégaux.

²⁰⁸ Cette dépendance à l'égard des sollicitations de la CVAGS donne aux équipes de la CIRE le sentiment que le balancier est allé trop loin et qu'ils ont grandement perdu en visibilité. Les saisines interviennent selon eux trop tard.

²⁰⁹ Cf une remarque du protocole "Du traitement du signal à l'alerte sanitaire de santé publique au sein de l'InVS", InVS, avril 2013, soulignant la nécessité de former les membres des CVAGS aux critères de sollicitation des CIRE explicités dans ce protocole et les guides successifs de la veille et de l'alerte en formation initiale CVAGS.

[604] Le cas de l’Ile de France présente des particularités en termes de volume d’activité et de choix d’organisation. Ici ou là dans les autres régions enquêtées, les équipes des CIRE ont fait part à la mission de tel ou tel loupé : non sollicitation, implication trop tardive, auto-saisine nécessaire. Mais ces situations semblent en définitive relativement circonscrites ; tant le parallélisme quasi-systématique des veilles - un veilleur des signaux pour chaque institution - que les protocoles de coordination mis en place et la généralisation de réunions hebdomadaires plus formalisées s’ajoutant aux contacts informels fréquents réduisent les difficultés de coordination comme au final, les risques de non association de la CIRE aux signaux justifiant son professionnalisme.

[605] Les entretiens ont montré une bonne appropriation des critères de sollicitation, spontanément cités par les CIRE comme par les équipes de CVAGS interviewées. Les CIRE sont donc le plus souvent associées à l’essentiel des signaux qui méritent leur intervention, soit immédiatement soit sur interpellation de leur part ou auto-saisine²¹⁰. La question est peut-être avant tout celle du moment opportun de saisine, pour que la valeur ajoutée de la CIRE puisse jouer à plein – cf *infra*.

1.3.2 Nature des signaux traités

Tableau 16 : Nature des signaux traités en 2013 par les CIRE

Nature des signaux en 2013	Nombre de signaux totaux	Infectieux dont émergences	Environnementaux	Autres (SCI...)
Ile de France-Ch-Ard	200 (dt 100 coronavirus)	88 % (dt 50 % coronavirus)	12 %	
Languedoc-Roussillon		72 %	20 %	8 % (SCI, ST, syst surveillance)
Rhône-Alpes		92 %	?	?
Lorraine-Alsace		nd	nd	
Bourgogne-Franche-Comté		50 %	32 %	18 % (9 ST et 9 MChr)
Nord-Pas de Calais	75 plus 61 signalements coronavirus ou grippe aviaire	80 %	17 %	

Source : Rapports d’activité des CIRE, part non programmée de l’activité

Ces données soulignent la part très prédominante, en général, des signaux infectieux dans l’activité des CIRE en matière d’appui à la veille et à l’alerte, le 2^e volet, important mais très en retrait, sauf exception, étant l’environnement. La composition des équipes de CIRE peut expliquer certaines situations atypiques, comme en Bourgogne-Franche Comté où le responsable est ingénieur du génie sanitaire. Ce sont les deux champs « historiques » d’investissement de l’InVS et partant des CIRE, et cela reflète aussi la part dominante (cf. *infra*) des ARS dans la mobilisation des CIRE. En effet, les sollicitations émanant d’autres acteurs, par exemple du champ du travail, sont encore assez rares. Il faut d’ailleurs noter à cet égard, qu’historiquement, les CIRE n’ont pas toujours été impliquées dans les activités de veille et surveillance de l’InVS relatives à la santé au travail et qu’une

²¹⁰ 7 % encore des sollicitations en Languedoc-Roussillon. Cette proportion a vocation à baisser si les protocoles de coordination régionaux sont mis en œuvre. Celui de Languedoc-Roussillon était en cours de finalisation lors du passage de la mission.

organisation en partie parallèle a pu être mise en place avec, dans certaines régions, par exemple Midi-Pyrénées ou PACA, des référents santé au travail animés directement par le département santé au travail de l'Institut. Ce point mérite sans doute d'être examiné dans le cadre de la réflexion générale sur la structuration territoriale du nouvel institut.

- [606] Cependant, les circonstances locales ont parfois conduit à des liens renforcés entre ARS-CIRE et les services de santé au travail et à la mise en place de Groupes d'alerte Santé-Travail, GAST, nés d'une initiative Aquitaine. Aussi, certaines CIRE ont peu à peu développé le traitement de signaux émanant directement des acteurs du champ du travail et non du point focal régional.

1.4 Source des sollicitations de la CIRE (signaux, études)

- [607] Relais des missions de l'InVS en région, les CIRE répartissent leur activité entre mise en œuvre des actions et programmes nationaux et réponses aux sollicitations des acteurs régionaux et en tout premier lieu des ARS. Les directions générales d'ARS cernent mal et parfois sous-estiment la part de l'activité des CIRE répondant à des besoins régionaux par rapport à une activité qui découlerait d'orientations nationales. Elles ont par ailleurs tendance à minimiser l'apport régional des programmes nationaux de surveillance, considérant parfois qu'il s'agit d'un travail pour le seul InVS. Certaines régions savent pourtant tirer parti des outils de surveillance pour l'orientation de la politique régionale (cf. *infra* la valeur ajoutée des CIRE dans le champ de la surveillance).

1.4.1 La part des différents acteurs dont les ARS dans les sollicitations non programmées

- [608] Pour apprécier le poids des sollicitations régionales dans l'activité des CIRE, les rapports d'activité apportent une première donnée, **la part des différents acteurs dont les ARS dans les sollicitations non programmées**. Dans la mesure où il s'agit pour la plupart des cas de signaux à traiter ou d'études non programmées, la part des ARS est largement dominante. La baisse des sollicitations issues de l'ARS doit nécessairement interroger : ainsi la chute de cette proportion de 60 à 30 % en Ile de France entre 2013 et 2014, en écho aux difficultés d'articulation entre CIRE et CVAGS évoquées *supra*.
- [609] Dans certains cas, l'initiative vient de l'InVS qui, alerté par un signal reçu au niveau national (qu'il soit purement régional ou inter-régional), demande aux CIRE d'investiguer. Il s'agit par exemple d'informations reçues par l'Institut et émanant de centres nationaux de référence qui témoignent de la présence d'éléments pathogènes inquiétants à prendre en charge rapidement. Parfaitement légitime, ce circuit national est parfois source de tensions entre CIRE et CVAGS : les CIRE investies par le niveau national n'ayant pas toutes le réflexe d'informer/impliquer immédiatement l'équipe de veille régionale, ce qui n'est évidemment pas satisfaisant.

Tableau 17 : Part des ARS, de l'InVS et des autres acteurs dans les sollicitations non programmées en 2013

Source des sollicitations	ARS	InVS	Autres
Régions			
Ile de France Champagne-Ardenne	70 %		30 %
Languedoc-Roussillon	67,8 %	11,1 %	13,1 %
Rhône-Alpes	80 %	10 %	10 % (auto-saisines ou signalants en direct)
Lorraine-Alsace			
Bourgogne-Franche-Comté	84 %		
Nord-Pas-de-Calais	72 %	17,5 %	11,5 % (systèmes de surveillance)

Source : Rapports d'activité, en général "sollicitations ayant généré plus d'1h de travail"

1.4.2 Sollicitation des ARS dans les actions programmées

[610] Il est à l'heure actuelle plus difficile de mesurer la part des différents acteurs dans les demandes d'études ou d'expertises programmées que l'on pourra qualifier de saisines, faute de données standardisées et systématiques sur le sujet. A côté des saisines externes, une part significative des études ou expertises conduites résulte d'une auto-saisine de l'InVS ou de la rencontre de besoins régionaux et d'une dynamique nationale (ex suicides, GEA et IRA dans EHPAD).

[611] L'analyse des programmes des CIRE comme celles des saisines recensées nationalement par le DCAR donne cependant des informations. Avec la création des ARS, les demandes d'évaluation d'un risque sanitaire ont été formalisées sous forme de saisines adressées à la direction de l'InVS, et ensuite instruites au même titre que les autres saisines au travers d'un processus de validation des saisines. Ces saisines portent essentiellement sur le domaine infectieux, la santé environnementale et les maladies chroniques. Il faut cependant noter que nombre d'études découlent d'un signal régional et ne sont pas programmées, au moins initialement.

[612] Dans le tableau national de suivi des saisines de l'InVS, 27 saisines scientifiques sont directement recensées comme étant issues des ARS en 2013²¹¹ pour 23 autosaisines²¹², 10 saisines ARS en 2014 ; elles sont sans doute un peu plus nombreuses selon le DCAR, une partie de saisines environnementales signalées « Département santé environnement » (DSE) de l'InVS émanant, en fait, conjointement des ARS et du DSE (d'où 31 saisines impliquant les ARS dénombrées au total en 2013 et 21 en 2014).

²¹¹ Par exemple une étude d'imprégnation sur le saturnisme en Guyane ou une étude dite Métaeurop dans le Nord-Pas-de-Calais sur le saturnisme infantile.

²¹² Dont 8 pour la CIRE Océan Indien

- [613] Ce tableau comme l'analyse des programmes des régions visitées témoignent de la disparité des sollicitations régionales²¹³ et sans doute plus largement de l'hétérogénéité des modalités d'élaboration des programmes de CIRE en dépit d'un cadre commun de programmation (préparation par la CIRE, comité de pilotage annuel conjoint InVS-ARS ...). Tant les programmes eux-mêmes que les échanges de terrain illustrent la variabilité de l'implication de l'ARS dans ce travail de programmation, que ce soit au niveau de leur direction générale ou de leurs équipes, de son fait ou de celui, parfois, du responsable de CIRE n'encourageant pas cette implication. Le lieu de rencontre régionale des différents besoins ou projets est normalement le comité annuel de pilotage de la CIRE co-présidé par la direction de l'InVS et le directeur général de l'ARS. Le programme de la CIRE doit y être validé. Cette instance ne se réunit toutefois pas toujours avec une périodicité et un niveau de représentation de l'ARS satisfaisants, affaiblissant potentiellement la capacité de l'ARS de faire part de ses priorités. Il semble important que cette réunion annuelle se tienne au plus haut niveau tant de la part de l'ARS que de l'InVS.

2 CARACTERISATION DE L'APPORT DES CIRE : VALEUR AJOUTEE D'UNE STRUCTURE PILOTEE SCIENTIFIQUEMENT PAR L'INVS ET IMPLANTEE FONCTIONNELLEMENT AU SEIN DES ARS

- [614] Au-delà de l'analyse quantitative de l'activité des CIRE, de leurs champs d'investissement et des origines de leurs sollicitations, il importe de caractériser leur apport en tant que structure régionale animée scientifiquement par l'InVS mais implantée au sein des plateformes de veille sanitaire des ARS. Cet apport doit être analysé au regard des besoins des deux parties prenantes, ARS et InVS. Il doit être étudié dans chaque grand type d'activité, chacune mettant en jeu des atouts différents et justifiant différemment la dualité régionale d'acteurs (CIRE-CVAGS) comme leur proximité.

2.1 Apport pour les ARS de l'implantation en leur sein d'une structure pilotée scientifiquement par l'InVS

- [615] L'apport des CIRE aux ARS est différent selon la nature des activités. Mais on constate aussi que les différents acteurs des ARS n'ont pas la même perception de cet apport et focalisent sur des éléments distincts de valeur ajoutée.

2.1.1 Un apport méthodologique et scientifique bien perçu par les cellules de veille et alerte

- [616] La veille et l'alerte constituent en général le 2e volet d'action des CIRE, très près derrière l'activité de surveillance. Dans quelques régions – Rhône-Alpes ou Ile de France - c'est en revanche un secteur dominant.
- [617] L'apport qualitatif des CIRE peut être approché au travers des témoignages recueillis lors des déplacements mais aussi au travers d'un certain nombre de cas mettant en lumière les "plus" apportés par une intervention de la CIRE.

²¹³ Le tableau des saisines de 2013 fait ainsi apparaître 5 saisines pour ARS/CIRE Bourgogne-Franche Comté sur 27, 4 pour ARS/CIRE Ile de France, 4 pour ARS/CIRE Alsace-Lorraine

- [618] C'est le secteur qui fait le plus débat entre ARS mais aussi celui qui offre des appréciations différenciées au sein même des ARS entre équipes de direction et équipes de veille. Le point de vue des équipes de veille, qui côtoient au quotidien les CIRE, est le plus souvent positif parmi les régions entendues par la mission et la complémentarité de leur travail est clairement ressentie. Ce n'est toutefois pas un point de vue unanime. Les directions générales soulignent moins en général cet apport pour elles moins directement perceptible. Une note récente du bureau des DG d'ARS relève cependant que « la grande proximité de la CIRE permet une sollicitation rapide, et facilite les échanges et le partage des outils et des connaissances entre les équipes « CIRE » et les professionnels de la veille sanitaire des ARS ne relevant pas des CIRE. »²¹⁴

2.1.1.1 Malgré quelques remises en cause, une complémentarité généralement appréciée des équipes de veille et d'autant plus nette que les interactions CIRE/CVAGS ont été pensées/protocollées

- [619] **Dans plusieurs régions visitées ou entendues par la mission, les acteurs de la veille et de la sécurité sanitaire de l'ARS ont souligné l'apport de la CIRE à leurs côtés.** Ce point de vue émanait aussi bien d'acteurs expérimentés de la veille et de l'alerte que d'acteurs plus novices, par définition plus dépendants de l'expert épidémiologiste. Le départ progressif de professionnels rodés à la VSS, et notamment de MISP, moins nombreux aujourd'hui en ARS²¹⁵, risque d'ailleurs vraisemblablement d'accroître cette catégorie de professionnels.
- [620] L'apport des CIRE était clairement lié dans ces témoignages à la complexité ou au caractère inhabituel des signaux à évaluer et investiguer, les signaux classiques faisant en général l'objet de protocoles de prise en charge, de procédures types bien appropriées par les équipes. Une infirmière de l'ARS Languedoc-Roussillon, travaillant en délégation territoriale (DT), résume ainsi la répartition des tâches: "la CVAGS, c'est des procédures; la CIRE, c'est du scientifique".
- [621] Il s'agissait en général d'un appui à l'évaluation des signaux complexes ou de la coordination des investigations lourdes (nombre de cas, dimension interrégionale, pathologies rares ou émergentes, syndromes collectifs inexpliqués ...). Le professionnalisme de l'épidémiologiste - méthodologie de l'épidémiologie descriptive et analytique, évaluation quantitative des risques, exploitation de bases de données et d'outils d'analyse de données, dépouillement de la littérature...- est alors mis en avant ainsi que l'impossibilité ressentie par les équipes de veille de pouvoir, elles, accomplir ce travail demandant temps et appui sur un réseau national d'actualisation des connaissances. En Bourgogne, la CVAGS indique être du ressort de la CIRE les "signaux atypiques, qui nécessitent du temps, de l'expertise, une bibliographie, une capacité à communiquer sur le risque".
- [622] Est ainsi valorisé le fait, dans une situation d'urgence, de pouvoir s'appuyer sur un acteur un peu en retrait, dédiant une part significative de son temps à l'entretien de ses connaissances, capable de faire les recherches nécessaires pendant que l'acteur ARS engage les mesures conservatoires de gestion et est absorbé par l'urgence.
- [623] Est également souligné l'apport des dispositifs de surveillance pour, soit repérer un signal, soit le mettre en perspective, notamment dans le champ des maladies à déclaration obligatoire, dont une partie est aujourd'hui régionalisée, ou grâce au dispositif de surveillance non spécifique SurSaUD.

²¹⁴ Note de position du bureau des directeurs généraux d'ARS sur l'éventuelle structuration territoriale de l'institut de santé publique, décembre 2014

²¹⁵ Le corps des MISP a connu une baisse de près de 11 % entre avril 2008 et octobre 2014. Les perspectives sont d'une tonalité équivalente, compte tenu de la pyramide des âges actuelle – 25 % des MISP ont plus de 60 ans-, du nombre d'agents détachés sur des fonctions ne relevant pas du ministère – 25 %- et des difficultés de recrutement de plus en plus prononcées.

- [624] La mobilisation rapide des directions scientifiques de St-Maurice et de leur expertise pointue grâce à la médiation de la CIRE et à son travail préliminaire de dégrossissage des situations et de ciblage des questions est une autre facette appréciée.
- [625] De façon moins instructive pour l'analyse d'une valeur ajoutée mais néanmoins significative, les acteurs de la veille soulignent aussi la solidarité entre équipes qui permet, en cas de coup dur, (crise, investigation lourde ...), et au-delà de l'apport méthodologique et scientifique, de bénéficier de renforts immédiats et professionnels. Les personnels de la CVAGS bourguignonne soulignent que le travail est "toujours complémentaire, jamais redondant". Mais ils reconnaissent aussi qu'en cas "de coup dur et d'insuffisance des effectifs, chacun fait le travail de l'autre pour donner un coup de main", et qu'en cas de besoin, les structures peuvent être "substituables".
- [626] Les professionnels de la VSS soulignent donc l'intérêt d'un partenaire disponible rapidement, facile à solliciter grâce à la proximité, pour conforter une analyse ou une démarche méthodologique - d'où le nombre élevé de sollicitations nécessitant moins d'une heure d'intervention de la CIRE- et suffisamment solidaire pour accepter, au cas par cas, d'apporter une aide dépassant les limites strictes de son rôle d'expert. Ils apprécient d'avoir un appui disposant, à la fois, d'une technicité professionnelle différente et d'une capacité de recul et de travail dans une temporalité moins dominée par l'urgence et le poids de la gestion. La conjonction de ces deux éléments est essentielle parce que, on le verra, certains acteurs de CVAGS ayant acquis une compétence en épidémiologie estiment pouvoir se passer de la CIRE.
- [627] Les acteurs de CVAGS qui tirent le meilleur bénéfice de la CIRE sont ceux qui intègrent l'idée d'un rôle et d'une temporalité différente entre CIRE et CVAGS et admettent les limites de leur propre rôle en dépit de compétences parfois partagées. Ils ne raisonnent pas en termes de compétences - « j'en suis capable ou non »- mais en termes de priorités d'investissement, leur priorité étant de gérer une situation au plus vite en s'appuyant sur les connaissances et les méthodes proposées par l'expert CIRE/InVS. Cette complémentarité est d'autant plus nette que chacun a pensé et défini l'apport de l'autre en routine mais aussi en exception (situations justifiant de dépasser les frontières habituelles de répartition des tâches) : c'est l'enjeu de tout le travail de clarification des critères d'intervention des CIRE entrepris au fil des différents guides sanitaires par l'InVS et de ses traductions sur le terrain au travers des protocoles de coordination qui se sont généralisés progressivement. C'est également l'enjeu des bonnes pratiques du travail en commun (point hebdomadaire, échanges informels fréquents ...) fondamentales pour optimiser au cas par cas l'implication des uns et des autres (*cf. annexe 1*). En fonction de la difficulté du signal, et avec l'éclairage des outils nationaux (*infra, annexe 4 du protocole d'avril 2013 élaboré par l'InVS sur ce thème*), les équipes se réunissent pour en évaluer ensemble la menace et la portée et définir le niveau d'intervention de chacun.

