



Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion : **2013-2015**

Date du jury : **Mars 2015**

Mémoire professionnel

Régionalisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles : vers une organisation réactive et efficiente

Anaëlle BOSCHAT

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je tiens à adresser mes sincères remerciements à mon maître de stage, Vincent SEVAER, responsable du Pôle Régional de Défense Sanitaire de l'ARS Bretagne, pour m'avoir accompagnée avec bienveillance tout au long de ce stage. Avec implication et dynamisme, il a su me faire partager sa vision et sa pratique du métier d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

Je remercie vivement Jean-Michel DOKI-THONON, directeur de la santé publique, et le Docteur Pierre GUILLAUMOT, directeur-adjoint de la veille et de la sécurité sanitaires, pour leur accueil au sein de l'ARS Bretagne.

Je voudrais remercier chaleureusement les membres du Pôle Régional de Défense Sanitaire qui ont contribué à ma pleine intégration, à ma compréhension du sujet et avec qui j'ai apprécié travailler. Je remercie en particulier Guillaume BRELIVET pour m'avoir fait partager son expérience et permis de nourrir ma réflexion.

Merci aux membres du Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Signaux Sanitaires pour nos temps de travail et d'échanges rythmés par les alertes sanitaires.

Je remercie également les membres de l'ARS de Zone Ouest pour s'être toujours montrés disponibles pour échanger sur le sujet.

Un grand merci à toutes les personnes, rencontrées et/ou interrogées, qui ont contribué à ce travail en me faisant part de leurs expériences et de leurs réflexions.

Merci à mon père, pour tout.

Sommaire

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Introduction | 1 |
| 1 UN DISPOSITIF RÉGIONALISÉ DE RÉPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES | 5 |
| 1.1 La structuration progressive du dispositif de réponse à des situations sanitaires exceptionnelles : d'un pilotage stratégique national à une déclinaison régionale..... | 5 |
| 1.1.1 Une volonté ministérielle de renforcer les capacités de conduite opérationnelle des situations sanitaires exceptionnelles | 5 |
| 1.1.2 Les atouts d'une structuration régionale | 7 |
| 1.2 La mise en place d'une organisation régionalisée au sein de l'ARS Bretagne | 10 |
| 1.2.1 L'organisation d'un système de gestion des situations sanitaires exceptionnelles : de la structuration de la veille à la défense sanitaire | 10 |
| 1.2.2 L'organisation d'un système de gestion des situations sanitaires exceptionnelles : le passage d'une organisation de proximité déconcentrée à un dispositif régionalisé | 11 |
| 1.2.3 L'organisation du système de gestion des situations sanitaires exceptionnelles : reflet de la double nécessité de développer une expertise régionale tout en conservant un ancrage de proximité | 13 |
| 1.2.4 La structuration de moyens et d'outils opérationnels | 18 |
| 2 LES FREINS A LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF REGIONAL | 20 |
| 2.1 Un contexte de réorganisation des ressources humaines et matérielles | 20 |
| 2.1.1 Les impacts d'une modification structurelle d'une organisation de proximité | 20 |
| 2.1.2 Des outils opérationnels en cours de structuration | 23 |
| 2.2 Une culture de crise insufflée mais insuffisamment partagée | 24 |
| 2.2.1 Un manque de sensibilisation à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles .. | 24 |
| 2.2.2 Un manque d'identification du rôle de l'ARS vis-à-vis des partenaires et des acteurs du système de santé..... | 26 |
| 2.2.3 Un processus de formation engagé mais confronté à la difficulté d'assurer une formation continue des agents | 27 |
| 2.2.4 Une adhésion limitée aux exercices et une analyse de pratique insuffisamment développée | 27 |
| 2.2.5 Des difficultés à opérer un changement de niveau de posture | 28 |

| | | |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3 | LES LEVIERS A LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF | 30 |
| 3.1 | Assurer la professionnalisation du pôle régional de défense sanitaire et la sensibilisation de l'ensemble de l'agence régionale de santé Bretagne | 30 |
| 3.1.1 | Développer l'expertise du pôle régional de défense sanitaire..... | 30 |
| 3.1.2 | Développer des outils d'analyse, d'information et de communication simples et opérationnels | 31 |
| 3.1.3 | Favoriser la transversalité de l'action au sein de l'ARS Bretagne..... | 32 |
| 3.1.4 | Assurer la formation, l'information et la sensibilisation..... | 35 |
| 3.2 | Optimiser la préparation par la réalisation d'exercices, de retours d'expérience et la mise en œuvre d'un plan d'actions | 36 |
| 3.2.1 | Poursuivre la réalisation d'exercices réalistes et co-construits avec les acteurs | 36 |
| 3.2.2 | Identifier des observateurs des exercices au sein de l'ARS | 37 |
| 3.2.3 | Construire un dossier récapitulatif des points de vigilance | 37 |
| 3.2.4 | Faire appel aux jeux sérieux (ou « serious games »)..... | 38 |
| 3.3 | Développer le travail en réseau..... | 39 |
| 3.3.1 | Clarifier les compétences et missions respectives de l'ARS et des Préfectures en situation sanitaire exceptionnelle..... | 39 |
| 3.3.2 | Créer un COTECH pour favoriser le travail en réseau..... | 39 |
| 3.3.3 | Renforcer le rôle d'animateur territorial du référent départemental défense..... | 40 |
| 3.4 | Valoriser les instances de démocratie sanitaire | 42 |
| | Conclusion | 43 |
| | Bibliographie | 45 |
| | Annexes..... | I |
| | Annexe 1 - Méthodologie..... | I |
| | Annexe 2 - Liste des personnes interrogées | III |
| | Annexe 3 - Schéma de la planification et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles | IV |
| | Annexe 4 - Tableau des missions de l'ARS et de l'ARSZ en situation sanitaire exceptionnelle | V |
| | Annexe 5 - Tableau des niveaux de posture | VII |
| | Annexe 6 - Schéma de la structure dédiée à la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles en ARS | IX |

Sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ARSZ : Agence Régionale de Santé de Zone de défense et de sécurité

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIRE : Cellule Interrégionale d'Epidémiologie

COD : Centre Opérationnel Départemental

CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales

CORSSi : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Signaux

COTER : Comité Technique Régional (ARS Picardie)

COTECH : Comité Technique (ARS Bretagne)

CRAPS : Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CVAGS : Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaires

CZA : Cellule Zonale d'Appui

DA-VSS : Direction Adjointe de la Veille et de la Sécurité Sanitaires

DDAAS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGS : Direction Générale de la Santé

DOSA : Direction de l'Offre de Soins et de l'Accompagnement

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DUS : Département des Urgences Sanitaires

EMS : Etablissement Médico-Social

ES : Etablissement de Santé

ESR : Etablissement de Santé de Référence

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

MIG : Mission d'Intérêt Général

NRBC: Nucléaire Radiologique Biologique Chimique

ORSAN : Organisation de la Réponse du Système Sanitaire

ORSEC : Organisation de la Réponse De Sécurité Civile

PCA : Plan de Continuité de l'Activité

PGC : Plan de Gestion de Crise

PRDS : Pôle Régional de Défense Sanitaire

PRS : Projet Régional de Santé

PSM : Poste Sanitaire Mobile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS : Service Départemental d'incendie Et De Secours

SIDPC : Service Interministériel de Protection Civile

SISAC : Système d'Information Sanitaire des Alertes et Crises

SI-VSS : Système d'Information de Veille et de Sécurité Sanitaires

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle

URPS : Union Régionale des Professionnels Libéraux

VAGUSAN : Veille, Alerte et Gestion des Urgences SANitaires

Introduction

De par leurs répercussions importantes dans l'opinion publique, les crises sanitaires survenues au cours de ces dernières décennies ont bouleversé notre système de santé, changeant par conséquent les rapports entre les citoyens et leurs décideurs publics. Du sang contaminé en 1991 à l'épidémie H1N1 en 2009, ces événements ont profondément modifié la représentation que se font les citoyens du risque et, de fait, l'organisation de la gestion de crise. L'actualité internationale autour du virus Ebola nous démontre encore une fois, s'il le fallait, que nos organisations y sont sensibles. Il existe désormais de la part de la société civile une exigence accrue de sécurité et d'efficacité de la gestion du risque, risque d'ailleurs souvent difficile à évaluer. Cette exigence, se traduisant à la fois par une médiatisation et une judiciarisation des événements, amène à repenser et à faire évoluer le modèle d'organisation de la gestion de crise. Selon Patrick Lagadec, « les crises n'interviennent plus seulement à la marge de nos systèmes mais au cœur, non plus de façon accidentelle mais structurelle »¹. Dès lors, l'on ne peut plus tenir ces questions pour subalternes ou marginales. Ce contexte impose aux acteurs et notamment aux décideurs, de renforcer et d'adapter en permanence leur capacité de réaction face à des situations de crises complexes. La réponse à apporter à ces situations nécessite la mobilisation rapide et la coordination efficace de tous les acteurs concernés qui doivent pouvoir s'appuyer sur un dispositif structuré.

Que ce soit au nom de l'ordre public² ou de la protection de la santé³, l'État est tenu d'apporter une réponse à des situations de crise mettant en danger la protection des populations. Le dispositif de gestion des situations sanitaires exceptionnelles a fortement évolué depuis la loi du 21 juillet 2009 dite HPST⁴ créant les Agences Régionales de Santé (A.R.S.). Comme le prévoit l'article L 1431-2 du code de la santé publique, « les ARS sont chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique » et, à ce titre, « elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la

¹ LAGADEC P., Enseigner la question des crises : Enjeux, Obstacles, Initiatives, Cahiers du Laboratoire d'Econométrie, Ecole Polytechnique, 2007

² Conseil constitutionnel, décision des 19 et 20 janvier 1981 sur la loi sécurité et liberté

³ Constitution du 27 octobre 1946, Préambule, alinéa 11 : « la Nation garantit à tous (...) la protection de la santé »

⁴ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

gestion des situations de crise sanitaire ». Cette mission, qui relevait auparavant des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, est aujourd'hui une mission majeure des ARS.

Le Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS Bretagne, qui définit pour 5 ans les priorités et les objectifs de l'agence en matière de santé, affiche comme priorité première : « Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ». Cette priorité conduit à définir plusieurs objectifs et notamment celui d'assurer la veille et la sécurité sanitaires sur le territoire breton en dynamisant le système de veille et d'alertes sanitaires, en assurant une mise en œuvre réactive des mesures de prévention nécessaires ainsi qu'en se préparant à faire face aux crises sanitaires. Comme l'indique le PRS 2012-2016, « l'agence régionale de santé Bretagne, conformément à la réglementation, organise les activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes ».

Aujourd'hui, le cadre juridique et organisationnel fait référence à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. La notion de situation sanitaire exceptionnelle est un concept qui recouvre des réalités protéiformes. Elle a néanmoins reçu une acception de nature réglementaire depuis l'instruction du 2 novembre 2011 relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé. Au sens de ladite instruction, « une situation sanitaire exceptionnelle s'entend comme la survenue d'un évènement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise ». Les ARS peuvent avoir à gérer différents types de situations sanitaires exceptionnelles. Certaines situations peuvent être directement issues du domaine de la santé : c'est le cas des épidémies ou des expositions à des facteurs de risque. D'autres situations en revanche sont liées à un évènement externe mais représentant néanmoins une menace pour la santé de la population. Il peut s'agir de risques naturels (des évènements climatiques : canicule, intempéries ou épisode neigeux), de risques technologiques liés aux activités industrielles, nucléaires ou biologiques ou au transport de matières dangereuses, de risques sociétaux (terrorisme, manifestations), de risques liés aux réseaux (coupure d'électricité, eau potable, crise de l'hydrocarbure) ou encore de risques liés au transport (carambolage, accident ferroviaire). Ces situations sanitaires exceptionnelles peuvent concerner des domaines variés, sur un territoire plus ou moins étendu et selon une cinétique plus ou moins rapide. Elles sont diverses, souvent imprévisibles et leurs conséquences sur l'organisation des soins requièrent une réponse des pouvoirs publics pour y répondre.

Il est à noter que la notion de situations sanitaires exceptionnelles est à distinguer de celle de crise sanitaire. Une situation se gère alors qu'une crise se subit. Comme l'indique le rapport Girard⁵, « gérer une crise est d'un certain point de vue une contradiction dans les termes. On ne gère pas le tourment, le trouble ; on s'efforce d'éviter qu'il se produise, d'en minimiser les effets ou de rétablir l'ordre ». Comme le formalise le schéma de la planification et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (*Annexe 3*), le rôle de l'ARS est de mettre en place tous les moyens nécessaires de manière à prévenir et, en cas de survenue, gérer une situation exceptionnelle qui dépasserait le cadre de l'organisation courante de manière à ce qu'elle reste en situation d'être maîtrisée.

Depuis quelques années, la volonté nationale de professionnaliser l'activité de veille et de sécurité sanitaires n'a eu de cesse de se renforcer. L'évolution de l'environnement institutionnel, caractérisée par la novation des services déconcentrés de l'Etat qu'étaient les Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS et DDASS) en établissements publics autonomes que sont désormais les ARS, a amené ces dernières à structurer davantage le dispositif de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Contraintes de dépasser le cadre d'une mise à disposition de leurs moyens au profit du préfet des départements, elles doivent désormais construire un cadre de réponse réactif et efficace. A l'instar de l'organisation de l'offre de soins et de l'accompagnement, cette organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles a évolué vers une régionalisation en raison notamment d'une diminution des effectifs de personnel dans les délégations territoriales, d'un poids croissant du niveau zonal en matière de coordination de la politique de défense, de la nécessité de mobiliser des expertises dans des domaines toujours plus complexes et de la survenue de crises dont l'impact et l'ampleur sont rarement et de moins en moins circonscrits.

La présente étude a trait à l'évolution de la structuration de la réponse à des situations sanitaires exceptionnelles et à sa capacité d'adaptation dans un processus de régionalisation de la politique de santé. Au regard de cette évolution et dans un contexte de régionalisation, quelles sont les leviers dont dispose actuellement l'ARS Bretagne pour améliorer le dispositif organisationnel de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles ?

⁵ GIRARD J., Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France. Paris : La documentation française, août 2006

Grâce à une observation de l'activité du pôle régional de défense sanitaire (PRDS) de l'ARS Bretagne, une participation à ses missions, à des formations et des exercices, j'ai pu analyser le dispositif de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Des entretiens semi-directifs avec de nombreux acteurs m'ont permis d'en cerner les tenants et les aboutissants (Annexes 1 et 2).

L'ARS Bretagne, sous l'impulsion d'une volonté nationale, s'est attachée depuis plusieurs mois à la mise en place d'un dispositif régionalisé de gestion des situations sanitaires exceptionnelles (I). Si cette structuration a permis d'améliorer nettement le dispositif, elle présente néanmoins certaines limites, d'ordres organisationnel et culturel (II). Le niveau régional semble correspondre à un niveau d'action stratégique pertinent et favorable à l'amélioration du dispositif et doit être utilisé afin de lever ces freins et mettre en place une organisation efficiente au service de la population (III).

1 UN DISPOSITIF RÉGIONALISÉ DE RÉPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

A l'instar de l'organisation des soins courants, le dispositif de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles est actuellement régionalisé. Dans un contexte de réforme du pilotage de la santé, la région s'est vue confiée, outre la mission d'organiser le système de santé, celle de structurer les capacités de réponse aux événements susceptibles de le désorganiser (1).

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est explicitement prévue par le projet régional de santé, l'une des neuf priorités bretonnes étant d'améliorer la gestion des risques sanitaires. Cet objectif est coordonné par la direction de la santé publique qui a pour mission d'élaborer et de mettre en œuvre la politique régionale de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires ainsi que les actions et les prestations nécessaires à l'exercice des compétences des Préfets de département dans les domaines de la veille, de la sécurité et de la police sanitaires, de la salubrité et de l'hygiène publique. Le dispositif renouvelé de veille et de sécurité sanitaires s'est mis en place dans un contexte particulier marqué par la gestion de la pandémie grippale de 2009 mais également par la mise en place des Agences Régionales de Santé et la redéfinition des compétences départementales. L'organisation actuelle porte en elle les traces de cette histoire qu'elle devra faire évoluer dans l'optique d'une gestion plus efficiente (2).

1.1 La structuration progressive du dispositif de réponse à des situations sanitaires exceptionnelles : d'un pilotage stratégique national à une déclinaison régionale

Le dispositif de réponse à des situations sanitaires exceptionnelles s'est progressivement renforcé au gré de la construction d'un cadre réglementaire propice à son développement (1). Eu égard à la place matricielle de la région dans le pilotage des politiques de santé et aux nombreux atouts que présente ce niveau d'action, le dispositif de réponse à des situations sanitaires exceptionnelles s'inscrit aujourd'hui dans un cadre d'action régionalisé (2).

