



EHESP

Ingénieur du génie sanitaire

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **13 décembre 2018**

Définition d'organisation et mise en place effective de l'équipe de la Cellule départementale de Veille, alertes et de gestion sanitaires de la Délégation départementale de l'Essonne

Judicaël LAPORTE

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à :

Julien Galli, Délégué départemental de l'Essonne, pour sa disponibilité et son écoute ;

Le Dr Estelle Yamani – Référente régionale Infections associées aux soins à l'ARS Île-de-France, Cécile Somarriba – Responsable du Département Veille, Alertes et Gestion Sanitaires, Valérie Quermelin - Infirmière à la Cellule départementale de Veille de Seine-et-Marne, ainsi que l'ensemble des équipes de Veille pour leurs partages de connaissances thématiques et techniques ;

Mes collègues Ingénieurs du génie sanitaire – responsable de département VSS ainsi que mes collègues responsables de département à la Délégation départementale de l'Essonne, pour leurs réponses, leurs conseils avisés ainsi que leur attitude bienveillante à mon égard ;

L'ensemble des agents de mon département pour leur soutien et mots chaleureux d'encouragement ;

Je remercie tout particulièrement et de manière personnelle chaque agent de la cellule de Veille, Maria Do Carmo, Sandrine Burgund et Clémence Legoupil pour leur compréhension, leur capacité de résilience et leur bonne humeur ;

Enfin, merci à celles et ceux qui ont contribué de près comme de loin à ce travail, Lucile Aimé, Adeline Floch-Barneaud, mes collègues de promotion et tous les autres.

Sommaire

Introduction	1
1 La CDVAGS : une cellule inscrite dans plusieurs cadres.....	2
1.1 Contexte structurel et historique	2
1.1.1 Le positionnement de la cellule au sein de VSS et de la DD	2
1.1.2 Cadre historique de la cellule	2
1.1.3 Cadre réglementaire et champs d'action	3
1.2 Une cellule départementale intégrée à un système régional.....	5
1.2.1 Les modèles organisationnels existant en région Île-de-France	5
1.2.2 L'articulation des Délégations départementales autour du Siège	6
1.2.3 Les réflexions de réorganisation et leurs limites	6
2 Stratégie d'organisation et moyens mis en œuvre	8
2.1 Recensement et analyses des missions.....	8
2.1.1 Les échanges internes au sein de la région	8
2.1.2 Les échanges en externe, avec les partenaires essonniens.....	8
2.1.3 Les nouvelles missions à intégrer.....	9
2.2 Choix de l'organisation et moyens mis en œuvre pour y parvenir	10
2.2.1 Choix du modèle	10
2.2.2 Outils organisationnels et managériaux.....	11
2.2.3 Gestion actuelle et prévisionnelle des compétences et des ressources	12
3 Retour d'expérience, évolutions et ajustements	13
3.1 Une organisation prometteuse, mais à parfaire	13
3.1.1 Point de vue des partenaires.....	13
3.1.2 Point de vue de l'équipe	13
3.1.3 Mon point de vue.....	14
3.2 Evolutions des cadres et améliorations	14
3.1.1 Au niveau national et régional	14
3.1.2 Au niveau départemental	15
3.1.3 Réajustements et perspectives	15
Conclusion	16

BIBLIOGRAPHIE	18
LISTE DES ANNEXES	

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé	EMS : Etablissements médicosociaux
Bilan LIN : Bilan Lutte contre les infections nosocomiales	EN3S : Ecole nationale Supérieure de la Sécurité Sociale
CDD : Contrat à durée déterminée	EPA : Evaluations professionnelles annuelles
CDVAGS : Cellule départementale de Veille, alertes et gestion sanitaires	ERP : Etablissements recevant du public
CLAT : Centre de lutte antituberculeuse	ES : Etablissement de santé
CLS : Contrat local de santé	ETP : Equivalent temps plein
COMEX : Comité exécutif	GT : Groupe de travail
CPias Île-de-France : Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins d'Île-de-France	IAS : Infections associées aux soins
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	IC : Inspection-contrôle
CSP : Code de la santé publique	IDE : Infirmière (diplômée d'Etat)
CVAGS/CRVAGS : Département Veille, alertes et gestion sanitaires	IES : Ingénieur d'études sanitaires
DD : Délégation départementale	IGS : Ingénieur du génie sanitaire
DDPP : Direction départementale de la protection des populations	IIM : Infection Invasive à Méningocoques
DG : Directeur général	MDO : Maladie à déclaration obligatoire
DO : Déclaration obligatoire	MISP : Médecins inspecteurs en santé publique
DS : Défense et sécurité	PC : Praticien conseil
DSDEN : Direction des services départementaux de l'Éducation nationale	PFR : Point focal régional
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique	PPS : Prévention et promotion de la santé
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	SA : Secrétaire administrative
	SPF : Santé publique France
	SSE : Situation sanitaire exceptionnelle
	TIAC : Toxi-infection alimentaire collective
	VSS : Veille et sécurité sanitaires

Introduction

Au sein des Délégations départementales de l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France (hors Délégation de Paris), les Ingénieurs du génie sanitaire (IGS) assurent des fonctions de responsabilité, d'organisation et d'encadrement supérieur en tant que responsable de département Veille et sécurité sanitaires (VSS).

Au cœur du département VSS, se trouve la Cellule départementale de Veille, alertes et gestion sanitaires (CDVAGS), aussi appelée cellule de Veille. Les missions de cette cellule concernent principalement le traitement et le suivi des signaux sanitaires. Une augmentation croissante des sollicitations a été constatée (485 en 2015 contre 649 en 2017), certainement en lien avec les évolutions juridiques dans le domaine, la modification de la perception et de l'acceptation du risque sanitaire, mais également avec une meilleure identification de l'ARS comme acteur territorial de proximité. Les CDVAGS sont donc devenues incontournables dans la gestion des situations sanitaires. Cependant, ce dispositif départemental s'intègre dans un dispositif régional, soumis à ses propres contraintes d'organisation et de diminution d'effectifs et engagé dans un travail de recherche d'efficacité et d'efficience des processus.

Par ailleurs, le travail réalisé par la CDVAGS de l'Essonne sur le risque infectieux a été longtemps reconnu comme référence régionale.

Il m'incombe donc, en tant que responsable de département, et supérieur hiérarchique direct, de construire une véritable équipe de travail, avec une cohésion d'ensemble dans les missions et les projets, permettant d'assurer une continuité de service. L'enjeu est de savoir comment monter une équipe à partir de personnes d'expériences, de cultures et d'origines professionnelles différentes et de trouver une organisation territoriale ancrée dans un dispositif plus global satisfaisante au regard des enjeux sanitaires et du contexte d'évolutions permanentes des cadres à ne pas dépasser ?

Le présent rapport expose dans un premier temps la place de la cellule de Veille dans la Délégation, et leur intégration au sein d'une organisation régionale. Dans un second temps, seront présentés les réflexions et moyens mis en œuvre pour définir une organisation théorique cohérente au regard des moyens disponibles. Enfin, une dernière partie explicitera la mise en place effective, les difficultés rencontrées ainsi que les ajustements et perspectives pratiques à étudier.

1 La CDVAGS : une cellule inscrite dans plusieurs cadres

1.1 Contexte structurel et historique

1.1.1 Le positionnement de la cellule au sein de VSS et de la DD

Le département VSS de l'Essonne (91) se compose de 21 personnes représentant 20 équivalents temps plein (ETP). Il s'articule autour de deux services : « Santé environnement » et « Veille et gestion des alertes sanitaires », traitant de la santé environnementale, de la défense sanitaire et de la gestion des signaux sanitaires¹. Chacun de ces deux services est composé de cellules. « Santé environnement » comprend les cellules « Environnement extérieur », « Environnement intérieur », « Etablissements recevant du public » (ERP) et « Qualité des Eaux ». Le service « Veille et gestion des alertes sanitaires », lui, est constitué de la cellule « Défense et sécurité » (DS) ainsi que de la CDVAGS (*cf* annexe 1).

Les missions de la CDVAGS peuvent concerner des sujets de santé environnementale, dans un cas de gestion d'alerte avec origine environnementale par exemple. Souvent en collaboration avec la cellule ERP ou DS, la CDVAGS est située physiquement à proximité immédiate de mon bureau, et des bureaux des agents ERP et DS afin de fédérer un pôle de gestion des situations sanitaires urgentes ou exceptionnelles (SSE). Par ailleurs, la cellule, et à plus grande échelle le service Veille et gestion des alertes sanitaires peuvent être amenés à traiter directement avec le Délégué départemental, mais aussi avec les autres départements de la Délégation départementale (DD) pour les contrôles annuels dans le cadre du Bilan Lutte contre les infections nosocomiales (Bilan LIN) ou une gestion d'infections respiratoires aiguës dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par exemple. La CDVAGS est une véritable interface.

1.1.2 Cadre historique de la cellule

L'année 2015 a marqué un tournant pour la CDVAGS. Le médecin et l'infirmière (IDE) qui composaient la cellule ont quitté la DD (retraite et détachement) à trois mois d'intervalle. Une des deux secrétaires du département VSS, qui avait des missions auprès de la cellule², a elle aussi quitté ses fonctions en fin de cette même année. De nombreuses difficultés de recrutement de médecin, et de maintien des compétences infirmières ont suivi. La cellule s'est retrouvée sans agent à partir de février 2016. Afin de maintenir une activité, un poste de gestionnaire administratif de signaux a été créé. Il a été pourvu au 1^{er} avril 2016 par une secrétaire administrative (SA). Cela a permis de réaliser le traitement administratif de signaux, en soulagement des autres équipes mobilisées.

¹ Maladies infectieuses ou autre événement susceptible d'avoir un impact sur une population.

² Poste définitivement supprimé, avec la diminution des effectifs alloués à la Délégation.

La Seine-et-Marne (77), département voisin, qui n'avait plus, lui non plus, de médecin de Veille, a réussi à recruter au 1^{er} janvier 2016. La région Île-de-France bénéficie d'une densité moyenne de médecins en exercice au-dessus de la moyenne nationale, dopée par Paris (75) et les Hauts-de-Seine (92), deux départements de petite couronne³. Cependant, les départements de la grande couronne (Val d'Oise (95), Yvelines (78)⁴, Essonne et Seine-et-Marne), se trouvent assez en deçà de cette moyenne régionale (cf annexe 2).

Le médecin et l'infirmière du 77 étant toutes deux d'anciens agents de la DD 91, une collaboration solidaire s'est mise en place courant juillet. Le médecin a participé au recrutement de la nouvelle infirmière du 91, et l'infirmière a participé à sa formation. Elle est arrivée au sein de la DD le 1^{er} octobre 2016, pour une durée de deux ans. Au regard des difficultés de ressources humaines et de la collaboration naissante, il a été décidé d'acter la création d'une cellule mutualisée entre les deux départements, avec un médecin en temps partagé sur les deux sites et une hiérarchie commune. Cette situation n'a pas eu de succès. Des difficultés manifestes de définition des rôles et de vision de long terme sont apparues. Le médecin a finalement quitté ses fonctions en août 2017, quasiment en même temps que le départ en congé maternité de l'infirmière du 91⁵. Retour donc à une situation défavorable ne permettant pas d'assurer les tâches quotidiennes. Par la suite, un deuxième poste d'infirmier a été créé. Le recrutement a abouti, avec l'arrivée d'une infirmière titulaire le 1^{er} décembre 2017.

La composition de l'équipe au 1^{er} février 2018 était d'une gestionnaire administrative, d'une infirmière en contrat à durée déterminée (CDD) en congé maternité, d'une seconde infirmière titulaire et d'un poste de conseiller médical en temps partagé à pourvoir.

1.1.3 Cadre réglementaire et champs d'action

Les missions de veille sanitaire exercées par les agences régionales de santé reposent sur le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires⁶. La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a par ailleurs précisé les missions des ARS en matière de vigilance : l'article L. 1435-12 du Code de la santé publique (CSP) prévoit qu'elles « sont responsables de l'organisation et de la couverture territoriales des vigilances sanitaires ».

Le rôle des ARS en la matière est repris de manière opérationnelle dans les protocoles organisant les modalités de coopération entre les Préfets de département et le Directeur

³ Zone constituée des trois départements limitrophes de la ville de Paris : les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis) et le Val-de-Marne. Depuis le 1er janvier 2016, la petite couronne, ainsi que sept communes de grande couronne, sont regroupées avec Paris au sein de la métropole du Grand Paris.

⁴ En grande couronne, seul le département des Yvelines a une densité supérieure à 250 médecins pour 100.000 habitants.

⁵ Pour un retour prévu fin février 2018.

⁶ Article L. 1413-2 du Code de la santé publique.

général (DG) de l'ARS Île-de-France (*cf* annexe 3). Par ailleurs, les ARS étant des opérateurs de l'Etat, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est signé entre l'Etat et les ARS. En Île-de-France, le taux de signalements VSS clôturés est un indicateur du CPOM (ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015).

La gestion des signaux concerne surtout les maladies à déclaration obligatoire (MDO). Pour ces maladies listées comme étant à déclaration obligatoire (DO), une transmission de données individuelles à l'ARS, par les médecins et les responsables des laboratoires de biologie médicale publics et privés est obligatoire⁷. Pour les MDO nécessitant une intervention urgente, infection invasive à méningocoque (IIM) par exemple, la DO permet la mise en place rapide de mesures de contrôle, de prévention prophylactique voire chimio prophylactique ainsi que d'investigations spécifiques.

Il arrive aussi de gérer des signaux environnementaux atypiques ou des SSE.

La CDVAGS a également un rôle primordial de prévention et d'inspection – contrôles.

Ce travail de prévention et d'accompagnement peut s'effectuer auprès d'établissements, pour la thématique des infections associées aux soins (IAS), en lien avec le Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins d'Île-de-France (CPias Île-de-France⁸).

L'inspection – contrôle (IC) vient appuyer le rôle d'autorité sanitaire, dans la vérification de la mise en place de protocoles dans le respect du cadre juridique et des bonnes pratiques. Les secteurs d'interventions ou d'investigations de VSS sont variés. Afin de réaliser des IC multithématiques, plusieurs cellules de VSS peuvent être mobilisées aussi bien au sein d'établissements recevant du public (scolaires, de tourisme, médicosociaux ou de santé), qu'au sein d'un immeuble d'habitation collective, d'un lieu d'exercice libéral, voire même, d'un établissement pénitentiaire⁹. Cela se fait en lien avec les services de la DD ou des services de l'Etat comme la Direction départementale de la protection des populations (DDPP) ou la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN).

Par l'exercice de ces missions, les ARS participent au renforcement de la sécurité sanitaire et répondent aux attentes des usagers du système de santé en matière de qualité des soins et des prises en charge.

⁷ Article L 3113-1 du CSP

⁸ a été créé le 1er juillet 2017, par la restructuration du CClín Paris-Nord et de l'Arln Ile-de-France. Les missions des CPias ont été définies par le décret no 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des IAS

⁹ Pour l'Essonne : la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

1.2 Une cellule départementale intégrée à un système régional

1.2.1 Les modèles organisationnels existant en région Île-de-France

Les huit départements franciliens possèdent chacun une cellule départementale. La cellule de Paris se distingue, car elle est intégrée à la plateforme régionale de Veille et d'urgences sanitaires au sein du Département Veille, alertes et gestion sanitaires du siège, la CRVAGS ou CVAGS (cf annexe 4). Elle demeure cependant une entité à part entière. Dans les autres départements, la CDVAGS est intégrée au sein du département VSS de chaque délégation.

Les organisations des CDVAGS demeurent néanmoins assez hétérogènes (cf tableau 1).