Annexe 4 : Critères de mobilisation de la plateforme

Critère de transmission d'un signal sanitaire à la Cire et de mise en place d'une réunion de plateforme
Question 1 : S'agit-il d'un événement inhabituel ou inattendu ? Pour un signal sanitaire : Le nombre de cas est-il élevé pour la période et le lieu ? S'agit-il d'une maladie inhabituelle pour la saison ou le lieu ? La gravité de la maladie est-elle inattendue ? S'agit-il d'un phénomène épidémique de cause inconnue ? Y-a-t-il une explication d'origine naturelle à l'apparition des cas ou peut-on suspecter un acte de malveillance ? Pour un signal environnemental : S'agit-il d'une exposition inhabituelle pour la saison ou le lieu ? S'agit-il d'une exposition de cause inconnue ? S'agit-il de la diffusion accidentelle ou intentionnelle d'un produit toxique dans un milieu (déversement, suspicion d'acte de <i>Répondre oui à l'un de ces critères équivaut à répondre oui à la question 1 et justifie l'appui de la Cire et la mobilisation de la plateforme</i>
Question 2 : S'agit-il d'un événement susceptible d'avoir un impact important sur la santé de la population ? Pour un signal sanitaire : Le nombre de personnes de cas, de décès ou de personnes exposées est-il élevé ? Existe-t-il un risque d'apparition de nouveaux cas ? Le nombre de personnes susceptibles d'être contaminées est-il élevé (zone de forte densité de population, zone géographique exposée étendue) ? L'événement est-il associé à un pathogène à fort potentiel épidémique (transmissibilité élevée, voies de transmission multiples) ou associé à une létalité élevée ? Y a-t-il des conditions pouvant accroître le potentiel épidémique de la maladie (grand rassemblement, catastrophes naturelles...) ? La population à risque est-elle spécialement vulnérable (personnes âgées, enfants, immunodéprimés...) ? Y a-t-il échecs des mesures de contrôles ou incapacités à déployer des mesures de contrôles ? Pour un signal environnemental : Le nombre de personnes exposées est-il élevé zone de forte densité de population, zone géographique exposée étendue) ? L'événement est-il associé à un agent à fort potentiel toxique (effets aigus, chroniques) ? Les conséquences sanitaires de l'exposition sont-elles inconnues (absence de connaissance sur la dangerosité de l'agent ou ignorance de la nature exacte de l'agent contaminant) ? S'agit-il de la diffusion accidentelle ou intentionnelle d'un produit toxique dans un milieu (déversement, suspicion d'acte de Y a-t-il des conditions pouvant accroître le potentiel toxique de l'événement (inondations, catastrophes naturelles...) ? La population exposée est-elle spécialement vulnérable (personnes âgées, enfants, immunodéprimés, femmes enceintes...) ? Y a-t-il échecs des mesures de contrôles ou incapacités à déployer des mesures de contrôles ? <i>Répondre oui à l'un de ces critères équivaut à répondre oui à la question 2 et justifie l'appui de la Cire et la mobilisation de la plateforme</i>
Question 3 : Y a-t-il un risque de diffusion et de propagation hors de la région et d'implication d'autres régions ? Pour un signal sanitaire : Des sujets ont-ils été exposés ou contaminés hors de la région ? Existe-t-il des cas dans une autres régions ? Le véhicule de transmission (aliment, médicament, objet...) ou le vecteur de la maladie (homme, animal, insecte) peut ou a-t-il circulé ou diffusé hors de la région ? L'événement s'est-il produit dans une zone de de tourisme ou de rassemblement ? Pour un signal environnemental : L'exposition peut-elle s'étendre dans le temps et/ou dans l'espace et concerner d'autres régions ? <i>Répondre oui à l'un de ces critères équivaut à répondre oui à la question 3 et justifie l'appui de la Cire et la mobilisation de la plateforme</i>
Question 4 : S'agit-il d'un événement susceptible d'entraîner un trouble à l'ordre public (notamment événement à risque médiatique) <i>Répondre oui à la question 4 justifie l'appui de la Cire et la mobilisation de la plateforme</i>

[628] **Dominante, la reconnaissance de l'apport de la CIRE n'est cependant pas unanime.**

[629] De façon évidente, une CIRE en difficulté quantitative ou qualitative de moyens suscite moins de reconnaissance de ses qualités. Le profil relatif des équipes joue également (ainsi par exemple en Ile de France la confrontation de MISP très expérimentés face à une équipe où les jeunes épidémiologistes sont relativement nombreux). Ce sont des équilibres à penser et gérer, et sans doute est-ce un point de vigilance accrue pour l'InVS dans sa gestion des équipes et des compétences.

- [630] Dans certaines CVAGS, on rencontre aussi une mise en cause de l'apport relatif d'une CIRE, toute compétente soit-elle : sans que ce constat puisse être exprimé en généralité, il semblerait que cette réticence soit souvent associée au fait que les équipes de VSS englobent ou sont dirigées par des professionnels ayant eu une expérience en CIRE et donc des compétences d'épidémiologie (Alsace, Rhône-Alpes, PACA mais exception notoire de la Bourgogne). En Alsace comme en Rhône-Alpes, les responsables régionaux de la veille sanitaire, MISP ayant exercé une partie de leur carrière en CIRE, estiment qu'à condition de disposer de moyens supplémentaires et de s'être formées à l'épidémiologie, les équipes des CVAGS pourraient conjuguer les deux rôles en s'appuyant directement sur l'InVS siège. Ils ne nient pas le besoin d'expertise mais estiment pouvoir en détenir une partie généraliste et se satisfaire d'une expertise pointue au seul niveau national. Le responsable de la veille sanitaire alsacienne considère de surcroît que c'est une indispensable condition d'attractivité des fonctions de veille dont, de fait, plusieurs acteurs régionaux ont signalé auprès de la mission le caractère exigeant et la difficulté d'entretenir les vocations.
- [631] Au-delà du débat sur la capacité d'une CVAGS d'incorporer et de préserver les capacités scientifiques d'une CIRE, certaines contestations du rôle des CIRE reposent parfois sur la mise en cause de la nécessité d'investigations très – trop ?- approfondies. L'opposition du point de vue du gestionnaire pragmatique, privilégiant la résolution rapide de la situation d'alerte, à celui de l'expert, recherchant la rigueur méthodologique pour asseoir ses hypothèses et pouvoir réellement conclure, est de fait un leitmotiv des débats entre CIRE et CVAGS, y compris dans les plateformes au fonctionnement le plus satisfaisant. C'est un axe des arguments légitimant ou au contraire niant l'apport de la dualité d'acteurs : pour l'InVS et les CIRE, l'absence de rigueur méthodologique menace la capacité à conclure et donc à traiter rapidement et efficacement les situations d'alerte, en prévenant leur récurrence. C'est un point qui mobilise fortement l'attention de l'actuelle direction de l'InVS inquiète de la reproduction parfois troublante d'alertes similaires.
- [632] Pour les équipes de la VSS des ARS, ces différences d'approche n'apparaissent pas toujours justifiées par la nécessité d'un meilleur traitement des situations. Certains gestionnaires jugent avoir géré la situation et ne pas avoir besoin de poursuivre, sans certitude de conclusion scientifique, des investigations trop longues. A plusieurs reprises, la mission a entendu ou décelé un reproche de « purisme » scientifique excessif, inutile à la gestion des situations. Parfois, même, est citée la recherche de la publication comme moteur de l'action des CIRE.
- [633] Sans doute inévitable entre deux acteurs ayant des priorités et des temporalités différentes, ce débat met toutefois en lumière la confrontation, parfois dérangeante, d'une démarche qui se veut scientifique avec un contexte de gestion d'urgence. Là encore, les points de vue sont loin d'être unanimes, d'autres responsables de VSS jugeant salutaire cette interpellation, « ils nous poussent dans nos retranchements, pour la bonne cause » déclarait un responsable de la veille, mettant en avant la sécurisation apportée par la CIRE : « sans eux, nos pratiques seraient à risque ».

2.1.1.2 Valeur ajoutée des CIRE dans veille et alerte- essai de typologie

- [634] Au total, ce qu'apprécient les équipes de CVAGS, c'est de pouvoir compter sur un acteur proche :
- Qui leur apporte un appui technique dans la conduite d'évaluations et investigations complexes mobilisant une méthodologie épidémiologique ou une approche d'évaluation quantitative des risques que la majorité d'entre eux ne maîtrisent pas.
 - Qui bénéficie des possibilités de mise en perspective apportées par les dispositifs de surveillance nationaux ou régionaux et par l'appartenance à un réseau national s'étant organisé (cf. 2.2) pour partager aisément les informations issues de différentes régions.
 - Dont le niveau de maintenance des compétences ou l'adossement aux directions scientifiques de l'InVS leur permet une bonne actualisation des connaissances.

- Dont le rôle d'expert ne devant pas, a priori, s'investir dans la gestion préserve une distance et un recul auxquels ils estiment, pour la plupart d'entre eux, ne pas pouvoir accéder, y compris s'ils disposaient d'effectifs accrus.
- Qui, en conclusion, sécurise leur gestion dans l'urgence.

[635] Les cas soumis à la mission, comme l'élaboration progressive d'une doctrine, impulsée par l'InVS, mais en partie validée par les acteurs des ARS, permettent de préciser les différentes facettes de la valeur ajoutée de l'intervention de la CIRE auprès des équipes de veille et d'alerte : ces exemples sont des indices de la valeur ajoutée des CIRE, celle-ci ne pouvant être réellement quantifiée ni approchée par des indicateurs consensuels aujourd'hui inexistants, au-delà d'indicateurs bruts d'activité et de sollicitations analysés *supra*.

- Dans les situations relativement communes, l'apport de la CIRE repose sur la rigueur des méthodes proposées et sur les chances accrues d'élucidation, ce qui est source, sur le moyen terme, d'efficacité plus grande dans la maîtrise des risques mais aussi parfois d'une efficacité supérieure des acteurs. Ainsi le cas des toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) d'importance, qui excèdent le champ familial, a-t-il été cité de façon récurrente lors des déplacements de la mission. La CIRE estime en général qu'il faut investiguer de façon approfondie, avec des questionnaires qui s'étendent à des échantillons plus importants que les seules personnes malades et avec l'utilisation de cas témoins, alors que la CVAGS n'opte pas toujours pour ces méthodes plus scientifiques et conclusives et privilégie, parfois, la gestion immédiate de la situation, quitte à ne pas avoir repéré l'aliment incriminé. « Ces investigations menées sur un nombre de sujets insuffisant et selon une approche non standardisée permettent rarement de conclure. Elles sont par ailleurs chronophages pour les équipes de veille sanitaire et les partenaires concernés »²¹⁶ (services vétérinaires par exemple). L'enjeu est, ici, le risque de non prévention de nouveaux cas éventuels et d'un traitement de court terme d'une situation imparfaitement maîtrisée dans la durée, ainsi que l'insuffisant ciblage des mesures prises par les acteurs²¹⁷. D'autres exemples de situations (shigelloses, légionelloses) traitées selon les CIRE de façon insuffisamment rigoureuse, et donc de risques non maîtrisés, ont pu être rapportés à la mission.

L'intérêt d'une méthode épidémiologique rigoureuse a été montré dans le cadre de l'épidémie de SHU en Allemagne puis en France, initialement imputée aux concombres espagnols, et dont les investigations conduites en un temps très resserré par la CIRE Aquitaine ont permis de mettre en lumière le véritable aliment pathogène (germes de céréales).

- L'implication précoce de l'équipe d'épidémiologistes permet aussi parfois d'**éviter des décisions de gestion inopportunes** : ainsi, l'exemple, cité par une CIRE, de la décision de l'ARS de lancer une campagne de vaccination importante, suite à une alerte d'hyperendémie d'infection invasive à méningocoque B, alors même que, faute d'analyse de la souche, il n'y avait pas de certitude que la vaccination soit pertinente. L'implication *a posteriori* de la CIRE et l'analyse épidémiologique ultérieure ont conduit à annuler l'arrêté initial d'extension de la zone de vaccination, la souche présente dans une partie du territoire concerné ne relevant en effet pas de cette vaccination²¹⁸.
- **Dans les situations inhabituelles et complexes, dans lesquelles les CVAGS ne peuvent pas s'appuyer sur des outils existants, la CIRE apporte**, en lien avec les directions scientifiques de l'institut, **son expertise épidémiologique** pour évaluer la situation d'alerte puis piloter et/ou conduire les investigations. Dans ces situations inhabituelles, la CIRE met à profit sa position de recul pour investir dans la bibliographie ou mobilise les compétences

²¹⁶ Cas apporté par la CIRE Languedoc-Roussillon relatif aux méthodes d'investigation des TIAC.

²¹⁷ Un exemple apporté par la CIRE Ile de France illustre cette idée : lors d'une TIAC survenue en juin 2013 à l'occasion de deux mariages alimentés par un traiteur, les enquêtes ont été menées par la CIRE et la CVAGS chacune couvrant un des deux mariages. La CVAGS n'a pas recouru à la méthode des cas témoins et à un échantillon suffisant alors que la CIRE a utilisé des cas témoins, et a trouvé l'origine de l'aliment : Il s'agissait d'oeufs espagnols ; l'alerte a ainsi pu être portée par le DUS en Espagne.

²¹⁸ Cas fourni par la CIRE Nord-Pas-de-Calais.

pointues des départements scientifiques de l'InVS. Cela peut permettre de mettre en lumière une étiologie inattendue et rare : ainsi, le repérage d'un mode rare de contamination par voie alimentaire dans un cas d'épidémie d'angine en Corse. Sans l'expertise épidémiologique de la CIRE et l'éclairage scientifique du département des maladies infectieuses sur cette modalité rare de contamination, la situation n'aurait pas été gérée de façon totalement adéquate²¹⁹.

- Aux compétences en épidémiologie s'ajoute, en général, pour une partie des épidémiologistes des CIRE, **une bonne maîtrise des techniques d'évaluation quantitative des risques**. Cette compétence fait partie du bagage initial des ingénieurs Santé-environnement des ARS mais, comme beaucoup l'ont indiqué à la mission, faute de mobilisation fréquente dans leur exercice habituel, cette compétence se défraîchit assez rapidement ; ils recourent par conséquent souvent à l'appui « expert » de la CIRE en la matière. En cas d'accident industriel, comme celui du rejet de tonnes de noir de carbone en Haute-Saône, la CIRE est mobilisée par l'ARS pour contre-expertiser l'évaluation produite par l'industriel. Face à d'autres types d'événements, la CIRE peut être amenée, en lien avec le DSE de St-Maurice, à déterminer en urgence des valeurs maximales d'exposition pour fonder l'évaluation des risques (Ex. d'une pollution de la nappe phréatique aux pesticides dans l'Yonne en 2013) ou à définir les paramètres à prendre en compte dans une évaluation des risques sanitaires (ERS) (ainsi, dans la réévaluation de l'ERS de l'usine Amétyst à Montpellier et des émissions produites par son activité, revue de la littérature pour identifier les substances traceuses à évaluer).
- Au-delà des apports méthodologiques guidant les investigations et les décisions de gestion, les pratiques des CIRE très tournées vers la production de rapports et d'écrits synthétiques contribuent à **une formalisation et une traçabilité accrues**. Il s'agit d'un apport non négligeable pour la continuité de l'action publique dans ces champs de la veille et de l'alerte.
- Participant à l'évaluation et à l'investigation des signaux parvenus au point focal régional, **la CIRE met à profit dans ce cadre les connaissances apportées par ses missions de surveillance** : complétant un signalement par l'analyse des données de surveillance, elle est en mesure de le mettre en perspective et de mieux évaluer la menace pour les cas groupés. L'analyse périodique des données issues de la surveillance est en outre susceptible de mettre en lumière des alertes non remontées au PFR (cf *infra* régionalisation des données de surveillance des maladies à déclaration obligatoire). Dans des cas, plus rares mais intéressants, les systèmes d'information de l'InVS sont à la source de l'alerte qui n'a pas été remontée au PFR : ainsi de l'incendie d'un transformateur à pyralène (à Berriac), survenu deux jours avant que la CIRE, informée par le DSE via un bulletin Cogic, n'informe à son tour l'ARS. Les conséquences sanitaires et environnementales de cet accident se sont pourtant avérées significatives à court, si ce n'est à moyen terme, et il aurait été dommageable que l'ARS ne soit pas impliquée²²⁰.
- **Dans les cas de pathologies émergentes** et de fluctuation rapide des connaissances, l'appartenance de la CIRE à une agence nationale étroitement connectée à l'actualité internationale garantit **une bonne actualisation des connaissances et une approche nationale de l'alerte avec une validation des cas homogène** (MERS-Cov, Ebola).
- Au-delà des apports scientifiques et méthodologiques, **l'implication auprès des ARS d'une structure adossée à un réseau national est aussi, plus pragmatiquement, une source de renforts éventuels rapides et efficaces** : lorsqu'au vu de la lourdeur des investigations nécessaires et de la capacité d'action de la CVAGS, il apparaît indispensable, après concertation, de conduire des investigations communes, la CIRE s'implique également fortement : lors des cas autochtones récents de Chikungunya en Languedoc-Roussillon, CIRE et CVAGS ont constitué des binômes pour investiguer au plus vite les différents cas. Au-delà de ce renfort de proximité, le réseau des CIRE peut également être mobilisé par l'InVS dans le cadre d'un dispositif d'appui en cascade bien décrit par le guide de l'alerte et

²¹⁹ Cas fourni par la CIRE PACA-Corse, également évoqué par le DG de l'ARS Corse.

²²⁰ Rapport d'activité 2013 de la CIRE Languedoc-Roussillon.

de la veille ; celui-ci met à disposition un questionnaire (infra) permettant de proportionner au plus juste les moyens d'investigation d'une alerte et de mobiliser au besoin le réseau. Cette possibilité de renfort, qui intervient relativement fréquemment en particulier dans les DOM ²²¹, offre aux ARS une capacité d'intervention modulaire dont elles disposeraient beaucoup plus difficilement sans cette articulation institutionnelle avec l'InVS.

Tableau 18 : Critères d'intervention de la CIRE

Capacité des CVAGS à investiguer une alerte de santé publique

L'investigation peut-elle être faite par le seul personnel de la CVAGS dans un délai compatible avec le degré d'urgence ?

La CVAGS a-t-elle déjà investigué ce type d'évènement ?

La CVAGS dispose-t-elle d'outils d'investigation ou de procédures écrites spécifiques à l'évènement ?

S'il est prévisible qu'un suivi de longue durée soit nécessaire, la CVAGS a-t-elle la capacité d'assurer ce suivi ?

Y a-t-il du personnel disponible, ayant les compétences épidémiologiques requises, pour réaliser une investigation de qualité ?

Cette investigation peut-elle être réalisée dans un délai compatible avec l'urgence ?

Y a-t-il des systèmes de surveillance afin d'identifier des cas ?

Répondre "non" à l'un de ces critères équivaut à répondre "non" à la question.

Si la réponse est négative, la CVAGS doit informer la CIRE. La CIRE informe alors le département scientifique de l'InVS concerné et évalue ses capacités d'investigations.

Capacité des CIRE à investiguer une alerte de santé publique

L'investigation peut-elle être faite par le seul personnel de la CIRE dans un délai compatible avec le degré d'urgence ?

La CIRE a-t-elle déjà investigué ce type d'évènement ou possède-t-elle une expérience similaire ?

La CIRE dispose-t-elle d'outils d'investigation, de procédures écrites spécifiques à l'évènement ?

S'il est prévisible qu'un suivi de longue durée soit nécessaire, la CIRE a-t-elle la capacité d'assurer ce suivi ?

Y a-t-il du personnel disponible, ayant les compétences épidémiologiques requises, pour réaliser une investigation de qualité ?

Cette investigation peut-elle être réalisée dans un délai compatible avec l'urgence ?

Répondre "non" à l'un de ces critères équivaut à répondre "non" à la question.

Si la réponse est négative, la CIRE informe l'InVS (Saint-Maurice). Ensemble, ils définissent alors les ressources nécessaires et le partage des tâches relatives à l'investigation.

Source : Guide de la veille et de l'alerte 2011 (InVS)

²²¹ Exemples : mobilisation d'autres CIRE auprès de la CIRE Antilles-Guyane confrontée à d'importantes épidémies (dengue, chikungunya) ; appui d'épidémiologistes d'autres CIRE à la CIRE Ile de France face à des cas groupés de salmonelloses ...

2.1.2 Un dispositif de surveillance sans doute insuffisamment valorisé par les ARS et qui gagnerait à s'insérer dans un dispositif global d'observation

- [636] L'activité de surveillance, qui mobilise fortement la plupart des CIRE, puisqu'il s'agit souvent –*cf. supra*– de leur premier pan d'activité, paraît pourtant moins valorisée en termes d'apport régional aux ARS, en dépit d'un mouvement volontariste de régionalisation de certains dispositifs. La mission de surveillance est parfois considérée, dans les ARS, comme une mission essentiellement nationale, au bénéfice de l'INVS, et sans retombée significative pour la politique régionale.
- [637] Certains exemples témoignent pourtant d'un apport pertinent possible pour alimenter tant les priorités d'action régionales que pour orienter vers des actions de prévention nécessaires.

2.1.2.1 Des dispositifs divers, pour lesquels un mouvement de régionalisation renforcée a été engagé, qui doit aller au bout de ses potentialités

- [638] En charge de la surveillance de la population, l'InVS a mis en place de nombreux systèmes de surveillance nationaux. Ces systèmes associent des surveillances dites spécifiques et une surveillance dite non spécifique, largement développée consécutivement à la crise de la canicule, de façon à pouvoir repérer des événements non attendus et non ciblés. La surveillance syndromique des urgences et des décès SurSaUD est le pilier de cette surveillance « tous azimuts ».
- [639] Le programme Surveillance en régions, qui décrit cette partie de l'activité des CIRE, inclut les surveillances nationales régionalisées (13 systèmes régionalisés France entière, 16 en fonction des régions)²²² et les surveillances régionales spécifiques (au nombre de 9). Parmi celles-ci, on peut citer, dans les régions visitées par la mission, le programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies de gastro-entérites aiguës autour de l'étang de Thau ; il s'agit de prévenir les toxi-infections alimentaires collectives liées à la consommation de coquillages contaminés grâce au renforcement de la déclaration obligatoire de TIAC et à la surveillance localisée des GEA permise par un réseau de pharmacies sentinelles transmettant des données de consommation de médicaments. La CIRE Lorraine-Alsace a mis en place un dispositif de surveillance de la maladie de Lyme, particulièrement préoccupante en Alsace. La CIRE Bourgogne Franche-Comté a également développé des nouveaux systèmes de surveillance : une expérimentation de surveillance en médecine libérale a ainsi été lancée dans deux maisons médicales en lien avec l'ARS Franche-Comté. Dans le Nord-Pas de Calais, en lien avec la déclinaison régionale du plan de prévention des infections associées aux soins, un projet de surveillance des résistances aux antibiotiques en ville à partir d'un réseau de laboratoires privés de biologie a fait l'objet en 2013-2014 d'une étude de faisabilité.
- [640] De nombreux systèmes de surveillance nationale ont par ailleurs été régionalisés, soit dans l'ensemble des régions, soit de façon plus ponctuelle, en fonction des priorités régionales et de la capacité des CIRE à absorber ces nouvelles activités. La régionalisation des systèmes de surveillance pilotés au niveau national concerne les surveillances traditionnelles comme la surveillance non spécifique. Cette politique volontariste de régionalisation des systèmes de surveillance conduite par l'InVS est le reflet des orientations stratégiques 2009-2012 de l'InVS qui prévoient un transfert d'expertise vers les CIRE. Elle tire les conséquences de la mise en place des ARS et de la nécessité d'éclairer au plus près les politiques de veille et de prévention. Le nouveau directeur de l'InVS le réaffirme fortement : « La régionalisation de la surveillance épidémiologique constitue l'une des priorités stratégiques de l'InVS, inscrite dans l'orientation stratégique n°2 du COP, afin de renforcer la sécurité sanitaire et d'être en capacité de produire les indicateurs utiles à la prise de décision locale »²²³.