1.1.1 Une volonté ministérielle de renforcer les capacités de conduite opérationnelle des situations sanitaires exceptionnelles

Comme l'affirme Patrick Lagadec, « nos logiques de gouvernance et de pilotage n'ont pas été pensées pour des mondes marqués par de sévères turbulences ». Néanmoins, cet état de fait évolue. Depuis plusieurs années, le Ministère de la santé a souhaité renforcer les capacités de réponse à des situations sanitaires exceptionnelles. Cette forte volonté

s'explique notamment par des raisons historiques ayant amené les pouvoirs publics à une prise de conscience de la nécessité de se préparer à la gestion d'évènements exceptionnels.

Les exemples de nombreuses crises sanitaires ayant fragilisé le système ne manquent pas et interpellent les pouvoirs publics quant à leurs responsabilités juridiques, politiques et médiatiques. Ces derniers doivent aujourd'hui évoluer dans un contexte marqué par une forte médiatisation de l'information, un mouvement de judiciarisation ainsi qu'une exigence voire une défiance de la société vis-à-vis des pouvoirs publics dans un contexte de prévalence du principe de précaution. Ils doivent être en capacité de répondre à une forte demande sociale de sécurité vis-à-vis des incertitudes sur de nouveaux risques sanitaires et environnementaux en lien avec des changements sociaux, politiques, économiques et écologiques.

Cette volonté marquée se traduit par un cadrage législatif et réglementaire important qui accorde une place primordiale aux ARS. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires constitue un tournant dans le pilotage de la politique de santé et notamment dans le dispositif de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. En tant qu'établissement public autonome dont le directeur général est nommé en Conseil des ministres, l'ARS bénéficie désormais d'une autonomie sans précédent vis-à-vis des Préfectures. Le pendant de cette autonomie réside dans la nécessité de structurer une organisation permettant de répondre efficacement aux situations exceptionnelles susceptibles d'avoir un impact sur la santé des populations. Les ARS doivent pouvoir être en mesure de développer une capacité d'expertise forte sur des domaines très divers ainsi que des moyens d'intervention qui puissent être rapidement déployés, au service du Préfet s'il le requiert, en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Afin d'accompagner les ARS dans cette structuration, le Ministère chargé de la santé a inscrit leurs actions dans un cadre réglementaire précis. Au même moment, lors de la création des ARS, le contexte national a été marqué par la mise en place du plan pandémie grippale et la gestion de la grippe H1N1.

La conjonction de ces évènements semble avoir marqué profondément l'esprit des textes réglementaires qui ont suivi. L'instruction du 20 avril 2010 relative aux principes d'organisation et de fonctionnement de la mission de veille et d'urgence sanitaire dans les ARS a d'abord permis une professionnalisation de cette activité. Prévoyant la mise en place d'une plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires et la création d'un point focal unique de réception des signaux, elle a contribué à accorder un rôle pivot à l'ARS dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaires. Elle assume ainsi la réception, au sein d'une plateforme dédiée, de l'ensemble des alertes sanitaires qui lui sont adressées par les déclarants, qu'ils soient établissements ou professionnels de santé, et en assure la gestion,

en lien avec la cellule interrégional d'épidémiologie (CIRE). L'objectif assigné à cette organisation est de permettre la réponse la plus rapide et la plus adaptée à tous les signalements.

Si les ARS se sont rapidement structurées en matière de veille sanitaire, l'organisation du secteur de la défense sanitaire est arrivée ultérieurement. L'instruction du 2 novembre 2011 relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé a permis de poursuivre ce travail de structuration de la sécurité sanitaire en développant davantage le volet de gestion de crise. Ces actions ont été confortées par la circulaire du Premier Ministre du 2 janvier 2012, relative à l'organisation et la structuration gouvernementale pour la gestion des crises majeures qui invite chacun des ministères à décliner ces orientations au sein de leurs structures. Ce fut chose faite pour le Ministère de la santé avec la parution d'un décret le 27 janvier 2013 et d'une instruction le 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Ce texte majeur dans la structuration de la défense sanitaire au sein des ARS « a pour objet de préciser les éléments d'organisation nécessaires à une structuration de la chaîne opérationnelle du secteur sanitaire » afin de construire une organisation « cohérente, structurée et réactive ». Le système de santé se doit d'être en capacité de détecter, analyser et gérer les alertes et les situations sanitaires exceptionnelles. En la matière, les attentes du ministère chargé de la santé sont à la hauteur des enjeux qui imprègnent le domaine.

L'élan de structuration ne tarit pas et l'année 2014 a également été marquée par l'instruction n°DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Ce dispositif générique prévoit que la préparation à ce type de situations doit dorénavant être organisée autour de l'offre de soins courante afin d'assurer la montée en charge du système de santé et la mise en place de parcours de soins établis.

1.1.2 Les atouts d'une structuration régionale

Depuis les années 1980, la philosophie de l'action publique s'oriente davantage vers une approche globale et régionale de la santé. De nombreuses réformes ont progressivement introduit ce processus de « régionalisation » de la politique de santé en France. L'institution des schémas régionaux d'organisation sanitaire en 1991, la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) en 1996 sont autant de prémices qui ont conduit à l'adoption de la loi HPST en 2009. Cette dernière a entériné la régionalisation des politiques de santé par la création des ARS.

Au moment de l'élaboration de la loi, des dissensions sont rapidement apparues sur le périmètre et les compétences effectives des agences et en particulier sur le positionnement

de cette mission de veille sanitaire. Le rapport Soubie⁶ suggérait qu'elle soit rattachée à la compétence préfectorale, détenteur du pouvoir de police et garant de l'ordre public dans le département. Pourtant, comme le précise le rapport Le Menn-Milon⁷ relatif à l'évaluation de la mise en place des ARS, « le choix de confier ces missions aux ARS pouvait malgré tout poser question dans la mesure où celles-ci sont facilement détachables de leur cœur de compétences. Compte tenu de l'étendue des tâches que doivent accomplir les ARS, le risque n'était pas négligeable de les voir faire passer au second plan des missions qui ne se rattachent pas directement à l'organisation de l'offre de soins sur les territoires. ». Néanmoins, comme le soulignait le rapport du préfet Ritter⁸ préfigurant la loi HPST, il était nécessaire de mieux structurer et mutualiser au niveau régional les capacités d'analyse et d'expertise ainsi que les outils de réponse aux situations de crise sanitaire. De ce diagnostic découlait le choix de confier aux ARS l'essentiel des outils en la matière sans pour autant retirer aux préfets leur compétence régaliennne. C'est ainsi que s'est opéré, au sein de la loi HPST, un consensus politique. Désormais, « les ARS contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ».

Il est désormais admis que la région est le niveau territorial pertinent d'observation, de conception, de mise en œuvre d'une politique permettant de décliner les priorités nationales tout en prenant en compte les réalités locales. A de nombreux égards, le niveau régional est un atout pour parvenir à l'amélioration de l'efficacité de la veille et des urgences sanitaires. En premier lieu, la région est devenue l'échelon territorial de planification des politiques de santé. Aussi semble-t-il nécessaire que la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, qui nécessitent la mobilisation de ces moyens, soit également faite au niveau régional. En d'autres termes, cela permet d'assurer un continuum entre le pilotage des activités de soins courantes, y compris les urgences dès lors qu'elles sont organisées, et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Comme le précise le rapport Girard⁹, « pour gérer l'inédit, il faut s'appuyer sur les ressources ordinaires en les acculturant à la gestion des crises ». Cet aspect est d'autant plus primordial que les acteurs rencontrés mettent souvent en avant que « ne se gère en crise que ce qui se gère bien au quotidien ».

⁶ SOUBIE R. Commissariat général du Plan. Santé 2010, rapport du groupe « Prospective du système de santé ». Paris, la documentation Française, 1993

⁷ LE MENN J., MILON A. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, n° 400, 2014

⁸ RITTER P. Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS), La Documentation française, Rapports publics, 2008

⁹ Op. Cit.

Cette continuité sera donc assurément un atout en cas de situation exceptionnelle où la connaissance du territoire et des établissements qui le composent sera primordiale. Il s'agit d'assurer un pilotage unifié de la planification de l'offre de soins et une transversalité entre le schéma régional d'organisation des soins (SROS) et le schéma d'organisation de la réponse du système sanitaire (ORSAN).

Une organisation régionale est également un facteur déterminant d'une rationalisation des moyens, qu'ils soient humains ou financiers. Le contexte de maîtrise des dépenses et la nécessité d'optimiser des moyens qui se raréfient influent donc sur le choix de l'organisation en adoptant le niveau d'action susceptible de la rendre plus efficiente. A titre d'exemple, les anciennes cellules de crise départementales ont été supprimées au profit d'une cellule de crise armée au niveau régional avec pour principales missions le pilotage et l'appui (*Annexe 6*).

Si le regroupement des moyens humains permet de répondre à un objectif de maîtrise des dépenses, il permet surtout d'apporter une analyse et une expertise technique structurées et diversifiées.

Outre l'appui technique solide aux préfets, la spécialisation au niveau du siège régional de l'ARS permet également aux délégations territoriales de dégager un temps plus important dédié à la défense sur des problématiques locales spécifiques. A titre d'exemple, la région Bretagne dispose pour chaque thématique d'un référent (règlement sanitaire international, vaccination, cellule d'urgence médico-psychologique, vigipirate, pandémie grippale, etc.) qui est en charge de collecter l'information et de la transmettre de manière synthétique à l'ensemble des délégations territoriales.

La future réforme territoriale de l'Etat interroge nécessairement sur les contours des futures ARS et pose la question notamment du lien entre l'ARS et l'ARS de Zone qui, dans certaines régions, se superposent. En l'occurrence, quel que soit le futur dimensionnement des régions - et celui de la Bretagne ne devrait pas évoluer-, le présent rapport n'a pas vocation à s'interroger sur l'aspect territorial mais sur la question des compétences, en lien avec le périmètre d'action des ARS et des préfetures.

Pour autant, eu égard à l'historique des structures existantes avant la création des ARS, la mise en place de la régionalisation ne s'est pas faite sans heurts et l'organisation actuelle se situe aujourd'hui à un carrefour, entre continuité et rupture vis-à-vis de l'ancien modèle.

1.2 La mise en place d'une organisation régionalisée au sein de l'ARS Bretagne

Initialement axée autour de la structuration d'un dispositif de veille et de sécurité sanitaires, l'ARS Bretagne s'est progressivement attachée à préparer et assurer la gestion de situations sanitaires exceptionnelles (1). Compte tenu du contexte de mise en place des ARS, le dispositif s'organise actuellement autour d'un pôle régionalisé disposant de relais territoriaux (2). Il a pour ambition, par la structuration d'outils opérationnels, d'offrir une réponse structurée et efficace aux situations sanitaires exceptionnelles (3).

1.2.1 L'organisation d'un système de gestion des situations sanitaires exceptionnelles : de la structuration de la veille à la défense sanitaire

Le dispositif de gestion des situations sanitaires exceptionnelles est intrinsèquement lié au dispositif de veille sanitaire qui s'est développé depuis la mise en œuvre des ARS. Jusqu'en 2009, l'exercice des compétences de veille et de sécurité sanitaires reposait très largement sur les directions départementales des affaires sanitaires et sociales qui étaient les interlocuteurs directs des préfets.

L'instruction HFDS/DGS du 20 avril 2010 relative aux principes d'organisation et de fonctionnement de la veille et urgence sanitaires dans les ARS a impliqué la mise en place d'un dispositif structuré de veille sanitaire. L'ARS dispose depuis octobre 2010 d'une cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) comprenant notamment un point focal unique de réception des signaux sanitaires fonctionnant 24h/24 et 7j/7 grâce, en dehors des heures ouvrées, à un dispositif d'astreinte. Cette plateforme intervient dans l'évaluation, la validation et la gestion des événements sanitaires ou susceptibles de comporter un impact sanitaire, avec la contribution des épidémiologistes de la CIRE. La plateforme reçoit les signaux en provenance soit des professionnels de santé (maladies à déclaration obligatoire...), soit des pompiers (intoxications au monoxyde de carbone, pollutions...), soit des établissements de soins ou médico-sociaux (incendies, décès suspects, infections liées aux soins...), ou encore ceux issus de nombreux systèmes de surveillance nationaux, régionaux et locaux (alertes climatiques, risques liés à la consommation d'un aliment ou à l'utilisation d'un produit de santé jugé dangereux, épidémies...). Elle peut s'appuyer sur les compétences d'une pluralité d'experts (le centre anti-poison, les laboratoires spécialisés des CHU de Rennes et de Brest, les réseaux professionnels, les structures de soins ou encore les partenaires institutionnels que sont les Préfectures et les Conseils généraux).

Le pôle régional de défense sanitaire, dont la responsabilité est assurée par un inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale, est placé auprès de la direction-adjointe de la veille et de la sécurité sanitaires. Au sein de la CVAGS, le pôle régional de défense sanitaire a

pour mission de préparer et de mettre en œuvre les mesures de gestion en cas de situations sanitaires exceptionnelles. Il doit également, dans cette optique, assurer la formation du personnel de l'ARS à la gestion de ce type de situations, notamment des cadres susceptibles de se rendre en cellule de crise au sein de l'ARS ou en préfecture. Ce pôle a un rôle de facilitateur, il permet, grâce à l'articulation des diverses expertises métiers de l'ARS, de préparer et de répondre de la manière la plus efficace possible à toute situation quelle que soit sa nature.

1.2.2 L'organisation d'un système de gestion des situations sanitaires exceptionnelles : le passage d'une organisation de proximité déconcentrée à un dispositif régionalisé

L'organisation se structure en deux niveaux distincts et complémentaires : un niveau régional ayant une fonction stratégique et organisationnelle d'une part et un niveau départemental ayant une fonction opérationnelle d'autre part. Cette organisation bicéphale - siège/délégation territoriale - s'explique notamment par deux éléments de contexte qui ont prévalu au moment de la création des ARS : outre la nécessité de conserver les effectifs des anciennes institutions départementales préexistantes, le choix a été fait de maintenir un relais territorial auprès du préfet de département qui conserve sa compétence de droit commun en matière d'ordre public.

En principe, la gestion de crise relève des services du Ministère de l'Intérieur et, ce, à trois niveaux territoriaux distincts : le niveau national, le niveau zonal et le niveau départemental. Au niveau national, le Ministère de l'Intérieur est chargé de l'anticipation et du suivi des crises susceptibles d'affecter la sécurité publique ou l'ordre public. Au niveau zonal, le préfet de zone coordonne la préparation et la gestion des menaces majeures. Il prend les mesures de coordination nécessaires lorsque survient une crise ou des événements d'une particulière gravité susceptible de dépasser le cadre d'un département. Enfin, au niveau départemental, le préfet, responsable de l'ordre public et, à ce titre, de la salubrité et de l'hygiène publiques, assure la gestion de crise sur son territoire. Il doit notamment coordonner la pluralité des acteurs mobilisés et la multiplicité des actions à mettre en œuvre pour garantir la sécurité des personnes et favoriser les conditions de retour à la normale.

Dans ce schéma traditionnel du dispositif de défense, la région ne dispose pas de compétences propres. Or, comme précisé en sus, depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, l'échelon régional est devenu le niveau de référence en matière d'organisation sanitaire, y compris en matière d'organisation sanitaire exceptionnelle. En amont, elle est chargée d'assurer la préparation par le biais d'une planification des risques et des moyens de réponse. En cas de survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle, elle garantit la

continuité de la prise en charge en assurant, en lien avec le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), le suivi de la situation régionale, en mobilisant les expertises et les moyens régionaux nécessaires, notamment en arrêtant des mesures de gestion et en diffusant les messages d'alerte aux établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels de santé concernés (*Annexe 4*).

La crise est rarement purement sanitaire mais souvent multidimensionnelle. Elle impacte de nombreux domaines et exige la participation d'une pléiade d'acteurs : les services de l'État, les services de secours, les collectivités territoriales, les opérateurs de réseaux (télécommunications, électricité, transport, eau, etc.). L'ARS est donc chargée d'informer le préfet sur la situation sanitaire (impact prévisible, actions en cours, moyens déployés, etc.) et de le conseiller sur la stratégie à privilégier ainsi que sur la conduite des actions à mener.