Tableau 1 Modèles organisationnels des CDVAGS d'Île-de-France

Département	Effectifs CDVAGS au 1er octobre 2018						Qui est responsable de la CDVAGS ? IGS ou médecin	Qui est le supérieur hiérarchique du médecin ? IGS ou Délégué
	IDE		Médecin		Administratif			
	en nombre	en ETP	en nombre	en ETP	en nombre	en ETP		
75	3	2,8	1	0,75	1	1	médecin	IGS (CVAGS)
77	2	2	1	0,1	1	0,7	IGS	Déléguée
78	2	1,8	1	0,6	1	0,4	médecin	IGS
91	1	1	1	0,6	1	0,7	IGS	Délégué
92	2	2	1	0,8	1	1	IGS	Déléguée
93	2	2	1	1	1	1	médecin	IGS
94	0	0	1	0,8	1	1	médecin	IGS
95	1	0,8	1	0,6	1	0,5	médecin	IGS

Les organisations les plus proches sont celles du 78 et du 93.

En Essonne, le médecin est hiérarchiquement rattaché au Délégué, en tant que conseiller médical sur les thématiques VSS et Prévention et promotion de la santé (PPS). Le médecin n'est plus responsable de la CDVAGS. La cellule m'est directement rattachée, en position de hiérarchie fonctionnelle avec le médecin.

Les causes de ces différences organisationnelles sont multiples. La première est la charge liée au nombre de signaux à traiter. En 2015 par exemple, Paris a comptabilisé 3120 signaux contre 485 pour l'Essonne¹⁰ (ARS Île-de-France. CVAGS, 2018).

La seconde, est liée à la problématique des ressources humaines. Les cellules de veille connaissent pour la plupart un turn-over important dû à la charge des missions, au mode de recrutement précaire, à la concurrence des agences et autorités nationales et aux contraintes d'organisation du temps de travail¹¹. Il y a par conséquent des difficultés de

¹⁰ Les chiffres indiqués représentent les signalements de MDO, d'Infections associées au soin déclarées via e-sin et les cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastroentérites aiguës.

¹¹ Les obligations de service des cellules de Veille sont citées dans les dispositions spécifiques du protocole d'accord sur le temps de travail de l'ARS Île-de-France

recrutement et de maintien des compétences sur les postes infirmiers et médicaux. Cela expose de ce fait les cellules aux suppressions de postes liées à la diminution des plafonds d'emplois.

1.2.2 L'articulation des Délégations départementales autour du Siège

La plateforme de Veille et d'urgences sanitaires représente le point d'entrée de la majorité des signaux de Veille. Le Point focal régional (PFR), réceptionne, régule et transmet les signaux aux différentes CDVAGS¹². Elles fonctionnent généralement de 8h30 à 17h30. Entre 17h30 et 18h, si la CDVAGS est encore active, elle gère les signaux qui arrivent, sinon cela revient à la permanence régionale (équipe DD 75). Au-delà de 18h, l'astreinte prend en charge la gestion jusqu'à 8h30 le lendemain en jours ouvrés (*cf* annexe 5).

Le recensement des absences au sein des différentes CDVAGS est réalisé par la CVAGS, afin de coordonner la continuité de la réponse. Il s'agit de remplir un tableau, un à deux mois à l'avance, avec un système d'annotation de permanence *P* (*cf* annexe 6).

Auparavant, lorsque qu'une DD était en *P* rouge¹³, la cellule de Veille de Paris prenait en charge ses signaux. Cependant, avec les difficultés de continuité ou de recrutement déjà évoquées, le système est devenu déviant avec une pression très forte sur l'équipe parisienne. Nous sommes passés de 58,5 jours de mobilisation en 2013 à 244 jours en 2016, avec une progression strictement croissante d'une année à l'autre (ARS Île-de-France. CVAGS, 2017). Par conséquent, depuis plusieurs mois, il a été décidé qu'au-delà de deux DD en *P* rouge, les signaux urgents sont répartis sur les DD en *P* vert en priorité. Un principe de solidarité plus partagée a donc été instauré.

1.2.3 Les réflexions de réorganisation et leurs limites

Le modèle existant, fondé sur une obligation de continuité départementale plutôt que régionale mutualisée est remis en cause depuis plusieurs années. Il y a des difficultés ponctuelles, voire plus pérennes, pour certains territoires à recruter ou maintenir des équipes suffisantes pour gérer leurs signaux. Cela peut donc impacter d'autres équipes, en relai, elles aussi, de taille modeste. En effet, une mobilisation régionale de plus grande échelle permettrait de mieux absorber la charge induite, répartie sur un plus grand nombre d'agents. Le constat réalisé en interne pointait malgré tout le fait qu'il y avait un intérêt au maintien de la départementalisation des missions de veille et d'alerte (ARS Île-de-France. CVAGS, 2018). L'avantage est que la gestion s'effectue au plus près des territoires, avec un contact privilégié entre acteurs départementaux.

La recherche d'une solution régionale plus optimale pour l'organisation des permanences de prise en charge les jours ouvrés a été demandée par le DG. Un groupe de travail (GT)

¹² via les boîtes alertes départementales

¹³ Aucune permanence assurée par la DD / CDVAGS : besoin de prise en charge des signaux par une autre équipe

régional, auquel j'ai participé, a été créé pour proposer des solutions. Une fois l'état des lieux réalisé, le GT s'est penché à la fin du premier semestre 2017 sur l'organisation d'autres régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, les Hauts de France, Bourgogne - Franche-Comté, Normandie. Chaque organisation a été présentée avec les avantages et inconvénients, exprimés par les agents de ces régions. En adaptant les propositions, un modèle a été privilégié : les secteurs. L'idée était de regrouper deux ou trois départements, pour assurer la permanence dans chacun des secteurs. Cette organisation avait pour objectif de mieux répartir l'effort, et d'abandonner la mobilisation de l'équipe parisienne pour la région¹⁴. Les secteurs définis sont représentés en figure 1.

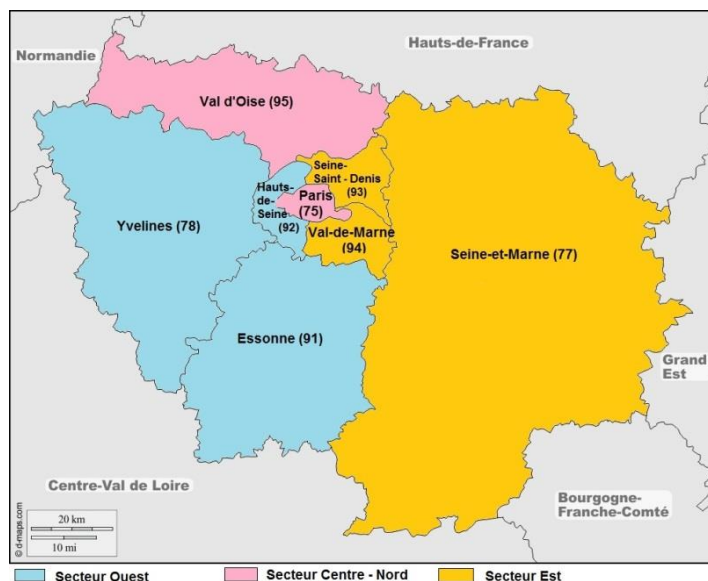


Figure 1 Les trois secteurs de Veille de la région

Du point de vue de la DD 91, cela était un avantage puisque nous n'avions pas de médecin au moment des échanges, nous pouvions bénéficier de la mobilisation des deux du secteur. Pour d'autres DD, cela était un inconvénient, puisque déjà organisée avec une deuxième ligne médicale tournante en cas d'absence du médecin de Veille¹⁵. Ce système aurait dû être abandonné au profit des médecins du secteur.

La définition d'une chefferie de secteur était manquante, ce qui représentait une limite dans le fonctionnement de ce système. De plus, l'absence d'une boîte à outils commune (documents-types, procédures) mais surtout le manque d'effectif du secteur Est (postes vacants de médecin dans le 93 et le 77 en 2017, postes vacants d'IDE dans le 93 et le 94 en 2018) étaient des freins supplémentaires.

Les évolutions de l'organisation régionale sont évoquées au 3.1.1 de ce rapport.

¹⁴ La validation du fonctionnement en secteurs était prévue en septembre 2018

¹⁵ Seules les DD 92 et 78, bénéficiant d'un nombre conséquent de médecins, ont pu mettre en place un système de ce type.

2 Stratégie d'organisation et moyens mis en œuvre

2.1 Recensement et analyses des missions

Après 14 années de travail ensemble, le médecin et l'IDE de la dernière équipe véritablement en place semblaient interchangeable, avec un fonctionnement en boîte noire, qui a rendu difficile l'identification réelle des missions de chacune.

2.1.1 Les échanges internes au sein de la région

Les premiers échanges avec mon équipe m'ont permis d'appréhender la manière dont nous traitons les sujets, puisque les procédures régionales expliquent bien la gestion du signal, mais ne précisent pas le découpage des tâches. J'ai aussi saisi l'occasion de participer aux réunions régionales Veille et urgences sanitaires¹⁶ afin de comprendre les enjeux du terrain remontés par les DD. Par la suite, j'ai eu des échanges assez spécifiques, sous la forme d'interviews semi-directives, avec l'infirmière du 77, mais aussi avec les médecins de Veille du 75, du 78 et du 95. Cela, dans le but de répondre aux questions qui subsistaient. Ces échanges concernaient surtout la gestion des MDO. J'en ai également profité pour interroger sur la gestion du risque infectieux dans les établissements de santé (ES) et médicosociaux (EMS).

Pour cette thématique, j'ai rencontré la Référente régionale IAS de l'Agence, afin de m'aider à recenser ce qui était attendu. Au cours de mes différents échanges, j'ai pu me rendre compte que les CDVAGS n'abordaient pas ce sujet de la même manière, d'où ce besoin d'éclaircissement. Ce temps d'échanges m'a permis de lister l'ensemble des missions dans le domaine, et de constater la charge de travail non négligeable sur cette thématique si tout était pris en considération. J'ai ainsi pu établir un programme sommaire de travail par tâches et par période de l'année, car certaines missions sont récurrentes d'une année à l'autre¹⁷ (cf annexe 7).

Enfin, fin février 2018, j'ai été sollicité pour participer à la rencontre entre l'Agence et la Mission d'étude et d'appui en veille et sécurité sanitaires de la Direction générale de la santé et du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. Ce moment, enrichissant, m'a permis de contextualiser un peu plus les missions liées à la Veille et alerte, et de pointer aussi bien nos forces que nos faiblesses vis-à-vis des attentes du ministère.

2.1.2 Les échanges en externe, avec les partenaires essonniers

Les échanges avec les collègues des autres départements pointaient la variabilité de l'action des interlocuteurs locaux. En pratique, le travail s'effectuant très souvent en lien

¹⁶ Les représentants des DD sont exclusivement des infirmières et/ou des médecins de Veille

¹⁷ Les Bilans LIN, par exemple, interviennent toujours à la même période de l'année, mais ce ne sont pas les mêmes indicateurs à analyser d'une année à l'autre.

avec d'autres (administrations, opérateurs terrain), leur manière de travailler influence obligatoirement la nôtre. Dans le choix des partenaires à rencontrer, j'ai sélectionné ceux avec lesquels nous étions amenés à travailler régulièrement et avons quelques difficultés dans la gestion commune de cas.

Accompagné de la nouvelle IDE, je suis allé à la rencontre du médecin responsable départemental des médecins et secrétaires médicales et de l'infirmière responsable conseillère technique départementale de la DSDEN de l'Essonne. L'échange, riche, a porté sur les difficultés qui pouvaient subsister, et sur la mauvaise connaissance des rôles de chacun - infirmier(ère) scolaire, médecin scolaire, inspecteur académique, directeur(trice) d'établissements - dans la gestion de signalements en milieu scolaire. Ces échanges ont abouti à la mise à jour du document *conduite à tenir* pour les cas de toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) ainsi qu'à la création d'une fiche récapitulative sur les événements à signaler à mes services (*cf* annexes 8 et 9).

Je suis également allé à la rencontre de l'assistante administrative et du médecin responsable du centre de lutte antituberculeuse (CLAT) de l'Essonne. Sur ce sujet, le rôle premier de l'ARS est administratif. Cela n'exclut cependant pas d'avoir des sujets plus techniques tels que l'examen de situations sanitaires lors d'expulsion de campements illicites pour ne pas avoir de rupture de traitement ou encore des cas de résistances¹⁸.

Le but de cette rencontre était de préciser les enjeux liés à notre travail administratif relatif au décompte de cas de tuberculose¹⁹. Les discussions ont permis d'aboutir à la mise en place de rencontres mensuelles pour fluidifier ce travail de comptage mais aussi à la réalisation d'une formation thématique de la nouvelle équipe de la CDVAGS par celle du CLAT relative à la détection et la prise en charge des différentes formes de la maladie. Enfin, l'arrivée d'un nouveau directeur à la DDPP a permis de relancer la demande de rencontre qui n'avait toujours pas abouti malgré nos sollicitations.

2.1.3 Les nouvelles missions à intégrer

Le troisième Plan régional Santé Environnement d'Île-de-France, ainsi que les premiers éléments de la revue nationale des missions ont introduit dans notre champ d'action, la prévention et la promotion en santé environnementale. A cette occasion, j'ai sollicité mes collègues de PPS pour faire le point sur leurs travaux en cours, et revoir nos modalités communes de travail. Par la suite, j'ai défini des axes de travail pour chaque cellule en ce sens. Pour la CDVAGS les axes principaux sont la prévention des IAS, la réduction du risque saturnin et la prévention des risques auditifs et de leurs effets. Certaines actions,

¹⁸ Il existe en France qu'un seul sanatorium spécialisé dans la prise en charge des cas complexes de tuberculose. Celui-ci est situé au Centre hospitalier de Bligny, dans le 91.

¹⁹ L'ARS se charge de compléter l'outil BK4, qui permet à Santé publique France (SPF) de compter le nombre de cas de tuberculose par département. Une dotation financière, au regard du nombre de cas comptabilisés par SPF est accordée au CLAT, d'où le fait de vérifier que le CLAT nous a transmis toutes ses DO, et que nous les avons bien intégré à BK4.

pour lesquelles une infirmière, un ingénieur d'études sanitaires (IES) et moi-même serons pilotes, seront formalisées dans un Contrat local de santé (CLS).

Par ailleurs, en 2019, l'Essonne passera en niveau 1 du Plan national anti-dissémination du Chikungunya, de la Dengue et du Zika. Cela générera une activité supplémentaire pour les enquêtes épidémiologiques autour des cas. Egalement, il y a les signaux environnementaux qui prennent de l'ampleur, comme les punaises de lits ou les chenilles processionnaires. L'ARS joue surtout un rôle de conseil face à ces situations. Enfin, à l'occasion du départ d'un agent d'un autre département de la DD, l'activité des autorisations pour les tatoueurs-perceurs a été transférée à VSS, avec l'accord du Délégué. Cela répondait à une de mes demandes : réunir cette activité auprès d'un seul service.

2.2 Choix de l'organisation et moyens mis en œuvre pour y parvenir

2.2.1 Choix du modèle

Le nombre d'agents de la cellule a été le premier critère, puisqu'il fallait évaluer la pertinence du nombre au regard de l'activité. La composition initiale était une SA (1 ETP), deux IDE (2 ETP), et un médecin en temps partagé (0,6 ETP).

J'ai commencé par interroger mes collègues IGS du 78, du 92 et du 95, pour savoir comment était organisé leur CDVAGS. Les modèles 78 et 92 correspondaient en nombre et en profils des agents. En nombre de signaux, le 78 et le 95 sont équivalents au 91.

Le second critère est le nombre de jours en P rouge (figure 2). Il était primordial de retenir un modèle qui avait fait ses preuves.

