



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

**LA MISSION DE PRÉPARATION ET DE GESTION
DES CRISES SANITAIRES AU SEIN DES AGENCES
RÉGIONALES DE SANTÉ**

– Groupe n° 23 –

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| – Camille APFFEL | – Adrien OGER |
| – Philippe CHARRE | – Nabiha RAYCZAKOWSKI |
| – Charline DEFORGE | – Arnaud TETILLON |
| – Audrey DESHAIS | – Cyril VALLEE |
| – Philippe DESMESDT | – Guillaume VOLLE |
| – Mathias HOAREAU | – Xavier WAGNER |
| – Hélène MARSA | |

Animateur

- *Dr Christian BAILLY*

Sommaire

Introduction	1
1 L'organisation et le fonctionnement actuel des différents intervenants dans la crise sanitaire	4
1.1 Des acteurs pluridisciplinaires pour une gestion collective de la crise.....	4
1.1.1 Le niveau national	4
a) Le Ministère de l'Intérieur.....	4
b) Le Ministère de la Santé	5
c) La coordination entre les deux ministères	5
d) Les différentes agences nationales	6
1.1.2 Le niveau zonal	7
a) Le préfet de zone	7
b) L'ARS de Zone (ARSZ).....	8
c) Relations entre les différents partenaires.....	8
1.1.3 Le niveau opérationnel	8
a) Le préfet de département	9
b) Les ARS de la Zone.....	9
c) Les établissements sanitaires	10
d) L'articulation entre l'ensemble des acteurs opérationnels	10
1.2 La préparation et la gestion des crises sanitaires au sein des ARS : principes d'organisation stratégique et opérationnelle.....	11
1.2.1 L'organisation de la gestion de crise dans le secteur sanitaire	11
1.2.2 Le relais de l'action de l'EPRUS en matière de réserve sanitaire et de gestion des stocks stratégiques de l'Etat.....	12
1.2.3 L'harmonisation des volets sanitaires des différents plans.....	13
1.2.4 L'actualisation de la gestion des moyens de réponse des établissements de santé aux situations sanitaires exceptionnelles.....	13
1.2.5 La relance de la formation en la recentrant sur les établissements de santé	13
1.2.6 La consolidation du dispositif de défense et de sécurité	14

2	La gestion des crises sanitaires à l'heure des ARS : point de vue des acteurs et perspectives	17
2.1	La gestion du risque médiatique.....	17
2.2	La pertinence de l'Information	18
2.3	L'enjeu majeur : une planification coordonnée et efficiente.....	18
2.4	L'articulation avec la formation comme outil de coopération	20
2.5	La coordination entre les acteurs comme enjeu de la réussite de gestion de crises sanitaires.....	22
2.5.1	La coordination entre les ARS de Zones et les Préfectures de Zones.....	22
2.5.2	La coordination entre les ARS de Zones et la ou les autres ARS de la Zone	23
2.5.3	La coordination entre les ARS et les Préfectures.....	24
2.5.4	La coordination entre les ARS et les Etablissements de Santé	24
	Conclusion.....	25
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes	IV

Remerciements

Tous nos remerciements vont vers Monsieur le Docteur BAILLY, Conseiller Sanitaire de la Zone de Défense Ouest, animateur du groupe de travail sur la mission de préparation et de gestion des crises sanitaires au sein des agences régionales sanitaires. Nous avons tous apprécié sa pédagogie et sa disponibilité.

Nous remercions également Monsieur SCHWEYER et Madame GUEVARA, organisateurs du Module Interprofessionnel de Santé Publique.

Nous tenons à remercier vivement les personnes ayant accepté de contribuer à notre réflexion par voie d'entretien :

- Monsieur AVARO, Directeur adjoint de l'Etablissement Public de Réponse aux Situations d'Urgence Sanitaire (EPRUS).
- Monsieur le Colonel BEAUCHESNE, Adjoint du Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité, pôle protection, sécurité, défense.
- Monsieur BOUIX, Chef du Service Interministériel de Défense et de Protection Civile de la Préfecture d'Indre et Loire.
- Madame le Docteur CHAZALON, Chargé des dossiers des crises sanitaires. Direction de la Santé Publique. Agence Régionale de Santé de Basse Normandie.
- Monsieur le Docteur CHOULET, Médecin référent NRBC, Centre Hospitalier de Montélimar, Zone de défense Sud Est.
- Monsieur le Docteur COTTRELLE, Chargé du pôle sanitaire. Direction de la Santé Publique. Agence Régionale de Santé Haute Normandie.
- Madame le Docteur DURAND, Directeur de la Santé Publique. Agence Régionale de Santé Rhône Alpes.
- Monsieur le Docteur DUVAUX, Adjoint du Directeur général, Agence Régionale de Santé Pays de la Loire.
- Monsieur le Docteur GENTILE, Conseiller Sanitaire de Zone, Responsable du Département de Défense et de Sécurité, Agence Régionale de Santé Ile de France.
- Monsieur KELLER, Directeur de la Santé Publique et environnement. Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon.
- Madame LOUIS-BURLAT, Coordinatrice Générale des Soins. Centre Hospitalier de Montélimar.

- Monsieur MANCIET, Chef du Service Interministériel de Défense et de Protection Civile de la Préfecture du Maine-et-Loire.
- Monsieur MARTIN, Chargé de la planification. Etat-major Interministériel de la Zone de Défense Ouest.
- Monsieur le Colonel MENE, Chef de l'Etat-major Interministériel de la Zone de Défense Sud.
- Monsieur MICHEL, Directeur du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis.
- Monsieur PASNON, Responsable Cellule Régionale de Défense et de Sécurité. Agence Régionale de Santé du Centre.
- Monsieur le Docteur PRISSE, Chargé de mission. Comité National de Pilotage des Agences Régionales de Santé.
- Monsieur SALICIS, Adjoint de l'unité organisation et planification au sein du Département des Urgences Sanitaires. Direction Générale de la Santé.
- Monsieur VRAND, Attaché d'Administration Hospitalière, Direction des pôles et Activités Site MCO. Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis.
- Monsieur le Docteur WIEGANDT, Responsable de la Cellule Régionale de Défense et de Sécurité. Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon.

Liste des sigles utilisés

AIV : Activité d'Importance Vitale

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

AQSSI : Autorité Qualifiée pour la Sécurité des Systèmes d'Information

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ARSZ : Agence Régionale de Santé de Zone

CCS : Centre de Crise Sanitaire

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIC : Cellule Interministérielle de Crise

CIRE : Cellule Interrégionale d'Epidémiologie

COD : Cellule Opérationnelle Départementale

COGIC : Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises

CORRUSS : Centre de Réception et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales

COZ : Centre Opérationnel de Zone

COZr : Centre Opérationnel de Zone Renforcé

CRA : Cellule Régionale d'Appui (également nommée Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage, CRAP)

CRDS : Cellule Régionale de Défense et de Sécurité

CSZ : Conseiller Sanitaire de Zone

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

CZA : Cellule Zonale d'Appui

CZDS : Conseiller de Zone de Défense et de Sécurité

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DG ARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

DG ARSZ : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Zone

DGS : Direction Générale de la Santé

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DSP : Département de la Santé Publique

DT : Délégation Territoriale (des Agences Régionales de Santé)

DUS : Département des Urgences Sanitaires

EMIZDS : Etat-major Interministériel de la Zone de Défense et de Sécurité

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2012

EPRUS : Etablissement Public de Réponse aux Situations d'Urgence Sanitaire

ES : Etablissement de Santé

ESR : Etablissement de Santé de Référence

HFD : Haut Fonctionnaire de Défense

HFDS : Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

NRBC : Nucléaire, Radiologique, Bactériologique et Chimique

OIV : Opérateur d'Importance Vitale

ORSEC : Organisation de la Réponse De Sécurité Civile

PCA : Plan de Continuité des Activités

PDS : Préfet Délégué à la Sécurité et à la Défense

PRS : Projet Régional de Santé

RETEX : Retour d'Expériences

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SGDSN : Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale

SIDPC : Service Interministériel de Défense et de Protection Civile

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SRP : Schéma Régional de Prévention

SZDS : Service Zonal de Défense et de Sécurité

A v a n t - p r o p o s

Afin de mener à bien cette étude, la démarche retenue peut se diviser en trois temps. Chaque étape correspond à trois périodes de trois jours étalées sur autant de semaines. Le respect du délai de réalisation dans une période courte a nécessité une organisation rigoureuse.

Ainsi, en premier lieu, une étude des documents fournis nous est parue nécessaire afin de s'approprier les grandes lignes du sujet. Ces documents ont été complétés par des recherches annexes effectuées à la bibliothèque de l'EHESP, ainsi que par des prospections informatiques. Dans le même temps, un calendrier prévisionnel d'entretiens physiques et téléphoniques a été établi. Ces contacts ont été ciblés par l'animateur et complétés par une recherche émanant du groupe.

En second lieu, le groupe de travail s'est réparti les missions. L'un est resté à Rennes afin de mener les entretiens téléphoniques ainsi que la coordination des travaux. Les différents sous-groupes mobiles étaient chargés, quant à eux, de recueillir des points de vue d'acteurs de terrains basés sur des différentes zones de défense en s'appuyant sur des grilles d'entretiens préalablement établies.

Dans un troisième temps, un travail d'analyse des entretiens suivi de la rédaction du document de synthèse a été réalisé par l'ensemble du groupe. L'option choisie fut de se diviser le travail de rédaction par sous-parties en garantissant l'inter-filiarité. Enfin, un comité de lecture s'est chargé d'assurer la cohérence du document.

Au niveau organisationnel, un référent logistique a été désigné afin de faciliter les démarches administratives liées aux autorisations de déplacements. Par ailleurs, il avait pour mission d'assurer le lien avec M. BAILLY, animateur du groupe. Cette méthodologie s'est imposée naturellement et nous a permis d'appréhender le thème de la préparation et de la gestion des risques ainsi que la culture des différentes filières représentées.

Introduction

A l'issue des principales crises sanitaires dont l'affaire du sang contaminé (1986-1988), celle de l'hormone de croissance (1985-1986), puis de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) en 1996, une prise de conscience des limites des mécanismes existants s'était traduite par la promulgation de dispositions législatives accompagnant notamment la naissance des agences sanitaires. Ultérieurement, des crises telles que les attentats de 2001 ou la canicule de 2003 ont souligné la nécessité d'une politique globale de veille et de gestion sanitaire, prise en compte par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Toutefois, ce système a montré ses limites avec la pandémie grippale de 2009-2010, ce qui a conduit à des réajustements.

L'occurrence des crises sanitaires auxquelles est soumise la société incite à s'interroger sur leur genèse. En effet, ces ruptures d'équilibres, ou « réalisation de situations exceptionnelles », présentent un double aspect à la fois « évènementiel », concernant la nature de l'évènement déclencheur et l'analyse de ses conséquences, et « processuel »¹, en raison de leur gestation et de la dynamique de leur développement.

La veille sanitaire qui se caractérise par la réception, l'analyse et le traitement des alertes sanitaires ainsi que par un retour d'informations aux acteurs de santé régionaux, doit être différenciée, tout en étant complémentaire, de la politique de préparation et de gestion des crises sanitaires.

La notion de crise n'est pas univoque et les textes suggèrent plusieurs acceptions, dont la situation exceptionnelle, la crise et la crise majeure. Pour certains, la situation exceptionnelle relève d'un événement inattendu, alarmant et qui nécessite des moyens supplémentaires sans pour autant échapper au contrôle. L'Agence Régionale de Santé du Centre estime qu' « une crise sanitaire est une situation exceptionnelle qui ne peut pas être gérée sans remettre en cause l'organisation générale des services ».² La crise majeure, quant à elle, renvoie aux éléments évoqués dans la circulaire du Premier Ministre du 2 janvier 2012 sans qu'une définition précise n'en soit proposée.

¹ ROUX-DUFORT Christophe, *La gestion de crise* Editions De BOECK – Belgique 2004

² ARS du Centre -<http://www.ars.centre.sante.fr/Veille-sanitaire>

Les sciences sociales proposent d'autres éléments de définition. Pour Patrick LAGADEC³, la crise se caractérise par les 5D, à savoir : déferlement, débordement, divergences, déstabilisation, décredibilisation. Longtemps et en raison de l'effet de surprise, les crises ont été subies, non gérées et encore moins anticipées. Elles revêtent désormais une ampleur spatiale et connaissent une accélération de leur survenue.