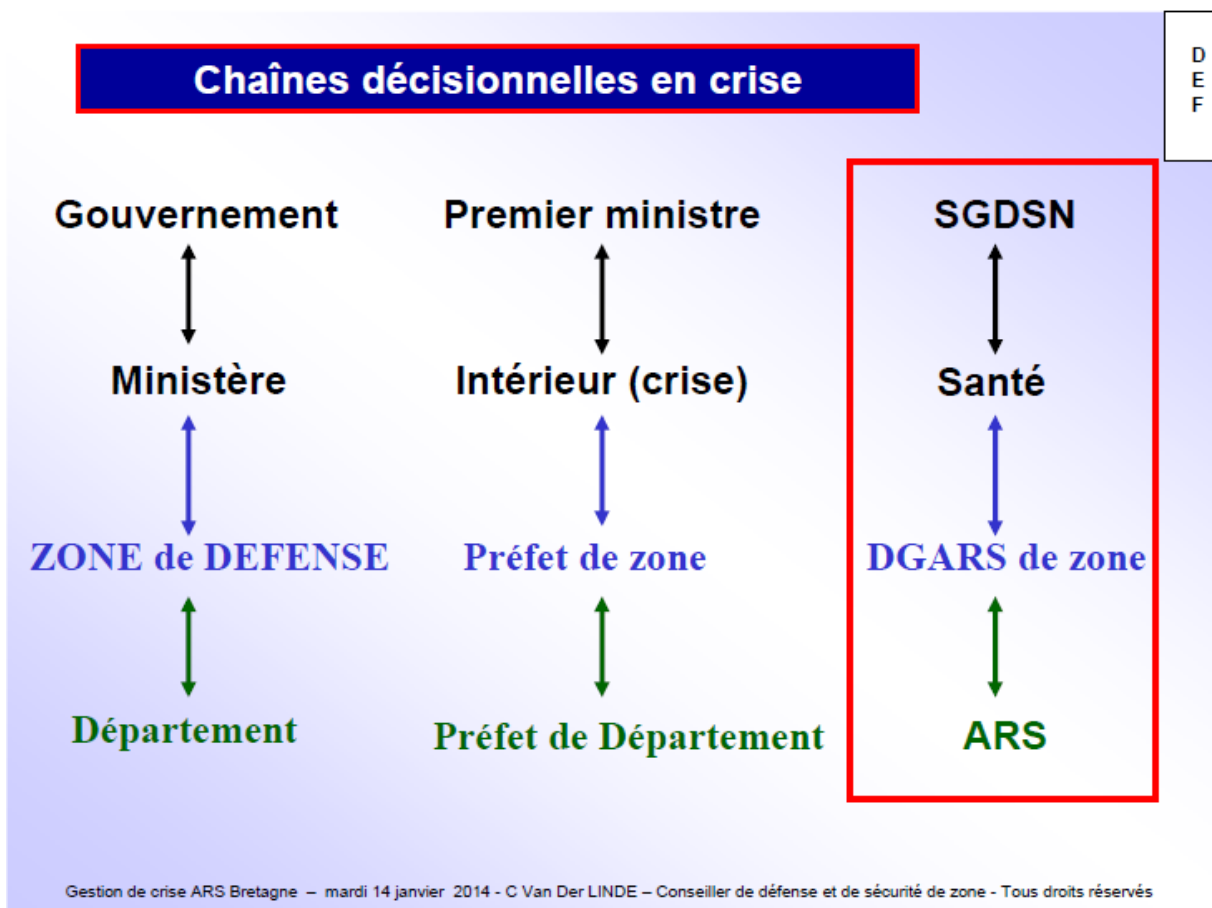


Figure 1 : Chaînes décisionnelles en crise

Comme le montre la *Figure 1*, il existe dès lors une discordance entre une organisation de gestion de crise départementalisée et une organisation sanitaire régionalisée. Afin de faciliter la continuité de l'action, l'organisation actuelle tient compte de la nécessité, entre autres pour cette raison-là, d'assurer un relais territorial.

Malgré cette volonté d'assurer une continuité entre les institutions, les acteurs externes interrogés ont évoqué une période de « flottement » au moment de la création des ARS. Ils expliquent cette période transitoire par le fort renouvellement de personnel et notamment le départ des anciens directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales. La structuration et la professionnalisation du pôle régional de défense sanitaire a néanmoins permis à l'heure actuelle une reconnaissance par ses partenaires de l'action proactive de l'ARS Bretagne.

1.2.3 L'organisation du système de gestion des situations sanitaires exceptionnelles : reflet de la double nécessité de développer une expertise régionale tout en conservant un ancrage de proximité

L'organisation duale entre le siège et les délégations territoriales s'explique par la double nécessité de développer une expertise tout en conservant un ancrage de proximité. Comme évoqué précédemment, le niveau régional s'affirme à la fois comme un échelon « stratège », jouant à la fois le rôle d'interface entre le niveau national et le niveau local et de chef de file de la défense sanitaire. Il permet de concentrer les expertises nécessaires afin d'optimiser et de valoriser les compétences techniques.

Le niveau départemental assure quant à lui un rôle important à deux égards. D'une part, il est le niveau d'une animation territoriale permettant une connaissance suffisamment fine des acteurs. Il s'inscrit ainsi dans un cadre d'animation territoriale qui correspond aujourd'hui, et plus encore demain, au cœur de métier des délégations territoriales. D'autre part, le référent départemental du pôle régional de défense sanitaire assure, sous la responsabilité du directeur de la délégation territoriale, un relais avec le préfet de département qui reste à l'heure actuelle le garant de l'ordre public et dispose, notamment, des moyens relevant des services départementaux d'incendie et de secours. Il est essentiel pour les préfetures de trouver un interlocuteur légitime, au plan juridique comme au plan technique. Cette représentation départementale permet à l'ARS d'être visible auprès de ces partenaires départementaux et de travailler en bonne intelligence avec ces derniers. Sans ce relais territorial, le représentant de l'Etat dans le département pourrait être tenté de « court-circuiter » l'action de l'ARS en adressant ses commandes directement au SAMU dont chaque département est doté.

Si l'on estime que la question des délégations territoriales réside essentiellement dans une volonté de proximité, on comprend aisément que cette attente d'une compétence de proximité directement mobilisable par la préfeture semble davantage présente dans les départements éloignés du chef-lieu de région. L'organisation bicéphale précitée se justifie d'autant qu'en situation sanitaire exceptionnelle, il n'apparaît pas efficient de faire assurer

par le référent départemental de la délégation territoriale à la fois un rôle d'interface (assurer le lien avec le SAMU afin de dresser un état des lieux sanitaire, réceptionner et transmettre les commandes du préfet à la structure dédiée) tout en jouant le rôle d'opérateur (mobiliser les professionnels et les établissements, solliciter les moyens zonaux). Un appui régional se révèle dès lors indispensable.

A cet effet, le Pôle Régional de Défense Sanitaire regroupe une pluralité d'expertises (illustrée par la *Figure 2* ci-après). Le siège, basé à Rennes, dispose de compétences à la fois administratives (inspecteur principal, inspecteur de classe exceptionnelle, chargé de mission défense) et techniques (médecin inspecteur, pharmacien inspecteur, ingénieur santé-environnement). Chaque délégation territoriale dispose en outre d'un « référent départemental » (un médecin-inspecteur dans le Finistère, un ingénieur d'études sanitaires dans les Côtes d'Armor, un inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale dans le Morbihan et un chargé de mission défense dans l'Ille-et-Vilaine). Ils sont accompagnés dans l'exercice de leurs missions d'un adjoint ayant qualité d'infirmier de santé publique ou de secrétaire administratif.

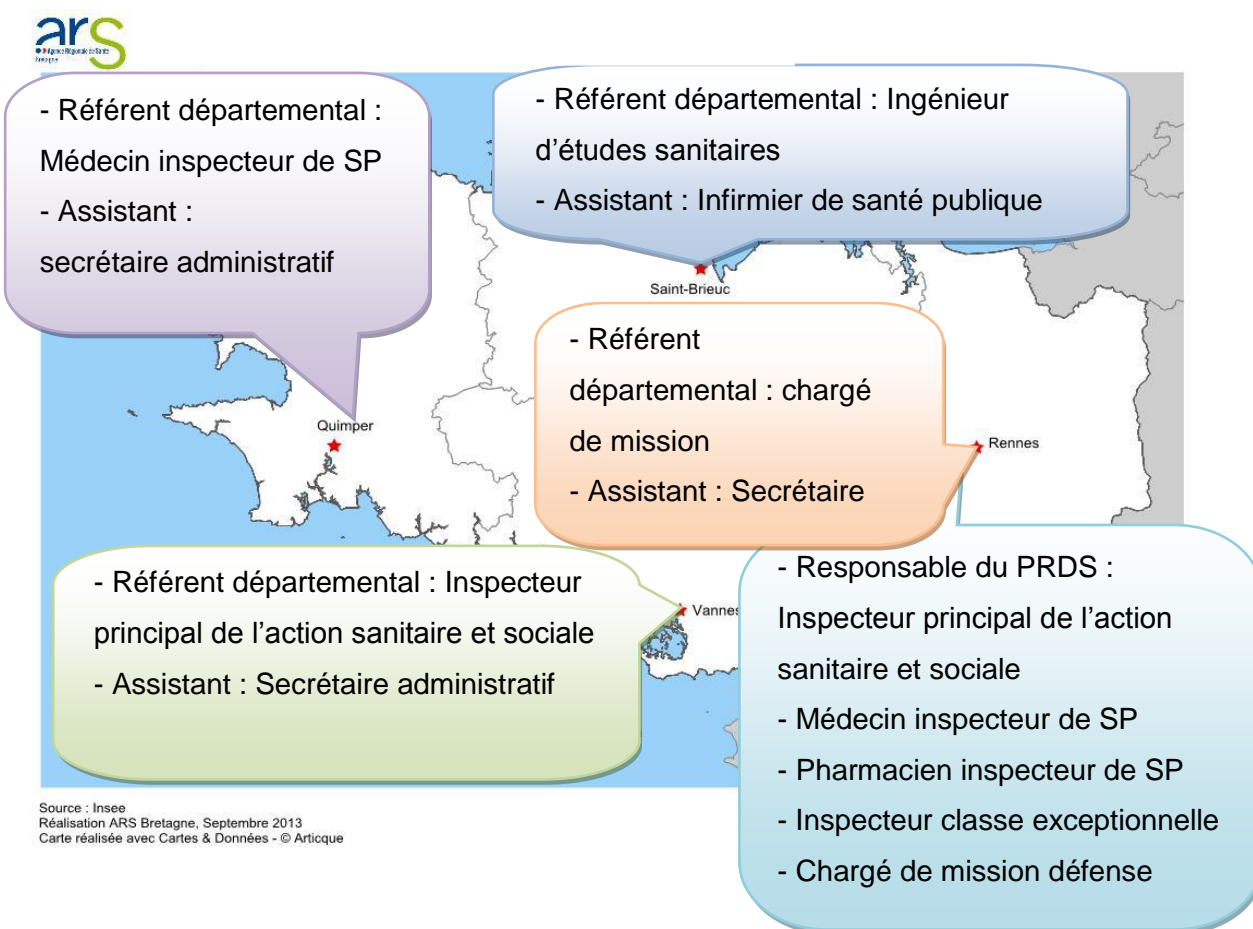


Figure 2 : Carte représentant la couverture géographique issue de la note interne d'organisation v2014

L'organisation de la mission de défense sanitaire à l'ARS Bretagne a fait l'objet d'un travail de redéfinition et dans l'optique d'une harmonisation régionale. Elle est présentée dans une note au comité stratégique territorial (réunion entre la direction de la stratégie et les quatre délégations territoriales) et très prochainement soumise à la validation du comité de direction. Elle précise, outre les principes d'organisation du pôle et d'animation du pôle, la répartition des activités entre le niveau régional et le niveau départemental. Pour reprendre la note sus citée, les activités sont réparties au sein de trois grandes missions :

- **Mission 1 : la planification de défense et de sécurité**

| Activités PRDS régionales | Activités PRDS départementales |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Impulser et coordonner l'élaboration d'un cadre commun aux quatre départements pour l'élaboration des différents plans nationaux santé | Décliner les plans (avis ARS, rédaction fiches-actions...) nationaux santé au niveau départemental, en assurant notamment la coordination interne au sein de la délégation territoriale et en définissant les modalités d'action |
| Coordonner l'élaboration d'un cadre commun aux quatre départements pour l'élaboration des aspects sanitaires des plans du dispositif ORSEC (pilotage préfecture) | Décliner au niveau départemental les aspects sanitaires des plans du dispositif ORSEC (pilotage préfecture) : coordination interne au sein de la délégation territoriale, modalités d'action... |
| Participer, donner un avis ou organiser la réponse aux demandes formulées pour les grands rassemblements ou grandes manifestations dès lors que le périmètre dépasse le cadre départemental | Participer, donner un avis ou organiser la réponse aux demandes formulées pour les grands rassemblements ou grandes manifestations |
| Participer, en lien avec la direction des ressources, à l'élaboration du plan de continuité d'activités de l'ARS | Participer à la rédaction des éléments relevant de la défense sanitaire dans le plan de continuité des activités de l'ARS. Transmettre à la préfecture les informations relatives au PCA de l'ARS Bretagne |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Etablir un planning régional des exercices et participer à l'élaboration et la mise en œuvre des exercices prévus par la préfecture et le Ministère de la santé ainsi qu'aux retours d'expérience; y associer les cadres du siège inscrits sur les listes de rappel</p> | <p>Participer à l'élaboration et la mise en œuvre des exercices prévus par la préfecture et le Ministère de la santé ainsi qu'aux retours d'expérience ; y associer les cadres de la délégation territoriale inscrits sur les listes de rappel</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- **Mission 2 : la gestion des situations sanitaires exceptionnelles**

| <p>Activités PRDS régionales</p> | <p>Activités PRDS départementales</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Organiser et définir et mettre en œuvre les modalités d'activation d'une structure dédiée à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle, en lien avec les délégations territoriales et les directions du siège</p> | <p>Assurer les missions dévolues aux délégations territoriales dans le cadre d'une activation d'une structure dédiée à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle, en lien avec le siège ; notamment représentation ARS en COD préfecture</p> |
| <p>Organiser les modalités pratiques de la cellule régionale d'appui et de pilotage (salle, matériel, ...) et d'accès aux documents papier (armoire plans, espace partagé...)</p> | <p>Assurer le maintien opérationnel de la valise cadre ARS en COD (hors aspects informatiques – relevant de la DSII)</p> |
| <p>Assurer la formation et l'information des cadres du siège à la défense sanitaire et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles / Produire les supports de formation / Former les membres du PRDS</p> | <p>Participer à la formation et l'information des cadres de la délégation territoriale à la défense sanitaire, notamment pour l'éventualité d'une participation en COD et à une structure ARS dédiée</p> |

- **Mission 3 : l'animation des relations en interne (PRDS et ARS) et en externe (partenaires)**

| Activités PRDS régionales | Activités PRDS départementales |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Définir les modalités d'action entre le siège et les délégations territoriales dans le cadre de la mise en œuvre de dispositifs spécifiques</p> <p>Ex : cadrage régional du plan canicule, grand froid</p> | <p>Coordonner les modalités d'action au sein de la délégation territoriale</p> |
| <p>Coordonner les circuits d'informations CORRUSS / préfecture / ARS zone Ouest</p> | <p>Faire le lien avec la préfecture de département (correspondance SIDPC notamment), en lien avec le protocole préfet / DGARS</p> |
| | <p>Animer les liens avec les opérateurs (SAMU, établissements de santé, établissements médico-sociaux...), notamment dans le cadre des plans opérateurs</p> |
| <p>Organiser et animer les réunions régionales</p> | <p>Participer aux réunions régionales</p> |
| <p>Coordonner le programme d'inspection NRBC zone pour la région Bretagne, et participer aux inspections</p> | <p>Participer aux inspections zonales NRBC</p> |
| | <p>Suivre le fonctionnement de la CUMP départementale, en lien avec le médecin de la délégation territoriale</p> |
| <p>Participer aux réunions zonales et nationales, en coordination avec les délégations territoriales</p> | <p>Participer aux réunions zonales et nationales, en coordination avec le siège</p> |
| <p>Assurer le suivi de la mise en œuvre du VAGUSAN</p> | <p>Participer au suivi du VAGUSAN, notamment dans le cadre du recueil des indicateurs</p> |
| <p>Organiser et animer un espace réseau commun régional</p> | <p>Alimenter le répertoire réseau partagé S://</p> |

La clarification des missions a permis une harmonisation régionale des pratiques départementales et une forte intégration de chaque membre du pôle dans le dispositif.

1.2.4 La structuration de moyens et d'outils opérationnels

L'ARS, en lien avec la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE), est chargée d'organiser les trois étapes de la veille sanitaire pour le déclenchement de l'alerte que sont : la réception des signaux (événement ou indicateur), la validation des signaux, l'évaluation de la menace et le déclenchement de l'alerte. Un dispositif de veille et d'alerte sanitaires a été mis en place de manière à pouvoir détecter précocement toute menace pour la santé de la population et d'y faire face. Ce dispositif se structure autour d'outils quotidiens de veille et d'alerte qui permettent d'optimiser la réception et la gestion de l'alerte. D'abord, l'ensemble des signaux est réceptionné par le Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Signaux (CORRSi) via un numéro d'appel unique régional.