²²² Cartographie des systèmes de surveillance en région, source InVS

²²³ Note au Directeur général de la santé, février 2015

- [641] La régionalisation des données de surveillance de 5 maladies à déclaration obligatoire (légionelloses, infections invasives à méningocoques, hépatite A, rougeole, TIAC) est un axe important de cette démarche. « Le choix a été fait de migrer les bases de données des MDO sur une application moderne basée sur le web (...) permettant davantage d'interactions entre les épidémiologistes InVS de l'échelon national et ceux de l'échelon régional. En facilitant le partage des données, l'objectif est d'améliorer la détection des épidémies et leur investigation à l'échelon régional »²²⁴ ».
- [642] Le projet dit « MDO Signalement » a permis aux CIRE d'accéder aux données régionales de ces 5 maladies, dès leur saisie dans la base de données de l'InVS, sans plus attendre l'exploitation nationale annuelle de ces données. Cette démarche a fait l'objet d'un groupe de travail qui, de 2011 à 2013, a défini les objectifs et les modalités de fonctionnement de cette régionalisation²²⁵. Ce groupe devait définir les modalités de :
- Suivi de la qualité des données
 - Identification de situations inhabituelles à des fins d'alerte (sur-incidence ou cluster)
 - Analyse annuelle des données
- [643] Le rapprochement de l'analyse de la donnée et de sa production (professionnels et ARS) devait permettre un meilleur suivi de sa qualité et de sa complétude en pointant les insuffisances et en mobilisant les acteurs. Fiabilisant le dispositif national, cette action optimisait aussi l'utilisation de ces surveillances au profit de la veille et de l'alerte régionales. De fait, le second objectif essentiel de la régionalisation est bien d'alimenter précocement, si ce n'est en temps réel, le point focal régional en cas de sur-incidence ou de clusters. Bien que la plupart des signaux proviennent en général du point focal (la base de données permettant alors leur mise en perspective), un nombre croissant de signaux pourrait être issu de l'analyse systématique de la base par les équipes des CIRE. Le repérage de cas groupés dans le temps et l'espace à un niveau d'analyse infra départemental, inaccessible au département des maladies infectieuses de l'institut, est ainsi un avantage significatif. La périodicité d'analyse a été définie par le groupe comme devant être hebdomadaire pour les maladies fréquentes, et lors de chaque nouveau signalement, pour les maladies plus rares.
- [644] Les équipes de veille et d'alerte de l'ARS ont bien mesuré l'apport de cette démarche de régionalisation et sont, souvent, très en demande à cet égard par rapport aux CIRE. Toutes les cellules ne sont, en effet, pas parvenues encore à garantir cette analyse hebdomadaire, notamment en Ile de France, confrontée à un volume massif d'alertes et de données à surveiller. Et la production des rapports régionaux annuels ne répond pas toujours parfaitement aux attentes régionales comme le soulignent les échanges au sein du copil de la programmation de la CIRE Bourgogne-Franche Comté pour 2014. Compte tenu du travail effectué au niveau régional sur la qualité des données pour les 5 MDO régionalisées, la responsable franc-comtoise de la cellule de veille y exprimait le besoin de bénéficier de bilans annuels avec un délai plus rapide. De la même façon, en Ile de France, les équipes de la CRVAGS regrettaient que la CIRE ne mobilise pas plus systématiquement et régulièrement les données régionalisées, notamment en ce qui concerne les infections invasives à méningocoques. A l'inverse, l'analyse périodique de ces MDO dans d'autres régions a été perçue comme un avantage ou comme un moyen de conforter des surveillances renforcées existantes – ainsi pour les infections invasives à méningocoques en Picardie.
- [645] Ce mouvement de régionalisation est encore récent, et toutes les CIRE n'ont pas encore été en mesure d'en tirer tous les bénéfices pour les acteurs régionaux, et en premier lieu, les ARS. La pleine mise en œuvre de cet accès régionalisé aux données devrait constituer à l'avenir un véritable atout pour la conduite des politiques régionales de veille et de prévention.

²²⁴ Extrait de l'éditorial de F. Weber, DG de l'InVS dans le rapport annuel de 2010

²²⁵ Relevé de décisions de la réunion du 18-10-2013 du groupe de travail MDO Signalement Utilisation des données en région

- [646] Les équipes SurSaUD, en général co-financées par l'InVS et l'ARS et liées aux observatoires régionaux des urgences, témoignent également des bénéfices partagés de ce dispositif, d'emblée régionalisé, de surveillance, alimentant aussi bien la politique de veille nationale ou régionale que la planification hospitalière régionale. La coopération de l'ARS à un dispositif de surveillance a en outre l'intérêt d'induire un regain de participation.

2.1.2.2 Une mise à profit par les politiques régionales qui pourrait être amplifiée

- [647] Par bien des aspects, les dispositifs de surveillance de l'InVS, *a fortiori* ceux qui sont régionalisés, sont susceptibles de nourrir les politiques régionales de santé, politique de veille et sécurité sanitaire comme politique de prévention voire d'organisation des soins²²⁶. Cet apport possible paraît inégalement pris en compte par les différents services des ARS et leurs directions générales.
- [648] Alimant évident des plateformes de veille et alerte, la surveillance *peut aussi* en effet éclairer et orienter les politiques de prévention régionales, témoignant de la recrudescence de certaines pathologies ou accidents (VIH, rougeole, chutes des arbres repérées grâce aux systèmes de surveillance à la Réunion²²⁷ ...), du succès ou des limites des politiques mises en œuvre (couverture vaccinale), de priorités nouvelles à définir. L'appui pour ce faire sur des indicateurs validés par l'InVS, standardisés et comparables entre les différents niveaux territoriaux est un atout précieux. La participation active des épidémiologistes des CIRE aux groupes de travail régionaux et à l'élaboration des programmes régionaux de santé, au-delà du seul programme Vagusan, illustre ces potentialités.
- [649] En Languedoc-Roussillon, la mobilisation de la CIRE par l'ARS sur un signalement de recrudescence inquiétante des cas de VIH et autres IST au sein de la communauté homosexuelle masculine a ainsi été étayée par le croisement de différents dispositifs de surveillance ou d'autres bases de données et a témoigné d'une prévalence supérieure dans cette population à celle des autres régions françaises hors Ile de France. L'analyse de ces données par les acteurs de la lutte contre le sida les a conduits à entreprendre des actions pour mieux cerner les déterminants de cette situation régionale. L'exploitation des données de surveillance de la méningite en Ile de France, soulignant une sur-incidence dans la communauté gay, a également permis de développer des actions de prévention et sensibilisation.
- [650] Le programme national de surveillance des IRA et GEA en EHPAD, mis en place par l'InVS à la demande du ministère de la santé, est une autre illustration de l'apport réel des systèmes de surveillance dans la politique de sécurité sanitaire de moyen terme d'une région. Il s'agit de quantifier ces phénomènes et de concourir à une gestion appropriée par les établissements médico-sociaux concernés, en leur permettant de mettre en place les mesures barrière nécessaires à prévenir l'extension de l'épidémie qui leur est signalée. Les établissements sont sensibilisés en amont de la période épidémique par l'ARS et la CIRE, les médecins coordonnateurs sont alertés dès le passage en phase épidémique, et des rétro-informations régulières sont ensuite organisées tout au long de l'hiver. Dans le Nord-Pas de Calais, la gale et les infections à *Clostridium difficile* sont également surveillées.

²²⁶ Ainsi de l'exemple apporté par la CIRE Pays de la Loire de la mise à profit des systèmes de surveillance pour aider le CHU de Nantes à se préparer au mieux aux épidémies saisonnières de bronchiolites.

²²⁷ Cas fourni par la CIRE Océan Indien

- [651] En Bourgogne-Franche Comté, le bilan opéré sur ce programme pour 2010-2013 a montré que l'action conduite par les ARS et les ARLIN pour accompagner les enseignements de la surveillance a conduit à une nette amélioration des pratiques et à une réduction des délais de déploiement des actions visant à limiter l'extension de l'épidémie. Le copil de la CIRE de début 2014 souligne l'intérêt de cette interaction entre surveillance et conduite de la politique par l'ARS et donne lieu à débat sur les modalités les plus propices de poursuite de l'investissement collectif (remplacement de la surveillance par des études plus espacées compte tenu du succès croissant de la politique de sensibilisation et d'appui technique en hygiène apporté aux ESMS). Les représentants de l'ARS y invitaient l'InVS à évaluer le système en place et à le redimensionner au besoin.
- [652] Dans la même enceinte, celui-ci interrogeait les professionnels de santé-environnement présents sur l'opportunité, face à une problématique stationnaire, de poursuivre le dispositif assez lourd de surveillance des intoxications au CO. L'idée d'un audit a été actée conjointement. Ces échanges montrent tout le parti qui peut être tiré d'une concertation forte entre InVS et ARS autour du programme de la CIRE, et comment un plein investissement des ARS dans le processus de programmation permettrait sans doute de retirer une valeur ajoutée plus grande de l'intégration de la CIRE au sein de l'ARS.
- [653] Les échanges de terrain de la mission montrent, cependant, que toutes les ARS ne s'impliquent pas fortement dans la programmation et ne tirent pas de cette intégration des CIRE et de leur rôle de co-pilotage tous les fruits possibles. Dans un certain nombre de régions, il est malaisé d'organiser le copil annuel, et le processus de construction du programme reste très informel. Les directions générales des ARS, notamment, ne sont pas toutes conscientes des potentialités offertes par cet exercice de co-programmation et mésestiment parfois, en conséquence, l'apport possible de la CIRE pour la conduite de leurs politiques régionales. Mais les services de veille et sécurité sanitaire sont parfois plus conscients de ces potentialités et essaient d'en tirer parti.
- [654] Au-delà d'une possible meilleure valorisation dans la conduite d'actions de santé publique, les dispositifs de surveillance gagneraient également à être mieux intégrés dans une politique régionale d'observation en santé. La Cour des comptes soulignait dans le chapitre de son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2014 portant sur les projets de santé²²⁸ que les acteurs et les données semblent dispersés.

²²⁸ Le rapport souligne la dispersion des acteurs et des données de l'observation régionale en santé. 1215 structures d'observation ont été recensées dans un état des lieux réalisé en 2010 par la DGS, soit une moyenne de 47 par région. Les ORS ont une place souvent centrale, mais sont des organismes fragiles financièrement. Le rapport préconise de restructurer l'observation régionale en santé au tour des ORS en la faisant piloter par l'ARS.

2.1.2.3 La nécessité d'une meilleure coordination des acteurs régionaux de l'observation

- [655] Le champ de la surveillance et les bases de données qui en sont issues alimentent tant la mission de veille de l'InVS que sa mission "d'observation permanente de l'état de santé de la population", également confiée par la loi. Investi au fil du temps de compétences dans le champ des maladies chroniques, au-delà du champ initialement prioritaire des maladies infectieuses ou des risques environnementaux, l'InVS a progressivement élargi ses centres d'intérêt et partagé potentiellement plus de champs d'investigation avec les observatoires régionaux de santé (ORS) consacrés législativement comme appui des missions d'observation des ARS²²⁹. Dès la création de l'InVS, les modalités de coopération entre l'Institut et les ORS sont un enjeu. La loi du 1er juillet 1998 précise que les ORS font partie des organismes qui transmettent à l'InVS les informations nécessaires à l'exercice de ses missions²³⁰. Une convention de partenariat est signée entre FNORS et InVS dès 2009.
- [656] Plusieurs des acteurs rencontrés par la mission ont soulevé la question des frontières entre CIRE et ORS, entre surveillance et observation. Dans une note du 22 janvier 2013 du DGS et du SG du ministère des affaires sociales à la DG de l'InVS, on trouve d'ailleurs que "plusieurs éléments ne sont pas aujourd'hui clarifiés. Il en est ainsi des champs partagés de compétences entre InVS et ARS, mais aussi certains organismes régionaux concernés par l'observation de l'état de santé de la population". Une note de l'ARS Franche-Comté réalisée en septembre 2012 à la demande des directeurs de santé publique souligne que la question du positionnement des ORS vis-à-vis des agences nationales et des ARS, comme de leurs compétences en matière d'observation qui peuvent "doublonner" celles des CIRE ou des ARS, est posée.
- [657] Les ORS, créés dans les années 1980, ont trois types de mission: produire des données et indicateurs sur leur région, participer à des enquêtes sur des pratiques de professionnels ou en population générale, et contribuer à l'évaluation de la politique régionale de santé. De statut associatif, souvent fragiles, ces structures interviennent de façon inégale selon les régions, selon la taille et la compétence de leurs agents, et les financements qu'ils parviennent ou pas à mobiliser.
- [658] La mission a rencontré la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et deux ORS, l'un en région Lorraine, et l'autre en région Rhône-Alpes. Malgré certains sujets de recoupement, il est apparu à la mission que les champs d'intervention avec les CIRE étaient finalement sur le terrain bien délimités.
- [659] Les ORS se concentrent sur de l'observation pure, des travaux de long terme généralistes (pouvant par exemple alimenter les projets régionaux de santé ou les contrats locaux de santé, sur la base d'un diagnostic local de santé), visant à du partage d'informations entre les différents acteurs, en faisant des panoramas régionaux²³¹ sur la santé des populations, l'offre de soins, et les déterminants de l'état de santé de la population, en exploitant des données parfois anciennes, alors que les CIRE produisent des études plutôt monographiques, sur des sujets plus pointus, souvent à partir de leurs propres bases de données, en constante évolution car issues des systèmes de veille et de surveillance. Dans certaines régions comme en Lorraine, l'ORS a investi le rapprochement entre données sanitaires et sociales, en lien avec la thématique des inégalités de santé.

²²⁹ Loi HPST, Article CSP en cours de réécriture dans la future loi de santé.

²³⁰ La FNORS indique ainsi que l'InVS a récupéré un système de surveillance sur le VIH, élaboré au départ par quelques ORS.

²³¹ Par exemple un "atlas santé" en Lorraine, tous les cinq ans

- [660] Il peut arriver que les frontières soient ténues, lorsqu'il s'agit de la vaccination, de maladies chroniques de type VIH ou cancer, voire des suicides. Ainsi les équipes de la CIRE Bourgogne notent-elles dans les entretiens menés par la mission que "Sur la couverture vaccinale, des études ont été demandées à l'ORS par l'ARS, alors que cela aurait pu être demandé à la CIRE". Mais les travaux sont en général dans ces derniers cas plutôt communs que redondants. Ainsi en est-il en Aquitaine des travaux sur le suicide ou en Languedoc-Roussillon d'une étude sur la couverture vaccinale Rougeole-oreillons-rubéole, dans le cadre d'un groupe de travail piloté par la CIRE en 2011. Dans les faits, la répartition des tâches se fait sans grande difficulté.
- [661] Les profils des CIRE et des ORS sont par ailleurs plus distincts que pourrait le laisser penser à première vue leur commune appartenance à la mouvance épidémiologique. Si les ORS peuvent disposer d'épidémiologistes, parfois avec une expérience acquise à l'InVS, comme à l'ORS Rhône-Alpes (dont le directeur est devenu responsable de la CIRE Auvergne par ailleurs), ils emploient également des statisticiens ou des gestionnaires de bases de données, des démographes, voire parfois des sociologues, des géographes ... La CIRE Bourgogne estime ainsi qu'ils sont "complémentaires", l'ORS ayant une expertise en économie de la santé et sociologie. La FNORS, dans une enquête menée en 2014, estime à 260 équivalents temps plein (ETP) les effectifs des ORS en 2013. Selon cette même enquête, les médecins représentent 14 % des effectifs 2013, les statisticiens ou ingénieurs 15,6 %, les démographes et sociologues 15,2 % et les économistes et géographes 11,4 %.
- [662] Si les frontières d'intervention sur le terrain ont finalement paru assez claires dans les régions visitées par la mission, la collaboration entre les ORS et les CIRE et leur animation coordonnée par l'ARS apparaissent en revanche insuffisantes.
- [663] La FNORS a signé en 2009 et en 2014 une convention cadre avec l'InVS. La convention de 2009 prévoit de "promouvoir des collaborations au niveau des régions entre les CIRE et les ORS", de favoriser les participations aux instances des organismes et de communiquer les programmes de travail mutuels. La convention de 2014 qui souligne "la convergence des activités des ORS et de l'InVS" va dans le même sens et rappelle les dispositions de celle de 2009 en prévoyant de "renforcer les collaborations prioritaires entre CIRE et ORS", ce qui passe notamment par un échange systématique des programmes de travail. La convention de 2014 traite aussi des échanges de données, les ORS se plaignant de n'avoir pas accès aux bases de données de l'InVS. La convention prévoit à ce titre que toute demande des ORS doit être transmise à l'InVS par la FNORS.
- [664] La FNORS souligne que les conventions devaient améliorer la collaboration entre les organismes, mais que celle-ci reste faible dans les faits et que les conventions sont mal appliquées. Le comité de pilotage prévu par la convention et devant réunir l'InVS et la FNORS ne s'est encore jamais réuni. Une enquête menée par la FNORS pour la mission en 2014 sur la collaboration avec l'InVS et les CIRE fait apparaître que 8 ORS sur 25 signalent une convention signée avec la CIRE ou l'InVS et bénéficient de financements de l'InVS. 7 ORS affichent des travaux en cours avec les CIRE²³² et 10 avec l'InVS, avec lequel les relations sont plutôt constantes dans le temps.
- [665] Lors de ses déplacements, la mission n'a, de fait, pas constaté une volonté forte de collaboration. Souvent, ces deux structures s'ignorent, et selon la FNORS, les programmes de travail font rarement l'objet d'échanges, y compris informels, même si certaines régions font exception, notamment l'Ile-de-France où les liens semblent étroits. En termes de participation aux instances, seule la CIRE Nord-Pas-de-Calais - Picardie est membre du conseil d'administration de l'ORS Picardie-Haute Normandie.

²³² Sur le chlordécone, la vaccination, le cancer, le suicide, les facteurs de risques cardio-vasculaires.

- [666] Sur ce sujet des ORS, **l'enjeu paraît, in fine, plus celui du pilotage régional de l'observation en santé**, comme le note d'ailleurs la Cour des comptes dans le rapport précité, que la répartition des compétences CIRE / ORS. C'est aux ARS qu'il revient d'avoir une vision globale des acteurs et des données mobilisables dans leur région, afin d'éviter les doublons, et de piloter, en s'appuyant sur l'ORS, ce qui pourrait être "une plateforme d'observation sanitaire et sociale", comme en Picardie, l'exemple en étant cité par le rapport de la Cour des comptes précité, ou comme à la Réunion. En Rhône-Alpes, l'ORS a monté un site internet²³³, financé en grande partie par l'ARS et destiné à mettre en ligne les différentes études en santé effectuées au niveau régional, notamment celles de la CIRE, afin d'éviter les doublons et d'améliorer l'information des acteurs.
- [667] Il est vrai cependant qu'aujourd'hui, seuls 50 % des financements des ORS proviennent des ARS²³⁴, dont les subventions sont moins systématiques qu'au temps des DRASS. Les ORS ont donc d'autres commanditaires, comme les collectivités locales.
- [668] Par ailleurs, dans certaines régions, les ARS ont conforté en leur sein des services statistiques robustes, comme en Bretagne (Pôle observation, statistiques, évaluation), en Languedoc-Roussillon (Cellule observation, statistiques, aide à la décision), en Franche-Comté (Direction de l'observation, du pilotage, des statistiques et de l'évaluation) ou en Haute-Normandie (Pôle observation, statistiques et analyses). Bien que, souvent, les services statistiques des ARS fonctionnent plutôt comme des donneurs d'ordre ou exploitent surtout des données liées à l'offre de soins et aux professionnels de santé (démographie médicale PMSI²³⁵, SNIIRAM notamment), dans certains cas, ils se positionnent directement en concurrence avec les organismes existants. L'ARS Franche Comté revendique ainsi "l'internalisation des compétences" pour plus de réactivité dans la production des études nécessaires à l'ARS.
- [669] Il apparaît nécessaire d'avoir une vision globale des ressources existantes au niveau territorial et de mieux coordonner les productions. Et par conséquent d'analyser plus finement l'appui possible dans ce cadre sur les ressources des CIRE. Le renforcement de la coordination de l'ARS sur l'observation régionale paraît une priorité. Les expériences antérieures (Auvergne, Picardie...) de plateformes de l'observation sanitaire et sociale méritent d'être prises en considération.