Face à cette propagation ainsi qu'au regard des incidences sociales et économiques, après analyses et interprétations des facteurs de crise, les décideurs ont dû mettre en place des stratégies. Ces mesures ont nécessité une organisation et une coordination alliant à la fois une concentration des pouvoirs décisionnels et une décentralisation des moyens opérationnels en tenant compte de la gestion de l'information. En effet, outre les risques traditionnels, la crise induit des risques liés à la communication que sont les risques médiatiques et le « risque d'opinion ». Suite à l'effet de surprise et à la panique, le système d'information fonctionne dès lors en situation dégradée⁴.

Plusieurs réformes récentes de l'administration ont permis un maillage des structures afin de répondre aux nouveaux défis, tant au niveau national que zonal, régional et départemental. Ainsi en est-il du dispositif porté par la circulaire du 31 décembre 2008 relative à l'organisation de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires, qui précise les responsabilités des différents acteurs intervenant dans la préparation et la gestion des crises sanitaires.

La loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) du 21 juillet 2009 a également mis l'accent sur la qualité et la sécurité sanitaire et introduit notamment les conditions de la mobilisation de la réserve sanitaire, les départements ou zones de défense concernés et l'autorité d'affectation.

D'autres textes majeurs ont été publiés en 2010. Ainsi, dans le contexte établi par la loi HPST, la circulaire du 24 mars 2010 a déterminé les relations entre les préfets et les ARS, dans le cadre de mesures transitoires. Deux décrets du 4 mars 2010 ont défini, pour le premier, les prérogatives dévolues aux préfets de zone de défense et de sécurité et, pour le second, les attributions des préfets délégués et les dispositions particulières à la ville de Paris et aux collectivités à statut particulier.

³ LAGADEC Patrick, *Communication de crise, communication en crise* inégalités Risque et société, Gif-sur-Yvette, Editions Nucleon 1999

⁴ DOOR J.-P., BLANDIN M.C., *Mutation des virus et gestion des pandémies. L'exemple du virus H1N1*, rapport parlementaire, OPESCT, Assemblée Nationale (N° 2314) et Sénat (N° 307), 2010

La circulaire du 30 mars 2010 a, quant à elle, déterminé les missions de défense et de sécurité des ARS. Ces dernières, créées à compter du 1^{er} avril 2010, ont vu leurs attributions ainsi que leurs principes d'organisation et de fonctionnement précisés dans la note du 20 avril 2010 relative à la veille et à l'urgence sanitaires. La note du 17 juin 2010 précise, quant à elle, la relation entre les ARS et le niveau national dans le cadre d'alertes sanitaires.

La loi Fourcade du 10 août 2011 modifie et précise les modalités de mise en œuvre de la réserve sanitaire. Afin de concrétiser les modes de coopération entre les Ministères de l'Intérieur et de la Santé, plusieurs protocoles ont été signés, notamment entre les préfets de zone, les préfets de département et les Directeurs généraux des ARS⁵.

Il est à préciser que l'instruction du 2 novembre 2011 relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé, est intervenue plus de dix-huit mois après la création des ARS. Cette appropriation tardive par certaines institutions de la mission de préparation et de gestion des crises sanitaires soulève plusieurs interrogations à mettre en relation avec différentes évolutions des mœurs et du système de santé en général : l'apparition progressive d'une culture sanitaire et la recherche d'un équilibre entre les problématiques concernant l'offre de soins et la gestion des crises ; la prise de conscience après le 11 septembre qu'une crise ne peut être gérée uniquement au niveau national, qu'elle nécessite une implication des tous les acteurs à tous les échelons et donc une nouvelle organisation institutionnelle. Autant d'évolutions et de questions qui font de l'évaluation des dispositifs existant, dans un contexte où le principe de précaution est devenu la pierre angulaire de la sécurité sanitaire, un enjeu essentiel pour l'avenir.

Pour répondre à ces enjeux liés aux crises sanitaires, il y a donc lieu de s'interroger sur l'efficacité du dispositif de préparation aux urgences sanitaires et sur la capacité du système à gérer les futures crises sanitaires, au sein des ARS.

Le travail sera divisé en deux grandes parties : une première partie consacré à un descriptif assez détaillé des instances qui s'articulent autour de cette thématique et des règles les régissant. Une seconde partie qui s'accordera à exposer la réalité du terrain et à en discuter les réflexions pour approcher quelques propositions éventuelles d'amélioration.

⁵ Circulaire du 2 novembre 2011

1 L'organisation et le fonctionnement actuel des différents intervenants dans la crise sanitaire

1.1 Des acteurs pluridisciplinaires pour une gestion collective de la crise

La gestion des crises sanitaires, comme toute politique publique, s'organise via différents acteurs dont l'intervention se délimite à un territoire défini et des missions déterminées. Ainsi, on retrouve le niveau national, le niveau zonal, le niveau régional et le niveau départemental.

1.1.1 Le niveau national

Le Code de la Défense précise que « chaque ministre est responsable, sous l'autorité du Premier Ministre, de la préparation et de l'exécution des mesures de défense et de sécurité nationale incombant au département dont il a la charge »⁶. Concernant les crises sanitaires majeures, le pivot de l'organisation est le Ministre de l'Intérieur qui est chargé de l'anticipation et du suivi des crises susceptibles d'affecter la sécurité ou l'ordre publics⁷. Le Ministère de la Santé est, quant à lui, toujours partie prenante dans la gestion d'une crise sanitaire. Cette implication est légitimée par l'origine sanitaire de l'évènement propre au domaine de la santé (épidémie, exposition, etc.) ou par les impacts sur la santé d'un évènement extérieur (catastrophes naturelles, attentats, etc.). De ce fait, une gestion transversale des crises entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur s'opère en particulier à travers la constitution d'une cellule de crise conjointe afin d'apporter une réponse efficace et complète aux attentes du citoyen.

a) Le Ministère de l'Intérieur

Le Ministre de l'Intérieur agit par délégation du Premier Ministre et de son Secrétariat Général à la Défense et à la Sécurité Nationale (SGDSN)⁸. Appuyé par un Haut Fonctionnaire de Défense (HFD), il s'assure de la transposition des plans gouvernementaux aux différents échelons territoriaux via son interlocuteur privilégié, le préfet de zone⁹.

⁶ Article L-1141-1

⁷ Article L-1142

⁸ Circulaire n°5567/SG relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures

⁹ Le cadrage de leurs relations s'opère via les décrets n°2010-224 et 2010-225 du 4 mars 2010

Si la situation sanitaire le justifie, au sens de la circulaire n°5567/SG, une cellule de crise est constituée via le Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises (COGIC). Le COGIC est un outil unique pour coordonner l'ensemble des moyens humains et matériels, locaux et nationaux, publics et privés. De plus, il propose, prépare et coordonne les moyens d'intervention. Il est composé d'une trentaine de cadres renforcés par des représentants, en cas de besoin, de l'ensemble des ministères concernés.

b) Le Ministère de la Santé

Le code de la Défense dispose que le Ministre de la Santé est « responsable de l'organisation et de la préparation du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires graves (...). Il participe à la planification interministérielle sur le volet sanitaire »¹⁰.

Depuis la loi HPST et la loi Fourcade, le Ministère de la Santé s'organise de façon bicéphale autour du Haut Fonctionnaire de Défense et Sécurité (HFDS), assisté de deux adjoints (l'un à la sécurité de défense et l'autre à la défense et sécurité sanitaire) et de la Direction Générale de la Santé (DGS) via le Département des Urgences Sanitaires (DUS). Le DUS intègre notamment au sein de ses services une « Unité Organisation Planification » et une « Unité Alertes et Réponses », preuve d'une volonté d'articulation avec les missions de veille et de sécurité sanitaire.

En cas de crise sanitaire, des cellules de crises sont mises en place via le Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales (CORUSS), sous l'autorité du DUS, aboutissant, comme lors de l'épidémie AH1N1 de 2009, à la constitution d'un Centre de Crise Sanitaire (CCS) spécifique dédié à la gestion de l'épidémie.

c) La coordination entre les deux ministères

L'articulation entre les deux ministères prend forme au sein de la Cellule Interministérielle de Crise (CIC)¹¹. Sous la responsabilité du Premier Ministre, la CIC fixe les priorités et les contraintes majeures, les objectifs à atteindre ainsi que les stratégies de communication.

Une centralisation puis une analyse des remontées d'information, une conception des différents scénarii et une coordination intergouvernementale permettent de tendre vers

¹⁰ Article L-1142-8

¹¹ Circulaire n°5567/SG de 2012

les objectifs de la CIC. De plus, des évaluations et des points de situation réguliers sont établis.

L'ensemble des ministres concernés par la crise sanitaire participe à la CIC, garantissant ainsi la coordination de l'action gouvernementale. L'articulation entre les deux ministères passe non seulement par la CIC mais aussi par une communication triangulaire entre CCS-COGIC-CORRUSS. La mise en place régulière d'exercices de simulation permet de juger de l'efficacité de cette articulation.

d) Les différentes agences nationales

Leur intervention auprès des structures étatiques se fonde sur le principe de séparation de l'expertise, de l'évaluation et de la gestion, principe issu des diverses expériences vécues dans les années 1980 (sida, amiante, hormone de croissance, etc.).

Au sens strict du terme de « sécurité sanitaire », quatre agences peuvent être mises en avant sur les dix agences sanitaires existantes : l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et l'Etablissement Public de Réponse aux situations d'Urgence Sanitaire (EPRUS). Cette dernière agence, créée en 2007¹², appelle une présentation plus fine au vu de notre problématique.

L'EPRUS peut être qualifié d'agence à vocation transversale. Concernant son organisation, l'EPRUS se trouve sous tutelle de la DGS via le DUS. L'essentiel de leurs relations se situe au niveau des ARS de zone et sont définies par des convention-cadres, en cours de signature pour certaines zones, comme exigé par l'instruction du 2 novembre 2011. Néanmoins, des liens « culturels » avec le Ministère de l'Intérieur existent puisque le Directeur actuel de l'EPRUS est issu du corps préfectoral.

Ses missions principales sont d'assurer la logistique en termes de matériels, de consommables, de vaccins, d'élaborer des référentiels de formation et d'organiser la réserve sanitaire. Il apporte donc à l'Etat une expertise logistique quant à l'élaboration des plans et une mise à disposition de moyens humains. Concernant ce dernier point, il apparaît que l'EPRUS dispose aujourd'hui de 6000 volontaires, principalement des médecins et des infirmiers, qu'il peut répartir en fonction des besoins¹³. Toutes les décisions de cet

¹² Décret 1273 du 27 août 2007 relatif à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur

¹³ La constitution de cette réserve est récente. Plus de 3000 professionnels auraient rejoint le dispositif récemment, suite à une première campagne de communication sur les chaînes de la TNT. Une seconde campagne doit cibler des sites Internet.

établissement sont soumises à validation du Ministère de la Santé. L'EPRUS participe à l'ensemble des exercices nationaux et souhaiterait étendre son intervention au niveau zonal, voire au niveau opérationnel.

1.1.2 Le niveau zonal

L'organisation territoriale de la défense se divise en sept zones sur l'Hexagone (Nord, Est, Sud-Est, Sud, Sud-Ouest, Ouest et Paris)¹⁴. Il est à noter que les zones ne sont pas uniformes au niveau du territoire couvert, puisque la Zone Ouest couvre vingt départements alors que la Zone Nord en compte seulement cinq. Par ailleurs, l'organisation territoriale Outre-Mer regroupe cinq Zones (Polynésie Française, Océan Indien, Nouvelle-Calédonie, Antilles et Guyane).

Tout comme le niveau national, l'échelon zonal se caractérise par une étroite collaboration entre deux entités : le préfet de zone et l'Agence Régionale de Santé de Zone (ARSZ), eux-mêmes en lien avec leur niveau national respectif et leurs correspondants territoriaux.

a) Le préfet de zone

Le préfet de zone est le Préfet de la région siège de la zone de défense. Sous l'autorité du Ministre de l'Intérieur et indirectement du Premier Ministre, le préfet de zone a pour responsabilité la gestion des crises et des mesures non militaires de défense¹⁵.

A ce titre, il élabore et arrête les différents plans nécessaires à la mise en œuvre de ces mesures. Il assure la répartition, sur le territoire de la zone, des moyens des services de défense et sécurité civiles et des moyens des forces armées mis à disposition par voie de réquisition ou de concours. Il organise également des exercices d'origine zonale. Enfin, il coordonne l'action des préfets de département, ainsi que celle des délégués de zone¹⁶, en ce qui concerne les mesures de défense non militaire.