L'ARS a lancé depuis 2010 plusieurs campagnes de communication afin de le faire connaître plus largement des professionnels de santé, des établissements sanitaires et médico-sociaux et des autres partenaires institutionnels. Son utilisation s'est d'ailleurs largement développée. Les informations sont ensuite envoyées via des boîtes aux lettres électroniques fonctionnelles : une boîte « alerte » au quotidien et une boîte « crise » que le décideur peut activer en cas de situation exceptionnelle. La gestion de ces boîtes est un sujet sensible eu égard aux forts enjeux de partage d'information et au respect du secret médical. Les signaux sont ensuite traités via le système d'information SI-VSS dont l'ARS Bretagne fut à compter de juillet 2014 une des régions pilotes de l'expérimentation. La remontée d'informations au Ministère se fait via le logiciel SISAC¹⁰ qui permet d'organiser des échanges entre l'ARS et la Direction Générale de la Santé (DGS) à qui incombe la responsabilité de centraliser l'ensemble des alertes et d'assurer la gestion des situations d'urgences sanitaires de niveau national en lien avec les autres ministères et institutions concernés. La DGS exerce cette mission par le biais du département des urgences sanitaires (DUS) qui assure le recueil des alertes sanitaires et sociales, nationales et internationales, via son centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS). L'ARS Bretagne

¹⁰ Instruction n°DGS/CORRUSS/2012/432 du 21 décembre 2012 relative au signalement par les ARS d'événements sanitaires au niveau national dans le cadre du déploiement du système d'information sanitaire des alertes et crises dénommé SISAC

participe également au développement de SISAC Crise, un module de SISAC, permettant notamment l'organisation et la gestion des ressources humaines en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Parallèlement à ces évolutions, des actions nationales sont en cours sur la réforme des vigilances.

Suite au rapport remis par Jean-Yves Grall¹¹ en juillet 2013 ainsi qu'aux travaux ayant aboutis à la définition de la stratégie nationale de santé (SNS), la nouvelle mouture de la réorganisation des vigilances sanitaires prévoit la création de structures régionales de vigilance et d'appui et la création d'un portail commun de recueil des signalements. En attendant l'examen du projet de loi à l'Assemblée nationale au début de l'année 2015, il convient d'anticiper ces évolutions et de les intégrer à la réflexion régionale. L'utilisation de l'ensemble de ces outils, présents et à venir, nécessite un accompagnement et une adaptation continue des agents en charge de ces missions.

Des outils de planification permettent à l'agence de se préparer à la survenue de situations exceptionnelles. Parce qu'il est essentiel que l'Institution elle-même se prémunisse contre d'éventuelles situations exceptionnelles, l'ARS Bretagne a élaboré un plan de continuité de l'activité (PCA). Ce dernier prévoit et permet un fonctionnement dégradé de l'organisation. En outre, un plan de gestion de crise (PGC) est actuellement en cours de finalisation. Ce document a été conçu comme un outil générique permettant d'apporter des repères et des outils de gestion en cas de survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle.

La structuration de la première mouture de ces outils étant achevée, l'essentiel du travail à mener est un travail collectif d'appropriation nécessitant du temps et une implication des acteurs. Cette appropriation passera nécessairement par des actions de formation mais également par la participation à des campagnes d'exercice santé et de sécurité civile, pour lesquels la participation de l'ARS est coordonnée par le PRDS.

¹¹ GRALL J.-Y., Réorganisation des vigilances sanitaires : rapport de mission. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013

2 LES FREINS A LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF REGIONAL

2.1 Un contexte de réorganisation des ressources humaines et matérielles

2.1.1 Les impacts d'une modification structurelle d'une organisation de proximité

Comme évoqué précédemment, la mise en place du dispositif de gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) s'inscrit dans un contexte de réorganisation caractérisé par une modification structurelle d'une organisation de proximité, issue des DDASS, qui prévalait jusqu'à présent. La transition entre l'organisation départementale au sein des DDASS et l'organisation régionalisée avec des relais en délégations territoriales a nécessité et nécessite encore un accompagnement du changement. Conscient de ces enjeux, le PRDS a mis en place des temps d'échange regroupant l'ensemble des membres, à la fois ceux du siège et des délégations territoriales. Ces réunions se tiennent sur une journée à échéance régulière suivant une régularité de 6 par an environ. Les sujets concernant le pôle y sont abordés. Elles sont l'occasion de présenter un dispositif ou de discuter des objectifs. Outre ces temps de présence, un espace « gestion de crise » partagé a été créé, à la fois sur un dossier réseau partagé (sous S://) et en parallèle sur l'espace collaboratif astreinte, accessible depuis une adresse sécurisée https. Il est également un vecteur de partage et de diffusion d'information, même si la majorité des supports se transmet encore par l'envoi de courriels. Dans ce contexte, il est également primordial de clarifier les compétences de chacun. Aussi, une note d'organisation a-t-elle été élaborée et a permis de définir de manière claire ce qui est attendu de chaque agent et selon quelles modalités.

Cette modification de l'organisation induit néanmoins certaines difficultés en matière de gestion des ressources humaines. Compte tenu des effectifs historiquement présents et différents selon les départements, les quotités de temps de travail des référents départementaux et de leurs adjoints peuvent différer, comme le montre le tableau ci-dessous (*Figure 3*).

Figure 3 : Répartition des compétences par agent, au 31/12/2014, issue des travaux préparatoires à la note interne d'organisation

| | Fonction | Corps | ETP fonctions en département (a) | ETP fonctions régionales (b) | ETP total de l'agent pour le PRDS = (a) + (b) |
|-------|------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 22 | Référent départemental | Ingénieur d'études sanitaires | 0,2 | 0 | 0,2 |
| | Assistant | Infirmier de santé publique | 0,2 | 0 | 0,2 |
| 29 | Référent départemental | Médecin inspecteur de santé publique | 0,2 | 0,2 | 0,4 |
| | Assistant | Secrétaire administratif | 0,2 | 0 | 0,2 |
| 35 | Référent départemental | Contractuel administratif | 0,2 | 0,8 | 1 |
| | Assistant | Adjoint administratif | 0,2 | 0,2 | 0,4 |
| 56 | Référent départemental | Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale | 0,2 | 0 | 0,2 |
| | Assistant | Secrétaire administratif | 0,2 | 0 | 0,2 |
| SIEGE | Responsable pôle | Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale | 0 | 0,5 | 0,5 |
| | Chargé de mission défense | Inspecteur classe exceptionnelle | 0 | 0,5 | 0,5 |
| | Expertise pharmaceutique | Pharmacien inspecteur de santé publique | 0 | 0,1 | 0,1 |
| | Expertise médicale | Médecin inspecteur de santé publique | 0 | 0,1 | 0,1 |

Néanmoins, comme le précise ladite note, la différence entre les temps présents en DT et les temps évalués pour les fonctions de référents départementaux et suppléants, évaluées à environ 0,2 ETP, permet d'affecter du temps de travail pour l'exercice des fonctions régionales. Cela se traduit d'une part par le pilotage d'un ou plusieurs dossiers thématiques

(référents thématiques : pandémie grippale, iode, plan blanc élargi,...) et d'autre part par la mise à disposition de compétences techniques (médicales, santé-environnementales, etc.) pour le compte des quatre départements également. L'organisation actuellement mise en place a donc permis une transition entre le modèle DDASS-DRASS et le modèle ARS en harmonisant les temps de travail nécessaires à l'exercice des missions de référents départementaux tout en mettant à profit certaines compétences départementales au profit du développement de l'expertise régionale.

Outre la variété des quotités de temps de travail des référents départementaux défense, ces derniers peuvent être confrontés à la difficulté d'articuler cette fonction avec une ou plusieurs de leurs missions. Certains sont en effet sur des postes de veille sanitaire, de contractualisation avec les établissements de santé ou encore de soins psychiatriques sans consentement. Si cela permet une ouverture sur d'autres champs, cela peut obliger à des arbitrages entre ces missions et le temps consacré au domaine de la défense alors que celui-ci nécessite la maîtrise de connaissances spécifiques sur des dossiers complexes. Cette division du travail ne facilite donc pas l'appropriation des compétences nécessaires au travail de coordination des partenaires.

Certains référents regrettent également, en lien avec l'augmentation de la charge de travail, la perte de liens avec les établissements. Dans ce contexte, la problématique plus générale de l'articulation entre le siège et les délégations territoriales est exacerbée et ressurgit notamment à travers des questions de diffusion de l'information. La distance du « centre décisionnel » n'étant pas facilitante, le sentiment d'être informé tardivement est parfois perceptible. Plus que le désir de reconnaissance des délégations territoriales, c'est donc un fort désir d'inclusion et d'intégration dans le dispositif régional qui est exprimé.

Enfin, la chaîne de commandement n'est pas nécessairement ancrée dans l'esprit des acteurs, que ce soit dans le cadre de la préparation ou de la gestion de crise. D'abord, les difficultés d'achoppement entre les colonnes métiers et les DT ne facilitent pas la compréhension de leur rôle par l'ensemble des agents. Deux chaînes hiérarchiques, horizontale et verticale, se croisent : les agents des délégations territoriales rattachés au pôle régional de défense sanitaire relèvent hiérarchiquement du directeur de la délégation territoriale et fonctionnellement du responsable du pôle régional de défense sanitaire ou du directeur adjoint de la veille et de la sécurité sanitaires. Cette dualité complexifie les relations managériales et multiplie le nombre de décideurs susceptibles d'intervenir. En situation de crise, les liens hiérarchiques et les liens fonctionnels sont particulièrement modifiés. Il arrive par exemple qu'un directeur-adjoint se trouve temporairement, en structure renforcée ou en cellule de crise, sous l'autorité fonctionnelle du directeur-adjoint de la veille et de la sécurité sanitaires. Bouleversant les liens habituels, cette situation peut cristalliser certaines tensions

nuisibles au bon fonctionnement de la structure de crise. De la même manière, la gestion du virus Ebola a interrogé quant aux rôles respectifs de la CVAGS et de la CIRE qui semblaient pourtant, en période stable, normalisés.

2.1.2 Des outils opérationnels en cours de structuration

Si la mise en œuvre de dispositifs techniques, organisationnels et procéduraux n'est pas suffisante en soi, elle est un préalable indispensable à une bonne gestion des situations sanitaires exceptionnelles. La structuration d'outils opérationnels permet à la fois une simplification des moyens et une clarification des règles à suivre. L'ARS Bretagne s'est engagée dans cette démarche depuis 2010. Le PRDS a d'abord formalisé des fiches de procédures avant d'entamer un travail plus global de plan de gestion de crise, un document générique modulable et résilient. Ces outils existent mais les agents, pourtant associés à la démarche, ne se les ont pas forcément appropriés. Ils y voient une contrainte plutôt qu'une opportunité et sont donc peu enclins à les utiliser.

Les réseaux et les moyens d'alerte fonctionnent mais pas toujours de façon optimale. D'abord, les annuaires, qu'ils soient internes ou externes à l'ARS, ne permettent pas facilement d'accéder à une information rapide et fiable. Souvent entamé et rarement achevé, l'élaboration et, surtout, la mise à jour d'un annuaire interne à l'ARS est un travail d'orfèvre. Non seulement parce que l'outil est absolument précieux, mais surtout parce qu'il nécessite un travail important et méticuleux. Si ce projet a été mis en place au sein de l'ARS Bretagne par la direction générale, il est destiné à un usage individuel et ne permet une utilisation dans le cadre d'une diffusion de masse.

Un annuaire des partenaires extérieurs a été réalisé pour l'ARS de Zone. Régulièrement mis à jour, il contient notamment les acteurs de santé bretons et est disponible sur le logiciel Outlook. Cet outil, mis à disposition de l'ARS Bretagne mais peu connu, permet d'accéder rapidement à l'information. De la même manière, des listes de diffusion interne sont en cours de structuration. Néanmoins, les expertises à solliciter dépendent de la nature de la crise et il paraît difficilement envisageable de créer des « listes-types ». Actuellement, l'ARS n'est pas encore tout à fait rompue à l'exercice de l'alerte de masse et fonctionne par contact individuel. Outre la question des moyens d'alerte, la question de la gestion des boîtes aux lettres se pose notamment en lien avec des questions relatives aux droits d'accès, à la gestion et à la confidentialité.

En outre, il est parfois difficile d'établir un contact avec certains partenaires. Le problème se pose souvent de manière conjointe avec plusieurs directions. Par exemple, l'absence de coordonnées des professionnels de santé libéraux est aussi problématique pour la direction adjointe de l'offre ambulatoire que pour le pôle régional de défense sanitaire. Parmi les

professionnels de santé, les médecins libéraux ont pourtant un rôle primordial à jouer en matière de gestion des situations sanitaires exceptionnelles, comme l'a démontré l'épisode de la pandémie grippale en 2009 qui les avaient insuffisamment impliqués. Si les services de l'Assurance Maladie dispose actuellement de ces informations de contact, ils ne sont aujourd'hui pas enclins à les diffuser. Le seul canal aujourd'hui utilisable est l'Union Régionale des Professionnels Libéraux (URPS) mais celui-ci ajoute un maillon à la chaîne de diffusion et réduit ainsi considérablement les marges de réactivité.

Enfin, si l'ARS Bretagne dispose d'un certain nombre d'outils de cartographie, elle ne dispose pas d'outil dynamique adapté au domaine de la gestion de crise.

2.2 Une culture de crise insufflée mais insuffisamment partagée

2.2.1 Un manque de sensibilisation à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Comme l'affirme Christian Regouby¹², « dans un environnement où les ruptures et les crises sont devenues systémiques, la capacité des dirigeants et des agents à assurer la pérennité et le développement des établissements et institutions de santé publique passe par la mise en place d'une révolution culturelle et managériale ».

S'il y a naturellement une compréhension des enjeux, plusieurs personnes interrogées ont exprimé au cours des entretiens le sentiment que la gestion de crise est une affaire de spécialistes incombant au Pôle Régional de Défense Sanitaire. Les retours d'expérience mis en place après la survenue d'un exercice font également apparaître des difficultés de compréhension de ce qui est attendu de leur part, de leur rôle dans la gestion d'une crise et parfois le sentiment d'être dépassé par une organisation complexe. Ce manque d'adhésion peut également s'expliquer par le rythme et la charge de travail que représentent les autres activités. Celles-ci s'accommodent difficilement d'un investissement dans la durée et relatif à des risques hypothétiques et potentiellement anxiogènes. Le mode de fonctionnement des organisations a tendance à reposer sur ce qui doit être atteint plutôt que sur ce qui doit être évité. Alors, face à des objectifs imminents, la possibilité d'une crise semble souvent lointaine et passe donc nécessairement en second plan, qui plus est dans un contexte de réduction des effectifs.

En outre, la « culture de la crise » n'est pas partagée de manière identique par tous les agents au sein de l'institution. Cela transparait au travers du discours des personnes

¹² Formateur spécialisé dans le domaine de la gestion de crise

interrogées : « Ce n'est pas dans la culture des autres services, ils n'ont pas la même perception et pas la même implication dans différents sujets ». Chacun, en fonction de son profil et de son expérience, est plus ou moins réceptif aux enjeux inhérents à ce domaine d'activité. Sans désir de présenter un schéma caricatural, certains agents de l'Assurance Maladie n'ont pas cette culture jugée plutôt étatique de protection des populations. Les logiques de planification peuvent leur sembler opposer aux logiques de contractualisation qu'ils valorisent auprès de leurs partenaires.

Pourtant, la gestion de crise est l'affaire de tous. L'un des trois piliers de la loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile est le développement d'une culture commune de la sécurité civile. De la même manière, au sein de l'ARS, l'ensemble des agents sont concernés par les questions de situations de crise. Le rôle du PRDS n'est pas de gérer la situation mais de mobiliser les expertises en mesure de la résoudre. Afin de donner du sens et de préparer les agents à la gestion de situations sanitaires exceptionnelles, des actions de formation sont réalisées auprès des cadres d'astreinte et des cadres inscrits sur les listes de rappel susceptibles de participer à une structure dédiée au sein de l'ARS ou à un COD. Des actions de communication interne sont également mises en œuvre en lien étroit avec le pôle communication : articles dans le magazine interne (sur la gestion des intempéries de l'hiver 2013-2014, la mise en œuvre du PCA) et sur l'intranet à chaque exercice (exercice national Tensions du système de santé 2014). La diffusion de la culture de la crise passe également par une validation des instances dirigeantes et représentatives. A titre d'exemple, le plan de gestion de crise de l'ARS Bretagne, en cours de finalisation en partenariat avec l'ensemble des directions métiers, sera également soumis à la validation du CODIR et à la signature de la direction générale.