2.1.3 Des travaux d'expertise et études souvent considérés comme l'apport le plus manifeste des CIRE par les équipes de direction des ARS

- [670] Le 3e volet de l'activité des CIRE, les études et rapports d'expertise met en jeu d'autres atouts de la coopération entre InVS et ARS au travers des CIRE. Mobilisant toujours à la fois l'approche méthodologique et les connaissances scientifiques, la proximité et l'appui sur une agence nationale d'expertise, les études sont sans doute le pan d'activité qui met le plus en exergue l'indépendance attendue des CIRE auprès des ARS. Pour les études et la production d'avis d'expert sur des situations à risques, notamment environnementales, les agences régionales apprécient, dans des contextes locaux souvent sensibles, de pouvoir se prévaloir d'un avis indépendant, avec le label de l'InVS. Et l'InVS de son côté déploie dans ce secteur une exigence toute particulière de validation scientifique impliquant l'institut jusqu'à son sommet. Cette exigence n'est d'ailleurs pas sans conséquence sur l'utilisation par les ARS de l'expertise, avec des problématiques d'articulation des temps de l'expertise et de la gestion que l'adoption récente de la charte de l'expertise a exacerbées.

²³³ PIEROS: Portail d'information sur les études régionales en observation de la santé en Rhône-Alpes.

²³⁴ Source: FNORS.

²³⁵ Programme médicalisé des systèmes d'information, permettant notamment d'évaluer les coûts hospitaliers.

2.1.3.1 Les travaux d'expertise permettent une mise à profit caractérisée de l'indépendance et de l'apport scientifique de l'InVS

- [671] Le volet Etudes de l'activité des CIRE relève largement de la programmation, à l'exception, à leur démarrage, des travaux d'études induits par une alerte initiale.
- [672] Les études ont deux origines principales (cf. supra analyse de l'activité programmée) :
- les initiatives locales, à la demande de l'ARS essentiellement, plus rarement sur proposition de la CIRE elle-même, dans le prolongement d'une alerte ou pour éclairer un axe de la politique de santé régionale ;
 - les études nationales impulsées par les départements scientifiques de l'InVS, impliquant l'ensemble des régions ou plus souvent un échantillon d'entre elles, et dans lesquelles CIRE et ARS décident de s'investir compte tenu des enjeux régionaux.
- [673] Les études réalisées en CIRE visent à répondre à des objectifs opérationnels directs ou à améliorer les connaissances pour éclairer à moyen terme les décisions régionales ou nationales.
- [674] Dans ce travail d'étude qui peut prendre plusieurs mois, voire plusieurs années, les CIRE s'appuient sur des outils méthodologiques élaborés par l'InVS (ex du guide d'évaluation et de prise en charge des agrégats spatio-temporels (cluster) de maladies non infectieuses) et collaborent de façon souvent étroite avec les départements scientifiques de l'institut concernés.
- [675] Le champ de la santé environnementale est un terrain privilégié d'études répondant à des besoins opérationnels locaux : études accompagnant les actions de réduction de l'exposition aux polluants de sites industriels désaffectés (par exemple, étude d'imprégnation au plomb autour de l'ancien site de Métaleurop dans le Nord-Pas de Calais), investigations prolongées autour de clusters de cancers (autour de sites industriels ou de terres agricoles exposées aux pesticides) ... Dans ce domaine de grande sensibilité, avec des problématiques souvent médiatiques et polémiques, l'avis d'expert est, pour l'ARS, à la fois un soutien face à ses partenaires et une caution de rigueur scientifique.
- [676] Les directeurs d'ARS ont été nombreux à souligner cet appui essentiel dans des dossiers qui soit les opposent à des élus - ex. de la forte pollution de l'air d'une commune en Rhône-Alpes - soit font l'objet d'une forte mobilisation locale- ex. d'un site de traitement des déchets industriels dans l'Aisne. La valeur ajoutée du label de l'InVS et le sérieux qu'il confère aux travaux d'expertise conduits permettent aux ARS de s'appuyer sur un avis autorisé. Comme le souligne la note récente de position du bureau des DG d'ARS, « la validation scientifique de l'InVS permet d'apporter aux décideurs (préfets, maires, associations d'usagers ...) des éléments d'analyse et d'expertise qui peuvent être considérés comme plus indépendants que ceux élaborés par l'ARS seule ».
- [677] Les études visent également à améliorer les connaissances, essentiellement dans les champs infectieux ou environnemental : il peut s'agir d'initiatives locales – ex d'une étude exploratoire en Franche-Comté sur les liens entre qualité de l'eau potable et incidence des gastro-entérites, avec une approche novatrice susceptible d'avoir un intérêt important en santé publique en complétant l'approche aujourd'hui exclusivement environnementale. Mais le plus souvent ce sont les études nationales qui poursuivent ce type d'objectif : ainsi l'étude nationale d'évaluation de l'efficacité de la vaccination anti-coquelucheuse en fonction du vaccin utilisé en primo-vaccination.

2.1.3.2 Entre expertise et appui à la décision, trouver un équilibre pour garantir l'apport des études des CIRE aux ARS

- [678] Deux éléments distincts interfèrent avec le processus d'appui des CIRE aux décisions des ARS : d'une part, le process depuis longtemps établi mais progressivement formalisé et renforcé de validation scientifique, d'autre part, l'adaptation aux travaux des CIRE de la charte de l'expertise qui depuis 2013 s'applique à l'ensemble des agences sanitaires ou groupes d'experts appuyant les décisions publiques dans le champ de la santé.
- [679] L'ensemble des travaux d'étude fait l'objet de la part de l'InVS, ici fortement mobilisé au titre de son pilotage scientifique, d'un process de validation exigeant et d'une démarche qualité des rapports.. Gage de cette rigueur scientifique précisément mise en avant par les ARS, ces procédures sont aussi, parfois, considérées paradoxalement comme un obstacle à la progression de l'action locale : leur lenteur est fréquemment critiquée, vécue comme opaque par l'ARS en amont de la validation finale. Plusieurs directeurs généraux ou responsables de la veille sanitaire, ont souligné parfois leur difficulté à disposer, en temps et en heure, des conclusions de travaux indispensables à des échéances de gestion ou plus politiques – réunions avec le préfet, débats publics ... La CIRE Bretagne reconnaissait d'ailleurs "des délais plus longs de réponse" dans le bilan d'étape produit par chaque CIRE en 2012 sur le fonctionnement des plateformes.
- [680] Comme l'a souligné l'un des responsables de la veille aux Antilles, « A plusieurs reprises, sur des sujets complexes, une analyse de la Cire a été demandée (...), l'information était produite localement par la Cire et disponible, mais sous 'embargo' et n'a pu être diffusée à l'ARS (présente sur le même palier) qu'à partir du moment où elle a été validée par le niveau national. » «Ce processus de validation national crée des délais dans la transmission de l'information et parfois introduit des 'précautions' ou des hypothèses tellement protectrices que l'information n'est plus utile et amène le décideur à prendre une position dure sur des avis 'mous'. En réalité, les personnels de la Cire, qui ont la connaissance du terrain et de la proportionnalité des risques pourraient certainement émettre des avis plus utiles à l'ARS (même s'ils sont théoriquement moins solides scientifiquement) ». Ce professionnel concluait en indiquant que la plus-value de la CIRE était d'apporter un appui à la décision plutôt que d'émettre des expertises relevant d'un niveau national. La garantie apportée par l'animation scientifique des CIRE par une agence nationale d'expertise peut aussi devenir une contrainte excessive si les impératifs du gestionnaire sont insuffisamment appréhendés.
- [681] C'est un point de crispation fréquent, qui peut peser sur le sentiment de valeur ajoutée retirée de l'action de la CIRE. L'entrée en jeu récente de la charte de l'expertise également citée dans ce témoignage paraît avoir dans les derniers temps exacerbé cette problématique.
- [682] La charte de l'expertise qui vise à sécuriser les avis d'experts dans le prolongement de l'affaire Médiateur en garantissant leur indépendance et la transparence de leurs travaux a fait l'objet d'une tentative de déclinaison en ce qui concerne l'intervention de l'InVS au niveau national comme à celui des CIRE. Le rapport annuel de l'InVS pour 2013 précise que la charte s'applique "dès que l'InVS produit un avis, une interprétation ou des recommandations dans le cadre d'une réponse à une saisine, de l'analyse de données issues de systèmes de surveillance ou de l'analyse d'une alerte". La position de l'InVS et de sa direction de la qualité n'est pas finalisée, à ce stade, en ce qui concerne l'intervention des CIRE auprès des ARS ; il semblerait, cependant, qu'il ait été jugé, jusqu'à présent, que la charte de l'expertise n'avait pas à s'appliquer aux travaux des CIRE. Pourtant, les différentes positions adoptées localement pour tenir compte de cette charte ont, d'ores et déjà, créé débat ou inquiétude sur leur impact sur l'apport des CIRE aux ARS.

- [683] Les responsables de CIRE n'ont à ce jour eu qu'une présentation générale des principes de la charte, mais, faute d'instructions formelles du niveau national, ils en ont tiré des conséquences différentes en région. Certaines CIRE l'ont interprétée comme une interdiction de produire des avis ou recommandations "d'actions", comme en Lorraine ou en Ile-de-France ; les CVAGS peuvent dès lors avoir des difficultés à tirer les enseignements nécessaires de l'étude ou de l'enquête épidémiologique pour définir les mesures de gestion.
- [684] D'autres continuent de proposer à l'issue de l'étude les mesures de gestion qui paraissent s'imposer sous forme d'options plurielles, sans aller jusqu'à conseiller à l'ARS l'une des options proposées, car nous dit-on "c'est à l'ARS d'engager sa responsabilité sur le processus de gestion". D'autres enfin l'appliquent même en situation d'urgence décisionnelle, alors même qu'il semble que quoiqu'il en soit, la charte ne doive s'appliquer qu'aux saisines plus formelles.
- [685] Ces flottements comme l'absence de prise de position explicite sur ce qui est expertise et ce qui est appui opérationnel ont, semble-t-il, entraîné une crispation des relations y compris dans des plateformes où la coopération était fructueuse et fluide. Lors de la rencontre de la mission avec les membres du Club VSS animé par la DGS et le SGMAS, l'idée d'une rigidification des interactions entre CIRE et CVAGS depuis 2013 a plusieurs fois été exprimée, en lien avec le déploiement de la charte mais, aussi, du fait d'une réduction ressentie des marges de manœuvre des CIRE dans le cadre d'une montée en puissance du pilotage national des CIRE par l'InVS. La recherche d'un équilibre entre exigences de l'expertise et pragmatisme nécessaire de l'appui opérationnel en situation de gestion d'alerte sanitaire est une condition essentielle pour garantir une bonne articulation entre InVS et ARS, quel que soit le schéma organisationnel retenu *in fine*.

2.1.4 Conclusion sur l'apport des CIRE aux ARS

- [686] Les différentes activités des CIRE apportent aux ARS des éléments de valeur ajoutée parfois distincts, parfois convergents :
- Des compétences techniques d'épidémiologie, d'évaluation quantitative des risques adossées à une agence d'expertise nationale qui s'est organisée pour garantir un bon niveau de maintenance des compétences et de partage des expériences au sein du réseau;
 - Une organisation nationale qui permet une mobilisation rapide de ressources intellectuelles ou opérationnelles en renfort;
 - Un enrichissement des politiques de santé régionales par un dispositif large, et de plus en plus régionalisé, de surveillance et d'observation;
 - Une indépendance des avis d'experts permettant un jeu d'acteurs souvent utile dans la gestion de situations locales parfois sensibles.
- [687] Les différents cas étudiés montrent que ces apports permettent d'élucider plus facilement des signaux complexes et de prévenir plus facilement leur extension ou récurrence, d'éviter parfois des mesures de gestion erronées, de nourrir les politiques de prévention ou d'organisation des soins, de faire prévaloir plus facilement le point de vue sanitaire recouvert du label de l'expertise.
- [688] Certains apports peuvent être ressentis comme plus cruciaux ou plus manifestes que d'autres par les équipes et les directions des ARS mais *in fine*, peu de représentants des ARS, à quelque niveau hiérarchique que ce soit, nient retirer des avantages opérationnels de l'appui des CIRE et, au travers d'elles, de l'InVS. Certains s'inquiètent même, comme indiqué plus haut, d'un appui moins réactif du fait de process de validation jugés trop longs.

[689] Sans remettre en cause les bénéfices de la proximité au sein des plateformes²³⁶, ceux de l'indépendance des CIRE animée par une agence nationale, les DG d'ARS expriment cependant, dans leurs notes successives comme lors du séminaire des DG auquel a participé la mission, des inquiétudes sur deux points essentiellement :

- un risque de confusion des rôles /des responsabilités, notamment en matière de communication. Sur ce premier point, des solutions juridiques ou conventionnelles peuvent être apportées, et un remaniement organisationnel ne paraît pas incontournable,
- des problématiques d'efficience. Une note du bureau des DG d'ARS souligne que « le maintien de ces deux structures proches en compétences est fortement mobilisateur en ETP (doublons) ». Bien qu'utile par bien des points, la dualité CIRE-CVAGS serait un luxe qu'il n'est plus possible de s'offrir dans une période de forte contrainte. Certains en arrivent dès lors à la proposition d'une organisation unifiée sous leur autorité, afin de clarifier les responsabilités et de maximiser la recherche d'efficience.

[690] Une telle hypothèse soulève de nombreuses questions :

- La question de savoir si la distinction CIRE-CVAGS repose seulement sur des compétences différentes, ce qui n'est, de fait, pas toujours le cas, ou si elle tient également à la nécessité de distinguer deux rôles, deux postures.
Au-delà de la distinction théorique entre évaluation et décision, il s'agit de s'assurer que l'unification en une même entité des deux rôles est envisageable sans risque dans la durée. Beaucoup d'acteurs de la veille et de l'alerte estiment que la coupure à l'échelle régionale est une garantie de préservation de la capacité de recul, d'entretien des compétences et donc d'expertise et craignent que, sinon, la gestion prime, quels que soient les effectifs en place. Comme l'a indiqué un directeur de la santé publique, « la CVAGS gère au coup par coup. La CIRE non. Elle donne une profondeur de champ. Sinon, la gestion prend le pas ». D'autres confirment : « Nous au quotidien, on passe du coq à l'âne ».
Unifier les deux rôles au sein d'une même entité peut donc se faire au prix d'une perte progressive d'expertise et de recul.
- Le réalisme de la reprise par l'ARS de l'ensemble des missions des CIRE (veille-alerte, surveillance et études) et l'impact sur l'indépendance de l'expertise d'une telle évolution. Peu d'équipes d'ARS envisageant de reprendre les missions de surveillance et d'études, il importe alors d'apprécier les risques qu'il y aurait, sinon, à dissocier les trois missions. Le continuum entre évaluation de l'alerte, surveillance et déploiement d'une étude de moyen terme est souvent indispensable et pourrait être fragilisé en cas de dissociation. L'éloignement géographique consécutif de la surveillance et des études préserverait l'indépendance de l'approche mais ne pourrait par ailleurs qu'affaiblir l'appui aux politiques régionales de prévention que la régionalisation des dispositifs de surveillance avait pourtant pour objectif de conforter.
- Le risque à renoncer à une approche nationale dans des sujets de sécurité sanitaire qui peuvent moins que d'autres faire l'objet d'une hétérogénéité de la réponse sur le territoire national. Sauf à garantir une animation étroite des ARS-CVAGS par l'InVS pour préserver le bénéfice d'outils et de partages d'expériences indispensables à la performance nationale de sécurité sanitaire.
La préservation de l'ensemble de l'apport des atouts des CIRE aux ARS paraît difficilement pouvoir être garantie tant en cas d'absorption par les ARS d'une partie des missions qu'en cas d'éloignement géographique des autres missions dans une CIRE interrégionale. A l'inverse, une affirmation du pilotage des ARS, avec notamment un investissement accru dans la programmation et une meilleure coordination en matière de communication, pourrait optimiser l'apport des CIRE en minimisant certains inconvénients fonctionnels actuels.

²³⁶ Particulièrement décisive dans les DOM confrontées à de nombreuses situations d'alerte

2.2 Apport à l'InVS d'une implantation territoriale et de l'articulation avec les ARS

[691] Positionnées au sein des ARS et à leur service, les CIRE sont également un élément important de l'exercice de ses missions par l'InVS. La réflexion prospective sur l'avenir des CIRE ne peut évidemment négliger l'intérêt pour l'institut d'une implantation territoriale, *a priori régionale*. Réseau initialement voué à conforter les compétences en épidémiologie d'intervention des services déconcentrés, les CIRE, de plus en plus intégrées à la vie de l'InVS, sont aussi de plus en plus nécessaires au bon déroulement de ses missions.

2.2.1 Les CIRE constituent un relais de plus en plus structurant des missions de l'InVS

[692] Considéré par l'InVS comme un relai de sa mission d'expertise indépendante²³⁷, le réseau des CIRE est aussi, et de plus en plus, un soutien à l'affirmation de ses missions de veille et surveillance. Comme le souligne le rapport annuel de l'InVS pour 2010, les CIRE sont « les avant-postes » des activités de veille, surveillance et alerte de l'Institut au sein des ARS. Le même extrait du rapport annuel insiste : « l'actualité comme l'action des CIRE sur tous les fronts, montrent, s'il en était besoin, la nécessité de mener aussi les activités de veille, surveillance et alerte qui sont celles de l'InVS au niveau régional comme au niveau national ». Parce que la décision en santé publique s'est déplacée vers les régions, bien sûr, mais aussi, parce que c'est nécessaire à la performance nationale de l'Institut.

[693] Le rapport d'activité pour 2013 de la CIRE Bourgogne-Franche Comté confirme cette idée « le dispositif régional de l'InVS, maillage territorial indispensable pour l'exercice des missions de veille et de surveillance de l'institut ». « Placée au plus près du terrain, la CIRE prolonge l'action nationale de l'InVS et permet d'assurer la capacité d'intervention de l'institut pour une meilleure réactivité et qualité d'animation des réseaux pour la surveillance à visée d'alerte ».

2.2.1.1 Force du réseau des CIRE pour l'investigation nationale d'une alerte

[694] Fortement mobilisées au côté des CVAGS, les CIRE démultiplient la capacité de traitement de l'alerte de l'InVS ; lors d'alertes nationales, le réseau des CIRE est un atout majeur pour mener de façon réactive et simultanée une enquête lourde impliquant de nombreuses régions. Ainsi, en 2011, suite au signalement par le CNR de l'augmentation inhabituelle, dans l'ensemble du territoire, de souches de *Salmonella* d'un sérotype particulier, l'InVS a pu mobiliser rapidement un nombre important de CIRE avec un protocole commun et coordonné au niveau national, deux éléments nécessaires à une conclusion épidémiologique efficace²³⁸. Pilotées scientifiquement par les départements scientifiques, les alertes d'ampleur nationale bénéficient aussi de la position transversale du DCAR qui anime le réseau des épidémiologistes, garantit un bon partage de l'information et un traitement homogène sur l'ensemble du territoire.

[695] Comme le souligne le protocole de 2013²³⁹, « le traitement des alertes est le résultat d'un travail coordonné entre les personnels de terrain et les référents des départements scientifiques. L'expertise nationale ou régionale peut être mobilisée à chaque étape du traitement d'un signal ».