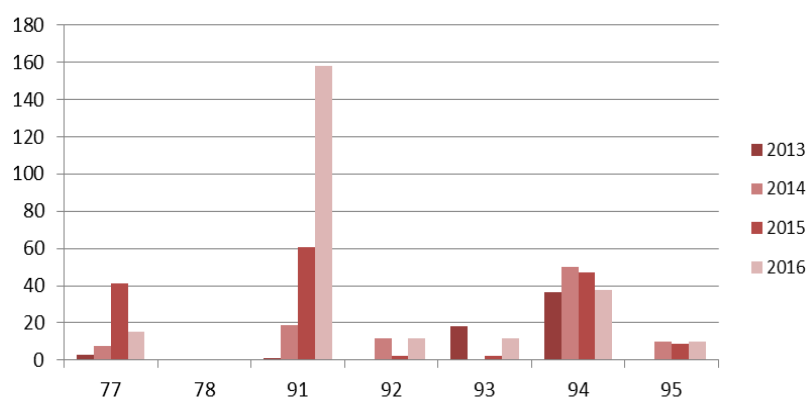


Figure 2 Nombre de journées de P rouge ayant entraîné une sollicitation par les CDVAGS pour la gestion complète des signaux de 2013 à 2016

Pour ce critère, le modèle organisationnel du 78 (deux IDE, un médecin et un agent administratif, toutes deux en temps partagé) donnait entière satisfaction, avec aucun jour en P rouge. Ce qui signifie une permanence totalement assurée, ne nécessitant pas de besoin de prise en charge des signaux par une autre équipe. Le modèle du 92, semblable à celui du 78 a été peu sollicité du dispositif régional, tout comme le modèle 95 (une IDE, un agent administratif et un médecin, tous deux en temps partagé). Le 93 a été

variable, certainement à cause de vacances de poste. Le 77, le 91 et le 94 sont ceux qui ont le plus sollicité le dispositif. Ces modèles étaient semblables à ceux du 95 à l'époque. En moyenne, les équipes avec une IDE n'arrivent pas à assurer une permanence durable.

Dans l'organisation des tâches, la gestion des signaux repose principalement sur les IDE. Dans le 92 et le 93, il y a deux ETP d'IDE qui font quasi exclusivement de la gestion de signaux. Sachant que ces départements ont une volumétrie supérieure, je savais que les signaux n'occuperaient pas les deux IDE à temps plein. Cela permettait par contre une souplesse dans la gestion des signaux, avec la possibilité de mise en place de permanences, pour permettre à chacune de travailler sur d'autres sujets de fond. Le modèle 78 en attestait. Par ailleurs, au regard de mon analyse des missions, deux champs sont ressortis très clairement en dehors des signaux : les risques sanitaires associés à l'environnement et les risques infectieux associés aux soins.

Enfin, sachant qu'une IDE était déjà sur une organisation de temps de travail en 4,5 jours (au lieu de 5, soit 8h30 par jour, avec une demi-journée non travaillée), une seconde IDE, en 4,5 jours elle aussi, permettait d'assurer une bonne permanence pour la gestion des DO (base commune de travail des deux IDE) de 8h30 à 18h avec une heure de pause méridienne²⁰. Le médecin étant en temps partagé entre VSS et PPS, il était pertinent de le positionner sur des sujets faisant la jonction entre les deux services tels que la santé des détenus, la politique vaccinale ou encore les populations précaires.

Enfin, pour la SA, hormis le travail, non négligeable, de soutien administratif auprès des infirmières et du médecin pour les cas de tuberculose et les rapatriements sanitaires entre autre, elle renforçait la cellule ERP pour la gestion des cas de légionellose. Elle a aussi été désignée référente chenilles processionnaires et tatoueurs. Il me semblait important qu'elle ait des sujets en propre.

Au regard de ces éléments, j'ai trouvé pertinent de maintenir ce socle avec une organisation comptant un médecin et une SA, tous deux en temps partagé, et deux infirmières, chacune référente d'un champ (environnement ou risque infectieux), à 1 ETP en 4,5 jours. J'ai eu l'adhésion de l'équipe pour cette configuration organisationnelle.

2.2.2 Outils organisationnels et managériaux

Afin d'acter cette organisation, j'ai refait les fiches de postes des IDE et de la SA. Pour les IDE, j'ai souhaité les orienter vers des profils de chargée de missions, qui est plus large que la fonction de gestionnaires de signaux. Leur mission était de gérer des signaux mais aussi de développer des projets en autonomie, chacune sur son champ. J'ai rédigé malgré tout une fiche de poste unique recensant les deux thèmes, puisque l'une comme l'autre pourrait être amenée à travailler sur le champ qui n'était pas le sien, pour des

²⁰ Le protocole Préfet/ DG ARS indique une permanence 24h/24 de l'ARS. Sachant que l'astreinte en jour ouvré est de 18h à 8h30, les CDVAGS devraient être mobilisées de 8h30 à 18h.

questions de continuité de service (cf annexe 10). L'infirmière en CDD, la plus ancienne de l'équipe, était en charge des sujets risque infectieux. Je lui ai également rédigé une lettre de mission (cf annexe 11), à partir des éléments du programme sommaire de travail, permettant de cadrer son action au moins jusqu'à la fin de son contrat. J'ai préféré laisser la nouvelle infirmière prendre ses marques avant de cadrer un peu plus son action sur son champ.

J'ai dû retravailler également la fiche de poste du médecin. D'abord seul, afin de faire une proposition cohérente sur le périmètre, puis avec mon Délégué et la responsable PPS pour simplifier la présentation, et apporter une meilleure lisibilité des missions. J'ai également défini des objectifs personnels et communs en évaluations professionnelles annuelles (EPA), pour travailler sur l'organisation et à la consolidation du socle de l'équipe. Enfin, j'ai programmé des points bilatéraux avec chaque membre, médecin compris, pour matérialiser un moment privilégié d'échanges.

L'organisation de la cellule a été présentée pour information en réunion de service. Sur le plan collectif, j'ai instauré des réunions de cellule, chose qui n'était pas faite auparavant, pour échanger sur les dossiers, l'agenda, les difficultés rencontrées, la rédaction ou la mise à jour de procédures ainsi que les propositions d'amélioration du fonctionnement.

2.2.3 Gestion actuelle et prévisionnelle des compétences et des ressources

Depuis mars, il était convenu que l'infirmière en CDD quitterait ses fonctions début septembre. Il fallait donc lancer le processus de recrutement pour une arrivée début décembre au plus tard. L'idée était de recruter une IDE titulaire avec une appétence pour les IAS. En mars, le recrutement d'un médecin était aussi en cours. Malgré le faible nombre de candidats, un médecin de santé publique, lauréate du concours Praticien conseil (PC) a sollicité un entretien. Elle a été reçue fin mars, par le Délégué et moi-même. Son recrutement a été acté, pour une prise de poste au 1^{er} mars 2019, à l'issue de sa formation PC à l'Ecole nationale Supérieure de la Sécurité Sociale (EN3S).

Après le recrutement, vient l'intégration. Pour ce faire, début juin j'ai mobilisé l'ensemble du département VSS pour créer un guide de vie du département VSS 91, à l'attention des nouveaux (futurs) arrivants. Ce travail nécessitait la création de groupes thématiques par cellule. J'ai, dans ce cadre, intégré le groupe Veille et alerte pour travailler la fiche de présentation avec elles. Dans le même temps, j'ai lancé une campagne d'affichage, *Silence ... les murs parlent*²¹, afin de créer une immersion thématique dès le couloir. Je me suis moi-même prêté au jeu (cf annexes 12 et 13). A cela, j'avais identifié des points bihebdomadaires d'accueil, au cours desquels je présenterai l'ARS, la gouvernance, les services, ainsi que le rôle à tenir auprès de VSS.

²¹ Idée inspirée par René Paul Hervé, intervenant en management de la formation IGS statutaire à l'EHESP.

Pour ces profils de postes, assez singuliers au sein des DD, la formation est souvent externe. Pour l'infirmière à venir, je prévoyais des modules de formation pratique avec les équipes du 75 et du 78 et l'IDE du 91. J'avais en plus identifié le cours international d'épidémie appliquée, dispensée à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Pour le médecin, j'ai sollicité en premier lieu le médecin du 75 puisqu'il est expérimenté et a l'habitude du rôle de formateur. En second lieu, ceux des DD 92 et 78, qui étaient les médecins de notre futur secteur, afin de se nourrir de l'expérience de DD de petite et grande couronnes. Enfin, sachant que les PC n'ont pas les mêmes prérogatives que les Médecins inspecteurs en santé publique (MISP) au regard de l'article L1421-1 du CSP, je me suis rapproché du service régional d'inspections pour prévoir une place à la formation du certificat de méthodologie d'inspection et de contrôle des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, délivré par l'EHESP. Ce dernier point n'a pas reçu de réponse favorable au vu des disponibilités.

3 Retour d'expérience, évolutions et ajustements

3.1 Une organisation prometteuse, mais à parfaire

Les différents constats ont été réalisés entre fin juin et mi-août.

3.1.1 Point de vue des partenaires

L'organisation à deux infirmières a été réellement valide de début avril à mi-août, sans médecin physiquement présent à ce moment. Ces cinq mois, furent finalement courts pour recueillir des avis suffisamment pertinents de la part des partenaires. Par ailleurs, je pense que l'organisation était peu visible de l'extérieur, la plupart de nos partenaires étant mobilisés sur des sujets de tronc commun, auxquels participe chaque IDE. Seuls les ES et EMS ont bien ciblé leur interlocutrice désignée pour les IAS.

3.1.2 Point de vue de l'équipe

L'équipe a apprécié le redécoupage des tâches, facilitant l'identification des rôles de chacune. Cela a été ressenti comme un gage de confiance et de responsabilisation. De plus, ce redécoupage tenait compte des appétences et préférences de chacune tout en étant favorable à l'organisation collective. Cependant, après quelques semaines, une des infirmières a évoqué le fait que ce découpage induisait un cloisonnement trop important, puisqu'elle n'avait plus l'impression de travailler au sein d'une équipe. Pour elle, il y avait un manque de projets communs. Ce point de vue n'a pas été partagé par le reste de l'équipe qui concevait que la répartition des champs créait de la distance, mais que celle-ci était vite effacée par la communication et l'échange sur les dossiers de chacune. Cela permettait d'améliorer l'état des connaissances et de se tenir informé du travail de l'autre

en cas de besoin. Toutefois, le point d'attention partagé, était la définition d'un ordre du jour des réunions de cellule.

3.1.3 Mon point de vue

Cette organisation a amené de la cohérence dans le fonctionnement thématique interne et a apaisé certaines tensions liées à la confusion des rôles dans la gestion de tâches. Avec des interlocuteurs identifiés dans la cellule, la communication a été plus fluide. Le choix des formations a permis l'amélioration de la professionnalisation de l'IDE arrivée en décembre. L'intégration et la formation sont des points sur lesquels j'ai insisté, au travers des points hebdomadaires et au début du projet de service. Cela a porté ses fruits, puisque chacune a exprimé sa satisfaction, et a joué le jeu de réfléchir à comment présenter les missions de la cellule pour les agents à venir.

La définition de projets communs est à améliorer, car dans les EPA, je n'ai mis l'accent que sur des projets communs d'organisation, et non sur des thématiques communes. Cela devra être fait pour que la cellule fonctionne en synergie. La stabilité des agents permettra de construire une confiance mutuelle ainsi que des habitudes professionnelles. Être en management direct de la cellule, me demande un temps de mobilisation supplémentaire, par rapport à la chefferie de département. Les créneaux des réunions bimensuelles ont été mis à nos agendas respectifs, jusqu'à la fin de l'année. Nous travaillons ensemble à la définition d'un ordre du jour type avec les grandes étapes du déroulé pour répondre à l'amélioration de nos pratiques par rapport à ces réunions.

3.2 Evolutions des cadres et améliorations

3.2.1 Au niveau national et régional

Il n'y a pas d'évolutions majeures sur ces sujets au niveau national. La Mission nationale d'appui pourrait faire des propositions d'évolutions liées à leurs conclusions.

Au niveau régional, la mise en place du dispositif des secteurs aurait dû être actée en septembre 2018 en Comité exécutif (COMEX) de l'Agence. Un nouveau DG a été nommé au 3 septembre, ce qui a arrêté le processus. Les équipes de veille étaient en attente depuis plusieurs mois du feu vert de la Direction. Le nouveau DG a fait le même constat que son prédécesseur : le système de découpages par DD ne fonctionne pas. Ce constat est partagé par les responsables VSS eux-mêmes, qui ont tous dû gérer des difficultés de ressources humaines au cours des dernières années. Par ailleurs, la continuité pesant encore, en premier lieu, sur la cellule parisienne crée un sentiment d'inégalité territoriale. Un pilote, la responsable de la CVAGS, a été désigné pour mener une réflexion pour une organisation régionale mutualisée²². Cette tendance à la régionalisation est actuelle. Cinq

²² Cela est réalisé dans le cadre d'un groupe de travail sur la transformation des processus métiers de l'Agence, lancé début octobre.

nouvelles régions sur sept ont centralisé ou sont en cours de centralisation des missions VSS au siège. Ces modèles sont considérés comme robustes (Ministère des solidarités et de la Santé. Mission d'étude et d'appui en Veille et sécurité sanitaires, 2018).

3.2.2 Au niveau départemental

Les évolutions départementales ont surtout été sur le plan des ressources humaines. Un gel des recrutements décidé fin juillet, ajouté à la diminution des plafonds d'emploi, a eu pour conséquence la suppression, dès septembre, d'un poste de technicien et d'un poste d'infirmière. Cela, en sachant qu'un second poste de technicien sera supprimé suite à un départ à la retraite. Par ailleurs, la SA a exprimé la volonté de voir évoluer son périmètre de missions sur la santé environnementale²³. Enfin, début septembre, j'ai appris que la médecin qui devait être initialement présente en mars 2019, serait présente dès mi-septembre, puisque les modalités de la formation PC avaient été revues par l'EN3S.

3.2.3 Réajustements et perspectives

Avec la diminution des ressources, j'ai réalisé un travail de revue des missions avec l'infirmière, en vue de prioriser notre action. J'ai listé l'ensemble des missions que j'avais identifiées au cours de mes travaux, et nous les avons détaillées au regard principalement du volume, de l'obligation juridique, et de l'impact sanitaire potentiel de la mission (cf annexe 14). Ensuite, nous avons travaillé à des propositions d'évolution du traitement voire de l'abandon de missions. Cela nous a permis d'obtenir une primo-priorisation. Avec l'arrivée du médecin, j'ai profité pour l'associer à la démarche sur les missions orientées risque infectieux plus précisément, puisqu'il était convenu, qu'elle reprendrait cette partie révisée des missions. Cela me permettra de soumettre au Délégué un projet de lettre de missions sur ces sujets à l'intention du médecin. Afin de faciliter le travail sur la Veille, elle a été affectée uniquement à cette thématique. Mon rôle de hiérarchie fonctionnelle est beaucoup plus marqué, puisqu'elle me rend compte de certains dossiers et de ses absences programmées.

Le départ ou la remobilisation de la SA fait qu'une solution administrative est à l'étude, et intègre les réflexions d'un groupe de travail départemental sur l'organisation mutualisée des fonctions supports et des secrétariats. Même si les perspectives d'organisation semblent dictées par le niveau régional, le travail d'amélioration des pratiques et de prévention au sein des territoires continue. Par ailleurs, une permanence de gestion est déjà mise en place, pour répondre aux modalités d'organisation personnelle du temps de travail de chacune. Enfin, un travail d'optimisation des outils numériques est à l'étude via un prestataire, pour permettre d'apporter une fluidité administrative, permettant de se focaliser sur les objectifs sanitaires de la cellule.

²³ A savoir que celle-ci est aussi admissible au concours Technicien sanitaire et de sécurité sanitaire (T3S) au moment de la rédaction de ce rapport de stage.

Conclusion

Les missions relatives à la Veille et alerte sanitaires sont des missions de mieux en mieux connues des IGS en début de carrière. Celles-ci diffèrent de la santé environnementale *stricto sensu*, mais participent cependant, activement à la réduction des risques sanitaires environnementaux.