Pour assurer ses missions, le préfet de zone est secondé sur le territoire par un Préfet Délégué à la Sécurité et à la Défense (PDSD) et par un Etat-Major Interministériel Zonal de Défense et de Sécurité (EMIZDS).

14 Décret n°2000-555 du 21 Juin 2000 mis en application par l'arrêté du 28 juin 2000

15 Décret n°2010-224 du 14 mars 2010

16 Les délégués de Zone sont les responsables zonaux des administrations de l'Etat, répondant auprès du préfet de Zone, de la préparation et de la gestion des crises dans leur administration. Le DRASS était délégué de Zone santé et affaires sociales. Le DG de l'ARS de Zone remplit aujourd'hui un rôle assimilé sur le plan santé : il « assiste » le préfet de Zone.

En cas de crise sanitaire, un Centre Opérationnel de Zone renforcé (COZr), c'est-à-dire une cellule de crise avec incorporation de personnels issus de l'ARS de Zone, est mis en place.

b) L'ARS de Zone (ARSZ)

Le Code de Santé Publique dispose que l'ARSZ est celle du chef-lieu de zone¹⁷. Ses missions sont précisées par l'instruction du 2 novembre 2011 au travers de ses six annexes. Ainsi, le DGARSZ adapte la politique souhaitée par le HFDS au niveau zonal, coordonne l'action de l'ensemble des ARS situées sur son territoire, relaye l'action de l'EPRUS, assure le lien avec l'Etablissement de Santé de Référence (ESR) et assiste le préfet de zone dans la gestion de crise¹⁸.

Le DGARSZ s'appuie sur le Service Zonal de Défense et de Sécurité (SZDS), composé principalement de deux conseillers : le Conseiller de Défense et de Sécurité de Zone (CDSZ) et le Conseiller Sanitaire de Zone (CSZ).

Si la situation sanitaire le justifie (ouverture du COZr à l'EMIZDS par exemple), l'ARSZ met en place une Cellule Zonale d'Appui (CZA). La note du 24 mars 2010, complétée par l'instruction du 2 novembre 2011, prévoit sa mise en place.

c) Relations entre les différents partenaires

La coordination interministérielle est assurée par la CIC, comme vu précédemment. Ainsi, les mêmes directives redescendent au niveau zonal, aussi bien du côté préfectoral que du côté sanitaire. Au niveau de la collaboration horizontale sur le territoire zonal, celle-ci s'organise autour d'un protocole signé entre le préfet de zone et le DGARSZ qui définit les modalités de coopération entre les deux acteurs.

Le Service Zonal de Défense et de Sécurité coopère avec le PDSD via des audiences mensuelles, en parallèle des différentes réunions techniques. Par exemple, pour la Zone Ouest, cette organisation est effective depuis 2010.

1.1.3 Le niveau opérationnel

La déclinaison territoriale de l'action gouvernementale est menée par le préfet de département en lien avec les services régionaux de l'ARS et les différents établissements sanitaires dont les ESR.

¹⁷ Articles L-1435-2 et R-1435-7

¹⁸ Article R-1311-25 du Code de la Défense

a) Le préfet de département

Au même titre que le préfet de zone, le Préfet de département dispose de nombreuses prérogatives relatives à la gestion des crises sanitaires. Ceci illustre la volonté du Ministère de l'Intérieur d'intervenir dans l'ensemble des crises que peut connaître le territoire français. Le préfet de département demeure donc le garant du maintien de l'ordre public et de la sécurité des populations.

A ce titre, au travers de son Service Interministériel de Défense et de Protection Civile (SIDPC), il est le relais de la stratégie dégagée en EMIZDS. Il s'appuie en cas de crise sur une Cellule Opérationnelle Départementale (COD) composée par des membres de son équipe et des représentants de l'ensemble des services déconcentrés concernés. Le COD bénéficie de moyens matériels spécifiques utilisables à tout moment.

b) Les ARS de la Zone

Du fait de leur emplacement stratégique, à l'intersection du Ministère de la Santé, des Préfectures, des établissements sanitaires et de l'ARSZ, les ARS se voient confier une grande variété de missions. Il s'agit d'informer le préfet départemental sur la situation sanitaire (impact prévisible, actions en cours, moyens déployés, etc.), de le conseiller sur la stratégie à privilégier et sur la conduite des actions à mener.

Pour cela, l'ARS s'organise autour d'une plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires composée de la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaires (CVAGS) et de la Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie (CIRE). En parallèle, la Cellule Régionale de Défense et de Sécurité (CRDS) est chargée de préparer la planification, de faire appliquer les mesures de protection de la défense nationale et de participer avec la CVAGS au COD.

Si la situation le demande, une Cellule Régionale d'Appui (CRA) est composée afin d'assurer un rôle d'expertise et d'animation au profit du COD. Il est à noter que cette CRA peut être située au niveau des Délégations Territoriales (DT) pour certains territoires importants en termes de densité de population, comme c'est le cas en région Provence-Alpes Côte d'Azur.

En interne, les différentes directions métiers de l'ARS se trouvent impliquées par toute crise sanitaire du fait de la mise à disposition des différents personnels au sein de la CRA, mais aussi par l'impact de la réorganisation de l'offre de soins.

c) Les établissements sanitaires

Dans chaque zone de défense, un ou deux Etablissements de Santé sont désignés comme Etablissements de Santé de Référence (ESR)¹⁹. Ils constituent les éléments clés du dispositif de réponse avec les autres Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Centres Hospitaliers (CH). L'activation du Plan Blanc par le Directeur d'hôpital et du Plan Blanc Elargi à l'initiative du préfet départemental permet de répondre à une crise départementale (épidémie, pollution, nombreuses victimes, etc.) en organisant les modalités de prise en charge et le dispositif d'offre de soins. Les ESR ont un rôle permanent de conseil et de formation et, en cas de situation sanitaire exceptionnelle, ils peuvent assurer une mission de coordination ou d'accueil spécifique²⁰. L'ensemble de leurs missions est précisé à l'article R.3131-10 du Code de Santé Publique.

d) L'articulation entre l'ensemble des acteurs opérationnels

Du fait de la position centrale des ARS dans le dispositif de gestion des crises sanitaires, il convient de différencier les relations entre les différents échelons de chaque ministère.

Ainsi, entre les échelons zonal et opérationnel, les relations entre l'Intérieur ou la Santé sont encadrées par des protocoles de coopération, comme c'est le cas depuis le 30 septembre 2010 pour la Zone Ouest et le département d'Ille-et-Vilaine. En cas de crise, les relations sont renforcées via une communication étroite entre CZA et CRA d'une part et entre ces cellules santé et leurs correspondantes en Préfecture d'autre part (COD et COZr).

Concernant les relations avec l'ensemble des partenaires qui interviennent dans la politique de gestion des crises sanitaires, des protocoles et des conventions sont mis en place. Les protocoles délimitent ainsi le champ d'action de chaque acteur, les prérogatives de chacun et les circuits de communication. La collaboration entre ARS et Préfecture se doit d'être cadrée afin de répondre au plus vite et de la façon la plus efficace à une situation d'urgence. Ainsi, même si un décalage « territorial » est observé entre un préfet départemental et des services sanitaires régionaux, des relations étroites entre les deux sont observées notamment entre COD et CRA. Des membres de l'ARS peuvent alors être mis à disposition du préfet et siéger en COD afin d'apporter une analyse et des propositions.

Les établissements sanitaires s'intègrent aussi dans cet environnement avec la validation des Plans Blancs par le DGARS, qui rédige par ailleurs le Plan blanc élargi pour

¹⁹ Dix CHU sont nommés ESR en France métropolitaine

²⁰ Article 3110-9 Code de la Santé Publique

le préfet de département. De plus, les ESR, qui travaillent en relation étroite avec les ARSZ, sont susceptibles d'être appelés en tant qu'assistants techniques à l'EMIZDS essentiellement pour les risques NRBC.

1.2 La préparation et la gestion des crises sanitaires au sein des ARS : principes d'organisation stratégique et opérationnelle

Les préfets de zone et de département dans le cadre de la préparation et de la gestion des crises sanitaires travaillent en étroite collaboration avec les ARS. Afin de faciliter les échanges, un protocole définissant les modalités de coopération est signé entre le préfet de zone de défense et de sécurité et le DG de l'ARS de Zone, ainsi qu'entre le préfet de département et le DG de l'ARS correspondante.

Pour la mise en œuvre opérationnelle de la gestion des crises sanitaires, l'ARS s'appuie sur l'instruction du 2 novembre 2011 relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé. Cette dernière s'articule autour de six principales missions. Il s'agit de :

- Organiser la gestion de crises dans le secteur sanitaire
- Relayer l'action de l'EPRUS au niveau territorial
- Harmoniser les volets sanitaires des plans de réponse
- Actualiser la gestion des moyens de réponse des établissements de santé
- Relancer la formation des professionnels de santé à la gestion des situations exceptionnelles
- Consolider le dispositif de défense et de sécurité mis en place au sein des ARS

1.2.1 L'organisation de la gestion de crise dans le secteur sanitaire

La structuration de l'organisation de la gestion de crise passe dans un premier temps par la mise en place de cellules de crise sanitaire territoriales. Il s'agit de la Cellule régionale de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS), en charge de la veille sanitaire et d'autre part, de la Cellule Régionale de Défense et de Sécurité (CRDS), en charge de la gestion des situations exceptionnelles.

Dans un second temps, l'organisation s'inscrit dans un cadre conventionnel entre l'ARS de Zone et les ARS de la Zone de défense et de sécurité. La mise en place de ce

protocole permet ainsi de favoriser leur coordination. Différents points doivent figurer dans cette convention. Il s'agit de :

- L'organisation générale
- La répartition des missions en matière de préparation de la réponse aux situations exceptionnelles et les modalités de coopération entre les ARS et l'ARS de Zone
- La répartition des missions concourant à la résilience et les modalités de coopération entre les ARS et l'ARS de Zone
- Les modalités de coordination par l'échelon zonal de la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé
- Les modalités d'organisation en situation exceptionnelle

1.2.2 Le relais de l'action de l'EPRUS en matière de réserve sanitaire et de gestion des stocks stratégiques de l'Etat

Les ARS de Zone doivent développer les missions relatives à la réserve sanitaire, qui constitue un objectif prioritaire, et à la mise en œuvre des plans de distribution des produits de santé. Pour réaliser ces objectifs, l'EPRUS devait élaborer une convention avec l'ARSZ au plus tard avant le 1er janvier 2012. Par ailleurs cette convention devait s'articuler avec les protocoles ARS de Zone/Préfecture de Zone et ARS de Zone/ ARS de la Zone. A ce jour toutes les conventions n'ont pas été signées.

A partir d'un diagnostic précis de la démographie sanitaire zonale et d'un recensement de l'ensemble des professionnels de santé et des réservistes, l'EPRUS et les ARS organisent les actions de communication et prévoient les modalités d'évaluation de celles-ci. Ce diagnostic doit permettre une mobilisation des acteurs. Dans ce cadre, il est également prévu une planification réaliste en matière de formation, de mise en place de référentiels, ainsi que la constitution d'une organisation générale pour proposer une réponse adaptée aux urgences et menaces sanitaires graves.

Quant à la gestion des stocks « stratégiques », l'ARS s'appuie sur les plans de distribution des produits de santé mis en place au sein de la zone dans un souci de recherche d'homogénéité des moyens mis à la disposition des territoires.

Ces différents éléments (réserve sanitaire, produits de santé, formation) doivent permettre l'élaboration prochaine des Plans Zonaux de Mobilisation (PZM).

1.2.3 L'harmonisation des volets sanitaires des différents plans

L'objectif de l'harmonisation est de permettre la mise en place d'une planification plus souple et opérationnelle localement.

L'objectif principal de cette planification est d'établir des liens forts entre les Plans Blancs, les Plans Blancs Elargis, le Projet Régional de Santé (PRS) et les Schémas Régionaux de Prévention et d'Organisation des Soins (SRP et SROS). L'ARSZ doit s'assurer de l'opérationnalité du dispositif par la mise en place d'exercices et d'entraînements pour lesquels l'EPRUS sera associé.

1.2.4 L'actualisation de la gestion des moyens de réponse des établissements de santé aux situations sanitaires exceptionnelles

Pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles (événement de type Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique -NRBC- par exemple), l'ARS s'assure, par voie de conventions, que les établissements de santé disposent de moyens et d'équipements tactiques opérationnels. Les ARS de Zone ont dans ce sens le devoir de s'assurer du fonctionnement effectif de ces équipements.