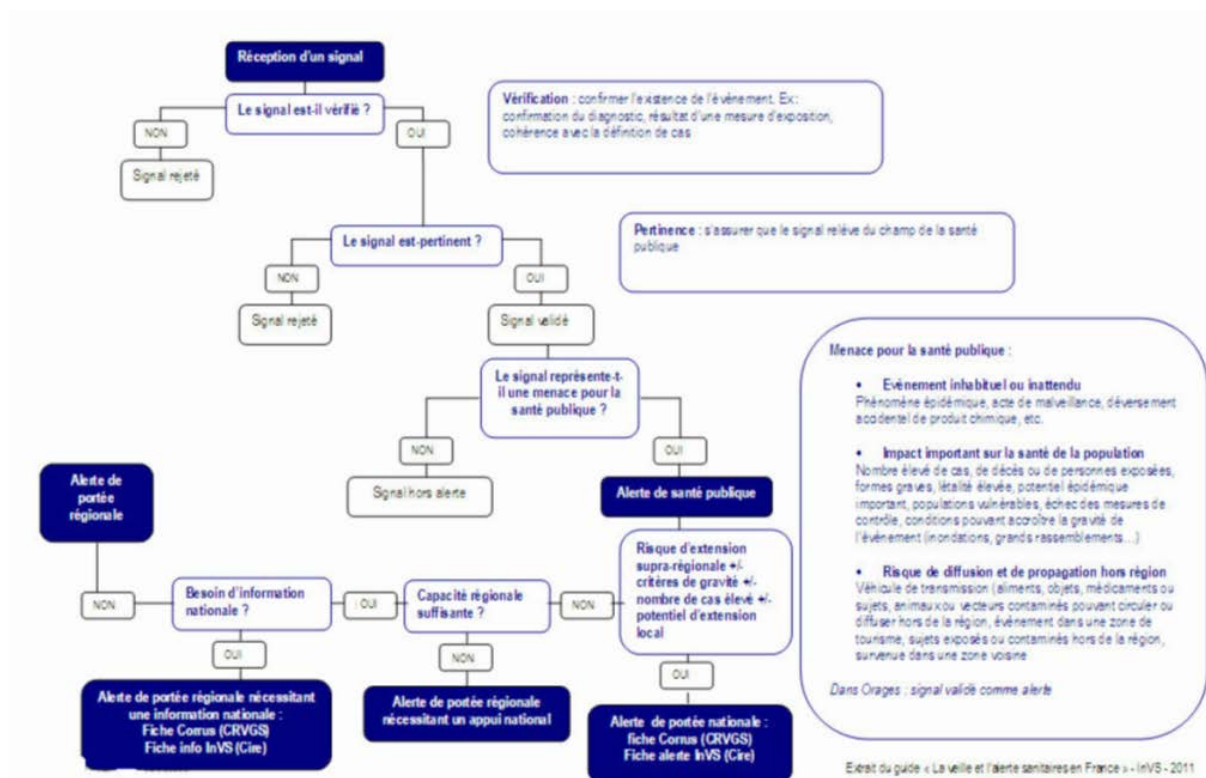
[696] Cette modularité de l'action de l'InVS et des CIRE en fonction de l'ampleur de la menace et de la capacité de réaction régionale est bien traduite par l'arbre de décision infra, extrait du guide de l'alerte et de la veille de 2011.

²³⁷ Le dispositif des CIRE à l'InVS, présentation de T. Cardoso, directeur du DCAR et A. Gallay, directrice adjointe, au séminaire des 15-16 janvier 2015 sur l'organisation de la prévention et promotion de la santé en région, InVS

²³⁸ Cas cité par la CIRE Bourgogne-Franche-Comté...

²³⁹ Protocole : "Du traitement du signal à l'alerte sanitaire de santé publique au sein de l'InVS". InVS, avril 2013.

Schéma 6 : Le traitement des alertes



[697] Dans le champ des MDO, les propositions du groupe de travail dédié ont conduit à renforcer la synergie entre niveaux national et régional en organisant un circuit d'information renforçant la performance du dispositif d'alerte autour de ces pathologies. Repérant dans leur travail d'analyse régional ou suite à un signalement des cas groupés un regroupement inhabituel de cas, les épidémiologistes de la CIRE informent le référent de la maladie au DMI, pour lui permettre de faire le lien avec des signaux issus d'autres régions, ou pour bénéficier de son appui. A l'inverse, si un référent DMI détecte à son niveau une information inhabituelle, il en informe la CIRE concernée. En général, le traitement du signal mobilise CIRE et DMI.

[698] Nourries de la compétence scientifique pointue du niveau national, les CIRE lui apportent, outre leurs compétences techniques propres, l'éclairage complémentaire indispensable de leur connaissance du terrain et de leur capacité à mettre en perspective un signal localisé dans un contexte régional (ce qui est le pendant de la mise en perspective nationale apportée aux ARS). Les CIRE mettent également en avant leur approche parfois plus pragmatique, axée sur l'aide à la décision, qui constituerait un utile contre-point à une approche plus purement scientifique du niveau national.

[699] Le bénéfice d'un réseau est particulièrement décisif face aux émergences comme le souligne le traitement des cas de Mers-COV dans plusieurs régions, dont le Nord-Pas-de-Calais²⁴⁰. En première ligne dans le traitement national des alertes de virus émergents, l'InVS a besoin d'équipes au plus proche du terrain pour évaluer les risques émergents et prévenir leur diffusion. Face à des alertes dont le potentiel infectieux et le risque d'extension sont importants, l'institut s'implique fortement au travers du département des maladies infectieuses et du DCAR dans le pilotage des investigations et met en place une organisation nationale garantissant la continuité de la réponse du réseau.

²⁴⁰ Cas fourni par la CIRE Nord-Pas-de-Calais-Picardie

- [700] Dans de telles situations de risque fort et mal connu, l'articulation de l'expertise de terrain, associant CIRE, ARS, ARLIN et équipes opérationnelles d'hygiène, et de l'expertise nationale du DMI permet de préparer et de mettre en œuvre rapidement les protocoles épidémiologiques adaptés à l'état des connaissances et aux contraintes du terrain, de répondre de manière réactive aux besoins d'expertise sur les risques de contamination nosocomiale, les mesures d'hygiène à adopter, sur les conditions de la levée de confinement ... L'appartenance au réseau facilite ensuite le partage d'informations entre régions, la diffusion et l'amélioration itérative des bonnes pratiques et protocoles élaborés dans les premières régions touchées (Ile de France, Nord-Pas-de-Calais), garantissant une réactivité accrue et de plus en plus pertinente au fil du temps.

2.2.1.2 L'importance de l'ancrage territorial de la surveillance

- [701] La surveillance, qui constitue en général la première activité des CIRE, est, au-delà de son bénéfice régional, second mais important comme indiqué plus haut, un enjeu majeur pour l'InVS. C'est ce que souligne le nouveau directeur de l'InVS dans une note au DGS : « Le niveau territorial est déterminant pour la coordination et la qualité des réseaux, tant en matière de surveillance que d'animation plus large des acteurs territoriaux de la veille sanitaire afin de partager la culture du signalement notamment pour des phénomènes inhabituels. Ce niveau d'organisation et d'animation soutient et accroît la visibilité de l'InVS dans sa mission nationale »²⁴¹.
- [702] Les réseaux de surveillance nécessitent pour être actifs et féconds d'être animés en proximité (travail sur la qualité des données, retour d'information indispensable au maintien des motivations...). Le besoin d'un ancrage territorial permettant cette animation et l'essor de la participation des professionnels est l'un des objectifs fondateurs de l'expansion des CIRE.
- [703] La connaissance des acteurs de terrain et d'autres sources régionales d'information est un élément essentiel de dynamisation des dispositifs de surveillance. C'est ce qu'illustre un exemple bourguignon relatif à la surveillance des infections sexuellement transmissibles. Le rapprochement entre les données locales d'activité des CDAG-CIDIST²⁴² et les données de déclaration à l'InVS avait montré la faible exhaustivité des signalements à l'institut. L'implication des laboratoires bourguignons dans les réseaux RENAGO et RENACHLA²⁴³ était par ailleurs faible. La régionalisation de cette surveillance est apparue comme un moyen d'encourager la participation et la CIRE a intégré le groupe de travail national dédié à cette démarche de régionalisation ; les marqueurs pharmaceutiques utilisés nationalement étant d'usage plus délicat à un niveau régional, il convenait en effet d'identifier d'autres méthodes de surveillance opérantes régionalement (SNIIRAM).
- [704] Le mouvement de régionalisation qui s'est amplifié témoigne bien de la sécurisation et de la fiabilisation apportées par le terrain. Dans le cadre de la surveillance des maladies à DO, la recherche d'une amélioration de la qualité des données a poussé à la régionalisation de la surveillance des 5 maladies évoquées supra. Et de fait, les CIRE se sont investies auprès des ARS dans ce travail de consolidation des données indispensables à la fiabilité et à l'interprétation d'un dispositif de surveillance.

²⁴¹ Note de F Bourdillon au DGS, sur la participation des CIRE à la mission de surveillance et d'observation permanentes de l'état de santé de la population, février 2015

²⁴² Centre de dépistage anonyme et gratuit/ centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

²⁴³ REseau National des Gonocoques et REseau NATional des CHLAmidiae

- [705] Au-delà de l'encouragement à la participation et à la fiabilisation des données, l'apport des CIRE est indispensable pour éclairer le niveau national et commenter des évolutions de façon précise et juste. Une CIRE apportait ainsi l'exemple de la surveillance des personnes en réanimation suite à une grippe. La chute des signalements était ininterprétable au niveau national sans information sur l'évolution locale de l'organisation des soins, en l'occurrence la disparition de l'une des réanimations. La bonne compréhension des dispositifs de surveillance suppose une interaction régulière entre le terrain et le pilote national du dispositif.
- [706] Le réseau des CIRE est enfin un acteur de la recherche de nouvelles méthodes ou sources de surveillance, ainsi l'implication de certaines CIRE sur la modélisation de la mortalité ou les expériences citées plus haut de développement de systèmes en ville.

2.2.1.3 Etudes multi-centriques et amélioration des connaissances

- [707] La contribution de l'InVS à la connaissance des risques et à l'observation de la santé de la population repose largement, outre la surveillance, sur des études visant à l'amélioration des connaissances dont les CIRE constituent un acteur important, en démultipliant là encore les forces de l'institut et en articulant ces travaux avec des problématiques ou des priorités régionales.
- [708] Le réseau des CIRE facilite le lancement d'études multi-centriques avec des approches standardisées et constitue une force de frappe utile pour conduire des travaux d'intérêt national. Ainsi d'une étude d'efficacité vaccinale de la valence Oreillons du vaccin ROR lancée dans les 5 régions concernées, suite à une recrudescence, en France métropolitaine, de cas d'oreillons souvent regroupés en clusters, et ce en dépit d'antécédents de vaccination ROR. Il s'agissait dès lors d'analyser l'éventuelle diminution de la protection vaccinale au cours du temps.
- [709] Ce type d'études présente souvent un double bénéfice régional et national, comme le montre une étude des tendances à la vaccination au niveau infra-régional en Pas de Calais²⁴⁴. Cette étude se trouvait à la conjonction d'une démarche nationale du DMI-InVS d'évaluation de l'impact épidémiologique des programmes de vaccination et d'un projet CIRE-ARS de suivi des tendances de l'état vaccinal de la population régionale au niveau infra-départemental, avec développement d'une méthodologie ad hoc.

2.2.1.4 Les CIRE créent pour l'InVS un lien avec d'autres partenaires que les ARS, en particulier dans le champ santé travail

- [710] Pour l'InVS, le réseau des CIRE est aussi un moyen d'animation de dispositifs de veille ou de surveillance dont l'ARS n'est pas un acteur premier. C'est le cas notamment dans le champ santé-travail en lien avec les DIRECCTE et la médecine du travail. Coordonnés par les CIRE, les Groupes d'Alerte en Santé Travail constituent une ouverture vers un monde dont l'ARS n'a généralement pas la clé, sauf cas régionaux atypiques de grande proximité entre ARS et Santé-travail. Ils permettent de contribuer de façon concertée à l'élucidation de problématiques nationales qui seraient sinon traitées de façon dispersée (Ex. de l'alerte via le GAST du Languedoc-Roussillon de cas de cancers chez des salariées d'Orange France Télécom dont il est apparu qu'il s'agissait d'une problématique nationale).
- [711] Bien que l'InVS ait pendant un temps développé à côté des CIRE un réseau parallèle dédié à la santé au travail, mais souvent implanté auprès d'elles au sein des ARS, il ne faut pas négliger l'accès ouvert par les CIRE à d'autres acteurs régionaux que les ARS et le risque que représenterait à cet égard l'absorption des CIRE souhaitée par certaines ARS.
- [712] La réflexion sur l'échelon territorial du nouvel institut devra quoiqu'il en soit intégrer le questionnement d'une double architecture territoriale santé/santé travail.

²⁴⁴ Rapport d'activité de la CIRE Nord-Pas-de-Calais-Picardie pour 2013

2.2.2 Une politique constante de renforcement du réseau des CIRE par l'InVS pour accroître leur rôle d'accompagnement des politiques régionales tout en affirmant leur contribution aux missions nationales.

- [713] La politique constante de l'InVS a été, ces dernières années, d'accroître l'apport des CIRE aux ARS tout en améliorant leur contribution à la veille et à la surveillance nationales. Une présentation récente de l'évolution des CIRE et de leur positionnement entre InVS et ARS témoigne bien de la volonté de conforter le réseau des CIRE, en renforçant son intégration à l'InVS, tout en veillant à affirmer son rôle d'aide à la décision des autorités régionales²⁴⁵.
- [714] Au fil du temps, l'InVS a développé le réseau des CIRE et renforcé leur pilotage. En 1994-1995, pour conforter, au plus près du terrain, les ressources d'épidémiologie d'intervention des DRASS, 12 CIRE sont créées. En 2002, elles sont 16 pilotées par une mission stratégique en charge du développement régional et de l'Europe, et rattachée à la DG. Ayant parfois le sentiment d'une coupure avec le niveau national, les équipes de CIRE revendiquent progressivement une association plus étroite au projet d'établissement de l'InVS et une « intégration » accrue à l'institut (instances décisionnelles, liens resserrés avec les départements scientifiques ...). Au début des années 2000, commence à être évoqué un département des régions à côté des départements scientifiques existants.
- [715] C'est en 2009, année de création des ARS et de déplacement du centre de gravité des politiques de veille et d'alerte que ce projet aboutit avec la création du DCAR, département de coordination des alertes et des régions. Ce nouveau département est chargé de contribuer à la structuration de l'activité de veille et d'alerte au niveau régional en organisant l'interface avec les ARS et en veillant à l'expression des besoins de l'InVS dans la mise en place du nouveau cadre régional. Ses missions sont la coordination administrative et scientifique des CIRE, l'organisation de la continuité de l'action de l'InVS en matière d'alerte, la coordination de la surveillance non spécifique.
- [716] Les CIRE sont alors présentées par l'InVS sous un angle double : relai des missions d'expertise scientifique indépendante de l'institut en région, structure d'aide à la décision pour les ARS. L'institut estime alors avoir à accentuer deux axes de travail : mieux intégrer les CIRE, conforter leur place au sein des régions.
- [717] Mieux intégrer les CIRE signifie :
- amplifier leur animation scientifique en standardisant les méthodes d'investigation, en développant formations et groupes de travail, en maximisant l'appui à l'expertise régionale (le transfert d'expertise vers les régions sera une orientation stratégique 2009-2012), en régionalisant les dispositifs de surveillance.
 - mieux coordonner le travail collectif en inter-CIRE ou en facilitant les liens CIRE-départements scientifiques.
- [718] Pour conforter leur place au sein des régions, l'InVS souhaite en 2009 leur donner une existence juridique plus solide, garantir la continuité, la réactivité et la qualité de l'action de l'InVS en région mais aussi préparer l'élargissement de leurs missions à toutes celles de l'InVS. La convention cadre de 2010 entre InVS et ministère consacre, de fait, la place des CIRE au sein des plateformes régionales tout en confirmant la gouvernance partagée en place depuis 1995 (cf. annexe juridique). La continuité et la réactivité de l'action des CIRE se traduisent entre autres par la création d'antennes régionales garantissant une présence au sein de chaque ARS. Pour garantir l'appui aux autorités sanitaires régionales, le DCAR s'investit dans le pilotage et le suivi de la programmation scientifique des CIRE en lien avec les ARS.

²⁴⁵ Le dispositif des CIRE à l'InVS, présentation de T. Cardoso, directeur du DCAR et A. Gallay, directrice adjointe, au séminaire des 15-16 janvier 2015 sur l'organisation de la prévention et promotion de la santé en région, InVS.

- [719] Depuis 2009, le DCAR a progressivement mis en place ces orientations et organisé la montée en puissance d'une dynamique collective des CIRE au sein de l'InVS. Différents outils de coordination ont été structurés : des codirs, 3 ou 4 fois par an, et dans l'intervalle, des réunions téléphoniques tous les 15j ; une réunion mensuelle par internet associant, quand elles le peuvent, la totalité des équipes des CIRE.
- [720] Le DCAR s'est efforcé d'organiser à des échéances régulières des visites de terrain auprès des équipes, en sus, ou en lien avec les copil annuels de programmation. Des groupes de travail divers ont été mis en place, au sein desquels les CIRE sont généralement représentées en fonction de leurs priorités de travail ou des compétences disponibles²⁴⁶. Le programme de formation vise à maintenir et actualiser les compétences de base des équipes (épidémiologie, EQRS, statistiques ...) et accompagne les actions structurantes de l'institut (régionalisation de la surveillance, mobilisation des données du SNIIRAM ...). Un programme majeur de formation-action dit Profet avait en amont, de 2002 à 2010, visé à renforcer la capacité de réponse aux alertes et la performance des systèmes de surveillance, afin notamment d'accompagner le développement des CIRE. Déployé sur deux ans, ce programme de formation à l'épidémiologie d'intervention et à l'évaluation quantitative des risques alternant théorie et pratique avait, par vagues successives de 5 ou 6 stagiaires, formé de jeunes spécialistes de santé publique à l'ensemble des missions exercées en CIRE. Une quinzaine d'entre eux y sont aujourd'hui en exercice.
- [721] Le rôle d'animation du DCAR reste bien sûr perfectible. La mission a pu noter l'espacement parfois excessif des visites de terrain dans des régions en difficulté, la nécessité de développer les données de pilotage sur l'activité, un suivi insuffisamment précis des effectifs des CIRE (cf. annexe 3). Pour autant, la montée en puissance de l'animation scientifique des CIRE est indéniable et constitue un élément de consolidation des dispositifs national et régional de veille et alerte en facilitant l'actualisation des connaissances, le partage d'expérience, la mobilisation de renforts.

2.2.3 Conclusion sur l'apport des CIRE à l'InVS

- [722] Au fil du temps, l'InVS a de plus en plus misé sur les CIRE pour garantir et amplifier l'exercice de ses propres missions de veille, surveillance et alerte. L'existence d'un échelon territorial lui permet d'animer ses dispositifs de surveillance et d'accroître leurs performances. Les CIRE intégrées aux points focaux régionaux alimentent de façon majoritaire l'activité de veille et alerte de l'InVS et la formalisation progressive des circuits d'information comme la mobilisation fréquente du réseau garantissent un traitement efficace des alertes nationales. L'implantation régionale des CIRE permet d'envisager des études ambitieuses pour améliorer les connaissances et éclairer les politiques de santé nationale ou régionales.
- [723] L'absence de structure territoriale relayant les missions de l'institut serait préjudiciable à l'exercice des missions de l'InVS. Le maintien d'un indispensable relais territorial peut dès lors prendre trois formes :
- Le maintien du modèle actuel de CIRE au sein des ARS sous réserve d'une clarification des responsabilités et d'une simplification de la gestion des personnels.
 - Une structure autonome des ARS reprenant tout ou partie des missions des CIRE à un niveau interrégional dont il n'est pas acquis qu'il soit optimal notamment en matière de surveillance, a fortiori dans une configuration régionale refondue par la réforme territoriale.
 - Le relais des missions de l'InVS par les ARS elles-mêmes, ce qui impliquerait une possibilité d'animation de services des ARS par une agence nationale.

²⁴⁶ La CIRE Nord-Pas-de-Calais/Picardie note dans son rapport annuel 2013 que « les liens avec l'InVS et les autres CIRE sont un gage de maintien de la qualité de l'expertise », ce qui explique son implication dans de nombreux GT nationaux ou inter-CIRE

ANNEXE 3: LES CIRE: ENJEUX DE RESSOURCES HUMAINES

1	DESCRIPTION DES MOYENS DES CIRE ET DE LEUR EVOLUTION.....	175
1.1	Des postes en CIRE répartis de façon presque égale entre ARS et InVS.....	175
1.1.1	Une répartition des moyens définie initialement dans le cadre des conventions ARS-InVS de 2010	175
1.1.2	La progression des moyens n'a pas significativement déplacé l'équilibre initial des contributions.....	176
1.2	Une évolution d'abord favorable aujourd'hui fragilisée	179
1.2.1	Malgré la progression des effectifs, la cible fixée en 2009 par l'InVS pour garantir couverture régionale et permanence 7/7 n'a pas été atteinte	179
1.2.2	Des disparités entre régions et de premières remises en cause de l'équilibre conventionnel initial	180
2	QUELLES PERSPECTIVES DANS UN CONTEXTE DE PRESSION CONTINUE SUR LES MOYENS ET DE REFORME TERRITORIALE ?.....	183
2.1	Mise en perspective des enjeux de ressources des CIRE	183
2.2	Quelle organisation cible pour les CIRE dans le contexte de la réforme territoriale ?.....	185

- [724] Les enjeux de ressources humaines ne sont pas constitutifs du débat sur le positionnement des CIRE, mais lui donnent aujourd'hui un tour plus aigu. Composées de moyens humains apportés par les ARS et par l'InVS, les CIRE sont au carrefour des contraintes de plafond d'emploi et de masse salariale des ARS et de l'agence nationale.