L'organisation de ces missions à l'ARS Île-de-France, font des CDVAGS de véritables entités à forts enjeux managériaux et sanitaires. Cela est d'autant plus vrai en Essonne, puisque la cellule a rencontré des accros, et ce de manière répétée, pendant plusieurs années. Il fallait donc pouvoir se donner les moyens d'agir. Cela est passé par la définition d'une organisation et des moyens à mettre en œuvre mais surtout par l'adaptation et la résilience face aux difficultés en lien avec l'évolution du périmètre des missions des ARS et des effectifs tout en veillant à la bienveillance envers chaque maillon.

Le travail réalisé au cours de cette année n'est finalement qu'un point de départ, puisque je souhaite prendre activement part aux réflexions régionales, voire copiloter le groupe adéquat, afin de faire valoir et veiller à ce que l'idée d'une régionalisation ne soit pas mise en concurrence avec un ancrage territorial. En effet, je suis convaincu que la coexistence des deux est nécessaire. Et ce, parce que les enjeux auxquels la région a à faire face nécessitent une capacité de projection sur le terrain pour la gestion des urgences sanitaires. J'ai également la volonté de travailler sur ce sujet car il fait partie des attentes de la fonction d'IGS responsable de département, en tant que manager, d'être un pilote de la conduite au changement et un relais de la transformation de nos organisations et de nos métiers.

De manière plus transversale, cette année de stage a été très diversifiée. Etant à ce poste depuis décembre 2014, je peux dire que cette année a été particulière car il a fallu faire face à des suppressions de postes, à des départs de personnalités cadres du service et à l'absence de Délégué puis de Délégué adjoint. Cependant, cette année a été une année formidable, de découvertes ou de redécouvertes, de formations, d'échanges avec mes collègues de promotion et mes collègues IGS en DD et de prise de recul sur mon action en tant qu'agent public, ma manière de voir les choses et de gérer mon service. Enfin, cette année fut une année intéressante. J'ai pu développer des projets collaboratifs en mode management participatif au sein de mon service, faisant fi de notion de hiérarchie, m'impliquer personnellement sur des thématiques que je souhaitais explorer depuis plusieurs années, et surtout tenir un rôle gratifiant, d'encadrant, avec transmission de savoir et de savoir-faire.

Bibliographie

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015. « Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France 2015 – 2018 ». 16p. *Communication interne ministère en charge de la santé et ARS*

Ministère des solidarités et de la Santé. Mission d'étude et d'appui en Veille et sécurité sanitaires, 2018. Support de présentation au comité technique de santé publique (CTSP) du 27 juin 2018 « Mission d'étude et d'appui en veille et sécurité sanitaire ». 37 diapositives. *Communication interne ministère en charge de la santé et ARS*

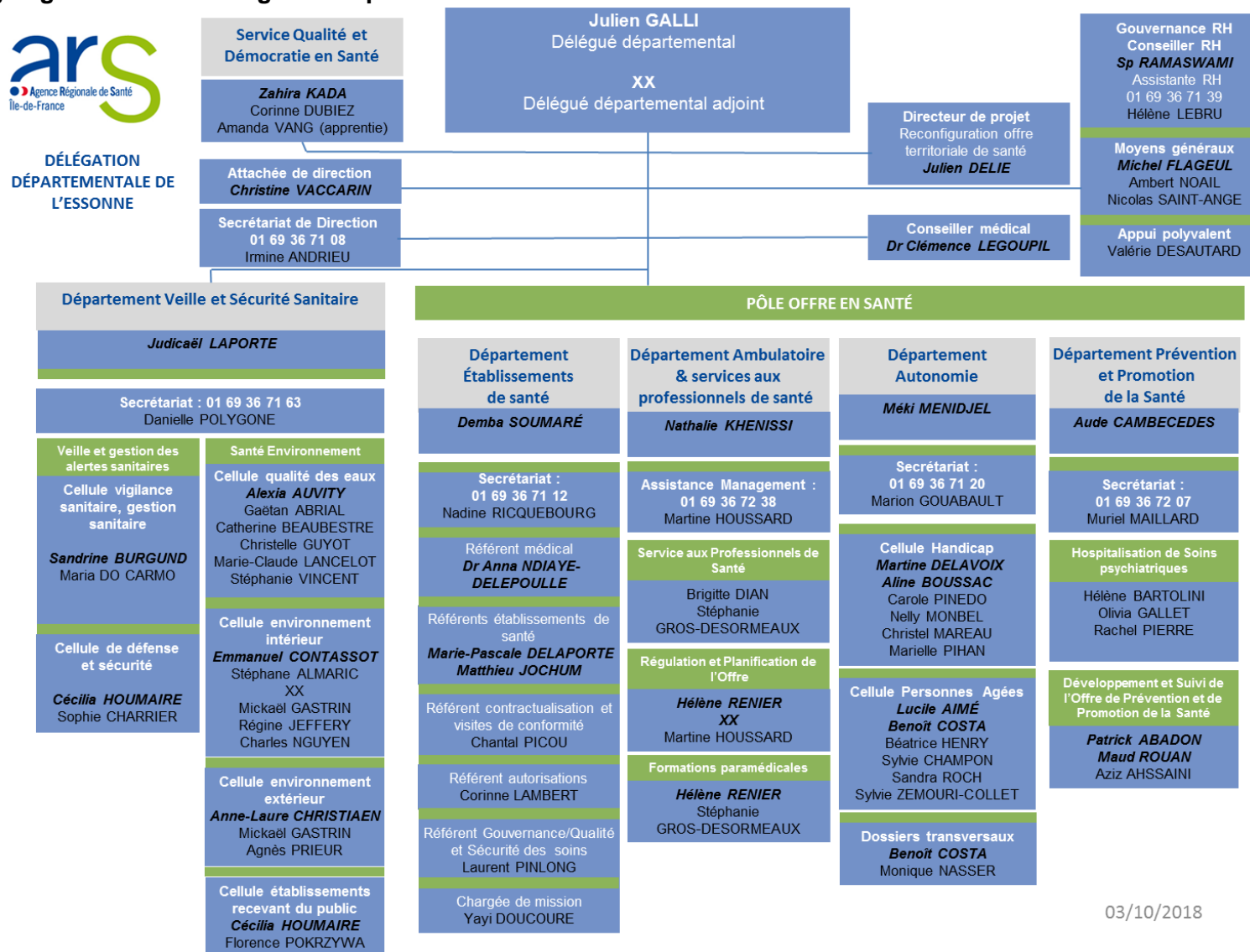
ARS Île-de-France. Département Veille, alertes et gestion sanitaires, 2018. Support de présentation au Comité de direction de l'ARS Île-de-France « Evolution des modalités d'organisation des permanences de prise en charge des signalements aux jours ouvrés » 12 diapositives. *Communication interne ARS*

ARS Île-de-France. Département Veille, alertes et gestion sanitaires, 2017. Support de présentation « Poursuite Filières : évolution des modalités d'organisation des permanences de prise en charge des signalements aux jours ouvrés » 27 diapositives. *Communication interne ARS*

Liste des annexes

Annexe 1 : Organigramme de la Délégation départementale de l'Essonne	I
Annexe 2 : Densité médicale	II
Annexe 3 : Extraits du Protocole organisant les modalités de coopération entre le Préfet du département de l'Essonne et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France	III
Annexe 4 : Organigramme de la Direction de la Sécurité sanitaire et de la protection des populations de l'ARS Île-de-France	VII
Annexe 5 : Le dispositif d'astreinte à l'ARS Île-de-France	VIII
Annexe 6 : Le tableau de permanence CDVAGS	X
Annexe 7 : Programme sommaire de travail (base risque infectieux)	XII
Annexe 8 : Document de travail « <i>Conduite à tenir pour la gestion de TIAC</i> »	XIII
Annexe 9 : Document « <i>Quoi signaler à l'ARS ?</i> »	XIV
Annexe 10 : fiche de poste IDE	XVI
Annexe 11 : Lettre de missions risque infectieux	XIX
Annexe 12 : fiche de présentation projet de service	XXII
Annexe 13 : affiche CLS	XXIV
Annexe 14 : tableau de priorisations (document de travail)	XXV

Annexe 1 : Organigramme de la Délégation départementale de l'Essonne



Annexe 2 : Densité médicale

Tableau : Densité départementale en activité régulière

Code	Départements	Les médecins en activité régulière - 2017	Densité des médecins en activité régulière tous modes d'exercice - 2017 Pour 100.000 habitants
75	Paris	15356	681,2
77	Seine-et-Marne	2678	214,6
78	Yvelines	3534	252,3
91	Essonne	2881	231,6
92	Hauts-de-Seine	5594	347,2
93	Seine-Saint-Denis	3730	238,3
94	Val-de-Marne	4635	339
95	Val-d'Oise	2768	233
région Île-de-France		41176	<i>En faisant la moyenne des départements</i> 317,15 <i>Selon l'Ordre national des médecins</i> 346,7

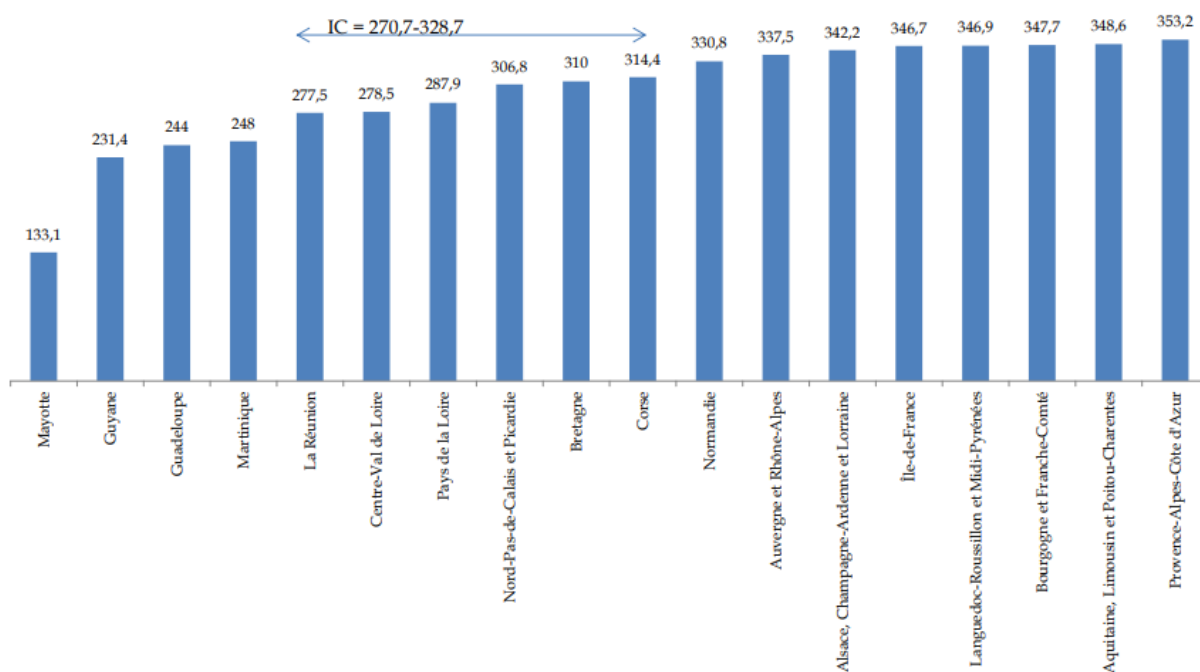


Figure : Densité régionale en activité régulière

Source : Ordre national des médecins, 2018

Annexe 3 : Extraits du Protocole du 12 décembre 2011 organisant les modalités de coopération entre le Préfet du département de l'Essonne et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

Préambule

Le présent protocole définit les modalités d'organisation et de gestion des relations entre le Préfet du département de l'Essonne et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (DGARS), en application des articles R. 1435-1 et suivants du code de la santé publique.

Les termes du présent protocole se rapportent notamment à tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

Le Préfet du département et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé conviennent d'une collaboration permanente et transparente dans tous les domaines susceptibles d'engendrer un retentissement sur la santé publique. A ce titre, ils conviennent de s'informer mutuellement et sans délai de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un trouble à l'ordre public, dont ils ont connaissance.

Le présent protocole détermine les modalités d'application des dispositions relatives :

- Aux soins sans consentement visés aux articles L.3211-1 à L.3214-5 du code de la santé publique;
- A la veille, à la sécurité et aux polices sanitaires, ainsi qu'à la salubrité et à l'hygiène publique :
 - à la protection contre les risques sanitaires liés à l'environnement ;
 - au contrôle sanitaire aux frontières et à la mise en œuvre du règlement sanitaire international (RSI).

Il définit également le concours apporté par l'Agence Régionale de Santé au Préfet de département pour l'exercice de ses compétences dans les domaines suivants:

- Volet sanitaire des plans et programmes établis sous le contrôle du Préfet de département ;
- Elaboration, mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense et gestion de crise ;
- Fourniture des avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine ;
- Inspections et contrôles, visés au dernier alinéa de l'article L.1435-7 du code de la santé publique;
- Permanence des soins notamment en matière de préparation des décisions de réquisition.

Le présent protocole mentionne par ailleurs le dispositif d'astreinte mis en place par l'Agence Régionale de Santé, les procédures d'information réciproques et les modalités selon lesquelles le Directeur Général de l'Agence transmet au Préfet de département les éléments utiles à l'information du public, des médias et des élus.

ARTICLE 2

Participation des services de l'Agence Régionale de Santé à la planification de défense et de sécurité et à la gestion des crises sanitaires

L'ARS participe, dans son domaine d'attribution, à la préparation des mesures concourant à la défense et à la sécurité nationale dans le département et contribue à la gestion des crises majeures, notamment sanitaires.

Dans le cadre des articles L.3131-7 à L.3131-11 du CSP, le Préfet et le DGARS se tiennent mutuellement informés du déclenchement d'un plan blanc d'établissement de santé. En cas de déclenchement simultané de plusieurs plans blancs d'établissement ou si l'afflux de patients ou de victimes et la situation sanitaire le justifient, le représentant de l'ARS fait connaître au Préfet son avis sur l'opportunité de recourir à l'activation des dispositions prévues par le plan blanc élargi mentionné à l'article L.3131-8 du CSP. Lorsque dans ce cadre le Préfet décide de procéder aux réquisitions de biens et services, l'ARS contribue à la préparation des actes nécessaires concernant les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux visés par ces mesures. La notification des actes de réquisition individuels ou collectifs est assurée par le Préfet.

En cas de plan blanc élargi, le Préfet procède à son déclenchement, conformément aux dispositions de l'article L.3131-8 du CSP.

En matière de gestion de crise, le délégué territorial représentant le DGARS (DT) participe à la cellule de crise mise en place et dirigée par le Préfet de département ou s'y fait représenter.

Lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public, le Préfet informe sans délai et simultanément le DGARS et le responsable de la délégation territoriale, que les services de l'ARS sont placés pour emploi sous l'autorité du Préfet. Il indique les moyens dont il a immédiatement besoin et mentionne, le cas échéant, les effectifs et les compétences mobilisables, en fonction des données communiquées par le DGARS.

En cas de situation de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie, le Préfet peut solliciter le concours de l'ARS pour la préparation de l'arrêté, s'il décide d'ajourner les séances de vaccination mises en place par le Président du Conseil Général en application des dispositions de l'article R.3111-11 du CSP.

Lorsqu'en cas de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie, si le Préfet décide de rendre obligatoire la vaccination ou la revaccination antivariolique en application de l'article L3111-8 du code de la santé publique, il peut solliciter le concours du DGARS pour la préparation de l'arrêté préfectoral.