Pour permettre un fonctionnement adapté, une formation des personnels à l'utilisation de ces équipements spécifiques, à la détection des situations inhabituelles et à leur propre protection est nécessaire. Elle est assurée par l'établissement de santé de référence.

Enfin, au regard des coûts de ces équipements lourds, une mutualisation interzonale est présentée par le Ministère comme étant une solution adaptée.

1.2.5 La relance de la formation en la recentrant sur les établissements de santé

En cas de crises sanitaires graves, les établissements de santé de référence jouent un rôle déterminant. Outre l'accueil des patients, ces établissements disposent d'une capacité de diagnostic spécifique (analyses biologiques, toxicologiques) et de prise en charge thérapeutique des patients. Ces établissements partagent ces compétences par l'intermédiaire de formations adaptées (NRBC et gestion de crise) faisant l'objet d'une contractualisation annuelle avec les ARS, l'ARS de Zone et les établissements. L'EPRUS

devient le référent logistique de la gestion des stocks stratégiques d'Etat, déchargeant ainsi les ESR d'une partie de leurs responsabilités en la matière.

1.2.6 La consolidation du dispositif de défense et de sécurité

Le Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale (SGDSN) fixe les directives de ce dispositif en définissant les actions à mettre en œuvre sur le territoire national. Le Directeur Général de l'ARS de Zone participe, quant à lui, à la préparation et la mise en œuvre des décisions prises par le préfet de zone. Pour ce faire, il désigne un responsable de haut niveau et dispose en tant que de besoin du Service Zonal de Défense et de Sécurité.

Les missions principales s'articulent autour de cinq points :

① *Veiller à la continuité de l'action de l'Etat.* Les ARS doivent adapter leur Plan de Continuité des Activités (PCA), élaboré suite à la pandémie grippale, pour y intégrer les risques courants ou exceptionnels. Dans le cadre de cette mission, il y a une nécessité impérative de conserver des moyens de communication spécifiques en temps de crise (exemple : parc de téléphones satellitaires).

② *Participer à la planification de prévention, de vigilance et de protection.* Chaque ARS est chargée de décliner au niveau local les directives nationales, plus particulièrement la mise en œuvre des plans Vigipirate.

③ *Relayer la politique de sécurité des secteurs d'activité d'importance vitale.* Chaque ARS de Zone, en lien avec le service du Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité et des représentants de l'Etat dans la zone, est chargée d'accompagner le dispositif Activité d'Importance Vitale (AIV) et d'assurer leur sécurité en désignant des Opérateurs d'Importance Vitale (OIV -agences, établissements de santé et pharmaceutiques).

④ *Assurer la sécurité des systèmes d'information.* Sur la base d'un référentiel de sécurité, le Directeur Général de l'ARS, Autorité Qualifiée pour la Sécurité des Systèmes d'Information (AQSSI), décline localement la politique de sécurité des systèmes d'information au sein de sa structure. En ce sens, il s'assure d'une analyse systématique des risques, tient à jour une cartographie des systèmes et recherche la collaboration des OIV.

⑤ *Veiller à la protection du secret de la défense nationale.* L'instruction ministérielle du 2 décembre 2010 relative à la protection du secret de la défense nationale introduit la désignation d'un officier de sécurité au sein de chaque ARS. Il assiste les autorités dans les mesures à mettre en place afin d'assurer la protection du secret de la défense nationale.

Ainsi, la préparation et la gestion de crise sanitaire s'installent progressivement dans la culture des ARS, mais méritent d'être consolidées. A ce titre, la DGS se chargera, sur la base des différents plans d'actions transmis par les ARS, d'effectuer un bilan régulier de l'avancée de ce dossier.

Il a été détaillé dans cette première partie l'aspect théorique d'une préparation et d'une gestion de crise sanitaire. Celle-ci s'appuie sur des textes règlementaires et sur des coopérations et des coordinations préexistantes, qui ont été renforcées par la création des ARS. Mais il nous faut maintenant mettre en perspective la différence pressentie entre ce qui est du prescrit et ce qui relève du réel et pouvoir faire une analyse réflexive pouvant amener des ébauches de propositions visant à améliorer cette problématique

2 La gestion des crises sanitaires à l'heure des ARS : point de vue des acteurs et perspectives

L'instruction du 2 novembre 2011, qui structure l'organisation administrative relative à la gestion des crises sanitaires, a pour objet la « préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé ». Si les termes « crise » et « situation exceptionnelle » semblent synonymes dans ce texte, plusieurs professionnels rencontrés souhaitent insister sur l'existence d'une différence entre une situation de crise, justifiant l'intervention du niveau zonal sanitaire, et une situation « exceptionnelle » n'aboutissant cependant pas à une crise et permettant aux premiers échelons (préfecture de département et ARS) d'intervenir de façon autonome. Une ambiguïté subsiste, y compris dans les représentations des Ministères, et les marges d'interprétation semblent amener des positionnements différents selon les régions. Une clarification venant à la fois repreciser les termes de l'instruction du 2 novembre 2011 et rappeler les critères justifiant l'intervention du niveau zonal semblerait utile. Enfin, l'instruction du 2 janvier 2012 ne permet pas d'identifier le passage au stade de « crise majeure ». Plus généralement, ces éléments de cadrage semblent indispensables pour garantir une gestion homogène sur les territoires.

2.1 La gestion du risque médiatique

En cas de crise de quelque nature que ce soit, le risque médiatique ne peut être ignoré. Il peut créer des effets de panique, de surenchère et engendrer des rumeurs. Bertrand Parent évoque dès lors le « risque d'opinion²¹ ». Cette montée en puissance est le résultat d'une absence de communication ou d'informations données mal maîtrisées, souvent alarmistes, voire contradictoires. Les rumeurs sont amplifiées par les nouvelles technologies de l'information et de la communication, mais également par les médias.

Le préfet est chargé de la communication officielle de l'Etat. Les informations stratégiques sont de son ressort. Il est important de ne communiquer que sur du factuel, non sur des éléments stratégiques et que chaque acteur connaisse les limites des éléments qu'il peut communiquer. A titre d'exemple, la CIC du HFDS est composée de trois unités :

²¹ Sous la direction de LONEUX Catherine, PARENT Bertrand. *Communication des organisations. Recherches récentes*. Tome 2. Paris : [L'harmattan](http://www.lharmattan.com), 2010. 322p.

situation, décision, communication. Cette dernière est chargée de définir ce qui peut être communiqué, à qui et de quelle façon. La communication de la cellule de crise est différente de celle d'autres opérateurs impliqués dans la crise qui cherchent à protéger leur image. L'opérateur ne peut en aucun cas communiquer sur les axes stratégiques ou sur les éléments sensibles.

Enfin, des formations sur la communication de crise sont proposées dans le cadre des contrats de responsabilité civile souscrits auprès de certaines compagnies d'assurance, à destination des responsables d'institutions dont l'ARS. Il serait souhaitable d'inciter les dirigeants à étudier cette opportunité.

2.2 La pertinence de l'Information

Des remontées d'information sont exigées par les ministères lors des crises sanitaires afin de pouvoir effectuer une synthèse des différents paramètres. Cependant, plusieurs systèmes de remontées coexistent. Par exemple, les ARS fournissent des informations au CORRUSS mais également aux préfets de département et chacun crée une synthèse qui lui est propre (retour d'expérience de la crise AH1N1 et de la crise des carburants).

Au-delà du risque de ne pas s'appuyer sur les mêmes chiffres, plusieurs professionnels semblent regretter que les synthèses effectuées puissent s'opposer. L'établissement d'un canal commun, d'une harmonisation des supports d'information aux deux principaux ministères en cas de crise sanitaire, coordonné par le Ministère de l'Intérieur qui dispose de l'expertise des préfetures, permettrait de diminuer le temps nécessaire pour effectuer des remontées et d'assurer la constitution d'un diagnostic commun.

2.3 L'enjeu majeur : une planification coordonnée et efficiente

Une démarche de qualité, s'appuie nécessairement sur la planification, dès lors que les révisions sont régulières. L'approche interministérielle déjà mise en place est indispensable et peut, pour partie, être clarifiée.

La planification sanitaire ne peut s'opérer que dans le cadre d'une politique interministérielle dans laquelle les ARS ont toute leur place. Le SGDSN procède aux arbitrages nécessaires le cas échéant. Toutefois, un renforcement du pilotage national Santé est proposé afin d'améliorer la visibilité sur les grandes options des ARS. De manière

sous-jacente, il est observé une continuité de la gestion de ces plans suivant une culture bien ancrée « DDASS/DRASS ». Une évolution suivant le modèle « ARS » est en cours, mais celle-ci prend du temps et l'avancement semble inégal suivant les régions.

Manifestement, les niveaux régional et zonal apportent respectivement une plus-value en termes d'expertise de planification et une prise de recul indispensable par rapport aux divers plans départementaux. Toutefois, des acteurs regrettent une « inflation » quant au nombre de plans en présence. Aussi, afin de gagner du temps et de la souplesse, il se dégage une volonté de mettre en place des plans génériques composés de grands axes et de « fiches action » adaptables par région, abandonnant ainsi les plans « lourds et volumineux ». De plus, une priorisation de certains plans, Plan Blanc Elargi et plan de vaccination de masse par exemple, apparaît nécessaire afin d'organiser efficacement la réponse sanitaire.

Selon l'instruction du 2 novembre 2011, les plans de réponse aux situations exceptionnelles doivent faire l'objet d'une adaptation de la part des ARS. Concernant la déclinaison du plan gouvernemental NRBC, il est observé une disparité dans son élaboration au sein des différentes zones. Celle-ci peut s'expliquer en partie par des difficultés de collaboration ou par une hiérarchisation des priorités propre à chaque ARS. Pour le plan de pandémie grippale, un pilotage zonal est effectif et n'est plus seulement départemental. Dans un souci d'harmonisation, la zone Ouest a élaboré de surcroît une trame zonale et départementale. Suite aux critiques de la Cour des Comptes et des commissions de l'Assemblée Nationale et du Sénat, des fiches d'actions sont rendues plus flexibles comprenant des mesures « plus graduées », adaptables à l'intensité de la pandémie et aux spécificités des territoires.

Afin d'éviter une disparité dans l'élaboration des plans au sein des différents territoires, une harmonisation des pratiques s'avère nécessaire selon plusieurs interlocuteurs. Un département pourrait par exemple être pilote sur un plan départemental donné puis une déclinaison de celui-ci pourrait être proposée aux autres départements de la région, voire de la zone. Cette harmonisation semble indispensable et devrait également tenir compte des spécificités du domaine traité et des territoires concernés. Dans cette optique, le niveau zonal, de par sa vision globale des territoires, apparaît comme l'échelon approprié.

Par ailleurs et afin d'éviter une possible désorganisation des institutions publiques et privées, notamment lors de pandémie grippale, le développement des plans de continuité d'activités constitue un volet déterminant de la préparation de crise, qui n'est pas aujourd'hui totalement abouti. Dans ce cadre, les préfets de zone et de département veillent

à leur actualisation par les administrations territoriales et peuvent inciter l'ensemble des collectivités et opérateurs à concevoir leur PCA.

La rédaction des plans peut être le fait des préfetures mais une complémentarité est indispensable avec les ARS en tant que force de propositions. Par exemple, un plan dengue a été rédigé en grande partie par une ARS puis proposé pour adaptation à la préfecture. De même, il apparaît que les ARS travaillent dorénavant essentiellement sur leur propre champ d'activités et ne rédigent plus le plan dans son intégralité considérant que la préfecture en a la charge. Pour certains interlocuteurs, la rédaction des plans incomberait plutôt aux ARS, leur coordination aux préfetures. L'élaboration du Plan Pandémie grippale 2012 devrait être problématique de par sa complexité et les nombreuses parties en présence. Pour ce qui concerne l'ARS, l'article L1435-1 du CSP précise que celle-ci participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense. Cependant, plusieurs de nos interlocuteurs considèrent que les ressources essentielles à la rédaction de certains plans se situent au sein des ARS et que celles-ci devraient par conséquent assumer leur coordination. Pourtant, l'objectif d'arriver à une approche globale des plans et de proposer des réponses communes justifie qu'un seul acteur, en l'occurrence la préfecture, supporte la charge de la coordination, quitte à évoquer en parallèle la question des moyens à y allouer avec les partenaires.