1 DESCRIPTION DES MOYENS DES CIRE ET DE LEUR EVOLUTION

- [725] L'analyse des effectifs des CIRE repose essentiellement sur les données fournies par l'InVS qui fait un point périodique sur l'ensemble des moyens humains des CIRE, qu'ils soient financés par les ARS ou par l'Institut lui-même. La mission n'a pas sollicité directement chaque ARS pour obtenir des éléments sur les moyens fournis à la CIRE, mais a fait le point sur les moyens existants lors de ses déplacements. Le ministère, sollicité au travers du SGMAS, a mis à disposition de la mission les résultats de l'enquête Activité 2013 (données à fin 2012), qui donne une autre estimation des moyens apportés à cette date aux CIRE par les ARS. La Direction des ressources humaines (DRH) du ministère dispose de données globales ou par profils (ex des médecins de santé publique (MISP)), mais n'a pas connaissance de leur affectation précise.
- [726] Il s'est in fine avéré difficile d'obtenir des données stabilisées sur la composition des CIRE. La mission a eu les plus grandes difficultés à recouper les données de moyens humains mentionnées dans les différentes notes de l'InVS avec celles fournies dans les tableaux de synthèse, ce qui témoigne de la difficulté de pilotage des ressources humaines de structures à double rattachement et aux effectifs partagés. C'est l'un des éléments qui a conduit la mission à privilégier l'unification du rattachement des personnels.

1.1 Des postes en CIRE répartis de façon presque égale entre ARS et InVS

1.1.1 Une répartition des moyens définie initialement dans le cadre des conventions ARS-InVS de 2010

- [727] Différents éléments ont contribué à ce que les effectifs des CIRE soient d'origine mixte : d'une part, le modèle d'origine de création des CIRE reposait sur des profils de personnel d'Etat pour l'essentiel - un MISP, un IGS²⁴⁷ - et sur des financements exclusifs des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Ce n'est que dans un second temps, à partir du début des années 2000, que l'InVS recrute à son tour une partie des personnels et notamment les responsables de CIRE. L'affirmation du rôle de l'InVS a entraîné le renforcement des profils d'épidémiologistes au sein des équipes. Des éléments d'opportunité et un certain pragmatisme ont ensuite conduit à ce que l'essor des moyens des CIRE repose sur l'effort des deux contributeurs InVS et ARS. La création des antennes régionales après la mise en place des ARS a ainsi été permise par des contributions équilibrées des ARS et de l'Institut, chaque partie ayant intérêt à cette implantation régionale systématique.
- [728] La base juridique du partage des postes est inscrite dans la convention cadre entre l'InVS et le ministère et dans les conventions initiales signées par l'InVS et les différentes ARS en 2010. La convention cadre précise que l'Institut et les ARS s'engagent à maintenir les effectifs pérennes. La clé de répartition de la prise en charge des postes scientifiques est définie dans chacune des conventions partenariales. Dans certains cas, il est également prévu que l'ARS finance un, voire deux postes d'assistantes.

²⁴⁷ Ingénieur du Génie Sanitaire

[729] Deux schémas de partage peuvent être distingués : le partage ARS-InVS pour une CIRE régionale, le partage entre l'InVS et deux ARS, celle de la CIRE principale et celle de l'antenne, pour une CIRE interrégionale (7 CIRE). En ce qui concerne la répartition entre l'InVS et l'ARS « siège », il est assez fréquent que l'ARS apporte un effectif légèrement supérieur. La parité prévaut en revanche de façon quasi-systématique entre l'InVS et l'ARS à laquelle est rattachée une antenne - un poste pour chaque acteur en général.

[730] Au total, au travers des conventions de 2010, l'InVS s'est engagé à maintenir 48 postes scientifiques. Les ARS se sont, elles, collectivement engagées à apporter 52 ETP de scientifiques auxquels s'ajoutent 7 postes d'assistantes pour les ARS ayant également contracté pour ce profil. La logique de ces postes est d'être pérennes, ce qui signifie qu'ils ont vocation le plus souvent à être des postes statutaires MISP, IGS ou des contrats à durée indéterminée (CDI), mais les conventions prévoient généralement également la possibilité de les atteindre avec des contrats à durée déterminée (CDD) longs supérieurs à 24 mois.

1.1.2 La progression des moyens n'a pas significativement déplacé l'équilibre initial des contributions

[731] Depuis la mise en place des CIRE ou de leurs antennes au sein de toutes les ARS, leurs effectifs ont significativement progressé : alors que l'effectif total tous profils confondus était de 100 en 2008, il a atteint 136,3 ETP fin 2014, soit une hausse de 36 % en 6 ans. Cette hausse n'a cependant pas été continue, puisque 2013 apparaît comme une année de repli par rapport à 2012 avec une baisse des effectifs, après 3 années de quasi-stabilité de 2010 à 2012. 2014 retrouve le niveau des années antérieures.

Tableau 19 : Evolution des effectifs des CIRE et de leur répartition

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Effectif InVS	40	55,8	66,2	60,3	55,5	57,5	62,4
Effectif ARS	56	62	62,6	66,7	71,4	61,4	66,4
Sursaud sur convention	4	6,2	9,5	9,3	9,9	8,2	7,5
Effectif total des CIRE	100	124	138,3	136,3	136,8	127,1	136,3

Source : Données InVS produites en février 2015

[732] Cette évolution positive repose sur les deux types de contributeurs que sont l'InVS et les ARS ; pour l'InVS, après un pic en 2010, en partie induit par les renforts contractuels importants recrutés durant la crise de la grippe, une baisse et une nouvelle remontée de 2012 à 2014, et pour les ARS une montée en puissance plus progressive jusqu'en 2012, date à laquelle les effectifs reculent.

[733] Les postes SurSaUD²⁴⁸, déployés pour faire vivre le nouveau système de surveillance non spécifique institué suite à la canicule, sont généralement des postes sur convention, co-financés par l'InVS et l'ARS et portés le plus souvent par une structure hospitalière, un ORU²⁴⁹ ou un ORS²⁵⁰. Quelques postes sont inclus dans le plafond d'emploi des ARS, mais co-financés. Ils sont de plus en plus sur une activité mixte, la production des indicateurs sanitaires pour la veille et alerte répondant à la mission InVS et la production des indicateurs de tension hospitalière à destination des ARS et des hôpitaux.

²⁴⁸ Surveillance sanitaire des urgences et des décès

²⁴⁹ Observatoire Régional des Urgences

²⁵⁰ Observatoire Régional de Santé

Tableau 20 : Evolution des effectifs InVS des CIRE

	CDI	CDD – 12 mois	CDD 12-36 mois	Total InVS
2008	33,4	0,0	6,6	40,0
2009	38,8	1,6	15,4	55,8
2010	43,3	1,3	21,6	66,2
2011	46,6	0,3	13,3	60,3
2012	43,8	0,3	11,4	55,5
2013	46,7	3,1	7,7	57,5
2014	46,9	5,5	10,0	62,4

Source : InVS février 2015

[734] En ce qui concerne l’InVS : on note une hausse importante entre 2008-2010, un repli en 2011-2012 et un nouvel élan à partir de 2013. Au total, les moyens humains apportés par l’Institut progressent de près de 60 % entre 2008 et 2014.

[735] Si l’effectif global fluctue, c’est en grande partie du fait des variations de recrutements de CDD : l’effort initial de l’InVS pour le déploiement d’un dispositif régional au moment de la création des ARS - et des antennes - a d’abord reposé sur un recrutement important de contractuels à durée déterminée, dont près d’une dizaine de postes Profet pour conforter les compétences en épidémiologie. Les alertes de sécurité sanitaire - comme la grippe H1N1 en 2009-2010, ou les maladies vectorielles dans les DOM ou le Sud de la France - expliquent aussi la fluctuation des CDD, des renforts ayant été nécessaire pendant ces périodes de mobilisation. En 2010, les CDD représentent 34 % de l’effectif InVS des CIRE.

[736] La hausse est quasi continue en revanche pour les CDI (+41 % sur la période), qui culminent en 2014, après un léger fléchissement en 2012. Peu à peu, l’InVS a consolidé son apport en CDI – en recrutant d’ailleurs une partie du vivier des épidémiologistes Profet. Ce n’est qu’en 2014 que l’InVS atteint presque avec des postes réellement « permanents », et non plus des CDD longs, l’effectif fixé contractuellement en 2010.

[737] On constate par ailleurs une croissance des CDD courts en fin de période, en lien avec les besoins de renforts ponctuels évoqués dans les notes de programmation du DCAR²⁵¹ et sans doute également dans une logique de posture d’attente par rapport à la fusion du nouvel Institut et à ses conséquences éventuelles sur la structuration territoriale actuelle. Les CDD constituent 25 % des équipes InVS des CIRE en 2014.

Tableau 21 : Evolution des effectifs ARS des CIRE

	CDI, MISP et IGS	CDD -12 mois	CDD 12-36 mois	Total ARS
2008	48,2	1,5	6,4	56,0
2009	54,2	0,5	7,3	62,0
2010	50,9	0,0	11,7	62,6
2011	51,2	0,5	14,9	66,7
2012	50,1	1,8	19,6	71,4
2013	48,7	0,5	12,2	61,4
2014	50,2	1,9	14,2	66,4

Source : Données InVS février 2015

²⁵¹ Département de la coordination des alertes et des régions

- [738] Les effectifs ARS croissent de 18,5 % entre 2008 et 2014, avec un repli en 2013 et une reprise en 2014. A la différence de l'InVS, cette progression repose plus sur les contrats à durée déterminée, qui doublent au cours de la période, que sur des permanents, MISP, IGS ou CDI (qui n'augmentent que de +4 % entre 2008 et 2014 et baissent entre 2009 et 2014). Les CDD représentent 24 % de l'effectif ARS des CIRE en 2014, contre 14 % en 2008 et 12,4 % en 2009.
- [739] Le point culminant des postes permanents est 2009 avec 54 postes (dont 15,3 assistantes). Le point bas a été atteint en 2013, avec 49 postes permanents seulement, dont 13 ETP d'assistantes, soit un effectif scientifique permanent de 36 inférieur à l'engagement conventionnel. C'est encore vrai en 2014, quoique dans une proportion moindre, puisque le nombre de scientifiques permanents recrutés par les ARS ne s'élève alors qu'à 38 (plus 12,5 assistantes) (contre un engagement de maintenir 51 postes scientifiques pérennes dans les conventions). Les engagements des ARS ne sont atteints que grâce à l'appoint de scientifiques contractuels, ce qui est conforme à l'esprit des conventions de partenariat pour autant qu'ils s'agissent de CDD supérieurs à 24 mois²⁵². Certains professionnels sont d'ailleurs parfois recrutés en CDI dans un second temps au terme de leurs contrats (ex. en 2014 de la transformation en CDI de 3 CDD : l'un en Ile de France, le second à la CIRE Ouest, le troisième à la CIRE Midi-Pyrénées).
- [740] Confrontées aux contraintes de plafond d'emploi et de masse salariale, ainsi qu'aux difficultés de recrutements de MISP (8 en 2014, soit moins d'un par CIRE, contre près de 15 en 2009), les ARS ont sans doute minimisé leur engagement durable à l'intérieur même du cadre fixé par les conventions partenariales de 2010. Elles ont cependant globalement maintenu les effectifs et ce, légèrement au-delà des exigences contractuelles, si l'on intègre les contrats supérieurs à un an, ce qui peut être révélateur de l'apport ressenti par les ARS.
- [741] Les données 2014 ne laissent, quoiqu'il en soit, pas percevoir de façon notoire une volonté des ARS de désengagement ni sur les postes pérennes, quasiment stables depuis 2010 si l'on excepte 2013 - ni sur les contrats à durée déterminée qui progressent ; au global on relève une stabilité des postes permanents, et une hausse des contrats longs.
- [742] Les ARS restent, et l'ont quasiment été sur toute la période, les principales contributrices de l'effectif des CIRE, avec parfois même une dizaine de postes d'écart avec l'InVS (2012). 2010, est, du fait de la crise de la grippe H1N1, la seule année où l'InVS l'emporte. Mais la part des ARS décroît, de 56 % en 2008 à 49 en 2014. Et une partie de cet écart repose sur le financement par les ARS des postes d'assistantes. Si l'on considère en revanche les postes scientifiques, l'InVS est le principal contributeur avec, tous types de statuts confondus, quelques postes supplémentaires. L'écart en faveur de l'InVS est plus net encore si l'on ne considère que les postes permanents.
- [743] De surcroît, la répartition donnant globalement la majorité aux ARS dans l'emploi des personnels de CIRE n'est pas une réalité uniforme, et les contributions des deux partenaires pour la constitution de l'équipe d'une CIRE en particulier sont parfois assez déséquilibrées. Dans certaines CIRE, telles celles de l'Océan Indien ou des Antilles Guyane, l'apport de l'InVS est nettement dominant : pour cette dernière CIRE, jugée prioritaire par l'InVS compte tenu des risques émergents et de la diversité des pathologies, l'Institut apporte les 2/3 de l'effectif. A l'inverse, en région Centre comme en Ile-de-France, l'apport de l'ARS est majoritaire. Cet élément de complexité doit être présent à l'esprit dans la réflexion à conduire sur l'éventuelle clarification du rattachement des personnels de CIRE à l'un ou l'autre acteur, et n'est pas sans conséquence sur les perceptions des acteurs.

²⁵² EN 2014, 15,7 CDD sont supérieurs à un an mais la mission ne dispose pas dans les données les plus récentes du nombre des + 24 mois.

1.2 Une évolution d'abord favorable aujourd'hui fragilisée

1.2.1 Malgré la progression des effectifs, la cible fixée en 2009 par l'InVS pour garantir couverture régionale et permanence 7/7 n'a pas été atteinte

- [744] Dans une note prospective de 2009²⁵³ envisageant un schéma cible de CIRE couvrant l'ensemble du territoire, soit par une CIRE de plein droit, soit par une antenne, et assurant une permanence 7j/7 et 24h/24, l'InVS estimait nécessaire un renfort de 35 postes au regard des Equivalents temps plein travaillés (ETPT) scientifiques dénombrés alors²⁵⁴. Il se basait sur l'estimation d'une masse critique de CIRE modulée selon la taille de la région.
- [745] Le modèle cible défini distinguait 3 groupes de régions requérant des effectifs croissants pour faire face aux enjeux de veille, surveillance et alerte.
- [746] Six CIRE implantées dans des bassins de population de moins de 3M d'habitants devaient être dotées de 6 ETPT²⁵⁵.
- [747] Quatre CIRE couvrant des bassins de population supérieurs à 3M d'habitants devaient atteindre un effectif de 8 ETPT.²⁵⁶
- [748] Les quatre CIRE couvrant les zones les plus peuplées (plus de 5M d'habitants : Rhône-Alpes, Ile de France, PACA et Nord) devaient elles être pourvues de 10 ETPT, ainsi que les CIRE d'outre-mer compte tenu tant de la spécificité des pathologies rencontrées que de l'éloignement.
- [749] Le plein déploiement de ce schéma cible devait conduire à une cible totale de 138 postes scientifiques pour 2012.²⁵⁷
- [750] La création des ARS et l'installation consécutive d'antennes régionales, ainsi que le développement des CIRE « maisons-mères », ont bien conduit à un renforcement progressif avec, en 2014, un effectif tous profils confondus de 136,3 ETP. L'effort conjoint des deux contributeurs conduit l'effectif total à proximité de la cible de 2009, si l'on fait abstraction de la nature des postes et de leur pérennité. Les postes scientifiques ne se chiffrent qu'à 124, postes Sursaud inclus, 116,5 sans eux. Les postes scientifiques permanents ne s'élèvent qu'à 85, répartis entre 47 pour l'InVS et 38 pour les ARS (38 en 2010, 38,7 en 2009).
- [751] La cible fixée en 2009 n'est donc globalement pas atteinte. Il faut cependant noter que la cible ainsi définie reposait sur un modèle populationnel assez fruste et ne correspondait pas à une analyse précise en termes de tâches et de besoins. On peut également relever que la cible est parfois significativement supérieure à l'effectif acté dans la convention partenariale – ainsi pour la CIRE Midi-Pyrénées dont l'effectif cible serait à 8 alors que l'effectif conventionnel est de 5. Nous verrons *infra* qu'il est essentiel que, dans un contexte de moyens tendus, la réflexion progresse sur les inducteurs de charges des CIRE, en lien avec une analyse nationale plus fine de leur activité réelle.
- [752] Le bilan national des moyens des CIRE mérite cependant d'être apprécié plus finement et modulé en fonction des situations régionales.

²⁵³ Note d'octobre 2009 de la directrice générale de l'InVS au Secrétaire général du ministère et au Directeur général de la santé relative au positionnement des CIRE au sein des ARS.

²⁵⁴ Les chiffres indiqués dans la note 119 ETP scientifiques dont 97 permanents n'ont pu être reconstitués par la mission avec les données actuelles à sa disposition

²⁵⁵ Auvergne, Centre, Centre-Est, Normandie, Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes.

²⁵⁶ Aquitaine, Est, Midi-Pyrénées, Ouest et Pays de la Loire.

²⁵⁷ Somme égale au total de l'effectif cible de chaque CIRE selon le modèle.

1.2.2 Des disparités entre régions et de premières remises en cause de l'équilibre conventionnel initial

1.2.2.1 Des régions inégalement dotées

- [753] Le modèle cible défini par l'InVS (*supra*) conduisait par construction à des CIRE d'ampleur inégale. Au-delà de ces différences de dotation résultant d'un critère populationnel, les mouvements de personnel et les aléas des renforcements d'effectifs des différentes régions ont conduit à ce que, au regard même du modèle, les différentes CIRE soient inégalement pourvues. Certaines régions comme Midi-Pyrénées (4,6 ETP globaux en 2013 et 2014 au lieu de 8 scientifiques en cible), Rhône-Alpes (moins de 8 tous profils confondus²⁵⁸ en 2014 au lieu de 10 ETP scientifiques) apparaissent, ainsi, comme très en-deçà de la taille jugée alors pertinente.
- [754] En ce qui concerne Midi-Pyrénées, la contribution de l'ARS est aujourd'hui inférieure à l'effectif fixé contractuellement, l'apport InVS étant tout juste à la hauteur de la convention, après un temps d'affaiblissement. Dans cette région, la faiblesse de la CIRE est à mettre en relation avec des choix régionaux comme en attestent les résultats plus généraux de l'enquête Activité conduite en 2013 par le Secrétariat Général du ministère des affaires sociales (SGMAS) : elle montre que les moyens dédiés à l'alerte et à la veille dans cette ARS sont significativement en retrait par rapport à ceux des régions du même groupe des ARS de région de taille importante²⁵⁹. Pour Rhône-Alpes, après un effectif total inférieur à 7 en 2012 et 2013, une reprise conduit plus près de 8, l'affaiblissement étant plutôt imputable à une baisse temporaire de la contribution de l'InVS.
- [755] La CIRE Antilles-Guyane est à l'inverse, au-dessus de l'effectif cible dessiné en 2009, grâce notamment à un fort investissement de l'InVS, mais aussi au respect de la convention par l'ARS. Cet armement de la CIRE est à lier avec les enjeux sanitaires forts et récurrents de ces régions d'outremer.
- [756] La fragilisation de certaines CIRE impose aux acteurs, et à l'InVS notamment, d'y pallier en affectant des moyens temporaires pour garantir la mise en œuvre des éléments essentiels des programmes annuels. Les CDD ponctuels de moins de 12 mois constituent une force d'appoint parfois indispensable pour garantir la réalisation d'une étude locale ou la participation à un projet national, voire l'appui au traitement des signaux. La note stratégique annuelle du DCAR recense ainsi, à l'issue du descriptif de la programmation annuelle, les moyens requis en CDD dans les différentes CIRE pour mener à bien les programmes envisagés en lien avec les ARS. En 2014, la demande de renfort pour la CIRE Rhône-Alpes souligne ainsi « Actuellement l'équipe n'est plus en mesure d'assurer l'activité programmée (allègement et report des échéances) et peine à assurer l'appui au traitement des signaux. Dans ces conditions, un renfort est indispensable »²⁶⁰.
- [757] En 2014, le DCAR a ainsi demandé la prolongation ou la création de 6 CDD de 12 mois pour, d'une part, conforter 4 antennes régionales et d'autre part, compenser l'investissement de deux CIRE dans des études lourdes ou des projets nationaux...La mobilisation de stagiaires de maîtrise est un autre moyen utilisé pour avancer sur certains projets locaux ou nationaux²⁶¹.

²⁵⁸ Effectif total comprenant un poste d'assistante, le poste SurSaUD et un CDD court.

²⁵⁹ Synthèse de la revue d'activité sur la base des effectifs de fin 2012 (2013).

²⁶⁰ InVS, Note stratégique du DCAR pour la programmation 2014.