En cas d'épidémie de variole, le Préfet sollicite l'ARS pour la mise en œuvre des mesures mentionnées à l'article D.3111-20 du CSP, notamment en matière de vaccination antivariolique et de prise en charge des sujets contacts et des personnes infectées ou susceptibles de l'être. L'ARS fournit en outre au Préfet toutes les informations nécessaires à la réquisition des personnels de santé nécessaires à la lutte contre l'épidémie. L'ARS contribue à l'élaboration des volets sanitaires des plans de défense et de sécurité préfectoraux, notamment au dispositif opérationnel ORSEC, dans le cadre d'un programme de travail défini conjointement par l'ARS et le représentant de l'Etat compétent et participe, en tant qu'ils concernent son champ de compétence, aux exercices de défense et de sécurité qui impliquent le niveau départemental. A cet effet, le Préfet informe le DGARS de la préparation et de la mise en œuvre de tout exercice de défense dont le scénario prévoit un impact sur la santé ou la prise en charge sanitaire de la population.

ARTICLE 3

Modalités d'organisation de la permanence assurée par l'Agence Régionale de Santé

L'ARS assure une permanence continue aux heures et jours ouvrés et une astreinte aux heures et jours non ouvrés afin notamment d'assurer la veille et la gestion des alertes sanitaires 24 heures sur 24 et d'assurer un déclenchement et une mise en place sans délai :

- des mesures ou procédures de gestion pour chaque type de situation ;
- des capacités d'expertise et des moyens humains ou matériels rendus nécessaires par l'urgence de la situation.

A cet effet, elle communique au Préfet toutes les informations nécessaires et rédige des messages sanitaires adaptés et cohérents en rapport avec la situation concernée. Elle assure, dans le délai le plus court, qui ne pourra excéder une heure, la présence d'un représentant de l'ARS au sein du centre opérationnel départemental (COD) ou de la cellule de crise coordonnée par le Préfet.

L'astreinte des services de l'ARS est organisée selon les modalités suivantes :

- une astreinte administrative est organisée 24h/24 dans chaque délégation territoriale ;
- une astreinte technique (médecin, ingénieur du génie sanitaire) est organisée au niveau régional 24h/24 ;
- un membre de l'équipe du comité de direction (CODIR) du siège de l'agence, est joignable en permanence 24h/24.

Le responsable de la délégation territoriale transmet chaque semaine au Préfet les noms et coordonnées téléphoniques du cadre d'astreinte de sa délégation territoriale ainsi que le nom et les coordonnées téléphoniques du membre du comité de direction d'astreinte.

ARTICLE 4

Echanges d'information entre le Préfet et le Directeur Général de l'ARS et mise en place d'un système unique de transmission réciproque de messages d'alerte

Le Préfet de département et le Directeur Général de l'ARS se transmettent mutuellement toutes les informations communiquées par les échelons nationaux et/ou territoriaux relatives à l'exercice de leurs responsabilités respectives.

Le DGARS porte sans délai à la connaissance du Préfet de département tout événement sanitaire de portée départementale, régionale ou nationale, présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un trouble à l'ordre public. L'article L.1413-15 du CSP précise en outre que *"les services de l'Etat et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les établissements de santé publics et privés, le service de santé des armées, les établissements et services sociaux et médicosociaux, les services de secours ainsi que tout professionnel de santé sont tenus de signaler sans délai au DGARS les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance, ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée"*.

A cette fin, les modalités suivantes sont mises en place:

De l'ARS vers le Préfet de département :

- En cas d'urgence, appel téléphonique au Directeur de cabinet du Préfet les jours et heures ouvrés, et appel au Sous-Préfet de permanence, ou au cadre d'astreinte en dehors des jours et heures ouvrés ;

- En situation non urgente, émission d'un message circonstancié sur la boîte courriel dédiée de la préfecture (pref-secretariat-prefet@essonne.gouv.fr), donnant les informations sur tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un trouble à l'ordre public.
- Dans les situations intermédiaires avec risques d'ampleur limitée, l'ARS prend en charge le suivi des actions et la centralisation des informations dans son domaine de compétence. Elle assure le lien avec les autres services de l'Etat concernés et procède à l'information régulière du Préfet.

Du Préfet vers le Directeur Général de l'ARS :

L'ARS a mis en place une plateforme régionale de recueil et de traitement des signaux et alertes sanitaires fonctionnant, pour les signalements téléphonés, 24h/24. La plate-forme est dotée d'un numéro de téléphone unique (0825 811 411), et d'une adresse courriel (ARS75-ALERTE@ars.sante.fr)

L'organisation de cette plate-forme régionalisée relève de la responsabilité du DGARS qui en communique les modalités de fonctionnement au Préfet.

- En dehors des situations d'urgence, envoi d'un message informatisé adressé à la boîte courriel de l'agence ARS75-ALERTE@ars.sante.fr ;
- En cas d'urgence et en dehors des jours et heures ouvrés, appel téléphonique au cadre assurant l'astreinte au sein de la délégation territoriale, qui informe sans délai le membre du CODIR assurant l'astreinte pour le siège de l'agence et le cas échéant le cadre assurant la permanence technique au niveau régional (médecin, pharmacien, ingénieur du génie sanitaire) ;

ARTICLE 5

Procédure selon laquelle le Préfet de département demande à l'Agence Régionale de Santé une intervention, une inspection, un contrôle ou un avis

L'ARS assiste le Préfet pour la mise en œuvre de ses compétences dans les domaines de la santé, de la salubrité et de l'hygiène publique, ainsi que pour la préparation de la planification de défense et de sécurité.

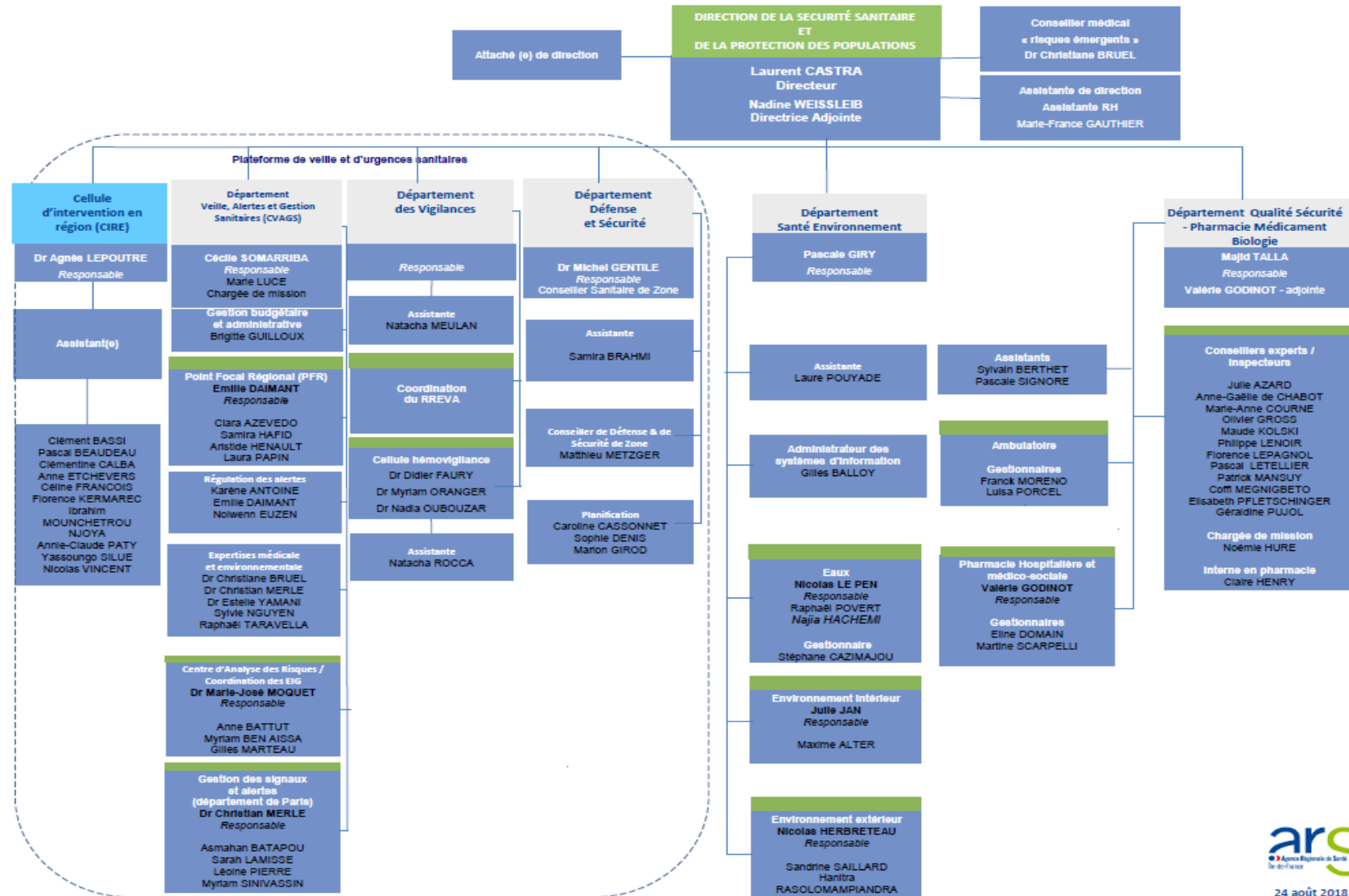
Dans ce cadre, le Préfet formule par tout moyen (avec confirmation par écrit ou par courrier électronique) au DGARS toute demande d'intervention selon le canevas général suivant :

- nature de l'événement ou de l'objet ;
- localisation ;
- plan éventuellement concerné et liste des mesures activées ;
- effets à obtenir ;
- délais de montée en puissance ;
- modalités du compte-rendu ;
- activation éventuelle d'une cellule de crise ou du COD en configuration de gestion de crise.

Il formule selon des modalités analogues les demandes d'inspection ou de contrôle, en application du dernier alinéa de l'article L.1435-7 du CSP.

Lorsque le Préfet sollicite un avis de la part de l'ARS, il en précise par écrit le champ, la nature et le calendrier.

Annexe 4 : Organigramme de la Direction de la Sécurité sanitaire et de la protection des populations de l'ARS Île-de-France



Annexe 5 : Le dispositif d'astreinte à l'ARS Île-de-France

Le dispositif d'astreinte est mobilisable de 18h à 8h30 les jours ouvrés et à toute heure durant le week-end et les jours fériés. Celui-ci repose sur trois niveaux d'astreintes.

L'astreinte de direction

Par qui ?

Les directeurs métier et les directeurs de pôles.

Pour quoi faire ?

- Être informé par l'astreinte des DD et les astreintes techniques de tout événement nécessitant une information du directeur général et assurer l'information du DG,
- Superviser, au titre de la DG, tout événement d'ampleur pluri-départementale (en s'appuyant sur les astreintes techniques)
- Piloter d'éventuelles actions de communication
- Engager le positionnement de l'Agence en situation exceptionnelle ou sensible
- Assurer la présence au Centre opérationnel zonal à la demande du Préfet de Zone

NB : le directeur d'astreinte n'assure habituellement pas la gestion d'un événement sauf en cas d'événement de grande ampleur ou sensible dont il supervise la gestion (validation et coordination).

L'Astreinte administrative territoriale, dans chaque département

Par qui ?

Les délégués départementaux, délégués départementaux adjoints et les cadres de la délégation (hors cadres techniques participants aux astreintes techniques).

Pour quoi faire ?

- Assurer la réception de l'ensemble des alertes sur le département (Préfet, établissement, professionnel de santé déclarant...)
- Assurer la gestion de tout événement avec l'appui des autres astreintes si nécessaire (Soins à la demande du Représentant de l'Etat, dysfonctionnements dans un établissement de santé ou médicosociaux...)
- Transférer à l'astreinte technique régionale le signalement relevant de sa compétence et contribuer à la gestion de l'événement,
- Assurer le lien avec les acteurs territoriaux (Préfet et services de l'Etat)
- Participer au Centre opérationnel départemental à la demande du Préfet de département (en moins d'une heure)

Les astreintes techniques régionales

Elles ne reçoivent généralement pas directement de signalement sauf dans des domaines réservés. Elles sont sollicitées par les astreintes territoriales ou directoriales.

Pour quoi faire ?

- Gérer les événements relevant de sa compétence (cas isolés ou groupés de pathologies nécessitant une intervention urgente de l'ARS, situations environnementales nécessitant une intervention de l'ARS, incidents modifiant ou perturbant l'offre de soins en qualité ou quantité...)
- Informer l'astreinte territoriale (et l'astreinte des directeurs si nécessaire) de l'évolution de l'événement et de sa gestion,
- Mobiliser, si nécessaire, l'astreinte de la Cire et celles de niveau national
- En cas de situation exceptionnelle peut contribuer à la gestion au-delà de son champ de compétence technique.

Plus précisément

L'astreinte médicale est mobilisée pour :

- les maladies à déclaration obligatoire nécessitant une intervention urgente : Infection invasive à méningocoque (IIM), Toxi-infection alimentaires collectives si gravité ou nombre important de malade
- identifier rapidement les contacts du cas afin d'éviter tout cas secondaire (ex: IIM) ou Identifier une source de contamination (ex: TIAC),
- les maladies « Emergentes » (Ebola par exemple) afin d'identifier tout malade potentiel pour qu'il soit pris en charge dans un service identifié et adapté jusqu'à ce que le diagnostic soit infirmé (ou pour engager très rapidement la recherche des contacts si confirmation).
- une expertise médicale sur les alertes. Elle peut s'appuyer sur l'astreinte CIRE/ANSP en cas d'expertise nécessaire pour les situations complexes/hors protocoles

L'astreinte environnementale est mobilisée pour :

- la réception et le suivi des résultats non-conformes des analyses d'eau destinée à la consommation humaine (intervention uniquement dans les situations identifiées comme « à risque »)
- l'expertise en cas d'alerte liée à une exposition environnementale (pollution de la ressource en eau, intoxication au monoxyde de carbone, ...).
- la coordination des alertes météorologiques (Plan canicule en particulier)

L'astreinte offre de soins et médico-sociale est mobilisée pendant des périodes prédéfinies (été et hiver – fin d'année principalement) pour :

- coordonner des actions lors d'épisodes de tensions (tensions hospitalières saisonnières, mouvements sociaux impactant l'offre sur la région, ...)
- apporter une expertise lorsqu'un dysfonctionnement impacte l'offre sanitaire ou médico-social
- la gestion de ruptures d'alimentation électrique, ...
- la recherche des capacités spécifiques de prise en charge alternative

Une **astreinte informatique** existe pour résoudre les problèmes de fonctionnement liés au matériel utilisé pendant l'astreinte (ordinateur, tablette tactile, téléphone, calculette).

Annexe 6 : Tableaux de permanence CDVAGS

Tableau départemental

Année 2018	Novembre 2018																																			
VACANCES SCOLAIRES ZONE C	semaine 45				semaine 46								semaine 47								semaine 48															
	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi				
JOURS (en rouge jours fériés)	5		6		7		8		9		10	11	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23	
Fonctionnement de la CDVAGS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

Permanence verte	Permanence assurée par la DD / CDVAGS	P V
Permanence orange	Permanence médecin non assurée par la DD / CDVAGS : besoin d'appui de la part d'un médecin d'une autre équipe	P O
Permanence rouge	Aucune permanence assurée par la DD / CDVAGS : besoin de prise en charge des signaux par une autre équipe	P R

Le socle de l'équipe est l'IDE, en tant que gestionnaire de signaux. La cellule peut fonctionner sans médecin occasionnellement s'il y a une IDE pour gérer (alternative du P orange). Sur le long terme, s'il n'y a pas de médecin, cela devient par contre difficile, puisqu'il faut mobiliser le médecin d'un autre département.