Le partage d'information et d'expérience entre les acteurs est essentiel, que ce soit en temps de gestion de crises sanitaires ou bien en temps de planification de ces mêmes crises. Afin d'améliorer continuellement les plans et d'éviter ainsi un éventuel décalage entre théorie et pratique, un retour et un partage d'expérience de la part des acteurs sont indispensables et devraient être systématiquement mis en place en période post exercice et non seulement en post crise, comme le regrettent certains professionnels. Ceci est d'autant plus nécessaire pour les « petites » régions disposant de moyens limités pour mener à bien ces exercices, ainsi que pour les régions moins exposées à certains risques. La culture du retour d'expérience devrait être ainsi développée de manière large auprès des différents acteurs. L'ARS se doit ici d'être un pivot dans le partage d'informations. Par exemple, l'élaboration d'un plan d'évacuation de foyer-logements ayant bénéficié de l'expertise de l'ARS s'avèrera bien plus opérationnel car il permet de recouper les données de l'ensemble des acteurs du secteur.

2.4 L'articulation avec la formation comme outil de coopération

Des avancées significatives ont été menées en termes de formation pour que chaque acteur de la préparation et de la gestion des crises sanitaires puisse mettre en œuvre

l'instruction du 2 novembre 2011. Des outils, guides d'aides et référentiels de formation²² ont été créés. Des réunions, notamment entre les conseillers de zone, sont organisées pour faire remonter les difficultés et des exercices d'entraînement sont régulièrement mis en œuvre. Les différents acteurs interrogés s'accordent donc sur le fait que la formation est bien plus structurée qu'auparavant.

Mais les avancées sont en apparence significatives puisque la formation à la préparation et à la gestion des crises sanitaires était avant quasiment inexistante, cette mission ne figurait parfois même pas sur les fiches de poste du personnel des ARS. Il s'agit donc d'aller beaucoup plus loin dans les plans de formation engagés. En effet, les professionnels de santé et des ARS ne paraissent pas suffisamment formés, en premier lieu pour les astreintes, et ils ne sont parfois pas formés de la même manière selon l'origine des agents, ce qui ne favorise pas la coordination entre eux. La raison souvent avancée par les acteurs eux-mêmes est que la gestion des crises sanitaires n'apparaît pas comme la priorité au sein des ARS, à l'inverse de l'offre de soins et du retour à l'équilibre des établissements de santé.

Une formation efficace passera alors par une sensibilisation à la préparation et à la gestion des crises sanitaires de tous les acteurs concernés. Selon les interlocuteurs interrogés, peu de professionnels savent qu'il existe une zone de défense et certains ne connaîtraient pas encore le contenu des Plans Blancs. Les anciennes DRASS et CRAM n'avaient pas de fait mis en place une culture de la gestion des crises sanitaires. Il s'agit aujourd'hui de poursuivre la diffusion d'une véritable culture interministérielle et interprofessionnelle autour de cette question. La sensibilisation va de pair avec l'accompagnement et le soutien du personnel dont on modifie les missions pour lesquelles il a été recruté, dans le but de susciter son adhésion.

A côté de cette sensibilisation et de cette culture commune, des plans de formation concrets doivent être mis en œuvre.

D'abord, en ce qui concerne les professionnels de santé, la formation a longtemps été organisée en visant des crises spécifiques. Ils sont formés à la sécurité des systèmes d'information, à la gestion de la pandémie grippale, etc. Mais, même s'il est nécessaire d'identifier certaines crises pour mettre en œuvre des exercices concrets, les professionnels

²² L'Institut National des Hautes Etudes de la Sécurité et de la Justice (INHESJ) et l'EHESP produisent en collaboration un référentiel de formation qui sera bientôt finalisé et présenté notamment sur le site de l'école. Il permet de former à la gestion de n'importe quelle crise quelle que soit son ampleur

de santé doivent être formés pour faire face à n'importe quelle crise sanitaire. D'où l'importance de certains guide méthodologiques, comme celui créé par l'INHESJ et l'EHESP, ou les plans de continuité d'activités. Il s'agit maintenant de diffuser ces outils de formation.

Ensuite, bien plus que le renforcement de la formation des professionnels de santé, le retour d'expérience montre qu'une véritable professionnalisation de la gestion des crises sanitaires pourrait être mise en œuvre pour le personnel des ARS, qui est pour l'instant très peu formé à ce sujet. Le ministère de la santé a notamment émis l'idée de créer le métier de « manager de risque » au sein des ARS.

A terme, les professionnels pourraient être formés à la gestion de crise en situation dégradée, dans laquelle la cellule interministérielle ne pourrait pas se réunir et au cours de laquelle il n'y aurait plus de moyens de transmissions – situation bien connue en Outre-Mer.

En parallèle de la formation théorique des agents, des séries d'exercices sont actuellement menées, mais pourraient être renforcées. Notamment, des exercices interdépartementaux et interzones pourraient être systématiquement organisés, en donnant les moyens aux ARS de tester les dispositifs sur la durée. En outre, il s'agirait d'associer tous les acteurs aux exercices. Par exemple, l'EPRUS souhaiterait participer, en plus des exercices nationaux, aux exercices de zone. Certaines ARS demandent par ailleurs un recentrage des exercices départementaux afin que les services d'urgences, sollicités par les préfets, soient mobilisés en termes de moyens humains et matériels (SAMU et SMUR) de manière coordonnée.

La culture de l'exercice a une double limite. D'une part, elle ne permet pas d'identifier réellement la gestion du stress par les acteurs impliqués dans la gestion de crise. D'autre part, la multiplication des exercices est jugée parfois trop chronophage au regard des impératifs quotidiens.

2.5 La coordination entre les acteurs comme enjeu de la réussite de gestion de crises sanitaires

2.5.1 La coordination entre les ARS de Zones et les Préfectures de Zones

L'implication du DGARSZ dans le dispositif de gestion des crises est décrite comme nécessaire pour faire valoir la plus-value des ARS auprès des préfetures de zones dans ce domaine. C'est pourquoi un interlocuteur préconise des séminaires réguliers sur le sujet pour les DGARSZ et leurs équipes. Il existe déjà une culture zonale de la gestion des

crises selon l'exposition de la région aux événements environnementaux et risques chimiques et radiologiques (présence importante d'usines et de centrales). Du fait de ce contexte les liens sont plus fluides depuis de nombreuses années. Dans la plupart des zones, la coordination est protocolisée par des conventions et se fait au travers du « bras armé de la préfecture de zone » : l'État-Major Interministériel de Zone (EMIZ). Ceci permet une relation plus claire, plus fiable et plus efficace. Des rencontres sont plus ou moins régulières et prennent différentes formes. Par exemple, une réunion tous les quinze jours sous la forme d'un CODIR de l'EMIZ avec présence de l'ARSZ, ou des contacts moins formalisés.

Cependant, certains interlocuteurs au sein des ARSZ pensent que ces agences sont davantage des « prestataires de services » que des partenaires à part entière. Ils estiment parfois que l'organisation repose sur la préfecture et que l'ARSZ se doit de se rendre disponible et répondre aux demandes de la préfecture de zone. De plus, une ARSZ qui souhaiterait être force de proposition, travaille uniquement sur les thèmes proposés par la préfecture. Travaillant dans un véritable cadre interministériel, l'ARS devrait se positionner en tant que partenaire à part entière de la préfecture de zone, en mettant à disposition comme le prévoit l'instruction du 2 novembre 2011 du personnel venant de l'ARS au sein de l'EMIZDS pour gérer des dossiers sanitaires, au même titre que d'autres ministères. Avec le risque toutefois que le professionnel détaché maîtrise moins les problématiques internes aux ARS et aux établissements de santé et devienne un donneur d'ordre aux ARS en lieu et place du Service Zonal de Défense et de Sécurité.

Cette harmonisation des pratiques pourraient se concrétiser par des rencontres régulières entre les DGARSZ et les ministères concernés sur la gestion des crises, afin de favoriser l'implication volontaire des personnels des ARS

2.5.2 La coordination entre les ARS de Zones et la ou les autres ARS de la Zone

L'instruction du 2 novembre 2011 prévoit la signature de conventions entre l'ARSZ et les ARS de la zone afin de définir les modalités de collaboration. L'ARS vient ici en appui de l'ARSZ qui définit les objectifs et les priorités d'action. Elle dispose non seulement d'une expertise de terrain en termes de planification, mais également d'une vision plus globale du territoire permettant de dépasser les limites de l'ancien système DRASS/DDASS/ARH, ce qui constitue une plus-value non négligeable.

2.5.3 La coordination entre les ARS et les Préfectures

Selon certains de nos interlocuteurs, l'équilibre entre la nouvelle autonomie de l'ARS et les préfectures se met progressivement en place et est appuyée par des protocoles entre les DG ARS et les préfets. Les textes instituant les ARS disposent qu'elles doivent apporter leur concours aux préfectures. Il est cependant noté que les DT n'informent pas assez les préfectures, sans doute parce qu'elles ne leur sont plus subordonnées. A l'inverse, les préfets s'adressent toujours plus facilement aux DT qu'au siège. La nature de leurs relations doit donc encore évoluer. Les ARS pourront effectuer un travail pédagogique auprès des préfectures de département en faisant preuve de leur savoir-faire. Les ARS ont déjà mis en œuvre des opérations de communication pour informer les préfectures de leurs missions et de leurs fonctions.

Les différents entretiens réalisés montrent que les ARS ont gagné en légitimité et en autorité sur le plan de la veille et de la sécurité sanitaire. D'autres avancées sont également notables : les protocoles permettent une réelle harmonisation des pratiques et l'information permanente crée des relations fiables et un réseau de qualité. Cependant, une certaine inégalité est notable entre les ARS richement dotées qui ont un poids plus important et les autres.

2.5.4 La coordination entre les ARS et les Etablissements de Santé

Dans le contexte de la crise sanitaire, la rédaction obligatoire d'un Plan Blanc par les établissements de santé est l'un des éléments majeurs de la coordination entre l'ARS et les structures de santé. Il est aussi demandé qu'il y ait une communication sur les annexes NRBC instaurées au sein de celui-ci.

La coordination se fait en fonction des alertes du territoire où l'information est plus descendante qu'ascendante, les établissements oubliant parfois de faire remonter certains événements graves vers les ARS. De même, l'ARS pourrait prendre part à certains exercices NRBC au niveau des établissements de santé qui sont à l'initiative des opérateurs (EDF, AREVA) ou des préfectures (ex : l'exercice NRBC de Tours en 2011). De même, selon un interlocuteur, le lien entre le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) et les établissements de santé, par l'intermédiaire des ARS, devrait permettre de mutualiser leurs moyens. La culture du signalement nécessite donc des ajustements et un investissement constants des professionnels.

Conclusion

Ce travail sur la mission de préparation et de gestion des crises sanitaires au sein des ARS a permis de dégager l'importance de celles-ci dans le dispositif national que représente la réponse de Santé Publique aux événements présentant un risque sur la santé de la population.

Le texte fondateur du 31 décembre 2008, réactualisé et approfondi par l'instruction du 2 novembre 2011, pose le cadre d'une coopération interministérielle indispensable entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur dans la conduite et la réalisation des missions d'alertes et d'organisation des situations sanitaires exceptionnelles. Au travers des Préfectures de zone, pilotes de cette gouvernance de crise qui s'appuient sur les sept ARS de Zone du territoire, il est montré que le maillage de prévention et de gestion des crises est opérationnel. En effet, les différentes structures interministérielles, efficacement coordonnées par la Cellule Interministérielle de Crise avec à sa tête un Haut Fonctionnaire de Défense et de la Sécurité, sont toutes liées entre elles par des conventions formalisées. Grâce à cette CIC, ces structures de préparation et d'intervention disposent d'une feuille de route précise des moyens à mettre en œuvre pour lutter contre toute crise engageant un risque sanitaire potentiellement dangereux pour le territoire français.

Cependant, tout le long des entretiens que nous avons menés auprès des principaux responsables des unités de préparation, de coordination et de gestion des risques sanitaires, il est apparu que des problématiques bien spécifiques de communication et d'implication des différents acteurs apparaissaient dans la définition des actions conjointes qu'ils avaient à mener. Si la plupart des acteurs sanitaires locaux et régionaux sont des partenaires motivés et fiables pour la réalisation d'exercices de simulation de crises, il semble que des réajustements en termes de formation, d'harmonisation et de mutualisation soient nécessaires dans la poursuite des axes à améliorer.

En effet, la complexité liée à la multiplicité des acteurs de la chaîne de décision et de la chaîne de mobilisation opérationnelle des ressources et des moyens invite à réfléchir sur une certaine cohérence dans l'articulation des différents partenaires dont fait partie l'ARS. Il apparaît donc souhaitable que des outils de transmission, de communication et de prévention des risques puissent être élaborés de manière transversale, afin d'éviter des dysfonctionnements et afin de mettre en œuvre une préparation et une gestion des crises sanitaires des plus efficaces.