²⁶¹ Autres exemples de justifications des besoins de renforts ponctuels issus des demandes motivées du DCAR dans son document de programmation : l'équipe de la CIRE Antilles Guyane « fait actuellement face à une charge de travail très importante en raison du lancement de l'étude Kannari et du projet Guyaplomb. Ce renfort permettra ponctuellement d'assurer la veille sanitaire en Martinique, de maintenir un correspondant CIRE pour la plateforme de l'ARS et de maintenir le dispositif SurSaUD (seule CIRE à ne pas bénéficier d'un poste sur convention), activités qui risquent de ne pouvoir être assurées en raison des deux études précitées. » « La CIRE Languedoc-Roussillon a piloté le groupe de travail (inter-CIRE et avec le DMI) pour le développement de programmes qualité, analyses et production de tableau de bord d'indicateurs harmonisés et standardisés des maladies à déclaration obligatoire, entre les régions depuis 2 ans. Ce projet, prioritaire dans la stratégie de régionalisation des systèmes de surveillance, a pu être mené à bien jusqu'ici par un chargé

[758] En 2015, une nouvelle demande était formulée par le DCAR dans le cadre de la procédure budgétaire de l'Institut, visant une douzaine de CDD pour le maintien d'antennes régionales, le renforcement des CIRE Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon, le lancement ou la poursuite d'études ou programmes de surveillance, le remplacement de congés-maternité ou de départs en formation longues.

[759] Comme on l'a vu, les ARS contribuent parfois de leur côté à un renforcement allant au-delà de l'engagement contractuel en cas de priorité régionale de surveillance : ainsi d'un poste supplémentaire de l'ARS Alsace pour la mise en place d'une surveillance régionale spécifique de la maladie de Lyme.

Tableau 22 : Evolution de l'effectif total (scientifique et administratif) des CIRE
(InVS, ARS, postes Sursaud sur convention)

	2010	2011	2012	2013	2014
Antilles Guyane	13	12,33	10,34	11,56	14,23
Aquitaine	9,53	8,27	8,6	9,1	8,92
Auvergne	4,17	4,23	3,8	3,05	3,72
Bourgogne- Franche Comté	8,17	9	8,83	7,75	8
Centre	6,44	5,73	5,14	5,26	5,5
Ile de France CA	9,02	8,93	10,88	8,31	13
Languedoc Roussillon	7,59	7,5	7,33	6,84	6,33
Limousin Poitou Charentes	5,26	5,71	6,08	5,75	6,5
Lorraine Alsace	5,89	6,77	6,4	6,69	6,05
Midi Pyrénées	6,92	6,2	6,03	4,6	4,58
Nord Pas de Calais Picardie	9,88	12,05	12,85	10,22	9,93
Normandie	7,3	8,96	10,3	7,8	8,63
Océan Indien	12,5	10,83	9,17	9,5	9
Ouest	7,94	6,39	6,93	6,6	6,52
Pays de la Loire	7,16	6,25	7,34	7,33	7,8
Rhône Alpes	8,55	7,71	6,8	6,63	7,3
Sud	9	9,42	10	10	10,2

Source : InVS février 2015

1.2.2.2 De premières situations de remise en cause de l'équilibre conventionnel initial

[760] Globalement, les effectifs scientifiques des CIRE recensés dans les conventions partenariales initiales, ont bien été pourvus au cours des dernières années, essentiellement avec des postes permanents, mais aussi de plus en plus du côté des ARS avec des CDD longs. Les ARS ont poursuivi leur soutien aux CIRE et contribuent toujours à une majorité des postes. Elles sont cependant aujourd'hui minoritaires sur les postes scientifiques et de surcroît dans quelques CIRE, des difficultés apparaissent pour maintenir ou renouveler des postes dépendant de l'ARS. Soumises comme l'ensemble des acteurs publics à une forte contrainte à la fois sur leur plafond d'emploi, mais aussi de plus en plus sur leur masse salariale, les ARS sont en quête de marges de manœuvre.

de projet en CDD. Le maintien de l'activité de routine de l'équipe, notamment sur la veille et l'alerte, nécessite un renfort pour la finalisation de ce travail en 2014. »

- [761] Les contraintes de moyens ont différents effets dans leur relation avec les CIRE : la mission a pu percevoir dans certaines régions une hésitation croissante des ARS à sanctuariser leurs effectifs et à se tenir à leur répartition telle que définie dans les conventions... Dans d'autres régions, les ARS se font à l'égard de la CIRE ou entre elles, quand il s'agit de CIRE interrégionales, plus attentives dans le retour sur investissement des effectifs financés : ainsi en Normandie, l'analyse par l'ARS Haute-Normandie du rapport entre les moyens octroyés par elle et la quote-part d'activité consacrée par la CIRE à la région a conduit cette ARS à demander à l'ARS de Basse-Normandie, moins investie en moyens humains et plus bénéficiaire en travaux de la CIRE, une compensation financière de ce déséquilibre²⁶². Au niveau national, cela conduit à interroger l'apport aux ARS d'actions considérées - parfois à tort - comme essentiellement nationales (notamment dans le champ de la surveillance).
- [762] Si la plupart des directions générales d'ARS ont choisi de préserver les effectifs des CIRE, tant par respect des conventions signées, que par choix de contribuer à une mission jugée indispensable, quelques premiers exemples de désengagement se sont produits.
- [763] En Aquitaine, confronté aux contraintes de plafond d'emploi (-35 ETP en 4 ans²⁶³), et estimant ne plus pouvoir sanctuariser les effectifs de la CIRE, le DG d'ARS a choisi, à compter de septembre 2014, de compenser un départ d'ingénieur au sein de la mission régionale Santé-Environnement en s'appuyant, pour un mi-temps, sur le poste d'ingénieur de la CIRE. Cette décision a imposé de dénoncer la convention InVS-ARS de 2010 qui fixait l'apport respectif des deux institutions de façon paritaire (3ETP de part et d'autres)²⁶⁴.
- [764] Cette solution atypique a été actée au travers d'un protocole dédié ARS-InVS²⁶⁵ (oct. 2014) en dépit des réticences initiales de l'InVS, inquiet des possibles conflits de positionnements voire d'intérêts susceptibles d'être générés par cette situation de double hiérarchie sur un individu intervenant au titre de l'évaluation d'une part, de la gestion de l'autre²⁶⁶. Pour cadrer au mieux la situation, ce protocole ad hoc a précisé les modalités de travail de cet agent (différence de nature des sujets traités dans l'un et l'autre poste, interdiction de principe de conduire, pour un même dossier, les tâches d'évaluation puis de gestion, participation aux réunions de service, aux astreintes...). Le programme de travail de la CIRE devait également être ajusté.
- [765] En Lorraine, les contraintes de masse salariale ont joué au détriment de la CIRE. Le départ de l'IGS de la CIRE n'a pas été compensé par l'ARS de Lorraine, soit un désengagement sur l'un des deux postes apportés par cette ARS au titre de la convention initiale. Après un temps d'hésitation, celle-ci a, en revanche, finalement décidé de pourvoir au remplacement du poste de MISP également vacant, mais par un profil de médecin contractuel.
- [766] Les contraintes de masse salariale pesant sur l'ARS Bretagne et la perte d'une cinquantaine de postes depuis 2010 ont également conduit récemment à des difficultés de remplacement à l'identique d'un poste de MISP de la CIRE Bretagne, le titulaire du poste ayant fait valoir ses droits à la retraite. Une solution de compromis reposant sur un CDD porté par le CHU de Rennes et co-financé par l'ARS et l'InVS a été recherchée par les deux parties, conduisant à la mise en place d'un montage atypique et naturellement non pérenne. L'hypothèse d'un avenant de prolongation du contrat initial d'un an est toutefois inscrite dans la convention. Dans le Nord, le renouvellement d'un poste de médecin dépendant de l'ARS a également été récemment soumis à forte hypothèque, jusqu'à ce qu'un compromis, au moins provisoire, soit trouvé entre la direction de l'ARS et l'InVS.

²⁶² Source : Courrier de novembre 2012 du DG de l'ARS Haute Normandie au DG de l'ARS Basse Normandie

²⁶³ Courrier du DG de l'ARS Aquitaine à la DG de l'InVS juin 2014

²⁶⁴ Cette CIRE comporte en septembre 2014 8,9 ETP soit un effectif légèrement supérieur à la cible définie en octobre 2009 pour une région de taille moyenne dont la CIRE est purement régionale.

²⁶⁵ Protocole joint au courrier du directeur de l'InVS du 31 octobre 2014

²⁶⁶ Note de la directrice générale par interim de l'InVS au DG de l'ARS Aquitaine, juillet 2014

- [767] Dans les régions où le désengagement de l'ARS est effectif, la capacité des équipes régionales à assurer le programme d'activité est fragilisée et partant la valeur ajoutée de la CIRE amoindrie, avec un risque de cercle vicieux bouclant moindre valeur ajoutée et moindres sollicitations. La situation de la CIRE Alsace-Lorraine a paru à cet égard particulièrement critique à la mission. En-deçà d'un seuil d'effectifs, la CIRE est contrainte à désertier certains pans d'activité et met en péril, soit son apport à l'ARS, soit sa participation aux missions nationales de l'InVS.

2 Quelles perspectives dans un contexte de pression continue sur les moyens et de réforme territoriale ?

- [768] La réflexion sur les perspectives des CIRE doit tout à la fois intégrer les exigences d'efficacité de l'action publique dans un contexte de plus en plus contraint sur les moyens humains, anticiper les conséquences sur ces structures et les ARS de la réforme territoriale qui s'amorce sans qu'on puisse tout à fait en mesurer les conséquences fines sur l'organisation interne des nouvelles agences, et enfin veiller à la performance d'un dispositif de sécurité sanitaire auquel la mise en place des plateformes de veille et d'alerte régionales ont incontestablement bénéficié, grâce à la mobilisation de leurs deux principaux acteurs, Cellules de veille régionales (CVAGS) et CIRE.

2.1 Mise en perspective des enjeux de ressources des CIRE

- [769] Les perspectives des CIRE sont à la croisée des contraintes que supporteront à l'avenir ARS et nouvel Institut de santé publique et de la priorité relative accordée par ces deux ensembles aux missions de veille, surveillance et alerte.
- [770] En ce qui concerne l'InVS, il a perdu 35 ETP sur la période 2011-2015 sur 427 en 2011, soit une baisse de 8,4 %. En dépit de ces efforts, la direction de l'Institut a choisi, au cours des années passées, non seulement de préserver mais même de conforter les CIRE, dans la ligne de la démarche globale de consolidation du réseau. La fusion des trois institutions au sein du futur « Institut de santé publique » crée une relative absence de visibilité sur les perspectives des ressources humaines consacrées à la veille et à l'alerte dans ce nouvel ensemble, qui reste néanmoins soumis à la baisse des moyens humains du secteur public. En 2015, tout en appliquant à l'ensemble des trois institutions rassemblées au sein du nouvel Institut le taux global de réduction du programme 204, soit 2 %, la Direction Générale de la Santé (DGS) a fait porter des efforts plus importants sur l'InVS, avec une baisse de 10 ETP en 2015. La fusion s'opérant en 2016, la question se pose pour l'avenir des éventuelles marges de manœuvre dégagées par cette fusion, et de la part des gains éventuels qui sera conservée au nouvel Institut pour mettre en œuvre ses missions et le cas échéant consolider son réseau.
- [771] En ce qui concerne les ARS, deux éléments doivent être analysés : d'une part, la contrainte globale qui pèse sur leurs effectifs, d'autre part la place qu'occupent la veille et l'alerte au sein de leurs effectifs, et la part représentée par la CIRE.
- [772] Au cours des dernières années (2011-2015), les ARS ont perdu 7,5 % de leurs plafonds d'emplois, soit une perte de 657 postes sur 9443 en 2011. 97 ETP supplémentaires devront être rendus en 2016 et 100 en 2017.

- [773] L'enquête Activité des ARS par statut et ETP (Données 31-12-2012)²⁶⁷ conduite par le SGMAS permet d'apprécier la part consacrée par les agences à la sécurité sanitaire globalement, et plus précisément à la mission Signaux, événements et alertes qui correspond largement au champ des CVAGS²⁶⁸. 69 % du temps disponible des agents des ARS (6124,2 ETP) était consacré au macro-domaine Régulation santé et médico-social, dont la Sécurité sanitaire était le secteur majoritaire avec 23,6 % du temps total des agents. L'enquête constatait de fortes disparités entre les agences de métropole, d'une part, qui consacrent entre 16 % et 22,6 % de leurs ETP à la sécurité sanitaire et les ARS ultra-marines, d'autre part, qui mobilisent entre 25 % et 65,3 % de leurs effectifs à ce secteur. Ces effectifs se situent majoritairement en délégation territoriale.
- [774] Pour la mission Signaux, événements et alertes, l'ensemble des ARS employait en 2012 près de 251 ETP, à rapporter à un effectif alors disponible de 8875 ETP. 1,4 % des agents des agences, soit 125,83 ETP, exercent par ailleurs des activités « autres » que celles recensées au sein de la nomenclature de l'enquête. Les fichiers d'enquête montrent que les ETP concernés correspondent principalement aux agents que les ARS mettent à disposition des CIRE (59,1 % des ETP de la mission « autres » soit 74 ETP recensés par ce biais à fin 2012).
- [775] Il apparaît ainsi que le rapport entre les effectifs ARS en CVAGS et les effectifs ARS en postes en CIRE serait nationalement de 3,5. D'où la tentation de certains DG d'ARS de reprendre leurs effectifs pour muscler leurs équipes et en premier lieu la CVAGS.
- [776] Dans les échanges de la mission avec les acteurs des ARS a parfois été suggérée l'idée que la dualité CIRE-CVAGS serait un luxe que le système ne pourrait plus s'offrir. La question ne se réduit toutefois pas à une question de maîtrise des moyens humains et la mission estime (cf. annexe 2 sur l'Activité des CIRE et le rapport de synthèse) que les enjeux de préservation de la performance de la sécurité sanitaire, mais aussi d'indépendance, militent pour la préservation d'une dualité d'acteurs. Il importe cependant que les besoins humains respectifs des deux entités, CIRE et CVAGS, soient appréciés au plus juste des exigences de leurs missions propres et équilibrés. Cela paraît indispensable dans le contexte de recomposition des équipes induit par la réforme territoriale, et face à une contrainte de moyens en regard de laquelle doivent avoir été définis les points durs de l'exercice de traitement du signal.
- [777] Progresser dans l'évaluation des moyens optimaux tant des CIRE que des CVAGS est indispensable à l'équilibre entre les deux cellules et est la plus sûre condition de respect des prérogatives de chacun, de l'absence d'empiètement de la gestion sur l'évaluation ou l'inverse, et partant d'un exercice optimisé de traitement du signal.
- [778] La mission a en effet constaté l'impact négatif d'un déséquilibre entre les deux structures pour le bon fonctionnement de la plateforme. Les exemples de dysfonctionnements sont très souvent liés à la faiblesse relative de l'un des acteurs : la faiblesse de la CVAGS a ainsi, longtemps, conduit la CIRE de la Réunion à tenir un rôle qui, de l'avis unanime, n'avait pas à être le sien. Dans le bilan du fonctionnement des plateformes opéré en 2012 par les CIRE à la demande de l'InVS, plusieurs CIRE (Corse²⁶⁹, Midi-Pyrénées²⁷⁰) pointent la difficulté pour elles de ne pas être impliquées dans la gestion compte tenu de la fragilité de la CVAGS. A l'inverse, le sous-effectif de la CIRE de Lorraine-Alsace conduit à une moindre sollicitation et compromet son apport en termes d'expertise notamment sur les dossiers de moyen terme.

²⁶⁷ Une nouvelle enquête est en cours mais les données étaient en cours de recueil au moment de la mission

²⁶⁸ Certains des items de définition de cette mission dans le guide de remplissage de l'enquête fait toutefois apparaître des activités relevant plutôt des CIRE (surveillance par exemple). Mais comme une rubrique ad hoc permettait d'enregistrer les effectifs ARS des CIRE, on peut supposer que la mission ne recouvre que des effectifs CVAGS.

²⁶⁹ « Faire exister une CVAGS (en Corse) : lorsqu'elle existera vraiment, définir le rôle de chacun » : tel est le constat de la CIRE en 2012. L'enquête Activité montre alors 3,2 ETP pour la mission Signaux, veille et alerte.

²⁷⁰ « Une CVGS faible sous-dotée en personnel, en moyens, et non visible au sein de l'ARS » écrivait alors la CIRE.

- [779] La fusion des moyens pourrait paraître la meilleure façon de conforter des CVAGS fragilisées. Mais, outre que cette fusion menace l'apport d'une structure experte, disposant du recul et du temps de conduire des investigations rigoureuses, cela n'est pas une garantie de consolidation à moyen terme. L'exemple de Midi-Pyrénées paraît à cet égard intéressant : la faiblesse de l'investissement de l'ARS dans la CIRE trouve son pendant exact dans les données 2012 de l'enquête Activité qui souligne le singularisme de cette ARS dans les moyens octroyés à la CVAGS, relativement faibles par rapport aux régions de taille équivalente, mais aussi de régions de taille inférieure. Ce qui est en question ici est plus la définition des priorités régionales que la difficulté à doter la CVAGS. En l'absence de priorité accordée à la veille et à l'alerte, la fusion des moyens est plus un risque qu'un renforcement.
- [780] Dans certaines régions où la coopération a paru fructueuse (ex de la Bourgogne-Franche-Comté²⁷¹, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais) les moyens de la CVAGS sont aujourd'hui équivalents ou supérieurs à ceux, corrects, de la CIRE.
- [781] La nécessité d'affiner les modèles de construction des CIRE et des CVAGS au regard des besoins paraît également indispensable, dans l'hypothèse où l'option de rattachement unique des personnels de CIRE proposée par la mission serait retenue, pour disposer d'une clé de reconstruction des équipes et de partage éventuel des effectifs ARS des CIRE au moment de la mise en œuvre de la réforme territoriale et du transfert des moyens.

2.2 Quelle organisation cible pour les CIRE dans le contexte de la réforme territoriale ?

- [782] La réforme territoriale en cours, en ramenant le nombre de régions métropolitaines à 13, peut d'une certaine façon faciliter la réflexion sur les moyens des CIRE en permettant de regrouper leurs forces sur un nombre de sites plus réduits. La situation de l'outremer pose cependant des questions spécifiques.
- [783] La piste d'un regroupement interrégional a été évoquée à plusieurs reprises dans le passé par l'InVS pour consolider les CIRE et mieux les affranchir des aléas de ressources. En concentrant les CIRE au niveau des nouvelles régions, on peut plus aisément disposer d'une masse critique permettant à la fois une technicité supérieure et des gains d'échelle (tâches qui peuvent être conduites pour un territoire plus large par exemple l'exploitation des bases régionalisées de surveillance en MDO²⁷² ou simplification du travail par l'adoption de procédures unifiées alors qu'aujourd'hui une CIRE interrégionale peut avoir à gérer des procédures différentes entre régions). Mettre en place 13 CIRE (ou 12 si la CIRE PACA Corse devait rester interrégionale) doit permettre de dégager des gains d'efficacité minimaux.
- [784] La structuration des CIRE est cependant étroitement liée à celle des plateformes régionales. Une partie des éléments qui ont conduit par le passé à souhaiter une implantation régionale, au moins minimale, au travers d'antennes, reposaient sur une nécessaire proximité avec les acteurs ARS des plateformes que sont les CVAGS. A l'heure actuelle, au moment où les réflexions sur la structuration des futures ARS s'amorcent tout juste, il n'y a pas de certitude sur le fait que plateformes adoptent un mode de structuration « régional », mais cela semble l'hypothèse la plus vraisemblable. Il y a donc une logique forte à placer les CIRE au même niveau.