Année 2018	Novembre 2018																																			
VACANCES SCOLAIRES ZONE C	semaine 45							semaine 46							semaine 47							semaine 48														
	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi
JOURS (en rouge jours fériés)	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fonctionnement de la CRVAGS / DD 75	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	
Fonctionnement de la CDVAGS 77	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PR	PR	PR	PR	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	PO	
Fonctionnement de la CDVAGS 78	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	
Fonctionnement de la CDVAGS 91	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	
Fonctionnement de la CDVAGS 92	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	
Fonctionnement de la CDVAGS 93	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	
Fonctionnement de la CDVAGS 94			PR	PR				PR	PV*	PV*	PV*	PV*	PR	PR	PV*	PV*	PV*	PV*	PV*		PR	PR	PV*	PR	PR	PR	PV*	PV*	PV*	PV*	PR	PR	PV*	PV*	PV*	
Fonctionnement de la CDVAGS 95	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PO	PO	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV	
Appuis apportés par l'équipe régionale et les DD : modalités d'appui aux CDVAGS	Prise en charge complète des signaux : 05/11 : DD 91 07/11 : DD 94 09/11 : DD 94 am							Prise en charge complète des signaux : 12/11 : DD 77 13/11 : DD 77 14/11 : DD 94							Prise en charge complète des signaux : 21/11 : DD 94 22/11 : DD 94 am 23/11 : DD 94							Prise en charge complète des signaux : 28/11 : DD 94														
	Prise en charge complète des signaux des DD en "P Rouge" : régulation vers toutes les DD en fonction de la charge							Prise en charge complète des signaux des DD en "P Rouge" : régulation vers toutes les DD en fonction de la charge							Prise en charge complète des signaux des DD en "P Rouge" : régulation vers toutes les DD en fonction de la charge							Prise en charge complète des signaux des DD en "P Rouge" : régulation vers toutes les DD en fonction de la charge														
<u>Permanence médicale assurant l'appui aux P Orange (PO) -</u> Permanencier régional qui assure aussi l'expertise médicale : 05/11 : DD 77 06/11 : DD 77 07/11 : DD 77 08/11 : DD 77 09/11 : DD 77							<u>Permanence médicale assurant l'appui aux P Orange (PO) -</u> Permanencier régional qui assure aussi l'expertise médicale : 12/11 : DD 95 14/11 : DD 77 15/11 : DD 77 16/11 : DD 77							<u>Permanence médicale assurant l'appui aux P Orange (PO) -</u> Permanencier régional qui assure aussi l'expertise médicale : 19/11 : DD 77 20/11 : DD 77 21/11 : DD 77 22/11 : DD 77 23/11 : DD 77							<u>Permanence médicale assurant l'appui aux P Orange (PO) -</u> Permanencier régional qui assure aussi l'expertise médicale : 26/11 : DD 77 27/11 : DD 77 28/11 : DD 77 29/11 : DD 77 30/11 : DD 77															

Permanence verte	Permanence assurée par la DD / CDVAGS	PV
Permanence verte*	Permanence assurée par médecin et secrétariat (absence de gestionnaire de signaux)	PV*
Permanence grise	Permanence médecin - Absence de gestionnaire de signaux et de secrétariat	
Permanence orange	Permanence médecin non assurée par la DD / CDVAGS : besoin d'appui de la part d'un médecin d'une autre équipe	PO
Permanence rouge	Aucune permanence assurée par la DD / CDVAGS : besoin de prise en charge des signaux par une autre équipe	PR
Permanence jaune (réservée à la CRVAGS/DD 75)	Absence de gestionnaires à la CRVAGS/DD 75 (présence du médecin) : pas de possibilité d'appui	PJ

Annexe 7 : Programme sommaire de travail (base risque infectieux)

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Activités quotidiennes (non s)	mise à jour Annuaire équipe hygiène	Bilan activités années n-1 Extraction BK4				mise à jour Annuaire équipe hygiène			mise à jour Annuaire équipe hygiène		mise à jour Annuaire équipe hygiène	Accompagner les EMS dans la gestion des IRA et GEA
		Evaluations professionnelles annuelles									Prévention à mener pour IRA et GEA auprès des EMS principalement	Définition objectifs de travail année n+1
		Campagne de contrôle des bilans Lutte contre les infections nosocomiales										
Evénements - réunions - rencontres	Rencontre annuelle CLAT pour bilan - comparer chiffres		COPIL Plateforme Veille et urgence sanitaire			COPIL Plateforme Veille et urgence sanitaire			COPIL Plateforme Veille et urgence sanitaire	Participer Journée régionale CPIAS	Journée départementale IAS à organiser à destination des ES/EMS	COPIL Plateforme Veille et urgence sanitaire
Formations			Cours international d'épidémiologie appliquée		Formation astreintes		Université d'été d'épidémiologie			Formation DARI	Formation astreintes	
Inspections		A prévoir	A prévoir		A prévoir					A prévoir		
Points d'attention	Chiffres TUB					Fin EPA MAJ Fiche de poste		Congés été	Fin bilan LIN obligatoire			Congés fin d'année
<i>En italique</i>	Les choses à faire dans l'année dont la période n'est pas exactement définie											
	IRA : infection respiratoire aigue GEA : gastroentérite aigue											

Annexe 8 : Document de travail « Conduite à tenir pour la gestion de TIAC »



1. Définition : Une Toxi-Infection Alimentaire Collective (TIAC) est définie par la survenue d'une symptomatologie en général gastro-intestinale pour au moins deux cas, groupés (élèves et/ou adultes) ayant partagé le même repas ou consommé un aliment identique.

2. Gérer l'urgence

Contactez le centre 15, pour évaluer et prendre en charge la pathologie.



Penser à garder un échantillon témoin du repas au froid y compris les sauces.

3. Contacter

- L'ARSDD91- Cellule de veille sanitaire. Tel : **01 69 36 72 15 ou (72 12 ou 7204 postes infirmiers)** qui mettra en œuvre les mesures nécessaires.
- Le médecin de l'EN et /ou l'infirmière de votre école ou établissement et le service médical de la DSDEN91. Tel : **01 69 47 91 05.**
- Dans le 1^{er} degré prévenir l'Inspecteur de l'Education nationale (IEN).

4. Le service médical de la DSDEN 91

- Préviens le médecin de l'Education nationale de secteur et le réseau infirmier.

5. L'ARS DD 91

- Préviens la direction des services vétérinaires, la Direction départementale de la protection de la population (DDPP).
- Informe les services de la Préfecture.
- Met en place l'enquête épidémiologique en collaboration avec les services de l'Education nationale.
- Etablit un contact avec les services responsables de la restauration si besoin.
- Le rapport de TIAC est adressé à l'infirmière de l'établissement, ou au directeur de l'établissement avec copie au secrétariat infirmier et médical DSDEN.

6. Dans l'école ou l'établissement, le responsable d'établissement, en l'absence de personnel médical et/ou paramédical

- Informe le service de restauration concerné.
- Donne les consignes d'hygiène (IMP.DSDEN.TIAC/1,1bis).
- Recense et liste les jeunes et les adultes malades.
- Recense et liste les non malades concernés par le même repas.
- Participe, selon la demande de l'ARSDD91, à l'enquête à l'aide du questionnaire alimentaire.
- Recense les élèves et personnels absents et les contacte.
- Informe par courrier et par affichage l'ensemble des parents de la situation (IMP.DSDEN.TIAC/2).



Quoi signaler à l'ARS ?

L'ARS gère les Maladies à Déclaration Obligatoire

Une maladie à déclaration obligatoire (MDO) est une maladie faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires de biologie médicale publics et privés (art. L 3113-1 du Code de la santé publique).

L'ARS (Agence régionale de santé) est l'autorité sanitaire qui gère ces MDO.

Pourquoi ?

L'objectif est de détecter ces maladies pour agir et prévenir les risques d'épidémie (maladies nécessitant une intervention urgente locale, nationale ou internationale), mais aussi pour analyser l'évolution dans le temps de ces maladies (d'où la nécessité de les surveiller) et adapter les politiques de santé publique aux besoins de la population.

Les 34 maladies à déclaration obligatoire :

Bilharziose Brucellose Cholera Creutzfeldt- Jakob Toxi Infection Alimentaire collective (TIAC)
Dengue Diphtérie Fièvre hémorragique africaine Fièvre jaune Tuberculose Tétanos Zika
Fièvre typhoïde et paratyphoïde Hépatite aiguë A Hépatite B aiguë Tularémie Peste Rage Hiv
Infection invasive à méningocoque Légionellose Listériose Mésothéliomes Botulisme
Orthopoxviroses dont la variole Paludisme autochtone Typhus exanthématique Chikungunya
Paludisme d'importation Poliomyélite Rougeole Charbon Saturnisme infantile Rubéole

Qui déclare ? C'est le médecin qui a établi le diagnostic via un certificat CERFA.

Qui enquête ? C'est l'équipe de veille sanitaire : infirmières en collaboration avec une secrétaire administrative et un médecin grâce à une enquête épidémiologique par téléphone, pour éviter la propagation des maladies.

Ex : Lors d'une déclaration de TIAC dans une école

C'est l'infirmière de l'ARS qui contacte l'école pour effectuer l'enquête épidémiologique.

Celle-ci valide ou non la TIAC et demande l'intervention de la DDPP (direction départementale de la protection des populations). Puis elle rédige le rapport final avec les conclusions.

Tout événement pouvant avoir un impact sur la santé

Qui peut signaler ?

- Les professionnels de santé,
- Les établissements sanitaires et médico-sociaux,
- Les laboratoires,
- Les administrations,
- Les particuliers.

Pourquoi signaler ?

Alerter la plateforme régionale pour :

- Evaluer la menace pour la santé de la population,
- Réaliser les investigations nécessaires à la compréhension de l'événement,
- Mettre en œuvre les mesures de prévention et de contrôle adaptées afin de limiter la menace,
- Renforcer la surveillance sanitaire et les actions de prévention.

Que faut-il signaler à l'ARS ?

Tout événement sanitaire ou environnemental susceptible d'avoir un impact sur la santé de la population :

- maladies infectieuses en collectivité (infections respiratoires aiguës, gastro-entérites aiguës, gale, teigne...),
- intoxication au monoxyde de carbone,
- cas groupés de maladies non transmissibles (cancers, malaises...),
- maladies pouvant être liées à des pratiques de soins (infections associées aux soins,
- maladies ou agents d'exposition nécessitant des mesures de gestion au niveau national voire international,
- exposition à un agent dans l'environnement ou en milieu de travail (accidents industriels, pollution eau/air/sol, légionelles, ...),
- grands rassemblements inhabituels à risque.

Tout événement survenant dans les établissements de santé et médico-sociaux pouvant avoir des conséquences sur leur fonctionnement :

- EIGS : événements indésirables graves associés aux soins ayant entraîné le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou le déficit fonctionnel probable ou avéré du patient,
- tensions observées au sein du système de soins (occupation des lits, passages aux urgences, plan blanc...),
- mouvements sociaux,
- sortie sans autorisation d'un patient en hospitalisation sous contrainte.

Annexe 10 : Fiche de poste IDE



Désignation	Code Fiche Répertoire National	Correspondance RIME	Correspondance UCANSS	RIFSEEP
Gestionnaire d'alerte et d'urgences sanitaires	SAN 100 A	FPESQA04	Néant	

Infirmière de Veille, chargée de projets Environnement

Poste : création remplacement

Structure	Agence régionale de santé – Ile de France
Direction de rattachement	Département Veille et sécurité sanitaires
Localisation géographique	Délégation départementale de l'Essonne 6/8 rue Prométhée 91035 EVRY CEDEX

Contexte et enjeux de la fonction

Créée en avril 2010, l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France a pour mission de mettre en place la politique de santé dans la région, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de ses territoires. Elle est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins et à l'accompagnement médico-social. Son organisation s'appuie sur un projet de santé élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers. Ses actions visent à améliorer la santé de la population et à rendre le système de santé plus efficace.

Le département Veille et sécurité sanitaire (VSS) est en charge de la veille et de la gestion opérationnelle des alertes sanitaires, du contrôle de la sécurité sanitaire des milieux (eau, habitat, environnement extérieur) et joue par ailleurs un rôle déterminant de défense sanitaire ainsi que dans la gestion des situations exceptionnelles (préparation à la gestion de ces situations dont les plans d'urgence sanitaire et la gestion des urgences).

Les missions de la cellule de vigilance et de gestion sanitaire concernent le suivi et le traitement des signaux relatifs à la veille sanitaire (en particulier médicale et notamment des Maladies à Déclaration Obligatoire, MDO), la réalisation d'inspections dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, l'accompagnement des établissements médico-sociaux dans la prévention du risque infectieux et le développement de projets territoriaux de prévention de survenue de pathologies.

Missions principales

• Missions relatives à la veille sanitaire :

- Rédiger, mettre à jour et appliquer les procédures relatives à la veille et la gestion des signaux sanitaires définies pour la région et adaptée à la cellule;
- Participer à l'enregistrement des signaux sanitaires en l'absence de la secrétaire administrative (SA) (en particulier renseignement du système d'information partagé régional SI-VSS), à leur validation et à la prise des mesures de gestion qui sont de sa compétence ;
- Investiguer et/ou réaliser les enquêtes épidémiologiques notamment pour les MDO, maladies contagieuses, infections nosocomiales et autres signalements (Validation, investigation, actions de prophylaxie, rédaction synthèse de fin d'investigation et communication) ;
- Participer aux réunions thématiques régionales (COPIL Plateforme VUS, avec le CPIAS, sur les thématiques suivantes : rétro-information aux signalants, SI-VSS) ;
- Entretenir la veille documentaire ;
- Développer des projets d'animation territoriale afin de prévenir certaines situations ou corriger des dysfonctionnements dans les chaînes d'actions à l'échelle du territoire essonnien voire régional (réfèrent thématique selon appétence)

Avril 2018

- **Missions relatives à la gestion des risques infectieux :**

- Suivre la gestion des signalements d'infections liées aux soins dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (e-sin);
- Organiser des sessions de formations annuelles en lien avec la SA,
- Organiser une journée départementale de prévention du risque infectieux en direction des collectivités : EHPAD, MAS, FAM, établissements scolaires et crèches.
- Sensibiliser les établissements au document d'analyse du risque infectieux (DARI) et à la pertinence de l'auto-évaluation.
- Développer des actions en lien avec le PROPIAS
- Participer aux missions d'inspection en tant qu'expert (prévention des événements indésirables liés aux infections associées aux soins, ...), en lien en cas de besoin avec le service contrôle et sécurité sanitaire des milieux (Légionelles, DASRI...) et assurer la rédaction de la partie du rapport ;
- Assurer le suivi des préconisations ;
- Valider (en collaboration avec le Médecin de veille), sur site ou sur pièces, les tableaux de bord de lutte contre les infections associées aux soins des établissements de santé ;
- Participer aux missions d'inspection dans le champ médico-social
- Participer à l'inspection contrôle du Plan de maîtrise des Bactéries Hautement Résistantes élaboré par les établissements de santé.

- **Missions relatives à la gestion des risques sanitaires liés à l'environnement :**

- Mener des actions de sensibilisation au dépistage ou à la prévention environnementale (saturnisme, bruit, vaccination) ;
- Développer le travail partenarial en lien avec le Conseil départemental sur la thématique Légionelles ;
- Accompagner en soutien le référent punaises de lits et participer à l'élaboration d'une solution de traitement curatif en vue d'une sortie d'infestation en lien avec les bailleurs, la mairie ou les locataires ;
- Apporter un soutien et une analyse à la SA si besoin, concernant les symptômes cliniques développés lors d'une infestation de chenilles processionnaires ;
- Assurer la gestion des signaux environnementaux particuliers (ex : syndrome collectif inexplicé, épidémie communautaire) ;
- Développer des actions de sensibilisation et d'amélioration de traitement de la situation pour les cas de gale/teigne, et participer à la gestion médiatique des événements si besoin ;
- Analyser les DO de tuberculose afin de mettre en place des actions curatives dans les cas particuliers, en lien avec la SA.
- Organiser des points d'échange avec le CLAT sur la situation de la tuberculose dans le département ;
- Assurer le suivi des préconisations ;

- **Missions relatives aux crises sanitaires :**

- Participer, en cas de crise sanitaire à l'exécution des procédures et à la mobilisation des structures et des ressources humaines en lien avec les autres agents du service VGAS.