Bibliographie

❖ Codes :

- _ Code de la Santé Publique. Dalloz. 26^{ème} édition. 2012.
- _ Code de la Défense. Journaux officiels. 2011.

❖ Lois :

- _ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- _ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- _ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

❖ Décrets :

- _ Décret n° 2000-555 du 21 juin 2000 relatif à l'organisation territoriale de la défense.
- _ Décret 2007-1273 du 27 août 2007 relatif à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur
- _ Décret n° 2010-224 du 4 mars 2010 relatif aux pouvoirs des Préfets de zone de défense et de sécurité.
- _ Décret n° 2010-225 du 4 mars 2010 portant modifications de certaines dispositions du code de la défense relatives aux Préfets délégués pour la défense et la sécurité, aux états-majors interministériels de la zone de défense et de sécurité, aux délégués et correspondants de la zone de défense et de sécurité et à l'outre-mer ainsi que certaines dispositions relatives aux secrétariats généraux pour l'administration de la police et certaines dispositions du code de la santé publique.
- _ Décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre les représentants de l'Etat dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'agence régionale de santé pour l'application des articles L.1435-1, L.1435-2 et L.1435 du code de la santé publique.

❖ Instructions et circulaires :

- _ Circulaire du 31 décembre 2008 n° HFDS/DPSN/2008/389 relative à l'organisation actuelle de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires.
- _ Instruction conjointe du Ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales et de la ministre de la santé et des sports en date du 24 mars 2010 relatives aux relations entre les Préfets et les agences régionales de santé (ARS) mesures provisoires.
- _ Instruction N°CABINET/2011/427 du 2 novembre 2011 relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé.
- _ Circulaire du Premier ministre n° 5567/SG du 2 janvier 2012 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures.

❖ Notes et lettres d'information :

- _ Lettre d'information du Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité du 30 mars 2010, sur les missions de défense et de sécurité des agences régionales de santé.
- _ Note du 20 avril 2010 relative à la veille et urgence sanitaires dans les Agences Régionales de Santé, et aux principes d'organisation et de fonctionnement.
- _ Note du 17 juin 2010 relative à la relation entre les agences régionales de santé et le niveau national dans le cadre d'alertes sanitaires.

❖ Protocoles et réponses :

- _ Protocole du 1^{er} avril 2010 relatif aux modalités de coopération entre le représentant de l'Etat dans la zone de défense et de sécurité Ouest et le Directeur général de l'agence régionale de santé.
- _ Protocole départemental du 30 septembre 2010 relatif aux modalités de coopération entre le Préfet de la région Bretagne, Préfet d'Ille-et-Vilaine, et le Directeur de l'agence régionale de santé Bretagne pour l'application des articles L1435-1 à 7 du code de la santé publique.
- _ Réponse du 20 décembre 2011 réalisée par la Zone 35 à l'instruction du 2 novembre 2011.

❖ Ouvrages :

- _ CREMIEUX Anne-Claude. *Gouverner l'imprévisible. Pandémie grippale, SRAS, crises sanitaires*. Paris : Lavoisier, 2009. 107p.

- _ DOOR Jean-Pierre. BLANDIN Marie-Christine, *Mutation des virus et gestion des pandémies. L'exemple du virus H1N1*. Rapport parlementaire, OPESCT, Assemblée Nationale (N° 2314) et Sénat (N° 307), 2010.
- _ GILBERT Claude. « Les différentes facettes des crises sanitaires » IN *Questions de santé Publiques*. - I.R.S.P. N° 12 mars 2011. 4 p.
- _ HEIDERICH Didier. *Plan de gestion de crise. Organiser, gérer et communiquer en situation de crise*. Paris : Dunod, 2010. 240p.
- _ LAGADEC Patrick. « Communication de crise, communication en crise ». IN TUBIANA Michel. VROUSOS Constantin. CARDE Caroline. PAGES Jean-Pierre. *Risque et Société*. Paris : Nucléon, 1999. 198-202 p.
- _ LONEUX Catherine, PARENT Bertrand (Dir). *Communication des organisations. Recherches récentes*. Tome 2. Paris : L'harmattan, 2010. 322p.
- _ PERETTI-WATEL Patrick. « La gestion des crises sanitaires ». IN *Problèmes politiques et sociaux*. Paris : La documentation Française, avril 2010. 109p.
- _ ROUX-DUFORT Christophe. *La gestion de crise. Un enjeu pour les institutions*. Bruxelles: Editions De Boeck, 1999. 190p.

❖ Sites internet :

- _ Site de l'Agence Régionale de Santé du Centre : <http://www.ars.centre.sante.fr/Veille-sanitaire.79698.0.html>
- _ Site internet de Patrick LAGADEC, Directeur de recherche à l'Ecole Polytechnique : <http://www.patricklagadec.net/fr/>

Liste des annexes

1. Calendrier prévisionnel des entretiens
2. Grilles d'entretien des acteurs de la préparation et de la gestion des risques
3. Schéma de la délimitation des territoires de défense zonale
4. Schémas de l'organisation des niveaux national, zonal et opérationnel
5. Exemple de l'organisation d'un Plan Blanc : prise en compte des risques NRBC au Centre Hospitalier de Montélimar

1. Calendrier des entretiens

	Lundi	Mardi	Mercredi
10h à 11h	M. Rouix, chef du service interministériel de défense et de protection civile de la préfecture d'Indre et Loire (Nabiba, Mathias, Adrien)	10h30 Mme Chazalon, ARS Basse Normandie - chargée des dossiers de crise sanitaire, DSP (Audrey, Cyril, Nabiba)	10h30 : M. Martin, planification de TEMZDF ; ARS Bretagne (Audrey et Philippe) ; M. Salois, adjoint Unité organisation et planification (Camille et Héléne)
11h à 12h			M. Prisse, chargé de mission CNP (Héléne et Camille) ; Mme Saludas, responsable de TEMZDS Marseille (Guillaume et Philippe). Rdv M. Avaro (Cyril, Adrien)
14h à 15h	M. Beauchesne, Adjoint HFDS (Héléne et Xavier) ; CH Montélimar (Guillaume et Philippe) ; 14h30 : Jacky Rasnon, responsable CRDS (Camille, Amaud et Philippe)	Mme Durand, Directrice de la santé publique, ARS RA (Guillaume et Philippe) ; M. Manojet, chef du service interministériel de défense et de protection civile de la préfecture de Maine et Loire (Nabiba et Mathias) ; 14h30 : M. Duxaut, adjoint DGARS RdL (Cyril ; Amaud ; Camille)	
15h à 16h			
16h à 17h	Benoit Cottrelle, ARS Haute Normandie, chargé des dossiers de crise sanitaire (Cyril, Audrey, Nabiba)		
17h à 18h		M. Keller, directeur de la SP et de l'environnement et Dr Wegandt, responsable de la CRDS (Charline, Amaud, Adrien)	

Entretien téléphonique ; Déplacement à Paris ; Déplacement à Marseille, Lyon ou Montélimar ; Déplacement à Rennes

Monsieur VRAND, Attaché d'Administration Hospitalière au sein de la direction des pôles et activités du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis a par ailleurs bien voulu répondre par écrit en utilisant la grille d'entretien transmise à M. Michel, directeur du Centre hospitalier.

2. Grilles d'entretien des acteurs de la préparation et de la gestion des risques

Grille d'entretien Ministère de la Santé

1. Pouvez-vous nous présenter votre fonction et la façon dont vous êtes impliqué dans la préparation et la gestion des risques sanitaires (quelles sont vos missions dans ce cadre) ?

Mémo : 5 orientations stratégiques et prioritaires instruction 2 novembre 2011

- ✓ Relayer l'action de l'EPRUS au niveau territorial
- ✓ Harmoniser les volets sanitaires des plans de réponse
- ✓ Actualiser la gestion des moyens de réponse des établissements de santé
- ✓ Relancer la formation des professionnels de santé à la gestion des situations exceptionnelles
- ✓ Consolider le dispositif de défense et de sécurité mis en place au sein des ARS

2. Depuis combien de temps êtes-vous en poste et comment avez-vous vécu les différentes évolutions réglementaires, la création des ARS ? Quelles ont été les évolutions au niveau de votre fonction et de votre mission ?

3. Quelle articulation avez-vous avec les missions des ARS de zone (réunion CNP-ARSZ ?), comment considérez-vous leur rôle dans la préparation et la gestion des crises sanitaires ?

4. Quelle articulation avez-vous avec le Ministère de l'Intérieur ?

5. Concernant l'instruction du 2 novembre 2011 :

-Dans quel contexte et quel état d'esprit a-t-elle été rédigée ? Pourquoi était-elle devenue nécessaire ?

-Pourquoi a-t-il fallu plus de temps pour que cette mission, à l'inverse de la veille sanitaire, soit mise en place ?

-Pensez-vous qu'il existe un décalage entre ce qui est prévu dans l'instruction et ce qu'il existe dans la pratique ? Si oui pourquoi, et comment expliquer que certaines ARS soient plus avancées que d'autres ?

6. Avez-vous eu à préparer et à gérer une crise sanitaire ? Si oui, laquelle ? Comment est-ce que vous vous y êtes pris (description du mécanisme), avez-vous rencontré certaines difficultés, et avec du recul auriez-vous réalisé certaines choses différemment ?

7. Quelle crise redoute-t-on le plus autour de vous ?

8. Quelles évolutions devraient selon vous être engagées concernant la préparation et la gestion des crises sanitaires ? Quels sont les nouveaux défis auxquels l'organisation du système de santé devra faire face et comment s'adapter pour ce faire ?

Concernant les évolutions possibles également, avez-vous parfois des remontées concernant des difficultés du niveau local ou des demandes d'amélioration de certains outils, et traitez-vous ces demandes ?

Grille d'entretien : Préfecture et EMZDS

1. Pouvez-vous nous présenter votre fonction et la façon dont vous êtes impliqué dans la préparation et la gestion des risques sanitaires (qu'elles sont vos missions dans ce cadre) ?

2. Depuis combien de temps êtes-vous en poste et comment avez-vous vécu les différentes transformations réglementaires, la création des ARS, le rôle nouveau du préfet de région, ou la nouvelle casquette du préfet de zone ? Qu'elles ont été les transformations au niveau de votre fonction et de votre mission ?

3. Quel lien avez-vous avec les ARS (Comité Régional de sécurité sanitaire), comment considérez-vous leur rôle dans la préparation et la gestion des crises sanitaires ?

4. Concernant l'instruction du 2 novembre 2011 :

-Dans quel contexte et quel état d'esprit a-t-elle été rédigée ? Pourquoi était-elle devenue nécessaire ?

-Pourquoi a-t-il fallu plus de temps pour que cette mission, à l'inverse de la veille sanitaire, soit mise en place ?

-Pensez-vous qu'il existe un décalage entre ce qui est prévu dans l'instruction et ce qu'il existe dans la pratique (par exemple au niveau de la communication entre l'ARS et le préfet)? Si oui pourquoi, et comment expliquer que certaines ARS soient plus avancées que d'autres ?

5. Avez-vous eu à préparer et à gérer une crise sanitaire à l'échelle nationale ou locale ? Si oui, laquelle ? Comment est-ce que vous vous y êtes pris (différentes étapes du process depuis le déclenchement de la crise à sa réponse), avez-vous rencontré certaines difficultés, et avec du recul auriez-vous réalisé certaines choses différemment ?

6. Quelle crise redoute-t-on le plus autour de vous ?

7. Quelles évolutions devraient selon vous être engagées concernant la préparation et la gestion des crises sanitaires ? Quels sont les nouveaux défis auxquels l'organisation du système de santé devra faire face et comment s'adapter pour ce faire ?

Avez-vous parfois des remontées concernant des difficultés du niveau local ou des demandes d'amélioration de certains outils, et traitez-vous ces demandes ?

Pensez-vous que les protocoles sont de nature à rassurer et à aider les différents acteurs en présence pour l'avenir ? Est-ce qu'ils permettent ou permettront une plus grande harmonisation ?

8. Caractéristiques et utilité du Comité de Défense de Zone (décret du 4 mars 2010)

9. Etes-vous organisé de façon effective à une éventuelle crise (pièce disponible, matériel, exercice de formation...)

Grille d'entretien : ARS

1. Pouvez-vous nous présenter votre fonction et vos missions dans le cadre de la préparation et la gestion des crises sanitaires ?