Malgré ces actions volontaristes, subsiste un manque de sens donné par le personnel de l'agence à ce domaine d'activité, ce qui peut avoir des effets sur la mobilisation et la capacité à s'autosaisir des moyens et des outils à leur disposition dans la gestion de situations sanitaires exceptionnelles. Il y a, dans le discours des agents, une compréhension naturelle des enjeux et une volonté d'être présents : « en cas de crise, on sera là ». C'est d'ailleurs plutôt dans la mobilisation quotidienne que la force de résistance se fait sentir, notamment lorsqu'ils sont sollicités dans l'élaboration des plans et la réalisation des exercices. Ce manque d'appropriation, ressenti comme un manque de temps plus que comme un manque de volonté, est un frein à la mise en place d'une préparation efficace à la gestion de crise.

2.2.2 Un manque d'identification du rôle de l'ARS vis-à-vis des partenaires et des acteurs du système de santé

Les acteurs du système de santé, que ce soit les établissements sanitaires, médico-sociaux ou les professionnels de santé, ont parfois du mal à percevoir le rôle et la plus-value apportée par l'ARS en matière de gestion de crise. La crédibilité de l'institution est parfois remise en question, peut être en raison de son histoire et notamment de sa création simultanée à la gestion de la grippe H1N1. Certains acteurs de santé raisonnent selon un schéma traditionnel de gestion de l'urgence par les établissements et de régulation par le SAMU. Ce sentiment est renforcé par le suivi qualitatif limité par l'ARS des plans de gestion de crise interne aux établissements, que ce soit les plans blancs pour les établissements de santé ou les plans bleus pour les établissements médico-sociaux. Aujourd'hui, il apparaît nécessaire de développer les compétences des agents, notamment en matière de suivi des plans réalisés par les établissements, pour assurer une véritable analyse et un suivi de leurs actions.

En outre, si l'ARS est largement identifiée par les préfetures comme l'interlocuteur privilégié en matière de régulation sanitaire depuis quelques mois, son rôle est en construction permanente. Le passage d'une entité sous autorité préfectorale à un établissement public autonome a nécessité le tissage de nouvelles relations. Ce passage a été rendu difficile par le départ des anciens directeurs de DDASS qui étaient les interlocuteurs directs des préfets. Avec cinq ans de recul, ce changement est perçu par les autorités préfectorales comme majeur et bénéfique. Ces relations sont néanmoins complexifiées par l'existence d'une asymétrie organisationnelle entre la Santé et l'Intérieur : l'interlocuteur de l'agence régionale de santé est le préfet de département, responsable de l'ordre public, qui assure la coordination des acteurs et des actions à mettre en œuvre pour garantir la sécurité des personnes et favoriser les conditions de retour à la normale. L'ARS assure quant à elle l'interface avec les acteurs du système de santé. Ce cadre d'action désormais connu permet d'être mieux identifié par les partenaires et compris de ces derniers. Il nécessite néanmoins un travail de représentation et de légitimation permanent.

Que ce soit avec les Préfectures ou avec les acteurs du système de santé, un fort travail en réseau est actuellement mis en marche. La volonté de faire connaître son action auprès des partenaires est perceptible au travers l'organisation de réunions bilatérales avec des établissements ou de visites qui favorisent la connaissance interinstitutionnelle. A titre d'exemple, une visite du Centre Opérationnel de Défense (COD) de la Préfecture a été réalisée dans le cadre de la formation des cadres des délégations territoriales (aujourd'hui réalisée dans 2 départements sur 4). Une visite du Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Signaux (CORRSi) de l'ARS a également été proposée à deux des quatre

Préfectures. Des temps de rencontres réguliers sont en outre réalisées avec les SAMU départementaux. Ces initiatives émergentes favorisent largement le partenariat et mériteraient d'être développées, généralisées et consolidées.

2.2.3 Un processus de formation engagé mais confronté à la difficulté d'assurer une formation continue des agents

L'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles a nécessité l'identification et l'engagement de près de 90 agents de l'ARS mobilisables en période ouvrée et en période d'astreinte au service de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. La formation des agents concernés a constitué un temps fort de l'année 2013 qui s'est poursuivie en 2014. Deux cycles ont ainsi été organisés, autour de trois modules :

- une session plénière favorisant l'acquisition d'une culture partagée de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- des journées en atelier comprenant notamment la simulation d'un exercice ;
- une journée consacrée à la communication de crise (à destination des cadres de direction).

Par ailleurs, les référents départementaux des délégations territoriales assurent la formation des cadres ARS amenés à intervenir en COD. Dans les départements d'Ille et Vilaine (35) et des Côtes d'Armor (22), une visite du COD a été organisée par les services de la Préfecture. Inversement, les agents de la Préfecture sont venus visiter le CORRSi. Le développement de ces relations fait aussi partie du développement d'une culture commune favorable à la gestion de crise.

La cohésion de l'ensemble du dispositif et le développement d'une culture partagée sont notamment assurés par la réalisation d'exercices, tout au long de chaque année.

2.2.4 Une adhésion limitée aux exercices et une analyse de pratique insuffisamment développée

Afin de maintenir la capacité opérationnelle de l'ARS, il est indispensable de réaliser des exercices. En effet, la crise engendre une perte de repères que seules des automatismes permettent de pallier. Il est donc nécessaire de créer des « arcs reflexes ». Les exercices ont des vertus pédagogiques. Ils permettent d'apprendre à se connaître et de travailler collégialement, ce qui facilite ensuite la gestion de la crise. Ils permettent de passer d'un enseignement théorique ou conceptuel à une mise en œuvre pratique. Surgissent des questions qu'il est nécessaire de prévoir de manière à ne pas emboliser la gestion d'une

véritable situation sanitaire exceptionnelle. Ils permettent de mettre en évidence les failles du système dans un objectif d'amélioration de la réponse.

L'ARS Bretagne participe à de nombreux exercices présentant notamment une problématique sanitaire organisés par les préfetures. En 2014, 14 exercices ont été réalisés : 3 en Côtes d'Armor (dont 1 simulant un accident de transport de matières radioactives), 4 en Ille-et-Vilaine (dont un exercice métro), 3 dans le Morbihan (dont un exercice pandémie grippale), et 3 dans le Finistère (dont un exercice nucléaire). Elle a également participé à l'exercice Tension du Système de Santé (TSS) 2014, organisé par le Ministère de la santé. Cet exercice a permis de mobiliser l'ensemble de l'agence et de tester les procédures et les outils indispensables à son action. Ces exercices ne sont pas toujours perçus de manière positive. Certaines personnes interrogées souhaiteraient une participation plus importante de la direction et déplorent l'absence de déploiement des moyens opérationnels sur le terrain. La question est celle des objectifs que l'on se fixe et des moyens mis à disposition au profit de l'exercice.

Des retours d'expérience, à chaud et à froid, sont mis en place après chaque exercice ou situation exceptionnelle et permettent de s'inscrire dans une démarche collective d'apprentissage et de développement des capacités de l'organisation. Ils sont une opportunité de recueillir les observations de chaque acteur et d'identifier des marges de progrès. Néanmoins, comme l'indique Ernesto Quarantelli : "Trop souvent, les rapports établis après les événements tendent à n'être que des défenses ou des justifications de ce qui a été fait, plutôt qu'un examen critique franc et direct des problèmes rencontrés ou des erreurs commises"¹³. En outre, s'ils sont associés à un plan d'actions, le suivi de leur mise en œuvre mérite d'être renforcé.

2.2.5 Des difficultés à opérer un changement de niveau de posture

Classiquement, il existe une difficulté de passage d'une organisation théorique à sa mise en œuvre. Se pose la question du choix de l'organisation à mettre en œuvre : la situation permet-elle encore de maintenir sa gestion dans le cadre d'une organisation courante ou nécessite l'activation d'un niveau de veille et d'action plus élevé (*Annexe 5*) ? Techniquement, une salle de formation pouvant accueillir 20 personnes est mobilisable dans le cadre de la gestion de crise. Elle permet de prendre de la distance par rapport à la gestion

¹³ QUARANTELLI E.L., cité par LAGADEC P. La Gestion des Crises - Outils de réflexion à l'usage des décideurs, Paris : McGraw-Hill, 1991

courante des signaux. En pratique, elle est souvent réservée dans le cadre de réunions ou de formations et ne peut pas être mobilisée facilement. Une autre salle, située dans les locaux de l'ARS de Zone, est de fait mise à disposition par celle-ci. Ce changement s'opère de manière naturelle mais pose question quant au respect des dispositifs prévus. Les cadres et les protocoles mis en place sont des outils sur lesquels les acteurs doivent pouvoir s'appuyer et leur appropriation est un préalable indispensable à une organisation réactive et efficace.

3 LES LEVIERS A LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF

Le constat d'un renforcement de la capacité à agir des ARS en matière de sécurité sanitaire est indéniable. Néanmoins, les attentes demeurent élevées quant à sa performance et sa capacité à remplir ses objectifs de protection des populations. Aussi, elle doit aujourd'hui être en capacité de renforcer son rôle d'interface aussi bien en interne qu'en externe vis-à-vis des acteurs du système de santé. Afin d'améliorer le dispositif actuel, elle dispose d'un certain nombre de leviers. Parmi les leviers, on peut notamment citer la mise en place de dispositifs de coordination interne, le développement des systèmes d'information et de communication, la formation et la sensibilisation, l'amélioration des pratiques mais également l'élargissement des partenaires chargés de l'élaboration des stratégies.

3.1 Assurer la professionnalisation du pôle régional de défense sanitaire et la sensibilisation de l'ensemble de l'agence régionale de santé Bretagne

3.1.1 Développer l'expertise du pôle régional de défense sanitaire

Le PRDS doit poursuivre la démarche engagée visant à se positionner en tant qu'expert et appui régional à la gestion de situations sanitaires exceptionnelles.

L'expertise thématique doit être privilégiée afin de développer les compétences du pôle et compte tenu de la complexité de certains dossiers. Des référents existent déjà informellement sur certains sujets. Le référent départemental de l'Ille et Vilaine assure notamment la mise en place du Règlement Sanitaire International (RSI). Le référent départemental du Finistère assure quant à lui le suivi de la cellule d'urgence médico-psychologique régionale ou encore du plan pandémie grippale. Ce rôle que chaque référent tient de manière informelle mériterait d'être davantage consolidé par l'écriture, la validation et la publication de lettres de mission. Dans un domaine où le risque d'hyperspécialisation est réel, il faut prendre le soin de partager l'information et de la diffuser de la manière la plus pédagogique possible aux autres membres du PRDS. Les réunions régionales organisées sont l'occasion d'explicitier certains sujets. Afin de ne pas emboliser le temps réservé à l'organisation du pôle, des réunions thématiques, des sortes de « micro-sessions » pourraient être envisagées, notamment par conférence téléphonique ou visio-conférence, à la demande de chaque membre.

3.1.2 Développer des outils d'analyse, d'information et de communication simples et opérationnels

L'amélioration des systèmes d'information et de communication est aujourd'hui un des enjeux majeurs auquel doivent répondre les ARS.

Les possibilités en matière d'utilisation des données aujourd'hui sont colossales, les moyens matériels et humains sont mis en place pour exploiter ce vivier informationnel mais l'appropriation de chacun des outils d'exploitation de l'information est loin d'être effective. Il est pourtant essentiel de mettre ces outils au service de la préparation et de la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle.

La formalisation des outils d'alerte et de gestion de crise doit donc se poursuivre, en lien avec des chantiers entamés et concernant l'ensemble de l'ARS : la construction d'un espace collaboratif, l'amélioration des systèmes d'information (SI-VSS, SISAC crise, outils de gestion dynamiques), BAL.

Deux besoins essentiels à l'amélioration du dispositif peuvent en particulier être identifiés :

- **L'amélioration de la diffusion de l'information**

Les annuaires, qu'ils soient internes ou externes, sont des outils primordiaux en matière de gestion de crise. Certaines données existent mais elles sont parfois éparses, pas toujours identifiées ni nécessairement mises à jour.

Une démarche intéressante a été entreprise par l'ARS Bretagne, en particulier le pôle médico-social, afin de recueillir les attentes de chaque service et dans l'optique de créer un annuaire régional des établissements médico-sociaux. De la même manière, l'ARS de Zone a de son côté pris l'initiative de réaliser un annuaire de l'ensemble des acteurs de santé de la zone dont la mise à jour est régulièrement effectuée. Une fois les coordonnées des acteurs identifiées, il faut ensuite être en capacité de les contacter et de les mobiliser rapidement. A l'heure de l'instantanéité de l'information, des moyens de diffusion de masse doivent pouvoir être utilisables de manière à ne pas créer de décalage entre le temps de l'évènement et le temps de l'information.

Ces problématiques ne sont pas spécifiques au pôle régional de défense sanitaire et ne doivent pas être traitées isolément mais de manière transversale à l'ensemble de l'agence régionale de santé. Aussi mériteraient-elles de faire l'objet d'une réflexion globale idéalement précédée d'un audit interne. Un recueil et une analyse des besoins de chaque direction doit pouvoir être établi afin de mener un travail constructif et utile à tous. Ces travaux peuvent

paraître chronophages et requérants en termes d'énergie mais ils sont un préalable indispensable à toute action réactive.

- **La mise en place d'un outil cartographique dynamique**

Dans la lignée du point précédent, il ne suffit pas de disposer d'une information de plus en plus importante, il faut savoir l'organiser de manière à la présenter simplement et à la transmettre rapidement. Un outil de cartographie permettrait cela, en présentant l'information dans un espace géographique de manière dynamique. En pratique, l'utilisateur pourrait visualiser synthétiquement des données affichables dynamiquement, en passant le curseur au-dessus des formes correspondant aux ensembles géographiques. Cette technologie permet également la mise à jour en temps réel de la situation, un avantage précieux en gestion de crise.

A l'heure où le numérique prend une place extrêmement importante dans les organisations, disposer d'un tel outil devient indispensable.

3.1.3 Favoriser la transversalité de l'action au sein de l'ARS Bretagne

L'amélioration du dispositif de préparation et de gestion des SSE passe par le décloisonnement des politiques au profit d'une approche transversale des sujets, y compris au sein même de l'ARS. Cet enjeu de transversalité interne, s'il est commun à l'ensemble des champs d'action de l'ARS, a une résonance particulièrement importante en matière de défense sanitaire. Le pôle régional de défense sanitaire est en effet appelé, tant en matière de préparation qu'en matière de gestion de crise, à coordonner les expertises nécessaires. Une situation sanitaire exceptionnelle est en effet souvent traversée par des problématiques liées à des tensions dans l'offre de soins, l'offre médico-sociale ou l'offre ambulatoire. Elle peut également être liée à des questions environnementales, épidémiologiques, pharmaceutiques, etc. La gestion de crise est donc le lieu privilégié de l'interdisciplinarité et du décloisonnement. Cette transversalité doit en priorité être recherchée au sein même de l'Institution et l'organisation mise en place doit être en mesure de la favoriser. Comme le requiert le dispositif ORSAN, la planification des situations sanitaires exceptionnelles doit se faire en lien avec le schéma d'organisation des soins (SROS). Il s'agit d'organiser une montée en charge progressive du système de santé. Des liens forts doivent en particulier être développés avec les services assurant le suivi des établissements de santé, les établissements médico-sociaux ainsi que les professionnels libéraux. Cette collaboration pourrait se traduire par l'identification d'un correspondant défense, volontaire pour jouer ce rôle, dans chaque direction métier et un lien renforcé avec les coordonnateurs de territoire en délégations territoriales.

- **La rédaction d'une fiche-établissement réunissant les éléments d'analyse des plans blancs**

Les cadres qui assurent le suivi des établissements de santé, que ce soit au siège, au sein de la direction de l'offre de soins, ou en délégation territoriale, doivent être en mesure d'apprécier les forces et les faiblesses des établissements quant à leur niveau de préparation permettant de faire face à des situations sanitaires exceptionnelles. Pour ce faire, ils doivent pouvoir s'appuyer sur un travail préalable réalisé par le pôle régional de défense sanitaire. Ainsi, il pourrait être envisagé l'intégration au sein des fiches établissements existant déjà dans d'autres domaines - gestion des risques et gestion budgétaire et financière - une fiche sur le thème de la défense sanitaire et en particulier aux éléments relatifs aux plans blancs des établissements.

- **L'intégration d'un objectif relatif au plan bleu des établissements médico-sociaux dans les conventions tripartites**

Les cadres assurant le suivi des établissements médico-sociaux doivent également avoir à l'esprit les enjeux qui touchent ces établissements quant à la protection de leurs résidents et de leurs agents en cas de situation sanitaire exceptionnelle et la promouvoir auprès de ces établissements. Ce travail de promotion pourrait se faire par le biais d'intégration d'un objectif d'élaboration, de mise à jour et de communication à l'ARS des plans bleus des établissements médico-sociaux dans les conventions tripartites conclues entre l'ARS, le Conseil général et les établissements.