Avril 2018

Interfaces professionnelles

L'agent est placé sous l'autorité de l'Ingénieur du génie sanitaire (IGS), responsable du département VSS. La cellule se compose de deux infirmières et d'une secrétaire administrative. Un médecin rattaché à la direction intervient auprès du département en tant que conseiller médical. L'organisation à deux infirmières devra permettre d'une part, d'assurer une continuité du traitement des signaux sanitaires, et d'autre part, de développer des compétences spécifiques et des projets, l'une sur le risque infectieux lié aux établissements et l'autre sur les risques liés à l'environnement. Mme Burgund est en charge des thématiques environnementales. A terme, une organisation en secteur interdépartementaux sera définie.

Relations internes : autres cellules de VSS, départements ES, Autonomie, PPS, Direction
Relations externes : DDPP, Education nationale, Conseil départemental, Laboratoire, Médecins prescripteurs, Equipe opérationnelle d'hygiène, maires et élus divers, ...

Profil recherché

Infirmière diplômée d'Etat avec connaissances et appétences pour les sujets de santé publique

Conditions particulières

- Poste soumis à déclaration publique d'intérêts (DPI)
- Poste non soumis à astreintes

Compétences

Savoir	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des acteurs de la veille et sécurité sanitaire - Maîtrise de la gestion des maladies épidémiques et du dispositif des MDO - Connaissance des techniques d'investigations dans le domaine de la veille sanitaire - Connaissance de l'organisation du système de santé et de défense - Utilisation des outils bureautiques type Pack Office (Word, Excel, Power Point, Outlook)
Savoir-faire	<ul style="list-style-type: none"> - Capacités d'analyse des situations d'urgence et de réactivité pour la résolution des difficultés rencontrées - Aptitude à l'expertise technique
Savoir-être	<ul style="list-style-type: none"> - Sens du travail en équipe - Capacité d'organisation - Rigueur, autonomie, esprit de synthèse et d'initiative - Discrétion professionnelle

Votre contact

judicael.laporte@ars.sante.fr
Ingénieur du génie sanitaire, responsable du département VSS –
01 69 36 71 38

Echéance

/

Avril 2018

Annexe 11 : Lettre de missions risque infectieux

Lettre de missions de Mme [REDACTED] relative à la thématique du risque infectieux

Tu as été désignée comme référente de la thématique risque infectieux au sein des établissements de santé (ES) et des établissements médicosociaux (EMS) afin de coordonner et d'animer les actions en lien avec cette thématique. Les deux grands champs à traiter s'articulent autour des EMS d'une part, et autour des ES d'autre part.

Etablissements médicosociaux

1 Mettre à jour l'annuaire des référents hygiène

En lien avec la Secrétaire administrative, il est demandé de mettre en place un système de remontée d'informations auprès de la DD ARS de la part des établissements pour indiquer tout changement au sein de leur référent hygiène. Tout changement signalé devra être pris en compte et intégré pour mise à jour de l'annuaire. Si un système de remontée n'est pas mis en place ce travail devra être mené au moins une fois par semestre.

2 Sensibiliser les établissements au document d'analyse du risque infectieux (DARI) et à la pertinence de l'auto-évaluation

Les EMS ont un travail à faire en trois étapes : leur autoévaluation (document du GREPPH), puis l'élaboration de leur plan d'actions et enfin la rédaction de leur DARI (trame basé sur le travail du Dr Mathé de l'EOH Les Magnolias). Le lien devra être fait avec l'EOH pour d'une part la sélection de 10 établissements du départements (pour arriver à 30 EMS suivis pour accompagner la mise en place du DARI) et d'autre part pour réaliser des points d'étapes afin de vérifier l'atteinte des objectifs de suivi des EMS. Un accompagnement plus particulier sera mené dans le cadre des formations par l'EOH à l'outil. Ces formations seront faites en petit groupe, l'ARS pourra participer à une session, et travailler en lien avec l'EOH sur un questionnaire de satisfaction.

3 Organiser une journée départementale avec les EMS

La journée à organiser aura pour but de rencontrer les établissements, de leur transmettre de l'information et d'échanger avec eux. Il faudra s'appuyer utilement sur l'EOH ainsi que sur des établissements moteurs dans la mise en œuvre de procédures un peu innovants qui pourront être sollicités comme intervenant. Pour les éléments organisationnels, la SA de la cellule pourra être sollicitée. Cette journée pourra être l'occasion de sensibiliser les EMS n'ayant pas encore fait la démarche, d'adopter et de s'approprier la méthodologie d'élaboration du DARI, mais aussi d'avoir un retour d'expérience sur sa mise en place ou sur la gestion complexe d'un cas ou encore sur le rôle de soutien de l'ARS dans la gestion de la gale ou la teigne en EMS, mais aussi de préconisation standard d'hygiène.

4 Traiter, investiguer, suivre et encourager les déclarations de gastro-entérites aiguës et d'infections respiratoires aiguës

Même si le traitement des signaux sera organisé en permanence, il conviendra de suivre les évolutions des déclarations et d'apporter un appui aux établissements d'une part, et d'autre part de les sensibiliser sur l'importance de la déclaration pour obtenir un soutien de l'ARS. Il s'agira également de les rassurer, et de rappeler que dans ce type de cas, l'Agence n'est pas là pour appliquer une sanction mais est plutôt là comme un soutien.

5 Réaliser un bilan de l'ensemble des actions et moments marquants de l'année pour valoriser le travail en interne de l'Agence

Etablissements de santé

1. Assurer une vigilance des signalements e-sin

Les signalements via e-sin sont réceptionnés par l'ARS, le CPIAS, Santé publique France et l'établissement lui-même. Ils font l'objet d'une première étude par le CPIAS. Celui-ci examine le signalement, prend contact avec l'établissement, et fait un retour des actions et de la situation à l'ARS. Si l'ARS a des questions sur le signalement, elle interroge le CPIAS en premier lieu. On évite de faire doublon en contactant aussi l'établissement. Par contre, sur demande d'appui coercitif de la part du CPIAS, l'ARS peut se rendre sur place et exiger la mise en place de plans d'actions pour résoudre la situation. Ce suivi plus spécifique est du ressort de l'infirmière. Si besoin, celle-ci peut être accompagnée par un inspecteur (IES, T3S, MISP, IARS, ...).

2. S'assurer de la bonne réalisation des rapatriements sanitaires

La gestion des rapatriements revient à la secrétaire administrative en premier lieu. En son absence, cette tâche revient à l'infirmière en charge de la thématique risque infectieux ou à l'infirmière présente, assurant la permanence. L'infirmière aura pour rôle de co-rédiger avec la SA ou de vérifier la procédure de gestion des cas à rédiger, ou en vérifier la cohérence si celle-ci est existante.

3. Mettre à jour l'annuaire des Equipes opérationnelles d'hygiène

En lien avec la Secrétaire administrative, il est demandé de mettre en place un système de remontée d'informations auprès de la DD ARS de la part des établissements pour savoir si ceux-ci ont tous un annuaire, et indiquer tout changement au sein de leur équipe. Tout changement signalé devra être pris en compte et intégré pour mise à jour de l'annuaire. Si un système de remontée n'est pas mis en place ce travail devra être mené au moins une fois par semestre. Par ailleurs, la demande devra être faite et encouragée, auprès des établissements sur la mise en place d'une boîte courriel générique.

4. Réaliser les bilans annuels d'activité de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé (BILAN LIN)

Chaque année l'ARS réalise les bilans annuels d'activité de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé. Ceux-ci sont réalisés sur 10 % des établissements de santé. Cela représente quatre établissements pour le département de l'Essonne. Pour mener à bien cette mission, le contrôle est segmenté sur plusieurs indicateurs :

- ICALIN (2) ou Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales évalue les moyens, l'organisation et les actions mis en place par les hôpitaux pour lutter contre les infections nosocomiales,
- ICALISO ou Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections du site opératoire, évalue les actions mises en place pour prévenir les infections qui peuvent survenir dans les suites d'une intervention chirurgicale,
- ICSHA ou Indicateur de Consommation des Solutions Hydro-Alcooliques concerne l'hygiène des mains. Il mesure la consommation de PHA dans les établissements de santé. Un objectif de consommation est fixé par le Ministère de la Santé en fonction de l'activité de l'hôpital (réanimation, chirurgie, long séjour...). L'indicateur est le rapport entre la

consommation effective de PHA par un hôpital et la consommation attendue pour cet hôpital. L'indicateur ICSHA s'exprime en pourcentage de la consommation attendue ;

- ICA-BMR ou Indice Composite de Maîtrise de la diffusion de Bactéries Multi-Résistantes évalue l'organisation et les moyens mis en place par l'hôpital pour lutter contre la diffusion des bactéries multirésistantes (BMR). ICA-BMR est voué à disparaître ;
- ICATB ou Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques évalue la politique mise en place par l'établissement pour préserver l'efficacité des antibiotiques.

Les résultats de cette évaluation sont donnés sous la forme d'un score (noté sur 20 ou 100 ou en pourcentage) et d'une classe associée qui situe l'établissement par rapport aux autres établissements de la même catégorie (centres hospitalo-universitaires, centres anti-cancéreux...) Pour chaque catégorie, les établissements sont répartis en cinq classes de performance de A à E :

- la classe A est composée des établissements ayant les scores les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance selon l'indicateur ;
- la classe E réunit les établissements ayant les scores les moins élevés. Ce sont les structures les plus en retard selon l'indicateur ;
- les classes B, C et D correspondent à des établissements en situation intermédiaire.

Ce travail se déroule de février à septembre généralement : de la sélection des établissements à la validation des bilans, en passant par la réalisation du contrôle qualité. Pour l'année 2018 (pour le bilan 2017) les deux indicateurs retenus sont ICALIN et ICALISO. Des points d'avancement devront être réalisés au cours des réunions de cellule organisées par le responsable de département.

5. Accompagner les établissements classés D ou E après le bilan LIN

Ce volet ponctue le travail mené dans le cadre des bilans LIN. Il conviendra de rechercher la ou les causes de la notation D ou E, selon les critères d'accompagnement du CPIAS, de faire améliorer la situation ainsi que de créer un contact pérenne au sein de la structure. Ce point 5 pourra ne pas être achevé au regard de la période de l'année à laquelle il est abordé.

Je te remercie de me rendre compte de toute difficulté que tu rencontreras dans la mise en œuvre de ces actions.

Annexe 12 : fiche de présentation projet de service

Fiche de présentation de la chefferie de département



Qui suis-je ? par ordre alphabétique

Judicaël : IGS* / Responsable de département – spécialité : le gâteau à l'ananas – depuis le 15 décembre 2014
* Ingénieur du génie sanitaire

Sur quoi je travaille ?

Mon travail quotidien est composé d'innombrables micro-tâches et de quelques macro-tâches dans le but de définir, promouvoir et mettre en œuvre la politique de l'ARS en matière de prévention et de gestion des risques sanitaires au sein de notre département voire région, favoriser la prise en compte de la santé environnementale dans les projets territoriaux, mais aussi assurer l'encadrement et le pilotage du département. Cela, afin d'assurer que chacun sache ce qu'il a à faire, qu'il ait les moyens humains (moyens contraints) et matériels de le faire, dans de bonnes conditions (dans la bonne humeur, on essaie). Enfin, j'ai en charge (mais pas tout seul dans mon coin) de piloter la gestion de situations particulières (clusters, pollutions graves,...) ainsi que la gestion de la réponse sanitaire face à une crise. En gros, je consacre l'essentiel de mon temps à faire en sorte que tout roule, que personne ne manque de rien, et que les questions trouvent des réponses, tout en gardant un œil et une main sur les dossiers !

Avec qui je travaille ? Les partenaires privilégiés

Je travaille énormément avec les Ingénieurs d'études, l'équipe de Veille et le secrétariat. Cela n'exclut bien sûr pas le fait que je puisse travailler quelques fois en lien direct et souvent échanger avec les autres agents du service, techniciens et secrétaire administrative. J'ai des échanges quasi quotidiens avec la Direction, sur des dossiers, des questions d'agenda en général. Au sein de la délégation, il m'arrive de travailler avec chacun de mes collègues responsables de département, cependant, le travail actuel sur les Contrats locaux de santé, fait que je travaille de plus en plus en collaboration avec le département Prévention et promotion de la santé.

A l'échelon départemental, je travaille le plus souvent en lien avec le Chef de l'Unité départementale de la Direction régionale et interdépartementale de l'environnement et de l'énergie, la Direction départementale des territoires (service habitat et rénovation urbaine et service Environnement principalement), la Direction départementale de la protection des populations, la Direction départementale de la cohésion sociale (Hébergement – logement ainsi que Jeunesse et sport), l'Education nationale et certaines entités des forces de Police (Hé oui !). A cela, on ajoute bien sûr certaines directions de la Préfecture et les membres du corps préfectoral et leurs services respectifs ou encore les services du Procureur.

Au niveau régional, les IGS travaillent souvent en réseau, ce qui fait que nous travaillons de manière collective sur certains sujets entre DD, ainsi qu'avec les départements Santé Environnement, Défense et sécurité et la Cellule régionale de veille, alerte et gestion des signaux sanitaires du Siège. On essaie en tout cas !

Avec quels outils ? Logiciels, matériels, avec une petite définition de ce que c'est, à quoi ça sert

Pas d'outils spécifiques mais des tableaux Excel dans tous les sens !

Le type de réunions auquel je participe ?

Au niveau départemental je suis membre du Comité de direction (CODIR) restreint. C'est l'instance d'échange, de réflexion (intelligence collective) et de décision de la Délégation. Il se tient toutes les deux semaines et réunit la Direction, le conseiller RH et les responsables de Départements. Le CODIR existe aussi en version élargi, il réunit l'ensemble des cadres de la DD. Il s'agit d'une instance à visée informationnelle, pour faire passer le même message, à l'ensemble des cadres, sur des sujets divers et variés, tous les deux mois environ. Côté préfecture, les réunions les plus fréquentes sont les séances du Conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques (CODERST), une fois par mois, qui est la commission spécialisée en compétence liée avec le Préfet sur l'évaluation des risques sanitaires, technologiques et environnementaux. De nombreux arrêtés sont pris après avis de ce Conseil. De temps en temps, il m'arrive de représenter le Délégué en Comités départementaux ou aux réunions des chefs de

Fiche de présentation de la chefferie de département

service animées par le Préfet.

Au niveau régional je participe essentiellement au Comité de pilotage Santé environnement (COPIIL SE), qui réunit l'ensemble des IGS – responsables SE de la Région et les responsables thématiques du Siège. Nous échangeons sur la stratégie, les harmonisations, les orientations, les modalités de travail, les bilans et objectifs de l'année... L'autre instance majeure est la Réunion VSS. Elle réunit cette fois, les responsables VSS des DD et du Siège, pilotée par la Directrice du pôle Veille et sécurité sanitaires. Là, on discute des sujets de Veille, Défense et sécurité et aussi SE, on profite pour faire les ponts entre les sujets des différents champs avec l'ensemble des acteurs.