2. Depuis combien de temps êtes-vous en poste et comment avez-vous vécu les différentes évolutions réglementaires, la création des ARS? Quelles ont été les évolutions au niveau de votre fonction et de votre mission ?

3. Quel lien avez-vous avec le Ministère (veille sanitaire), la préfecture (Comité Régional de sécurité sanitaire), l'ARS de zone (Copil rassemblant les ARS de la zone), et les établissements de santé (cf. formation et inspection) comment considérez-vous leur rôle dans la préparation et la gestion des crises sanitaires ? La coordination est-elle selon vous bien en place (et propice à répondre aux alertes (cf. la communication est-elle réelle) ?
Moyens Ok mais réelle doctrine en ARS ? Quelle impulsion du DGARS ?

4. Concernant l'instruction du 2 novembre 2011 :

-Dans quel contexte et quel état d'esprit a-t-elle été rédigée ? Pourquoi était-elle devenue nécessaire ?

-Pourquoi a-t-il fallu plus de temps pour que cette mission, à l'inverse de la veille sanitaire, soit mise en place ?

-Pensez-vous qu'il existe un décalage entre ce qui est prévu dans l'instruction et ce qu'il existe dans la pratique (par exemple au niveau de la communication entre l'ARS et le préfet)? Si oui pourquoi, et comment expliquer que certaines ARS soient plus avancées que d'autres ?

5. Avez-vous eu à préparer et à gérer une crise sanitaire ? Si oui, laquelle ? Comment est-ce que vous vous y êtes pris, avez-vous rencontré certaines difficultés, et avec du recul auriez-vous réalisé certaines choses différemment ? Les exercices d'entraînement sont-ils selon vous fidèles à ce qu'il se passe en réalité en cas d'alerte ?

6. Quel type de crise redoutez-vous ?

7. Quelles évolutions devraient selon vous être engagées concernant la préparation et la gestion des crises sanitaires ? Quels sont les nouveaux défis auxquels l'organisation du système de santé devra faire face et comment s'adapter pour ce faire ?

Avez-vous parfois des remontées concernant des difficultés du niveau local ou des demandes d'amélioration de certains outils, et traitez-vous ces demandes ?

Pensez-vous que les protocoles sont de nature à rassurer et à aider les différents acteurs en présence pour l'avenir ? Est-ce qu'ils permettent ou permettront une plus grande harmonisation ?

8. La doctrine est-elle suffisante ? Il apparaît qu'elle semblait insuffisante au temps des DDASS au contraire des moyens humains.

9. Etes-vous organisé de façon effective à une éventuelle crise (pièce disponible, matériel, exercice de formation...)

Grille d'entretien : ARS de zone

1. Pouvez-vous nous présenter votre fonction et vos missions dans le cadre de la préparation et la gestion des crises sanitaires ?

2. Depuis combien de temps êtes-vous en poste et comment avez-vous vécu les différentes évolutions réglementaires, la création des ARS ? Quelles ont été les évolutions au niveau de votre fonction et de votre mission ?

3. Quel lien avez-vous avec la préfecture de zone, les ARS de la zone (Copil organisée par l'ARSZ), et les établissements de santé (cf. formation et inspection), comment considérez-vous leur rôle dans la préparation et la gestion des crises sanitaires ? La coordination est-elle selon vous bien en place (et propice à répondre aux alertes (cf. la communication est-elle réelle) ? Moyens Ok mais réelle doctrine en ARSZ ? Une réunion mensuelle entre le Ministère et les DGARZ vous semble-t-elle pertinente ?

Quelles sont les articulations / relations entretenues avec l'EPRUS ? Quand est-il de la signature de la convention avec l'EPRUS (effectivité au 1^{er} janvier 2012 mais toujours pas signée ; le projet a été signé et validé par le CNP) ?

Quid du collège zonal/ COPIL et lien avec les ARS de la zone

4. Concernant l'instruction du 2 novembre 2011 :

-Dans quel contexte et quel état d'esprit a-t-elle été rédigée ?

-Pourquoi a-t-il fallu plus de temps pour que cette mission, à l'inverse de la veille sanitaire, soit mise en place ?

-Pensez-vous qu'il existe un décalage entre ce qui est prévu dans l'instruction et ce qu'il existe dans la pratique (par exemple au niveau de la communication entre l'ARS et le préfet)? Si oui pourquoi, et comment expliquer que certaines ARS soient plus avancées que d'autres ?

- Quel impact concernant la préparation et la gestion des crises sanitaires ?

5. Avez-vous eu à préparer et à gérer une crise sanitaire d'échelle nationale ou locale (fréquence) ? Si oui, laquelle ? Comment est-ce que vous vous y êtes pris, avez-vous rencontré certaines difficultés, et avec du recul auriez-vous réalisé certaines choses différemment (CREX, démarches d'amélioration) ? Les exercices d'entraînement sont-ils selon vous fidèles à ce qu'il se passe en réalité en cas d'alerte ?

6. Quelle crise redoute-t-on le plus autour de vous ?

7. Quelles évolutions devraient selon vous être engagées concernant la préparation et la gestion des crises sanitaires ? Quels sont les nouveaux défis auxquels l'organisation du système de santé devra faire face et comment s'adapter pour ce faire ?

Avez-vous parfois des remontées concernant des difficultés du niveau local ou des demandes d'amélioration de certains outils, et traitez-vous ces demandes ?

Pensez-vous que les protocoles sont de nature à rassurer et à aider les différents acteurs en présence pour l'avenir ? Est-ce qu'ils permettent ou permettront une plus grande harmonisation ?

8. A ce jour, est-ce que le dispositif de préparation et gestion de crises sanitaires est effectif ? Sinon, quelles améliorations envisagées ?

9. Existe-t-il une cellule de gestion de crise, des formations, et des exercices/simulations ?

Grille d'entretien : Etablissement de santé

1. Pouvez-vous nous présenter votre fonction et vos missions dans le cadre de la préparation et la gestion des crises sanitaires ?

2. Depuis combien de temps êtes-vous en poste et comment avez-vous vécu les différentes évolutions réglementaires, la création des ARS ? Qu'elles ont été les évolutions au niveau de votre fonction et de votre mission ?

3. Quel lien avez-vous avec les ARS, comment considérez-vous leur rôle dans la préparation et la gestion des crises sanitaires ?

Plus précisément :

-comment organisez-vous la gestion des moyens matériels et humains avec l'ARS ? Ex: certains référents vont à la cellule de crise de l'ARS

-vous sentez-vous soutenu quand vous remontez certaines difficultés à l'ARS ?

- quel est votre action concernant la réserve sanitaire et êtes-vous encourager à y participer? Comment s'opère le recrutement, quel est le rôle de l'ES pour celui-ci et des formations sont-elles mises en place ?

-Êtes-vous dans un établissement de référence, et si oui qu'est-ce que cela implique pour vous ?

4. Quel est l'organigramme du plan blanc/plan blanc élargi ?

Référent du plan blanc ?

Quel lien avec les tutelles (préfet/ARS) ?

Quelle est la composition de la cellule de crise ?

Quelle est l'organisation interne mise en place ?

Que pensez-vous des plans blancs et plans blancs élargi (cohérence avec ce qu'il se passe en cas d'alerte réelle, fréquence, etc...) ?

5. Avez-vous eu à préparer et à gérer une crise sanitaire ? Si oui, laquelle ? Comment est-ce que vous vous y êtes pris, avez-vous rencontré certaines difficultés, et avec du recul auriez-vous réalisé certaines choses différemment (CREX/démarches d'amélioration) ?

6. Quelle crise redoutez-vous le plus ?

7. MIG sont-elles suffisantes au niveau du financement et outil adapté pour tenir à jour le matériel nécessaire à la gestion de crise ?

8. Quelles évolutions devraient selon vous être engagées concernant la préparation et la gestion des crises sanitaires ? Quels sont les nouveaux défis auxquels l'organisation du système de santé devra faire face et comment s'adapter pour ce faire ?

Avez-vous parfois des remontées concernant des difficultés du niveau local ou des demandes d'amélioration de certains outils, et traitez-vous ces demandes ?

Pensez-vous que les protocoles sont de nature à rassurer et à aider les différents acteurs en présence pour l'avenir ? Est-ce qu'ils permettent ou permettront une plus grande harmonisation ?

Grille entretien EPRUS

1. Pouvez-vous nous présenter votre fonction et vos missions dans le cadre de la préparation et la gestion des crises sanitaires ?

2. Depuis combien de temps êtes-vous en poste et comment avez-vous vécu les différentes évolutions réglementaires, la création des ARS ? Qu'elles ont été les évolutions au niveau de votre fonction et de votre mission ?

3. Quel lien avez-vous avec les ARS de zone comment considérez-vous leur rôle dans la préparation et la gestion des crises sanitaires ? Les conventions sont-elles signées et effectives ?

4. Concernant l'instruction du 2 novembre 2011 :

-Dans quel contexte et quel état d'esprit a-t-elle été rédigée ? Pourquoi était-elle devenue nécessaire ?

-Pourquoi a-t-il fallu plus de temps pour que cette mission, à l'inverse de la veille sanitaire, soit mise en place ?

-Pensez-vous qu'il existe un décalage entre ce qui est prévu dans l'instruction et ce qu'il existe dans la pratique (par exemple au niveau de la communication entre l'ARS et le préfet)? Si oui pourquoi, et comment expliquer que certaines ARS soient plus avancées que d'autres ?

5. Avez-vous eu à préparer et à gérer une crise sanitaire ? Si oui, laquelle ? Comment est-ce que vous vous y êtes pris, avez-vous rencontré certaines difficultés (en termes de gestion des stocks, de moyens etc...), et avec du recul auriez-vous réalisé certaines choses différemment ?

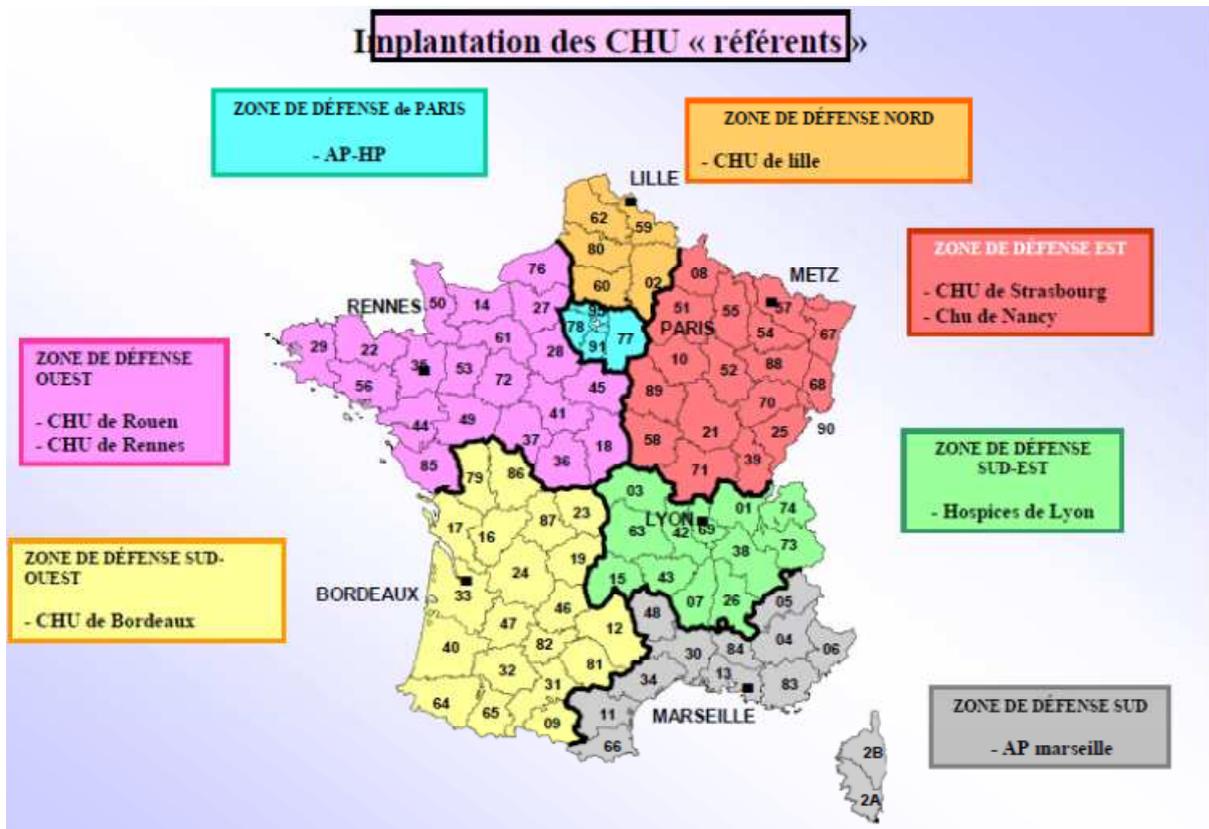
6. Quelle crise redoutez-vous le plus ?