- **La participation à la préparation du dialogue de gestion budgétaire avec les établissements de santé**

Le levier financier, actuellement exploité davantage par l'ARS de Zone Ouest (notamment au titre de la mission d'intérêt général « Moyens tactiques zonaux ») que par l'ARS Bretagne, mériterait qu'il y soit porté un intérêt particulier. Parce qu'il est un outil d'incitation majeur de l'action des établissements de santé, il doit être mobilisé par l'ARS comme support d'un dialogue quant aux missions dévolues aux établissements. Ainsi, on pourrait imaginer lors de la prochaine campagne budgétaire une collaboration entre les services de la direction de l'offre de soins et de l'accompagnement (DOSA) et de la direction adjointe de la veille et de la sécurité sanitaires (DA-VSS) sur ces questions. Le PRDS pourrait être intégré à la réflexion que ce soit sur la mission d'intérêt général (MIG) dédiée à l'acquisition et la maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles (poste sanitaire mobile - PSM -, et équipements nucléaire, radiologique, biologique et chimique - NRBC -) ou que ce soit au sein des MIG

SAMU et SMUR (service d'aide médicale urgente et service mobile d'urgence et de réanimation).

Il semble essentiel d'avoir une vision de l'ensemble des moyens détenus par les établissements de santé afin de mettre en relation ce financement avec leurs missions. Ce rapprochement de la contractualisation avec les établissements de santé permettra de lier la stratégie territoriale de l'offre, elle-même liée au dispositif ORSAN, et la stratégie budgétaire, ayant pour objectif de rationaliser le versement des dotations et de rapprocher au maximum les crédits octroyés des besoins régionaux.

- **Le renforcement du lien avec les coordonnateurs de territoire**

Les coordonnateurs de territoires ont pour rôle d'articuler les diverses missions de l'ARS dans une perspective d'action globale et territoriale. Ils ont donc un rôle majeur à jouer en matière de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. La mission de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles fait partie intégrante des missions de l'ARS et doit, à ce titre, être intégrée pleinement à leurs stratégies et leurs actions. Pour y parvenir, il est important que des temps d'échange et de concertation soient organisés, à la fois avec le siège et les référents départementaux exerçant au sein des délégations territoriales. Ce temps pourrait prendre appui sur l'existant et notamment par le biais de réunions entre les coordonnateurs de territoire et les cadres des délégations territoriales (CODEL) ou une participation du coordonnateur à des réunions entre le directeur de la délégation territoriale et le référent départemental tels que celles qui se développent dans le département de l'Ille et Vilaine.

- **Le développement d'une plateforme de partage d'information**

La recherche de transversalité passe également et en premier lieu par la connaissance de chacun des agents de l'ARS des missions des autres collaborateurs. Aussi, et malgré le temps contraint et déjà fortement mobilisé, il semblerait intéressant de pouvoir offrir à chacun la possibilité d'être au fait des perspectives stratégiques et opérationnelles des autres services et de requérir, s'il le semble légitime, d'y être associé. Cette connaissance pourrait être favorisée par l'amélioration de l'actuelle plateforme de gestion des ressources matérielles. Cet espace intranet, qui permet actuellement d'organiser la réservation de salles, pourrait être utilisé de manière à favoriser le partage d'évènements rendus publics et susceptibles d'intéresser d'autres services. Le lien pourrait alors se faire sous forme d'alertes préfigurées ou de consultations aléatoires. Une réflexion sur l'optimisation de l'information serait donc à mener plus globalement par la direction des ressources en concertation avec l'ensemble des directions.

3.1.4 Assurer la formation, l'information et la sensibilisation

La formation est une étape clé de la préparation des acteurs à la gestion de crise. Il convient de la développer, de la renforcer et de l'améliorer continuellement, sous peine de voir l'organisation se transformer en un colosse aux pieds d'argile.

Les agents de l'ARS disposent d'une formation qui semble répondre à leurs besoins et à leurs attentes. Néanmoins, un laps de temps important peut parfois s'écouler entre le moment de la dispensation de la formation et le moment où l'agent sera amené à intervenir dans le cadre d'une gestion de crise. Afin d'estomper l'inquiétude qui peut naître de cette absence de mise en pratique et d'optimiser les connaissances et compétences des agents, un rappel régulier pourrait s'avérer utile. Dans un contexte de ressources limitées en temps et en moyens financiers, il convient de s'interroger sur la périodicité adaptée à ces « piqûres de rappels » et à leurs formats qui se doivent d'être attractifs.

Le développement d'une culture de crise passe également par la sensibilisation de la direction de l'ARS afin d'en faire une priorité managériale. L'ARS est une agence de service public et cette notion doit être promue au plus haut niveau hiérarchique. A plusieurs reprises, il a été évoqué au cours des entretiens la nécessité de sentir cette implication de la direction pour s'impliquer à son tour.

La sensibilisation de l'ensemble de l'agence est également un facteur clé de réussite. Parce que chacun peut être amené un jour à participer à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle, il importe que chacun puisse avoir conscience des enjeux de manière à s'intéresser à l'organisation stratégique, humaine et matérielle. La sensibilisation doit concerner l'ensemble de l'agence, aussi bien les agents que les cadres managers, les instances dirigeantes et les représentants du personnel. La pratique est actuellement essentiellement basée sur des volontés humaines. Il faut donc mobiliser des moyens susceptibles de susciter ce « volontariat », en particulier des nouveaux formats de formation : des temps courts, sur des thèmes fédérateurs et des supports attractifs.

Cette sensibilisation passe par une communication auprès de l'ensemble de l'ARS, qui est déjà développée et qui doit se poursuivre. Cette communication a l'effet d'une présence latente qui permet à chacun d'identifier les situations qui peuvent potentiellement affecter le système de santé et d'identifier les dispositifs de réponse. Cette sensibilisation pourrait également passer par un retour d'expérience simplifié et élargi. Il s'agirait, sur des événements concrets et antérieurs, d'expliquer ce qui s'est passé, d'identifier le rôle de chacun et la manière dont la situation a été gérée. Ce type de retour d'expérience partagé

permettrait la prise de conscience qu'une situation exceptionnelle, qui n'est pas toujours bien identifiée en tant que telle, peut se produire et risquer d'impacter de manière significative notre système de santé. Il est essentiel de se placer dans la perspective des services potentiellement concernés et de s'adapter à chacun d'entre eux. En effet, comme l'a écrit Joseph Joubert, « on peut convaincre les autres par ses propres raisons, mais on ne les persuade que par les leurs »¹⁴.

La formation à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles est difficile car l'expérience ne se transmet pas facilement. C'est souvent la confrontation à des situations, simulées ou réelles, et les difficultés qui en découlent qui amènent les agents à prendre conscience des enjeux qui sous-tendent les actions de gestion de crise.

3.2 Optimiser la préparation par la réalisation d'exercices, de retours d'expérience et la mise en œuvre d'un plan d'actions

L'effort initié doit également se poursuivre quant à la réalisation d'exercices, en compétence propre et/ou en lien avec la préfecture et incluant d'autres institutions. Ces exercices sont indispensables en ce qu'ils permettent à la fois de tester l'organisation (circuit de diffusion, chaîne de commandement) et de permettre l'appropriation des méthodes et des outils par les agents et les acteurs de santé.

3.2.1 Poursuivre la réalisation d'exercices réalistes et co-construits avec les acteurs

Afin de favoriser l'adhésion des acteurs, qu'ils soient institutionnels ou de terrain, les exercices devront être construits de manière réaliste et conjointe avec des représentants de l'ensemble des acteurs. Plusieurs éléments reviennent régulièrement quant aux exercices réalisés. D'une part, les personnes interrogées regrettent que les exercices ne soient que partiels et se limitent au jeu d'un déploiement fictif de moyens opérationnels sans aller « au bout de la démarche ». A titre d'exemple, dans un exercice impliquant de nombreuses victimes, l'ARS va rechercher un nombre de places théoriques susceptibles de prendre en charge les victimes, sans simuler la prise en charge et l'éventuel déplacement des victimes. Cette façon de réaliser se conçoit, que ce soit pour des questions de moyens mais également pour des questions de sécurité qui invitent à ne pas faire courir de risque inutile aux personnes. Néanmoins, l'impression d'un exercice non-abouti ne rend pas aisé

¹⁴ Cité par TONNELE A., 65 outils pour accompagner le changement individuel et collectif, Ed. Eyrolles, Broché, 2011

l'appropriation de la démarche par les acteurs de l'ARS. Il faut donc envisager l'éventualité d'en faire peu mais avec des objectifs clairement définis et un déploiement de moyens importants, tout en prenant en considération les contraintes du réel de chacun des acteurs (et notamment des services d'urgence qui doivent par ailleurs assurer une continuité de service).

D'autre part, il importe que la direction de l'ARS s'engage dans la démarche et joue également son rôle d'autorité décisionnelle, y compris en cellule de crise fictive.

Enfin, il est nécessaire de mettre à profit le temps dédié à l'exercice, de « mutualiser » les expériences, en associant par exemple l'exercice de l'ARS au test d'un plan blanc dans un établissement par exemple. Un échange entre un correspondant-ARS et un correspondant-établissement pourrait être envisagé : cela permettrait de partager les visions et les bonnes pratiques respectives. Côté ARS, l'observateur préalablement formé et présent au sein d'un établissement lors de la réalisation d'exercice pourrait ainsi à la fois analyser la conduite du plan blanc tout en nouant des relations partenariales avec l'établissement. Des réticences à engager ce processus de « fertilisation croisée » apparaîtront probablement, notamment du fait de la crainte d'une remise en question du rôle d'autorité de tutelle de l'ARS. Néanmoins, en la matière, l'organisation peut avoir beaucoup à gagner. Pour ce faire, elle ne doit pas avoir peur de « passer d'une culture de la faute à l'apprentissage par l'erreur ».

3.2.2 Identifier des observateurs des exercices au sein de l'ARS

Afin d'améliorer l'exploitation des exercices réalisés, il serait profitable de les ouvrir à l'extérieur en les soumettant au regard d'un tiers-observateur. Afin d'optimiser le temps de travail de l'observateur, il pourrait être envisagé de faire participer des cadres inscrits sur les listes de rappel. Cette solution pourrait en outre répondre à leur demande de mise en situation et de rappels réguliers du fonctionnement de l'organisation. La participation à l'exercice leur permettrait de pouvoir se familiariser avec la gestion des situations sanitaires exceptionnelles et de s'approprier les dispositifs et les stratégies mises en œuvre. Pour mettre à profit ce temps d'observation, la construction d'une grille d'observation est un préalable nécessaire.

3.2.3 Construire un dossier récapitulatif des points de vigilance

Des retours d'expérience doivent être structurés et utilisés à bon escient pour améliorer de manière continue le dispositif. Il est nécessaire de consolider une procédure de retour d'expérience et un plan d'actions associées. L'essentiel n'est pas tant de réussir à le formaliser, ce qui est déjà réalisé à l'ARS Bretagne, mais d'être en mesure de capitaliser les

apprentissages des exercices passés. En effet, s'ils sont systématiquement réalisés, les retours d'expérience ne sont pas suffisamment exploités.

Un dossier récapitulatif des points de vigilance précédemment identifiés pourrait être construit afin de pallier ces lacunes. Ce dossier récapitulatif aurait une triple vocation :

- Avant l'exercice, il pourrait être utilisé à chaque préparation afin de prendre en considération ce qui a été par le passé un point d'achoppement et de le pallier par des mesures qui ont été identifiées lors des précédents retours d'expérience ;
- Pendant l'exercice, le dossier permettrait à l'observateur de l'exercice d'avoir des repères et de prendre rapidement connaissance des points de vigilance ;
- Après l'exercice, il permettrait de mesurer les avancées réalisées par rapport aux résultats antérieurs, de valoriser ces avancées et d'identifier les perspectives d'évolution.

3.2.4 Faire appel aux jeux sérieux (ou « serious games »)

Les préconisations présentées ci-avant consistent pour la plupart à conduire un changement sur des bases existantes. Néanmoins, il existe une nouvelle façon de penser la formation et l'organisation à travers de nouveaux outils virtuels. Ces derniers ont pour ambition d'apporter un nouveau type de pédagogie qui se veut attrayante, ludique et réaliste.

Utilisés depuis quelques années dans le domaine de la formation, les jeux sérieux (ou « serious games ») s'appliquent désormais à la gestion des risques. Ils sont programmés pour simuler par exemple l'occurrence d'une crise au sein d'une organisation avec toutes les complexités inhérentes. Un tel jeu permet donc d'immerger l'agent dans des situations qu'il peut rencontrer dans l'exercice de ses fonctions. Le processus du jeu teste divers aspects tels que l'adaptabilité des procédures, la maîtrise de la technologie, l'expertise et la prise de décision. Le serious game apprend donc les bonnes pratiques et les bons automatismes.

Bien que le coût de programmation d'un jeu reste encore élevé, il pourrait néanmoins permettre à l'avenir de faire des économies. En effet, le coût d'un exercice de mise en situation réelle de crise est très élevé sur le plan financier, mais également sur le plan organisationnel.

A l'avenir, ces jeux vont se développer sur l'aspect multi joueurs ou jeu en réseau. Quand ces processus de simulation impliquant tous les acteurs seront fiabilisés, il sera probablement opportun de se tourner vers ces nouveaux outils pour se préparer aux situations exceptionnelles.

3.3 Développer le travail en réseau

La gestion de crise nécessite un travail partenarial associant les autorités de régulation et les acteurs du système de santé, y compris les instances de démocratie sanitaire.

3.3.1 Clarifier les compétences et missions respectives de l'ARS et des Préfectures en situation sanitaire exceptionnelle

L'évolution du système de santé et, en particulier, l'arrivée du dispositif ORSAN place l'ARS dans une perspective d'action régionalisée, avec une responsabilité accrue en matière de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Néanmoins, lorsque la situation dépasse le cadre sanitaire pour s'inscrire dans un cadre multidimensionnel, les ARS sont en effet placées en situation de maîtrise d'œuvre vis-à-vis des préfets. Si la législation fait de l'information réciproque un principe de base de leurs relations, il semble nécessaire qu'ARS et Préfectures s'accordent sur ce qui relève d'une situation sanitaire exceptionnelle et sur les conséquences induites en termes de compétences et de responsabilités. La présentation des travaux de l'ARS sur l'organisation du système sanitaire en situation exceptionnelle pourrait être l'occasion d'un échange régulier entre les deux institutions. Les travaux issus de ces débats pourraient par la suite être intégrés aux futurs protocoles ARS-Préfectures.

3.3.2 Créer un COTECH pour favoriser le travail en réseau

Outre la définition du rôle de chacun, un travail collaboratif est essentiel à la poursuite de la structuration des relations avec les acteurs du système de santé. Il fait partie d'une démarche de connaissance et de reconnaissance mutuelle. Qu'il s'agisse des établissements de santé, en particulier les établissements sièges de SAMU, des établissements médico-sociaux ou des professionnels libéraux, les acteurs du système de santé sont au premier rang des acteurs de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Leur mobilisation est un facteur clé de l'amélioration du dispositif de gestion de crise et leur collaboration à la structuration territoriale de l'offre sanitaire exceptionnelle est donc déterminante. Aussi est-il essentiel de favoriser et de structurer ces interactions.

A l'instar du COTER SITEX initié par l'ARS Picardie, l'ARS Bretagne mène actuellement une réflexion sur l'organisation d'un comité technique régional (COTECH) dont les contours et les modalités d'organisation restent à définir. Ce groupe de travail régional aurait pour objectif de mettre en place une concertation entre des personnalités qualifiées. Il pourrait être composé de représentants de l'ensemble des acteurs du champ des urgences sanitaires : des représentants des SAMU, des ingénieurs qualité des établissements ou directeurs dans le cadre de structures de moindre dimensionnement - avec un nécessaire équilibre à trouver

entre le secteur public et le secteur privé - ainsi que des représentants des URPS. Ce comité technique aurait pour mission principale de réfléchir à la territorialisation de l'offre régionale et d'être ainsi force de propositions quant à la future organisation du système de santé en matière de situation sanitaire exceptionnelle. La périodicité serait à déterminer avec les acteurs, en fonction des objectifs fixés, avec une hypothèse de départ qui pourrait être des rencontres semestrielles. Le dispositif ORSAN, issu de l'instruction du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, est une véritable opportunité pour réaliser ce travail partenarial.