Les périodes clés de l'année *Calendrier*

Janvier – Février : bilans et rapports en tout genre

Mars-mai : Evaluations professionnelles annuelles

Juin : Propositions de primes – dialogue de gestion

Octobre – décembre : évaluations de mi-parcours – Définitions des objectifs de travail de l'année à venir

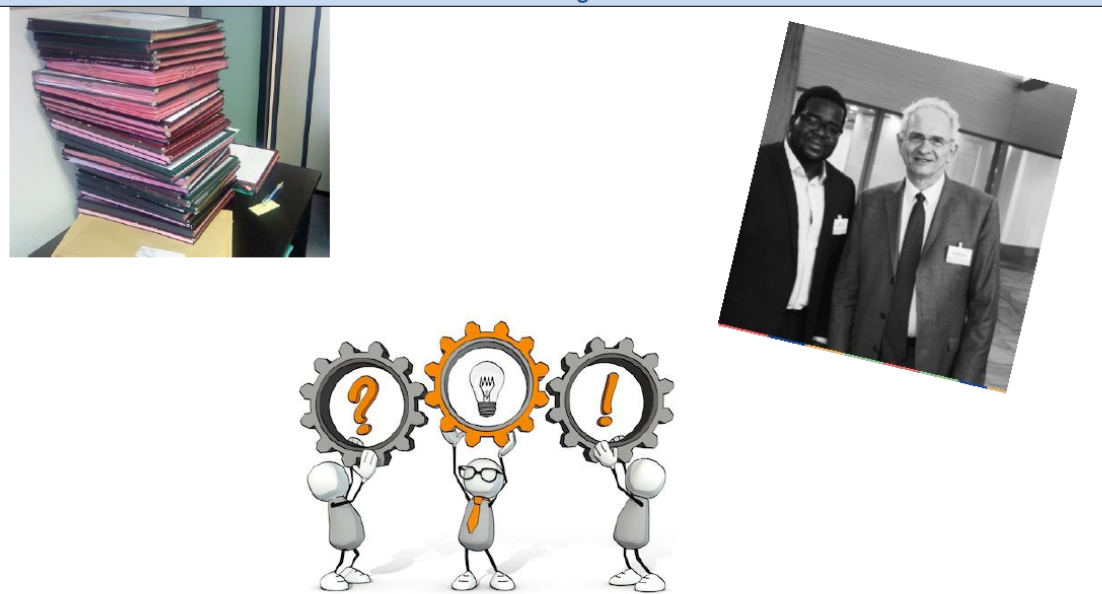
Quelques chiffres clés

35 courriels reçus par jour en moyenne

Cinq réunions par semaine en moyenne

22 agents au sein de VSS, issus de sept corps de métiers différents

En image



VSS MISSION CLS ~~IM~~POSSIBLE

Bonjour Monsieur LAPORTE,
Votre mission, si toutefois vous l'acceptez, consiste à faire contribuer le département VSS à la démarche des Contrats locaux de santé. Vous devrez choisir des agents à l'épreuve des EPA pour élaborer votre stratégie d'approche. Le Capitaine ABADON, du groupe d'intervention PPS, vous suppléera pour déverrouiller la clé de cryptage lors de la réunion de service du mois de juin.
Cela permettra à chaque participant de découvrir les principes et les enjeux de la démarche. Une fois formé, chacun deviendra un acteur des CLS d'une part, en tant qu'agent VSS, mais aussi et surtout en tant que citoyen ! La mobilisation collective est indispensable pour le bien de cette mission. Vous devrez m'en faire état. Dans le cas où vous ou un de vos agents désignés ne se mobiliserait pas, le DD nierait toute implication.
Bonne chance !
Cette affiche s'autodétruira dans ... 5 ... 4 ... 3 ... 2 ... 1 ...

**CHALLENGE
ACCEPTED**

Annexe 14 : tableau de priorisations (document de travail)

Missions	Durée - période	Réglementaire (oui/non)	En accord avec la révision des missions (oui/non)	Enjeux associés	Situation actuelle	Proposition de simplification / amélioration	Prioritaire (oui/non)	Niveau de priorité	Commentaires
Rédiger, mettre à jour (Veille) et appliquer les procédures relatives à la veille et la gestion des signaux sanitaires définies pour la région et adaptée à la cellule	Quotidien	Non	Non pertinent (NP)	Organisation - lisibilité de l'action - amélioration de la prise	IDE arrivée en décembre 2017 dans contexte tendu (absence médecin, autre IDE) - besoin de structuration de l'organisation	/	Oui	1	A mettre dans les 3 fiches de postes
Investiguer et/ou réaliser les enquêtes épidémiologiques notamment pour les MDO, maladies contagieuses, infections nosocomiales et autres signalements	Quotidien (mobilisation très variable selon nombre et nature des signaux reçus, des épidémies) Présence moustique tigre en Essonne= risque passage en niveau 1	Oui	Oui	Limiter les épidémies; informer les cas sur les risques potentiels ainsi que conseil de prévention	Période épidémique rougeole, légionellose, hépatite A, gale	Suggestion de ne plus rédiger les rapports d'investigations TIAC de manière systématique car chronophage	Oui	1	/
Participer aux réunions thématiques régionales (COPIL Plateforme VUS, avec le CPIAS, sur les thématiques suivantes : rétro-information aux signalants, SI-VSS) ;	Bimensuel	Non	Oui	Mieux coordonner les actions avec les partenaires externes et en interne à l'agence, surtout avec le passage en secteurs	Selon contexte (épidémie, harmonisation de pratiques, changement de procédures, d'outils,...), les réunions devraient s'intensifier dans le cadre de l'organisation des secteurs	Transfert de quelques réunions au médecin	Oui	1	/
Développer des projets d'animation territoriale à l'échelle du territoire essonnien voire régional	1 fois/an = organisation prend beaucoup de temps	non	?	Echange avec les partenaires : lutte contre les infections nosocomiales	Pas mis en œuvre	/	non	2	Ciblage signaux forts ou absence signaux Le CPIAS est en première ligne pour l'action mais on mène une veille active sur les signaux et une action de seconde ligne
Suivre la gestion des signalements d'infections liées aux soins dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (e-sin);	45 e-sin en 2017// 49 e-sin actuellement en 2018	non	NON	Lutte contre les IAS	Suivi effectué actuellement ???	/	OUI	1	

Organiser une journée départementale de prévention du risque infectieux en direction des collectivités : EHPAD, MAS, FAM, établissements scolaires et crèches.		Non	Oui	Echanger sur des thèmes prédéfinis avec l'ensemble des acteurs d'une filière sur les bonnes pratiques, un retour d'expérience, ou réaliser des mini-formations collectives	Recommandé par le siège d'en organiser, pas fait pour cette année, car période propice arrive après départ C Suarnet	/	Non	0	On vise octobre 2019, plutôt fin Bilan LIN
Sensibiliser les établissements au document d'analyse du risque infectieux (DARI) et à la pertinence de l'auto-évaluation.	3 à 4 sessions par an	Non	Oui	Permet de former tous les établissements à une même méthode, une même manière de réaliser leur DARI	Pas mis en œuvre, mais nécessaire pour être sûr que chaque établissement remplisse correctement son document, et l'utilise de la bonne manière pour réduire les risques infectieux	/	Non	0	A revoir avec Estelle
Organiser des sessions de formations annuelles (outil DARI) en lien avec la SA	3 à 4 sessions par an	Oui	Oui	Harmoniser les pratiques en formant les établissements au bon remplissage de l'outil DARI (cf ligne précédente)	Pas eu l'occasion de les mettre en œuvre pour le 1er semestre 2018, Mme Burgund non formée à l'heure actuelle, la référente Infections associées aux soins du siège sera absente	Charger le siège de ces formations	Non	0	
Développer des actions en lien avec le PROPIAS	/	Non	Oui	Limiter les risques infectieux au sein des établissements	Jamais mis en œuvre		Non	0	Ligne à supprimer éventuellement
Participer aux missions d'inspection en tant qu'expert (prévention des événements indésirables liés aux infections associées aux soins, ...), en lien en cas de besoin avec le service contrôle et sécurité sanitaire des milieux (légionelles, DASRI...) et assurer la rédaction de la partie du rapport ;	4 à 5 fois par an	Non mais ONIC	Oui	S'assurer que la réglementation et les préconisations standard sont correctement mises en œuvre. Si non, actions correctives et coercitives	Mme Suarnet a été sollicitée ... fois	Plus d'inspection, on ne respectera plus les ONIC très certainement	Non	2	2 à 3 par an, à définir par ciblage
Assurer le suivi des préconisations				Demande de mettre en place des corrections ou mise en demeure de faire non suivies	En lien avec ligne précédente		non		

Réaliser les contrôles sur pièces des documents de gestions du risque infectieux dans les EHPAD	Une trentaine de dossiers par an	Non	Oui	Le passage en CPOM fait que ces éléments de vérification de la conformité des pratiques à un enjeu fort de limiter le risque infectieux lié aux soins mais aussi à l'environnement des	Une dizaine de dossiers en attente, à voir pour que Mme Suarnet en traite la moitié avec des explications sur la marche à suivre	Transfert au médecin par rapport à ses compétences en risque infectieux	Non	0	Réduire voire supprimer en première intention, sauf que contraire à reco Cour des Comptes ... La prévention des risques et la sensibilisation au DARI pourraient affranchir de faire trop de contrôles
Valider (en collaboration avec le Médecin de veille), sur site ou sur pièces, les tableaux de bord de lutte contre les infections associées aux soins des établissements de santé ;	Non mis en œuvre à ce jour	Oui	Oui	limiter le risque infectieux lié aux soins mais aussi à l'environnement des locaux	Pas encore mis en œuvre pour les ES, car pas le temps de les faire pour le moment, si on ne demande ps aux ES de nous transmettre leurs documents, ils ne le feront pas	Transfert au médecin par rapport à ses compétences en risque infectieux	Non	0	A voir avec Estelle
Informier et suivre les rapatriements sanitaires	Deux fois par mois pour l'information entre une à trois fois pour le suivi	Oui	Oui	Limiter les infections associées aux soins de personne ayant été soignée à l'étranger	Activité reposant sur Mme Do Carmo principalement, cependant quand elle n'est pas là c'est à l'infirmière de s'en charger	Si absence Maria alors à gérer par la personne de permanence	Oui	pour informer : 1 si absence Mme Do Carmo, sinon 3 Pour le suivi : 3	
Participer à l'inspection contrôle du Plan de maitrise des Bactéries Hautement Résistantes élaboré par les établissements de santé	/	Non	Oui	Limiter le développement de BHR et leur prolifération	Jamais mis en œuvre	Aucune	Non	0	A voir avec Estelle
Mener des actions de sensibilisation au dépistage ou à la prévention environnementale (saturnisme, bruit, vaccination)	4 à 5 fois par an	Non	Oui	Réponse à la SNS	Des actions ont déjà été réalisées avec succès (une centaine de personnes à chaque fois) Contribution et actions à mener dans le cadre du CLS de Corbeil-Essonnes	Pas moyen de simplifier, c'est un échelon trop important mais trop souvent délaissé la prévention en santé environnementale	Oui	2	Pour sujets SE, sandrine en 1ère ligne Pour vaccination, Clémence, mais en lien avec PPS
Développer le travail partenarial en lien avec le Conseil départemental sur la thématique Légionelles	Travail développé en deux temps, sur environ deux mois	Non	Oui	Réduire les risques d'infections aux légionelles dans des établissements accueillant des personnes âgées (population cible de la légionellose) mais n'étant pas des établissements avec du soin.	Convention entre le service du CD et VSS réalisée, document rédigé et transmis aux RA pour réponse, examen des réponses. Depuis, en stand-by	Reprise que par T3S et IES soit abandon pur et simple du projet	Non	0	Le travail mené est en lien avec les sollicitations pour la Déclaration obligatoire

Apporter un soutien et une analyse à la SA si besoin, concernant les symptômes cliniques développés lors d'une infestation de chenilles processionnaires	Dizaine de signalements par an	Non	Oui	Apporter une réponse graduée et pertinente au public, impact sanitaire prouvé en lien avec les poils (réaction urticante à choc anaphylactique)	Sollicitation au cas par cas	Transfert traitement à Mme Do Carmo à acter	Non	0	/
Assurer la gestion des signaux environnementaux particuliers (ex : syndrome collectif inexpliqué, épidémie communautaire) ;	2 à 3 fois par an	Oui	Oui	Forte attente des services préfectoraux, municipaux et presse selon les cas, concerne souvent de jeunes personnes donc gestion stress et anxiété des interlocuteurs non négligeable	Pas de signalement en cours, cependant nous avons déjà eu à traiter des signaux d'ampleur en terme de nombre d'impliqués et de mobilisation politico-médiatiques	Mener plus d'action de prévention au sein des établissements scolaires, cela devrait engendrer moins de signalements	oui	1	/
Développer des actions de sensibilisation et d'amélioration de traitement de la situation pour les cas de gale/teigne, et participer à la gestion médiatique des événements si besoin	2 fois par an	Non	Oui	Dédramatiser autour de la maladie et mieux informer pour que les situations soient mieux gérées, et génèrent moins d'anxiété et de perte de temps	Pas réalisé, sollicitation par vague	/	A arbitrer		Pas d'action particulière
Analyser les DO de tuberculose afin de mettre en place des actions curatives dans les cas particuliers, en lien avec la SA	Une fois par mois	Oui	oui	Diminuer le nombre de cas particuliers de tuberculose, pouvant devenir des cas à risque	Mise en place d'un point mensuel avec le CLAT (<i>en sachant que le CLAT n'horore pas les rendez-vous, alors que c'était à leur demande</i>) et session formation prévue par le Dr Marthe-Rose sur les typologies de souches et infectiosité associée	A transférer au médecin ?!	oui	2	Attention, ne pas installer BK sur tous les postes, garder BK sur le poste de Maria uniquement
Participer, en cas de crise sanitaire à l'exécution des procédures et à la mobilisation des structures et des ressources humaines en lien avec les autres agents du service VGAS.	3 à 4 fois par an	Oui	Oui	Mobiliser l'ensemble des agents formés pour répondre au mieux à une situation sanitaire	Participation pour prise de contact auprès de communes ou établissements	Ce rôle reviendra surtout au médecin	Non	1	/
Contribuer aux inspections - contrôle dans les salons de tatouages / perçage et action de prévention	2 à 3 fois par an	Non mais ORIC	Oui	Faire connaître les risques liés aux tatouages, limiter les infections associées à l'effraction cutanée, améliorer la culture du signalement	Participation à une inspection. Proposition de 2 IC pour le PRIC	A maintenir, puisque de plus en plus de jeunes se font tatouer, cela devient un enjeu national de santé publique	Oui	2	/

LAPORTE

Judicaël

13/12/2018

INGENIEUR DU GENIE SANITAIRE

Promotion 2017/2018

Définition d'organisation et mise en place effective de l'équipe de la Cellule départementale de Veille, alertes et de gestion sanitaires de la Délégation départementale de l'Essonne

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP

Résumé :

Comme la plupart des Ingénieurs du génie sanitaire des délégations départementales de l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France je suis responsable de département Veille et sécurité sanitaires (VSS). Le suivi et le traitement des signaux sanitaires font partie des missions du département et sont gérés par une Cellule départementale de Veille, alertes et gestion sanitaires (CDVAGS), intégrée à VSS. Celle de la Délégation départementale de l'Essonne a connu des situations compliquées sur le plan des ressources humaines jusqu'à peu. Avec un enjeu managérial certain, il m'incombe de définir une organisation cohérente et de monter une équipe, répondant aux attentes réglementaires et territoriales, et s'inscrivant au sein d'un cadre régional, avec des personnes de profils différents.

Pour ce faire, j'ai mené un état des lieux de l'organisation départementale, mais aussi des organisations départementales différentes existant au sein de la région. Cet état des lieux a permis de comprendre les contours et limites de l'organisation régionale actuelle, et des réflexions de l'organisation future, ayant pour but la continuité régionale de la réponse dans la gestion des signaux avec des ressources optimisées. De là, j'ai réalisé une synthèse des missions devant être réalisées par la CDVAGS afin de définir une composition d'équipe et un découpage des tâches adéquats (moyens/missions). Une fois mise en place, j'ai fait un retour d'expérience, en lien avec l'équipe, relevé les évolutions qui ont nécessité et nécessitent des ajustements d'organisations ainsi que des pistes d'améliorations.

Mots clés :

Organisation - Cellule départementale de Veille, alertes et gestion sanitaires – signaux sanitaires - Equipe - Management - Optimisation des ressources humaines - Evolutions

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.