²⁷¹ Environ 7 ETP chacune en 2014

²⁷² Maladies à déclaration obligatoire

- [785] Dégageant, pour la CIRE, une masse critique supérieure pour optimiser la prise en charge des signaux ou pour conduire des études, cette organisation poserait cependant des questions plus importantes pour certaines tâches : pour d'éventuelles investigations de terrain par exemple : venant en appui des investigations des équipes de délégation territoriale (DT), qui demeurent, en général, en première ligne pour les contacts avec la population, les CIRE interviennent aujourd'hui plus souvent que les cellules régionales de veille et alerte sur le terrain. L'éloignement est susceptible de fragiliser ce renfort de terrain. Des questions similaires se posent pour l'animation des dispositifs de surveillance qui supposent une proximité plus grande avec les réseaux de professionnels. Dans un contexte de montée en puissance du pilotage des ARS sur les réseaux régionaux de vigilance et d'appui (RREVA) instaurés par la loi de santé, on peut penser cependant que les actions pour développer la culture du signalement nécessaires aux vigilance comme à la veille et à la surveillance relèveront d'un co-investissement ARS-CIRE, comme c'est déjà le cas dans certaines régions (Ile de France, Languedoc-Roussillon), et que les actions des CIRE bénéficieront de l'action locale des DT en faveur du renforcement de l'implication des professionnels dans l'ensemble des dispositifs de vigilance ou de veille. Ces questions appellent une réflexion approfondie sur les modalités territoriales les plus appropriées d'exercice des missions, en lien avec la réflexion en cours pour la réforme plus globale des ARS.
- [786] Si un schéma à 12-13 CIRE métropolitaines devait être retenu, il convient de définir un modèle-cible de constitution des CIRE. C'est indispensable dans un contexte de moyens contraints, a fortiori si le rattachement unique des agents conduit à des transferts négociés et donc argumentés.
- [787] En 2014, les effectifs des CIRE comprennent un peu moins de 140 ETP dont un peu plus de 23 dans les DOM. Si l'on considère que les effectifs des DOM doivent être sanctuarisés au vu des enjeux sanitaires récurrents de ces régions, ce qui est la logique de l'InVS depuis quelques années et cohérent avec la priorité forte accordée par les ARS des DOM à la sécurité sanitaire (cf. la revue d'activité de 2013), ce sont moins de 120 ETP actuels tous profils confondus qu'il faudrait répartir entre 12 ou 13 CIRE métropolitaines. Pour les postes scientifiques, on recense 124 postes, SurSaUD inclus, dont 21 dans les DOM soit une grosse centaine de postes scientifiques pour les CIRE métropolitaines. Pour 12 CIRE, on aurait donc un peu moins de 9 ETP en cas de transfert complet des effectifs des ARS, en-deçà de ce qui était la taille cible du modèle de 2009 pour les « grandes » régions supérieures à 5M d'habitants ...
- [788] Différents éléments pourront permettre de constituer des masses critiques correctes dans le cadre des nouvelles régions à condition de renoncer aux antennes, ce qui pose des questions fonctionnelles sur certains champs – dont la surveillance comme on l'a vu. En termes purement quantitatifs, la fusion de plusieurs CIRE permet a priori de dégager des marges de manoeuvre (ex en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes) ou d'atteindre l'effectif cible (Rhône-Alpes –Auvergne). La constitution d'une force de frappe supérieure réduit en effet les difficultés de la permanence, qui constitue un élément clé du socle d'effectifs, et peut donner de la souplesse. Mais comme pour les agents des ARS, les questions de mobilité imposeront des ajustements étalés dans le temps²⁷³.
- [789] Par ailleurs, 6 régions seront en-deçà de la taille cible de la note de 2009 pour un effectif de 10 ETP, soit 5 M d'habitants, en particulier celles qui ne font pas l'objet de regroupement (Bretagne, Centre, Pays de la Loire ...) ou les deux Normandie pour lesquelles les CIRE sont de taille aujourd'hui inférieure et pourront le rester. Les régions Centre et Bourgogne-Franche Comté pourraient ainsi selon le modèle de 2009 - à affiner - se contenter de 6 ETP. Cela correspond à la taille actuelle ou presque pour la CIRE Bourgogne-Franche-Comté si l'on renonce à l'antenne.

²⁷³ Dans son rapport de mars 2015 sur l'organisation territoriale de l'Etat, la mission inter-inspections a préconisé la définition d'un schéma d'organisation cible défini en 2016 mais s'étalant sur 5 ans.

- [790] Le calage sur les nouvelles régions peut donc offrir des marges de manœuvre en termes d'efficience à condition d'une part de définir des modalités d'action qui ne supposent pas d'antennes infra-régionales et d'autre part de gérer les évolutions dans la durée, compte tenu des enjeux de mobilité et de la nécessité d'une gestion globale de l'effectif aujourd'hui inégalement réparti sur le territoire. C'est d'ailleurs l'un des enjeux d'un pilotage unifié des ressources humaines que d'accroître la pertinence de la répartition sur le territoire et d'accroître l'efficience globale du dispositif, le système actuel ne garantissant pas une allocation optimale des moyens.
- [791] Pour mener l'exercice de la façon la plus appropriée et la plus sereine, il est essentiel de bâtir un modèle argumenté de ciblage de l'effectif des CIRE.
- [792] Il est souhaitable à cet égard d'élaborer un modèle moins rudimentaire que celui qui repose aujourd'hui sur un seul critère, la population de la région couverte. Une réflexion similaire à celle conduite actuellement pour les ARS par le SGMAS devrait conduire à définir des inducteurs de charge plus précis.
- [793] Dans sa note du 22 octobre 2009, l'InVS avait procédé par bassins de population (6 ETP pour moins de 3 millions d'habitants; 8 ETP pour plus de 3 millions d'habitants et 10 ETP pour plus de 5 millions d'habitants). Il serait nécessaire d'affiner ce calcul aujourd'hui et de le croiser notamment avec des données d'activité (nombre de signaux reçus par la plateforme par exemple) ou des données permettant de définir les risques liés au contexte régional (sites pollués à titre d'exemple) pour pouvoir fixer la masse critique d'une CIRE.
- [794] En Ile de France, une réflexion a été conduite en 2012 pour définir les effectifs cibles des cellules départementales de Veille Alerte et Gestion des urgences Sanitaires (CDVAGS) de l'ARS. La démarche adoptée a conduit à estimer les besoins humains à partir d'une analyse en trois axes : la charge de travail à dire d'experts pour assurer la gestion des signaux, les besoins en termes de permanence (médecins, gestionnaires, permanenciers) et enfin une évaluation des ressources nécessaires hors prise en charge des signaux (professionnalisation, animation de réseaux ...).
- [795] Différentes approches sont possibles mais il est souhaitable qu'un modèle relativement robuste soit élaboré pour donner une assise à la constitution des futures CIRE et aux échanges autour du partage des ressources entre InVS et ARS.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES (1ERE PHASE DE LA MISSION)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES

Cabinet de la ministre

- Jérôme Salomon, conseiller en charge de la sécurité sanitaire

Secrétariat Général

- Natacha Lemaire, cheffe de service, adjointe au secrétaire général
- Nicolas Prisse, chargé de mission sur les questions de santé publique, veille et sécurité sanitaire et le suivi des projets régionaux de santé

Direction Générale de la Santé

- Benoît Vallet, directeur général
- Françoise Weber, directrice générale adjointe
- Christian Poirer, chef de service, secrétaire général
- Laurence Bassano, directrice du projet Modernisation, adjointe au secrétaire général
- Juliette Mauro, cheffe de la division des agences, du partenariat et de la concertation
- Virginie Richard, cheffe de la mission des opérateurs nationaux
- Philippe Bourrier, chef du département des urgences sanitaires
- Thierry Paux, adjoint au chef du département des urgences sanitaires
- Pauline Magne, adjointe au chef du bureau organisation et préparation
- Pascal Melihan-Cheinin, chef du projet de la réforme des agences et des vigilances
- Anne-Marie Gallot, cheffe du bureau de la qualité des pratiques et des recherches biomédicales

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS)

- François Bourdillon, directeur général
- Anne Bruant-Bisson, directrice générale adjointe
- Martial Mettendorff, directeur général adjoint
- Thierry Cardoso, directeur du Département de la coordination des alertes et des régions (DCAR)
- Anne Gallay, adjointe au directeur du DCAR
- Bertrand Xerri, directeur de la Direction scientifique et de la qualité (DisQ)
- Anne-Catherine Viso, adjointe au DisQ

- Hélène Therre et Javier Nicolau, chargés de mission au DisQ
- Agnès Lefranc, directrice du Département santé environnement (DSE)
- Sylvie Quelet, directrice du Département des maladies infectieuses (DMI)
- Catherine Buisson, directrice du Département santé travail (DST)
- Pascal Empereur-Bissonnet, adjoint à la DST
- Les responsables des CIRE, en séminaire collectif organisé par l'InVS le 15 octobre 2014

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE (INPES)

- Thanh Le-Luong, directrice générale
- Jocelyne Boudot, directrice générale adjointe
- Paule Deutsch, directrice de l'animation des territoires et des réseaux

ETABLISSEMENT DE PREPARATION ET DE REPONSE AUX URGENCES SANITAIRES (EPRUS)

- Marc Meunier, directeur général de l'EPRUS

FEDERATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES REGIONAUX DE SANTE (FNORS)

- Dr. André Ochoa, président de la FNORS et directeur de l'Observatoire régional de la santé (ORS) Aquitaine
- Hélène Martineau, déléguée générale de la FNORS
- Alain Trugeon, directeur de l'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S) Picardie et Haute-Normandie, membre du conseil d'administration de la FNORS

REGIONS : RENCONTRES A PARIS

Directeurs généraux d'ARS

- Rencontrés collectivement lors du séminaire des directeurs généraux organisé par le secrétariat général le 21 novembre 2014

Responsables de la veille sanitaire en ARS

- Rencontrés collectivement lors d'une réunion organisée par la mission le 4 décembre 2014:
- Francis Charlet, responsable du département veille et sécurité sanitaire de l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Jean Jaouen, directeur de la santé publique de l'ARS du Limousin
- Stéphane Deleau, chef de la mission Veille, Alerte, Inspections, Contrôles de l'ARS d'Auvergne

- Vincent Josselin, directeur de la Veille et Sécurité sanitaire de l'ARS de Martinique
- Joao Simoes, responsable de la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS La Réunion) de l'ARS Océan Indien
- Benoît Cottrelle, chef du pôle Veille et Sécurité sanitaire de l'ARS de Haute-Normandie
- Vincent Sevaer, responsable du pôle régional de défense sanitaire de l'ARS de Bretagne
- Pierre Guillaumot, directeur adjoint au directeur de la santé publique, en charge de la veille et de la sécurité sanitaires
- Pascal Fabre, responsable du département Veille, Alerte, Gestion des urgences sanitaires et dispositifs de police sanitaire

ARS Bretagne

- Jean-Michel Doki-Thonon, directeur de la santé publique

ARS Pays de la Loire

- Cécile Courrèges, directrice générale

ARS Corse

- Jean-Jacques Coiplet, directeur général

ARS Ultra-marines

- Christian Meurin, directeur général de l'ARS de Guyane
- Patrice Richard, directeur général de l'ARS de Guadeloupe
- Christian Ursulet, directeur général de l'ARS de Martinique
- Chantal de Singly, directrice générale de l'ARS Océan Indien

DEPLACEMENTS

Région Languedoc-Roussillon

- Martine Aoustin, directrice générale de l'ARS
- Dominique Keller, directeur de la santé publique de l'ARS
- Béatrice Broche, responsable de la CVAGS (entretien téléphonique) de l'ARS
- Dr. Olivier Puech, Médecin Inspecteur de Santé publique (MISP) à la CVAGS de l'ARS
- Amandine Mendy, infirmière à la CVAGS de l'ARS
- Dr. Axel Wiegandt, responsable de la Cellule régionale de défense et sécurité de l'ARS
- Claude Rols, directeur de la délégation territoriale (DT) du Gard
- Palma Rols, infirmière à la DT du Gard
- Jacqueline Maurel, infirmière à la DT du Gard
- Michel Marzin, responsable du service Santé-Environnement à la DT du Gard
- Franck Golliot, responsable de la CIRE, et ses équipes
- Entretiens individuels avec les membres de la CIRE:

- Olivier Catelinois, épidémiologiste à la CIRE
- Amandine Cochet, ingénieure épidémiologiste à la CIRE
- Dr. Cyril Rousseau, MISP à la CIRE
- Christine Ricoux, Ingénieure du génie sanitaire (IGS) à la CIRE (entretien téléphonique)

Régions Ile-de-France et Champagne-Ardenne

- Claude Evin, directeur général de l'ARS d'Ile-de-France
- Laurent Castra, directeur de la santé publique de l'ARS d'Ile-de-France
- Nadine Weissleib, directrice du pôle Veille et Sécurité sanitaire de l'ARS d'Ile-de-France
- Cécile Somarriba, responsable de la CVAGS de l'ARS d'Ile-de-France et ses équipes
- Michel Gentile, responsable du département Défense et Sécurité de l'ARS d'Ile-de-France
- Dr. Christian Merle, MISP à la CRVAGS de l'ARS Ile-de-France, chargé de la cellule de gestion des signaux à la délégation territoriale (DT) 75, et les équipes de la DT 75
- M. Huguet, délégué territorial de l'Essonne
- Mme Savi, IGS, responsable du pôle veille et sécurité sanitaire de la DT 91
- Christelle Galita, infirmière de la CDVAGS 91
- Alain Cadou, directeur de la santé publique de l'ARS de Champagne-Ardenne (entretien téléphonique)
- Stéphanie Vandentorren, responsable de la CIRE Ile-de-France / Champagne-Ardenne, et ses équipes de la CIRE et de l'antenne Champagne-Ardenne
- Entretien individuel avec Céline Legout, IGS de la CIRE Ile-de-France / Champagne-Ardenne

Région Rhône-Alpes

- Véronique Wallon, directrice générale de l'ARS
- Gilles de Lacaussade, adjoint à la directrice générale de l'ARS
- Dr. Anne-Marie Durand, directrice de la santé publique de l'ARS
- Dr. Bruno Morel, responsable de la Cellule veille et gestion des alertes sanitaires (CRVGAS) de l'ARS
- Sandrine Lubryka, IGS à la CRVGAS de l'ARS
- Dr Christine d'Arnoux, MISP à la CRVGAS de l'ARS
- Christophe Duchen, délégué départemental adjoint de l'Ardèche, en charge du pôle prévention et gestion des risques
- Martine Dréneau, directrice adjointe de l'ORS
- Christine Saura, responsable de la CIRE, et ses équipes
- Entretiens individuels avec les membres de la CIRE:
- Alexandra Thabuis, épidémiologiste
- Isabelle Poujol, infirmière épidémiologiste
- Jean-Marc Yvon, IGS
- Hervé Le Perff, épidémiologiste

Régions Lorraine et Alsace

- Claude d'Harcourt, directeur général de l'ARS de Lorraine
- Marie-Hélène Maître, directrice générale adjointe de l'ARS de Lorraine
- Dr. Annick Dieterling, directrice de la santé publique de l'ARS de Lorraine
- Dr. Lydie Revol, responsable de la CVAGS de l'ARS de Lorraine
- Dr. Sophie Al Sibai, MISP à la CVAGS de l'ARS de Lorraine
- Claire Janin, IGS au pôle Santé-Environnement de l'ARS de Lorraine (entretien téléphonique)
- Michel Bonnefoy, directeur de l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales (ORSAS) de Lorraine
- Laurent Habert, directeur général de l'ARS d'Alsace
- Marie Fontanel, directrice générale adjointe de l'ARS d'Alsace
- Nathalie Leuridan, directrice de la Protection et de la Promotion de la Santé de l'ARS d'Alsace
- Dr. Tariq El Mrini, adjoint à la directrice de la Protection et de la Promotion de la Santé de l'ARS d'Alsace, en charge du pôle veille et gestion des alertes sanitaires
- Dr. Thomas Moritz, adjoint au chef du pôle Veille et Gestion des alertes sanitaires
- Christine Meffre, responsable de la CIRE Lorraine-Alsace et ses équipes de la CIRE et de l'antenne Alsace
- Entretien individuel avec Sophie Raguet, épidémiologiste à l'antenne Alsace de la CIRE

Régions Franche-Comté et Bourgogne

- Jean-Marc Tourancheau, directeur général adjoint de l'ARS de Franche-Comté (entretien téléphonique)
- François Baudier, directeur de l'animation territoriale de l'ARS de Franche-Comté (entretien téléphonique)
- Cédric Duboudin, responsable du département Observation, Statistiques et Analyses de l'ARS de Franche-Comté (entretien téléphonique)
- Dr. Arielle Marquant, responsable du département Veille et Alertes de l'ARS de Franche-Comté
- Barbara Conscience, infirmière à la CVAGS de l'ARS de Franche-Comté
- Kaira Bouderbali, responsable du département Défense, Sécurité et Appui de l'ARS de Franche-Comté
- Nezha Leftah-Marie, IGS au département Santé-Environnement de l'ARS de Franche-Comté
- Christophe Lannelongue, directeur général de l'ARS de Bourgogne
- Alain Morin, directeur de la santé publique de l'ARS de Bourgogne
- Marc Di Palma, adjoint au directeur de la santé publique de l'ARS de Bourgogne, en charge du département qualité et sécurité des soins
- Dr. Cyril Gilles, responsable du département Veille et Gestion des alertes sanitaires de l'ARS de Bourgogne, et ses équipes
- Isabelle Girard, responsable de la Mission Défense sanitaire de l'ARS de Bourgogne
- Bruno Maestri, responsable du département Santé et Environnement de l'ARS de Bourgogne

- Claude Tillier, responsable de la CIRE Bourgogne / Franche-Comté et ses équipes de la CIRE et de l'antenne Franche-Comté
- Entretiens individuels avec les membres de la CIRE:
- Anne Serre, IGS à l'antenne Franche-Comté
- Jeanine Stoll, MISP à la CIRE Bourgogne / Franche-Comté
- Elodie Terrien, épidémiologiste à la CIRE Bourgogne / Franche-Comté
- Sabrina Tessier, épidémiologiste à la CIRE Bourgogne / Franche-Comté

Région Nord-Pas-de-Calais et Picardie

- Jean-Yves Grall, directeur général de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais
- Dr. Carole Berthelot, directrice de la santé publique et environnementale de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais
- Dr. François Aubart, conseiller médical auprès du directeur de l'offre de soins de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais
- Christophe Raoul, responsable de la CRVAGS de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais, adjoint au responsable du département veille et sécurité sanitaire, et ses équipes
- Dr. Corinne Billaut, responsable du département de Défense et de Sécurité de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais
- Aurélia Poitoux, adjointe au responsable du pôle Environnement extérieur de la direction de la santé publique et environnementale de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais
- Clément Feutry, adjoint au responsable du département Prévention et Promotion de la Santé de l'ARS de Nord-Pas-de-Calais
- Pascal Chaud, responsable de la CIRE Nord-Pas-de-Calais / Picardie et ses équipes de la CIRE et de l'antenne Picardie
- Entretiens individuels avec les membres de la CIRE:
- Caroline Vanbockstaël, épidémiologiste à l'antenne Picardie
- Christophe Heyman, IGS à la CIRE Nord-Pas-de-Calais / Picardie

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

- M. Paul Castel, directeur général de l'ARS
- Dr. Norbert Nabet, directeur général adjoint de l'ARS
- M. Philippe Malfait, responsable de la CIRE

SIGLES UTILISES

AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AFSSE	Agence française de sécurité sanitaire environnementale
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
ANRU	Agence nationale pour la rénovation urbaine
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARLIN	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de santé
AVIESAN	Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BQA	Bulletin quotidien des alertes
BVS	Bulletin de veille sanitaire
CCLIN	Centre de coordination de la lutte contre les Infections Nosocomiales
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIRE	Cellule interrégionale et régionale d'épidémiologie
CNR	Centre national de référence
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODIR	Comité directeur
COMEX	Comité exécutif
COP	Contrat d'objectifs et de performance
COPIL	Comité de pilotage
CORRUSS	Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAHI	Centre régional d'études et d'animation sur le handicap et l'insertion
C(R) VAGS	Cellule (régionale) de veille, d'alerte et de gestion sanitaire
CSP	Code de la santé publique
DCAR	Département de la coordination des alertes et des régions
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDPP	Direction départementale de protection des populations
DDT	Directeur départemental des territoires
DG	Directeur général
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DOM	Département d'outre mer
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DRH	Direction des ressources humaines
DSE	Directeur santé environnement
DSP	Directeur ou direction de la santé publique
DT	Délégation territoriale
DUS	Département des urgences sanitaires
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRUS	Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
EQRS	Epidémiologie et évaluation quantitative de risques sanitaires
ESB	Encéphalite spongiforme bovine
ETP	Equivalent temps plein
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires de Santé

GAST	Groupe d'alerte en santé travail
GEA	Gastro-entérite aigüe
GIP	Groupement d'intérêt public
HAS	Haute autorité de santé
HPST (Loi)	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGS	Ingénieur du Génie Sanitaire
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRA	Infection respiratoire aigüe
LNS	Laboratoire national de la santé
MARS	Message d'alerte rapide sanitaire
MDO	Maladie à déclaration obligatoire
MERS-CoV	Mers Coronavirus
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
ORS	Observatoire régional de la santé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PE	Point épidémiologique
PFR	Point focal régional
PH	Praticien hospitalier
PLF	Projet de loi de finances
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PRS	Projet régional de santé
PU-PH	Praticien universitaire-Praticien hospitalier
RREVA	Réseau régional de vigilance et d'appui
RNSP	Réseau national de santé publique
RNTSMT	Réseau national télématique de surveillance des maladies transmissibles
ROR	Rougeole-Oreillons-Rubéole
RSS	Réunion de sécurité sanitaire
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SCI	Syndrome collectif inexplicé
SGMAS	Secrétariat général du ministère des affaires sociales
SHU	Syndrome hémolytique et urémique
SISAC	Système d'information sanitaire des alertes et des crises
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SurSaUD	Surveillance sanitaire des urgences et des décès
TIAC	Toxi-infection alimentaire collective
UCANSS	Union des caisses de sécurité sociale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VSS	Veille et sécurité sanitaire