Dans une optique de partage de bonnes pratiques, des déclinaisons sous forme de groupes de travail techniques pourraient être envisagées de manière à accompagner les établissements dans la formalisation et la construction d'outils de préparation et de gestion des situations exceptionnelles. Ces outils communs pourraient ainsi ensuite être déclinés en fonction des spécificités de chaque établissement. Ce partage de bonnes pratiques, une sorte de tuilage entre experts et profanes, pourrait être bénéfique en particulier aux établissements médico-sociaux qui se sont engagés plus tard dans cette démarche de gestion des risques et dont les marges d'amélioration sont aujourd'hui importantes. Ces groupes techniques pourraient notamment être une opportunité de les sensibiliser et de les accompagner dans l'élaboration ou l'amélioration de leur plan bleu. Il serait également possible d'envisager des échanges de type asymétrique : par exemple un échange d'informations d'un CHU, plus expérimenté et rompu à l'exercice, vers un ou plusieurs établissements de taille plus modeste, par le biais d'un appui méthodologique.

3.3.3 Renforcer le rôle d'animateur territorial du référent départemental défense

Afin de nouer des relations partenariales resserrées avec les acteurs du territoire, que ce soit les établissements de santé, les établissements médico-sociaux ou les professionnels de santé libéraux, il est nécessaire d'ancrer le domaine de la défense sanitaire dans l'animation territoriale. A cet égard, on pourrait imaginer un rôle renforcé du coordonnateur de territoire en matière de préparation et de gestion de crise.

Néanmoins, dans l'actuel contexte de départementalisation de la sécurité civile, ce renforcement apparaît peu opportun. En effet, le coordonnateur de territoire s'inscrit aujourd'hui sur des territoires de santé dont certains sont à cheval entre plusieurs départements. Le renforcement de son rôle risquerait d'induire une confusion et un « brouillage » des dispositifs vis-à-vis des préfectures de département. En outre, le travail d'animation territoriale requiert a priori une connaissance suffisamment fine des dispositifs et des enjeux liés à ce domaine. Compte tenu de la complexité de ces dispositifs, la reconnaissance d'une personne référente paraît indispensable.

Dès lors, il convient davantage de renforcer le rôle du référent départemental du pôle régional de défense sanitaire qui verrait ses missions s'orienter davantage vers de l'animation territoriale. Le tissage de relations régulières permettrait alors de développer la connaissance du territoire et de faciliter ainsi le travail de déclinaison des plans. Il paraît néanmoins indispensable que ce travail se fasse en lien avec les coordonnateurs de territoires, identifiés en tant que tel par les partenaires de l'ARS. Cela permettrait de ne pas induire de doublons dans les sollicitations des établissements sur des champs multiples quand une sollicitation commune pourrait clarifier le message et les attendus partagés. Pour renforcer ce lien, on pourrait imaginer la participation conjointe du coordonnateur de territoire et du référent départemental défense du département aux réunions qui impliquent une pluralité d'acteurs du territoire, y compris sur des champs dépassant celui de la défense sanitaire tels que la permanence des soins ou le financement des établissements de santé.

Cette double approche paraît d'autant plus nécessaire que les enjeux de la défense sanitaire peuvent parfois se heurter à d'autres enjeux d'efficience des organisations. Le référent départemental défense permet de mettre en avant certains arguments tenant à la défense sanitaire dans des discussions avec les établissements. Le renforcement de cette compétence permettrait d'ailleurs de répondre à une volonté émise par les référents rencontrés qui souhaitaient pouvoir avoir davantage de liens avec les établissements. Cette orientation n'est pas anodine. Les profils des référents sont variés - médecin, inspecteur, ingénieur, chargé de mission - souvent techniques et pas nécessairement rodés aux pratiques de l'animation territoriale. Cette orientation impliquerait donc de la part de l'ARS un effort de formation à destination de ces cadres des délégations territoriales sur ces questions d'animation territoriale.

Il est nécessaire de favoriser l'implication de tous les acteurs - pouvoirs publics, professionnels de santé, du secours et de l'aide médicale urgente - afin qu'ils concourent ensemble à la mise en place d'un dispositif réactif et efficace. En effet, « pas plus qu'une pile de briques ne constitue un bâtiment fonctionnel, les éléments constitutifs ne sauraient former à eux seuls un système. Celui-ci est le produit des multiples relations et interactions entre ces éléments – c'est-à-dire de la manière dont ils s'influencent mutuellement »¹⁵. Pour que cette interaction fasse naître un réel et profond changement, le temps devra évidemment faire son œuvre. Il s'agit donc désormais de mener et de mesurer l'action dans la durée.

15 SAVIGNY D., ADAM T., Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé, OMS, 2009.

3.4 Valoriser les instances de démocratie sanitaire

La prise en compte des citoyens dans les situations de crises sanitaires est, jusqu'à maintenant, surtout vue sous l'angle de l'information et de la communication. Les dispositifs de gestion de crise s'appuient sur la société civile pour relayer la parole publique, sans l'intégrer dans les instances de décision spécifiquement en charge de la gestion de crise. Comme le précise un rapport publié en 2011¹⁶, « l'implication des citoyens dans la gestion des crises sanitaires doit s'entendre comme faisant partie de la stratégie de résolution de crise et peut se faire à toutes les étapes (anticipation, détection, évaluation, résolution) ». Ce débat fait état notamment d'une expérience réalisée au Québec visant à identifier quelle serait la contribution des citoyens s'ils étaient invités à participer à l'élaboration des plans de lutte contre la pandémie grippale. Il en ressort que « les citoyens ont affirmé que la force de leur « intelligence collective » liée à la diversité des sources de leurs connaissances (milieux d'activité différents, expérience de vie...) permettrait de rendre les mesures de lutte plus efficaces et mieux adaptés à la société. Ils ont également souligné le rôle de « relayeurs » d'informations et leur capacité à participer à leur échelle, voire initier une certaine prise de décision ».

A l'heure actuelle, le sujet de la défense sanitaire n'émerge pas encore dans le débat public. Afin de faire vivre ce débat citoyen, à tout le moins de manière à diffuser l'information relative aux dispositifs existants, il convient d'investir certains champs du débat public. La Conférence Régionale de la Santé et l'Autonomie (CRSA), qui constitue le cœur de la démocratie sanitaire au niveau régional, pourrait notamment être le lieu d'une communication, d'une réflexion commune voire de l'émergence de propositions de stratégies d'actions.

¹⁶ Planète publique, Pour un débat citoyen sur la santé plus actif, rapport d'étude, juillet 2011

Conclusion

En quelques années et sous l'impulsion de professionnels investis, la mission de défense sanitaire de l'ARS Bretagne s'est largement professionnalisée. Si l'ensemble des régions œuvre actuellement en ce sens, la région Bretagne a particulièrement investi cette mission. La régionalisation semble avoir été une opportunité, saisie par l'organisation, de structurer les activités de veille et de sécurité sanitaires. Le développement d'outils facilitant tant l'alerte que la diffusion et le partage d'informations et l'accompagnement des évolutions par une politique de formation et de sensibilisation volontariste lui ont permis d'être un acteur à part entière et reconnu de ses partenaires, que ce soit du Ministère, de l'ARS de Zone ou des préfetures et des acteurs de santé. De nombreux défis sont aujourd'hui à relever notamment en matière de transition organisationnelle, en lien avec ORSAN, et de développement du travail en réseau avec les partenaires institutionnels et les acteurs de santé.

En 2010, le projet régional de santé fixait comme priorité « d'améliorer la gestion des risques sanitaires » et mettait à cet effet l'accent sur la structuration de l'activité de veille sanitaire. Gageons que le plan d'action du futur projet régional de santé prendra autant la mesure des objectifs de gestion des situations sanitaires exceptionnelles et intégrera la mise en place d'une organisation de la réponse sanitaire.

Dans un schéma renouvelé de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, la question de la place de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale fait sens. Si le champ de la gestion de crise a jusqu'à présent été largement investi par des corps dit « experts », tels que les médecins inspecteurs de santé publique, les ingénieurs du génie sanitaire ou les ingénieurs d'études sanitaires, l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale a bel et bien un rôle à jouer. Il apporte une véritable valeur ajoutée grâce à une vision panoramique des enjeux et des dispositifs. En matière de situation sanitaire exceptionnelle, tant dans sa dimension planification que gestion ou formation, il est l'ensemblier de compétences multiples à mobiliser. En interne, ses compétences administratives et managériales lui permettent de synthétiser l'information, de mettre en place des schémas d'actions structurés, de donner du sens aux actions à mener et d'accompagner le changement. En lien avec les partenaires extérieurs, que ce soit les services de l'État, les services de secours, les collectivités territoriales, les opérateurs de réseaux (en matière de télécommunications, d'électricité, de transport, d'eau), il doit être en mesure de créer une logique de coopération et de coordination. Dans ce domaine, il est également vecteur d'amélioration car gérer une situation sanitaire exceptionnelle c'est aussi saisir l'opportunité qu'elle représente de faire évoluer et d'améliorer le système tel qu'il a existé à un moment donné, avec ses atouts et

ses failles. Ainsi, comme le suggère Didier Heiderich, dans L'esprit Wei-Ji¹⁷, « les crises ne sont pas à éviter, ni inutiles, ni surprenantes. Elles sont présentes. Seule la tension compte ».

Si le domaine de la défense sanitaire paraît souvent relever du champ lexical de l'action, il est traversé par divers questionnements d'ordre éthique et philosophique tels que la conciliation de l'ordre public et des libertés individuelles ou encore la détermination du seuil de risque acceptable dans notre société. C'est dans l'articulation de la pensée et de l'action que l'exercice du métier devient enrichissant. Ainsi, l'investissement de ce secteur d'activité en constante évolution semble être un véritable défi à relever et une formidable opportunité pour les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale d'agir pour la protection des populations.

¹⁷ Didier Heiderich, L'esprit Wei-Ji, Magazine de la communication de crise et sensible, n°11

Bibliographie

Ouvrages

BECK U., La société du risque, Sur la voie d'une autre modernité, Aubier, 2001

CROCQ L., HUBERSON S., VRAIE B., Gérer les grandes crises - Sanitaires, écologiques, politiques et économiques, Odile Jacob, 2009

DAB W., SALOMON D., Agir face aux risques sanitaires. Pour un pacte de confiance, PUF; 2013.

DEGOS L., Santé : sortir des crises ? Le Pommier, 2011

DUPUY P., Pour un catastrophisme éclairé : quand l'impossible est certain, Seuil, Points Essais, 2004

GODARD O., HENRY C., LAGADEC P., MICHEL-KERJAN E., Traité des nouveaux risques - Précaution, Crise, Assurance, Gallimard - Folio, 2002

GUILHOU X., LAGADEC P., La fin du risque zéro, Eyrolles, 2002

LAGADEC P., La Gestion des Crises - Outils de réflexion à l'usage des décideurs, McGraw-Hill, 1991

LAGADEC P., Du risque majeur aux mégachocs, Editions Préventique, Collection Les Cahiers de Préventique, 2013

TABUTEAU D., La sécurité sanitaire, Berger-Levrault, 1994

TONNELE A., 65 outils pour accompagner le changement individuel et collectif, Eyrolles - Broché, 2011

Périodiques

Politiques et programmes régionaux de santé, ADSP, n° 46, mars 2004

Articles

LAGADEC P., La Question des Plans nécessité tactique, risques stratégiques, Préventique-Sécurité, N°110, Mars-Avril 2010,

LAGADEC P., Le citoyen dans les crises - Nouvelles donnes, nouvelles pistes, Préventique-Sécurité, n° 115, Janvier-Février 2011

LAGADEC P., Pilotage des crises - Feuille de route pour les dirigeants, Préventique-Sécurité, n° 113, Septembre-Octobre 2010

LAGADEC P., Risques : les dirigeants doivent passer du déni à la stratégie, Les Echos, 22 janvier 2013

PERETTI-WATEL P., La gestion des crises sanitaires, Problèmes politiques et sociaux, n° 971, avril 2010

ROUSSEL V., Scandales et redéfinitions de la responsabilité politique. La dynamique des affaires de santé et de sécurité publiques in Revue française de science politique, décembre 2008

Thèses et mémoires

MARRE F., La préparation des établissements de santé à la gestion de crise : limites, enjeux et perspectives en Lot-et-Garonne, Mémoire : Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008-2010

UMBERT B., Le rôle des services déconcentrés DDASS et DRASS dans la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, l'exemple de la Franche Comté, Mémoire : Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2003-2005

DELPORTE G.-H., L'Agence Régionale de Santé : quelle plus-value par rapport aux structures précédentes ? Mémoire : Master Pilotage des politiques et actions en santé publique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010

La mission de préparation et de gestion des crises sanitaires au sein des agences régionales de santé, Module Interprofessionnel de Santé Publique (MIP), Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2012

Rapports

AUVERLOT D., HAMELIN J., PUJOL J.-L., Le principe de précaution : quelques réflexions sur sa mise en œuvre, Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective, Document de travail, 2013

BENEVISE J.-F., DELAPORTE S., BECQ-GIRAUDON M., Evaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, 2014

GIRARD J., Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France, La documentation française, août 2006

GRALL J.-Y., Réorganisation des vigilances sanitaires : rapport de mission, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013

LAGARDE J.-C., Rapport de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1). Rapport de l'Assemblée Nationale n° 2698, 2010/07/06

LE MENN J., MILON A. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, n° 400, 2014

Modernisation SI et télécoms des SAMU-centres 15, Etude de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé, 2012

MILON A., L'étude de la Cour des comptes relative à l'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale A (H1N1), Rapport d'information du Sénat, 2011/02

PLANETE PUBLIQUE, Pour un débat citoyen sur la santé plus actif, rapport d'étude, juillet 2011

RITTER P., La création des agences régionales de santé, La Documentation française, Rapports publics, 2008

SOUBIE R. Commissariat général du Plan. Santé 2010, rapport du groupe « Prospective du système de santé ». Paris, la documentation Française, 1993.

Textes législatifs et réglementaires

Code de la santé publique, articles L1431-1 et suivants, articles L.1435-1 et suivants et articles R.1435-1 et suivants ;

Code de la défense, articles L1142-1 et suivants ;

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile

Loi n°98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme

Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles ;

Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé

Décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé

Instruction ministérielle du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Instruction N°DGS/CORRUSS/2012/432 du 21 décembre 2012 relative au signalement par les ARS d'événements sanitaires au niveau national dans le cadre du déploiement du système d'information sanitaire des alertes et crises dénommé SISAC

Instruction ministérielle du 02 novembre 2011 relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé ;

Instruction SGMAS/HFDS du 20 avril 2010 relative aux principes d'organisation et de fonctionnement de la mission de veille et d'urgence sanitaire dans les ARS.

Circulaire du Premier ministre du 2 janvier 2012 relative à l'organisation et la structuration gouvernementale pour la gestion des crises majeures,

Protocoles départementaux relatifs aux modalités de coopération entre le préfet de département et le directeur général de l'agence régionale de santé Bretagne du 30 septembre 2010, pour l'application des articles L1435-1, L1435-2 et L1435-7 du code de la santé publique.

Documents internes

ARS Bretagne, Projet régional de santé 2012-2016

ARS Bretagne, Schéma régional de prévention, volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN), 2012-2016

ARS Bretagne, Note d'organisation du pôle régionale de santé, 2014

ARS Bretagne, Plan de continuité de l'activité, 2014

ARS Bretagne, Projet de plan de gestion de crise, 2014

Annexes

Annexe 1 - Méthodologie

Grâce à une observation active de l'activité du pôle régional de défense sanitaire de l'ARS Bretagne, une participation à leurs missions, à des formations et des exercices, j'ai pu analyser le dispositif de préparation de l'ARS Bretagne à des situations sanitaires exceptionnelles. Des entretiens semi-directifs avec de nombreux acteurs m'ont permis d'en cerner les tenants et les aboutissants.

- Recherche bibliographique

La gestion de crise est un champ complexe faisant intervenir une multitude d'acteurs et de décideurs. En premier lieu, une familiarisation avec l'organisation de la gestion de crise s'est donc avérée incontournable afin de saisir les enjeux et problématiques soulevées par la mise en place d'un dispositif de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. J'ai d'abord orienté mes lectures vers des rapports publics et des documents présentant l'organisation de la défense sanitaire au sein de plusieurs agences régionales de santé. J'ai ensuite pu approfondir ma connaissance à travers la lecture d'ouvrages spécialisés, même si peu d'entre eux concernent directement l'organisation des dispositifs de gestion de crise sanitaire.

- Participation à des formations à la gestion de crise

Au cours du stage d'exercice professionnel, j'ai eu l'opportunité de participer à trois modules de formation organisés par l'ARS Bretagne :

- une session plénière favorisant l'acquisition d'une culture partagée de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- une journée en atelier comprenant notamment la simulation d'un exercice ;
- une journée consacrée à la communication de crise à destination des cadres de direction de l'agence.

Outre les connaissances que m'ont apporté ces formations, elles m'ont permis d'être au contact des personnes appelées à intervenir en cas de survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle et d'aborder avec elles, moins formellement qu'au cours d'un entretien, les atouts et les limites du dispositif actuel.

- Participation à des exercices

- Evacuation du métro de Rennes, en tant qu'observatrice
- Exercice de tension du système de santé, en tant qu'opérateur de la cellule de crise
- Exercice de sûreté nucléaire, en tant qu'opérateur de la cellule de crise

Ces temps d'observation et de participation aux exercices m'ont permis de nourrir davantage ma connaissance du dispositif et de me confronter aux difficultés rencontrés par les acteurs en position de gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle.

- Entretiens semi-directifs

Afin d'appréhender le dispositif de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles dans sa globalité et ses spécificités, j'ai eu recours à une méthode d'enquête qualitative en utilisant comme outil l'entretien semi-directif. A cet effet, j'ai construit un guide d'entretien constitué de différents thèmes, issus de la littérature sur le sujet ainsi que des premiers échanges sur le terrain (entretiens exploratoires) :

- Pilotage du dispositif de gestion de crise et répartition des rôles Préfets/ARS
- Articulation et coordination entre les niveaux : ARS - National / ARS - ARS Zone / ARS Siège - DT / National - ARS Zone
- Moyens humains
- Moyens matériels
- Moyens financiers
- Culture de crise
- Transversalité interne
- Liens avec les opérateurs de terrain
- Démocratie sanitaire et participation citoyenne

J'ai choisi de rencontrer et d'interroger un large panel d'acteurs de la gestion de crise, que ce soit dans le secteur de la santé ou de la défense, aussi bien à un niveau institutionnel qu'opérationnel (cf. liste des personnes interrogées en annexe 2). Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et analysés.

L'analyse des entretiens des personnes interrogées a permis de mettre en évidence différents aspects de la pratique de la préparation et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles qui émergent à travers :

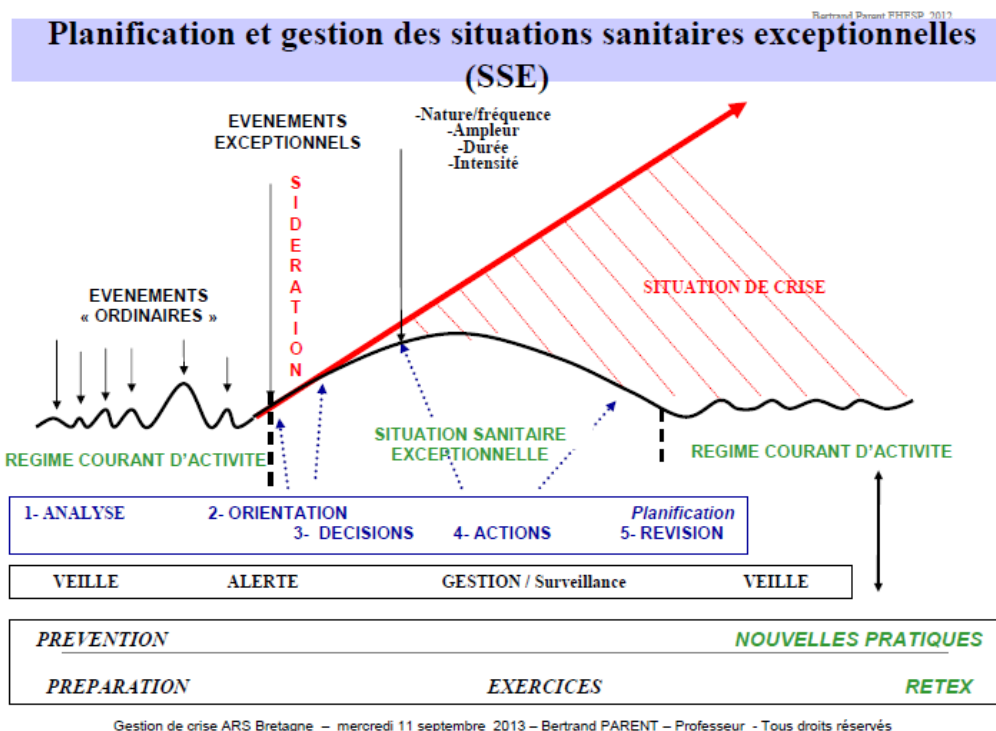
- leurs expériences de terrain et les évolutions qu'ils ont pu observer ;
- les atouts et les faiblesses de l'organisation actuelle ;
- leurs réflexions et pistes d'amélioration.

Annexe 2 - Liste des personnes interrogées

| Structure d'appartenance | Fonction |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| ARS Bretagne | Directeur adjoint de la veille et de la sécurité sanitaire |
| | Responsable du pôle régional de défense sanitaire |
| | Réfèrent-défense des Côtes d'Armor (22) |
| | Réfèrent-défense d'Ille et Vilaine (35) |
| | Assistant du réfèrent défense d'Ille et Vilaine (35) |
| | Réfèrent défense du Morbihan (56) |
| | Réfèrent défense du Finistère (29) |
| | Directeur adjoint de l'offre de soins |
| | Directeur adjoint de l'offre ambulatoire |
| | Directrice des ressources |
| | Directrice de la délégation territoriale d'Ille et Vilaine |
| | Coordonnatrice de territoire |
| ARS de Zone de Défense et de Sécurité Ouest | Conseiller sanitaire de la Zone Ouest |
| | Conseiller de défense et de sécurité de la Zone Ouest |
| Préfecture | Chef de service de protection civile (SIRACED-PC), Préfecture des Côtes d'Armor |
| Etablissement de santé | Directrice de la qualité et des relations avec les usagers du CHU Rennes |
| Etablissement médico-sociaux | Directrice d'EHPAD |
| ARS Picardie | Sous-directeur de la veille et de la sécurité sanitaire |
| ARS Ile de France | Coordonnatrice Cellule de Veille d'Alerte et de Gestion Sanitaire |

Annexe 3 - Schéma de la planification et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

issu du premier cycle de formation à destination des cadres de l'ARS Bretagne (Bertrand Parent, Christophe Van der Linde)



Annexe 4 - Tableau des missions de l'ARS et de l'ARSZ en situation sanitaire exceptionnelle

(issu de l'instruction du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles)

| | | MISSION ARS | MISSIONS ARS DE ZONE |
|-------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FONCTIONS METIERS | ORGANISATION DES SOINS | Organiser / coordonner et/ou assurer la continuité de la prise en charge des cas/victimes/patients | Piloter la filière de prise en charge spécifique (notamment nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC) par la régulation du recours aux capacités des établissements de santé de référence (ESR)) |
| | | Organiser et coordonner la continuité d'action des SAMU et CUMP | |
| | | Organiser la permanence des soins (établissements de santé (ES), établissements médico-sociaux (EMS), secteur ambulatoire, activité libérale, hospitalisation à domicile (HAD), transports sanitaires | |
| | | Diffuser les alertes et instructions aux ES, EMS, libéraux,... | |
| | SANTÉ PUBLIQUE | Faire identifier et recenser par les SAMU les cas/victimes/impliqués | Piloter l'action spécifique des ESR dans la gestion des prélèvements et animer le réseau des laboratoires biotox, piratox eaux ou P3 hospitalier |
| | | Assurer la surveillance épidémiologique | |
| | | Assurer la surveillance santé-environnement | |
| | | Animer et mobiliser les sources d'expertise | |
| | GESTION DES MOYENS | Formuler et coordonner les demandes de renfort en moyens humains | <ul style="list-style-type: none"> • Coordonner un redéploiement zonal de moyens humains au sein de la zone • Coordonner le déploiement des moyens tactiques au sein de la zone (postes sanitaires mobiles (PSM), dotations NRBC, unité décontamination, respirateurs) • Coordonner le déploiement des moyens de l'Etat (stocks stratégiques, réserve sanitaire) – si dépassement des capacités de la région |
| | | Sécuriser les approvisionnements des ES, EMS et officines en médicaments et denrées | |
| | | Assurer la coordination des moyens de réponse sanitaire (produits de santé) et moyens spécifiques | |

| | | |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | |
| SUIVI ET ANALYSE | Assurer le suivi continu de la situation régionale | Assurer le suivi continu de la situation au sein de la zone |
| | Décliner les mesures de gestion arrêtées | |
| | Analyser et synthétiser les données régionales | |
| | Analyser le dispositif terrain (inspections et visites sur place) | |
| | Assurer la veille média et la gestion des relations-presse, en lien avec la/les préfectures | |
| | Assurer la continuité du fonctionnement de la CRAPS | |
| INTERFACE DES PARTENAIRES | Informers les professionnels de santé (des 3 secteurs de l'offre de soins) et officines | <ul style="list-style-type: none"> • Piloter et informer le réseau des ESR • Relayer et mettre en œuvre les instructions nationales, • Assurer une représentation sanitaire en COZ-R si nécessaire, • Information de l'état major de zone (EMIZ) sur la base de l'extraction des données issues des ARS de la zone de défense rentrées dans SISAC. |
| | Relayer et mettre en œuvre les instructions nationales | |
| | Assurer une représentation sanitaire en COD si nécessaire | |
| | Remonter les informations vers les niveaux zonaux (ARS de zone) et nationaux (CCS) | |
| | Informers la population, en lien avec la/les préfectures, sur les recommandations sanitaires à adopter et sur la situation (cf. stratégie nationale) | |

Annexe 5 - Tableau des niveaux de posture

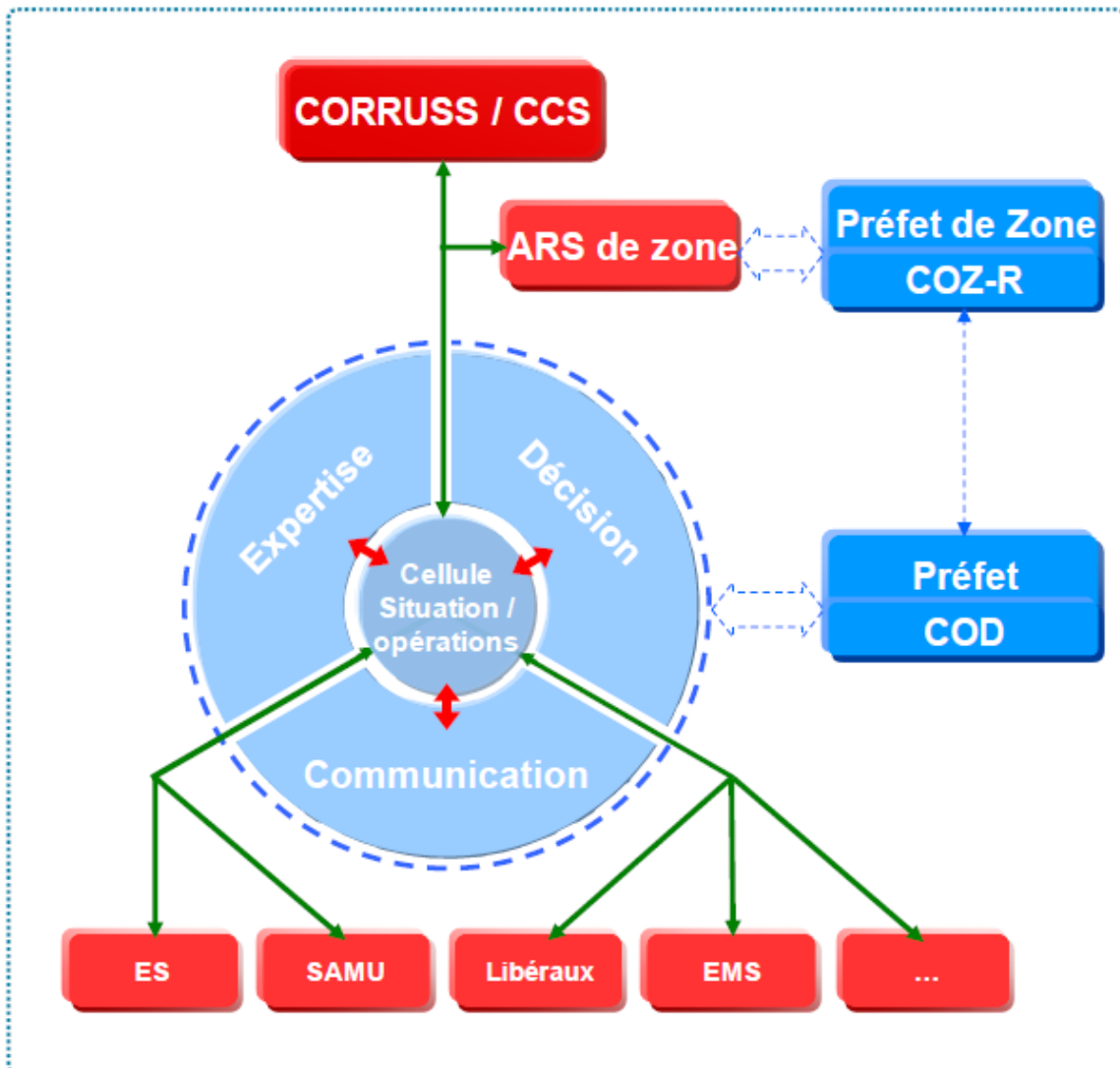
(issu de l'instruction du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles)

| Niveaux | Dénomination | Typologie d'évènements | Configuration ARS | | Configuration ARS de Zone | | Exemple de situations |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| | | | Structure | Circuit d'information | Structure | Circuit d'information | |
| Niveau 1 | Veille opérationnelle | Veille et alerte des signaux sanitaires | CVAGS | BAL Alerte ARS | SZDS | BAL Alerte ARS Zone | - Alertes au quotidien |
| Niveau 2 | Renforcé | Evènement sanitaire exceptionnel régional ou national à impact mineur | PVUS Renforcée (renforts interdirectionnels : OS, SP, moyens, etc.) | BAL Alerte ARS | SZDS Renforcé | BAL Alerte ARS Zone | - SHU/Botulisme, - Episode de rage en 2009, - Chikungunya (phase 3) |

| | | | | | | | |
|-----------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Renforcé + COD / COZ-R | Evènement sanitaire exceptionnel régional ou national générant un impact mineur | PVUS Renforcée (renforts interdirectionnels : OS, SP, moyens, etc.) + Participation au COD | BAL Alerte ARS + BAL Agent liaison COD | SZDS Renforcé En appui ARS + Participation au COZ-R (si activation) | BAL Alerte ARS Zone + BAL Agent liaison COZ-R | <ul style="list-style-type: none"> - Déclenchement du plan canicule ou grand froid dans un/des départements, - Mouvements sociaux, pénurie en hydrocarbure, - Grands rassemblements, - Déclenchement d'un plan de secours nombreuses victimes |
| Niveau 3 | Crise | Evènement sanitaire exceptionnel régional ou national à impact majeur | CRAPS (mobilisation interdirectionnelle : OS, SP, moyens, etc.) | BAL Crise ARS | CZA (si plusieurs régions de la zone impactée) | BAL Crise ARS Zone | <ul style="list-style-type: none"> - Rupture d'approvisionnement de dispositifs médicaux, - Survenue de tensions majeures dans le système d'offre de soins |
| | Crise + COD / COZ-R | Evènement sanitaire exceptionnel régional ou national générant un impact significatif | CRAPS (mobilisation interdirectionnelle : OS, SP, moyens, etc.) + Participation au COD | BAL Crise ARS + BAL Agent liaison COD | CZA + Participation au COZ-R (si activation) | BAL Crise ARS Zone + BAL Agent liaison COZ-R | <ul style="list-style-type: none"> - Pandémie grippale - Chikungunya (phase 4 ou 5) - Attentats NRBC - Tempête majeure |

Annexe 6 - Schéma de la structure dédiée à la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles en ARS

(issu de l'instruction du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles)



BOSCHAT

Anaëlle

Mars 2015

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2013-2015

Régionalisation des situations sanitaires exceptionnelles : vers une organisation réactive et efficiente

Résumé :

Dans un contexte de régionalisation des politiques de santé et sous l'impulsion d'une forte volonté ministérielle, le dispositif de réponse de l'Agence Régionale de Santé Bretagne à des situations sanitaires exceptionnelles s'est progressivement structuré.

Si la préparation et la gestion de ce type d'évènements s'est largement professionnalisée grâce à l'action du pôle régional de défense sanitaire de l'ARS Bretagne, le dispositif mis en place présente néanmoins certaines limites d'ordre organisationnel et culturel.

L'objet de ce mémoire est d'identifier des pistes d'amélioration du dispositif, tant sur le plan de l'organisation interne que sur le plan des relations avec les partenaires institutionnels et des acteurs du système de santé.

Mots clés :

Agence régionale de santé, pôle régional de défense sanitaire, régionalisation, préparation et gestion des situations sanitaires exceptionnelles, freins, leviers

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.