7. Quelles évolutions devraient selon vous être engagées concernant la préparation et la gestion des crises sanitaires ? Quels sont les nouveaux défis auxquels l'organisation du système de santé devra faire face et comment s'adapter pour ce faire ?

Avez-vous parfois des remontées concernant des difficultés du niveau local ou des demandes d'amélioration de certains outils, et traitez-vous ces demandes ?

Pensez-vous que les protocoles sont de nature à rassurer et à aider les différents acteurs en présence pour l'avenir ? Est-ce qu'ils permettent ou permettront une plus grande harmonisation ?

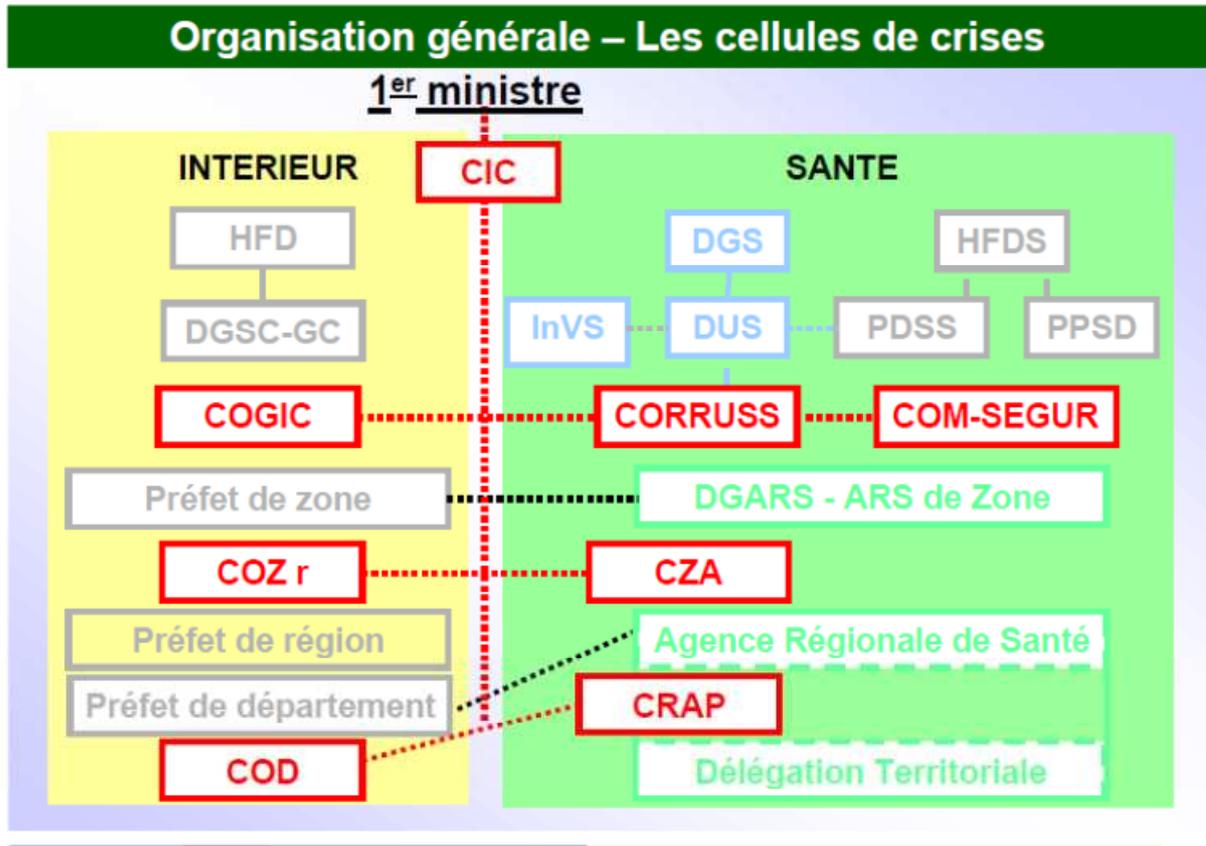
3. Schéma de la délimitation des territoires de défense zonale



Source : cours de M. Van Der Linde

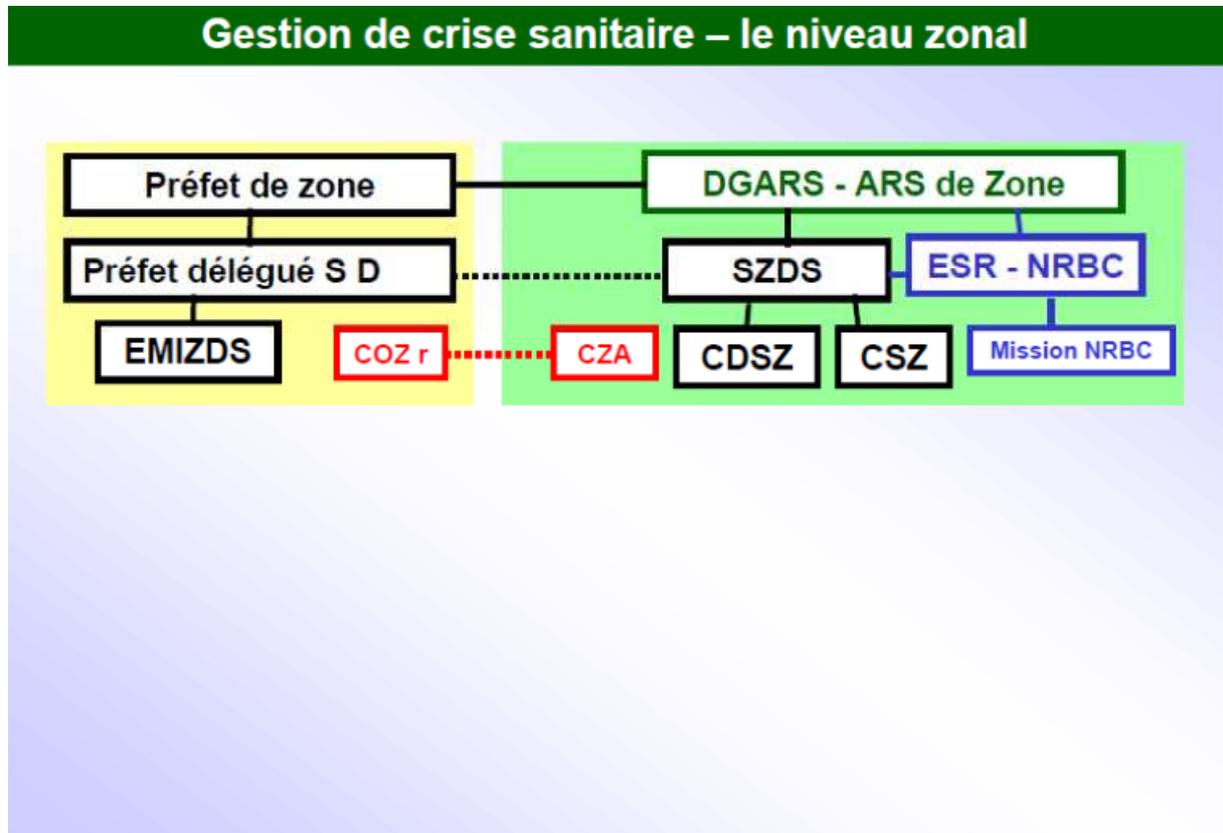
4. Schémas de l'organisation des niveaux national, zonal et opérationnel

⇒ Organisation du niveau national



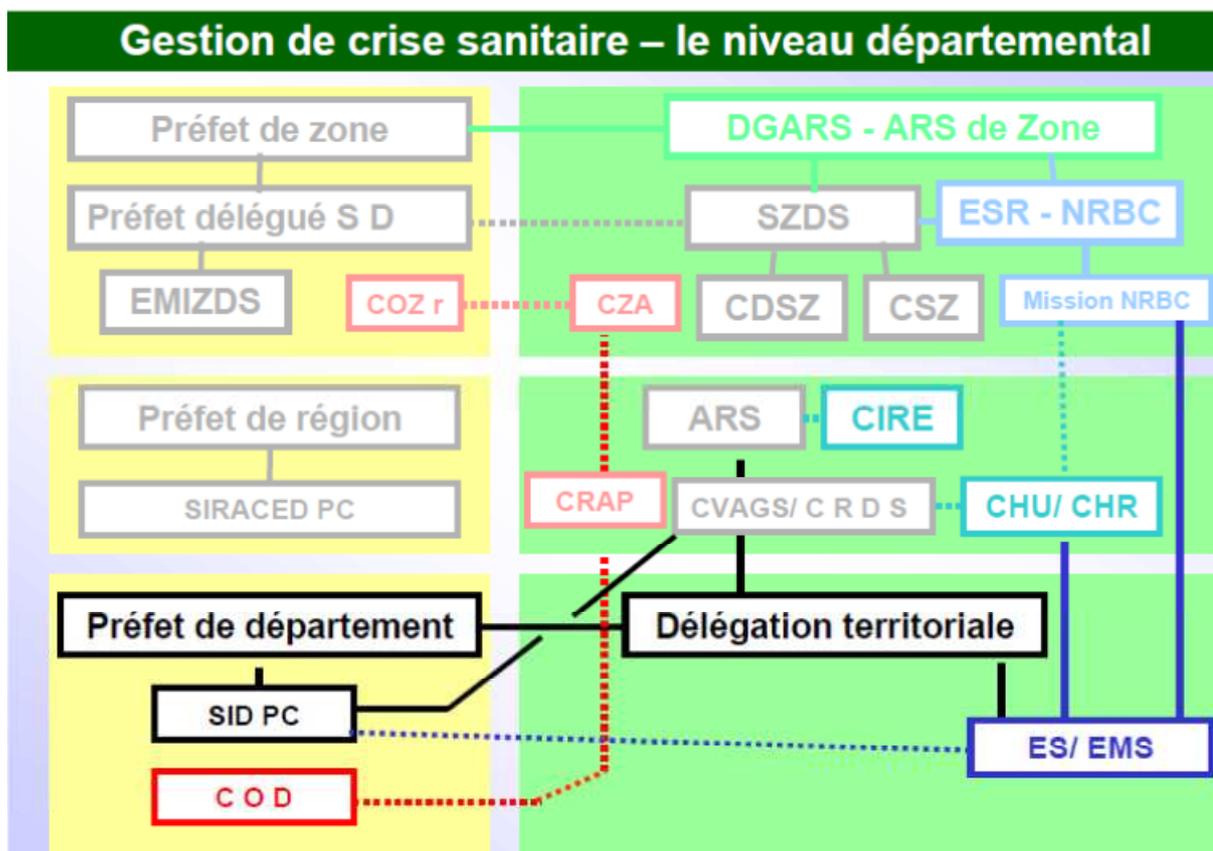
Source : cours de M. Van Der Linde

⇒ Organisation du niveau zonal



Source : cours de M. Van Der Linde

⇒ L'organisation au niveau opérationnel



Source : cours de M. Van Der Linde

5. Exemple de l'organisation d'un Plan Blanc : prise en compte des risques NRBC au Centre Hospitalier de Montélimar



CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉLIMAR

LE PLAN BLANC ET LA PRISE EN COMPTE DES RISQUES NRBC AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉLIMAR

Le **plan blanc** est l'ensemble des mesures permettant à un établissement de santé de faire face à un afflux de victimes ou une situation sanitaire exceptionnelle. Le plan blanc de l'établissement s'intègre dans le **plan blanc élargi** départemental. Le plan blanc du Centre hospitalier comporte un volet « **risques NRBC** » organisant l'accueil de victimes d'accidents nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques (NRBC)

L'organisation du plan blanc.

→ **Déclenchement.** En cas de crise bouleversant les organisations en place, le Directeur de l'établissement active le plan blanc, à son initiative ou sur demande du Préfet.

→ **Cellule de crise.** Le directeur constitue une cellule de crise, responsable de **l'analyse de la situation** et de **la définition des moyens et des organisations** à mettre en œuvre. La cellule de crise est en lien avec la Préfecture et le SAMU 26. La cellule de crise donne ses instructions aux **cellules opérationnelles**, placées sous la responsabilité d'un cadre de direction et d'un cadre supérieur de santé.

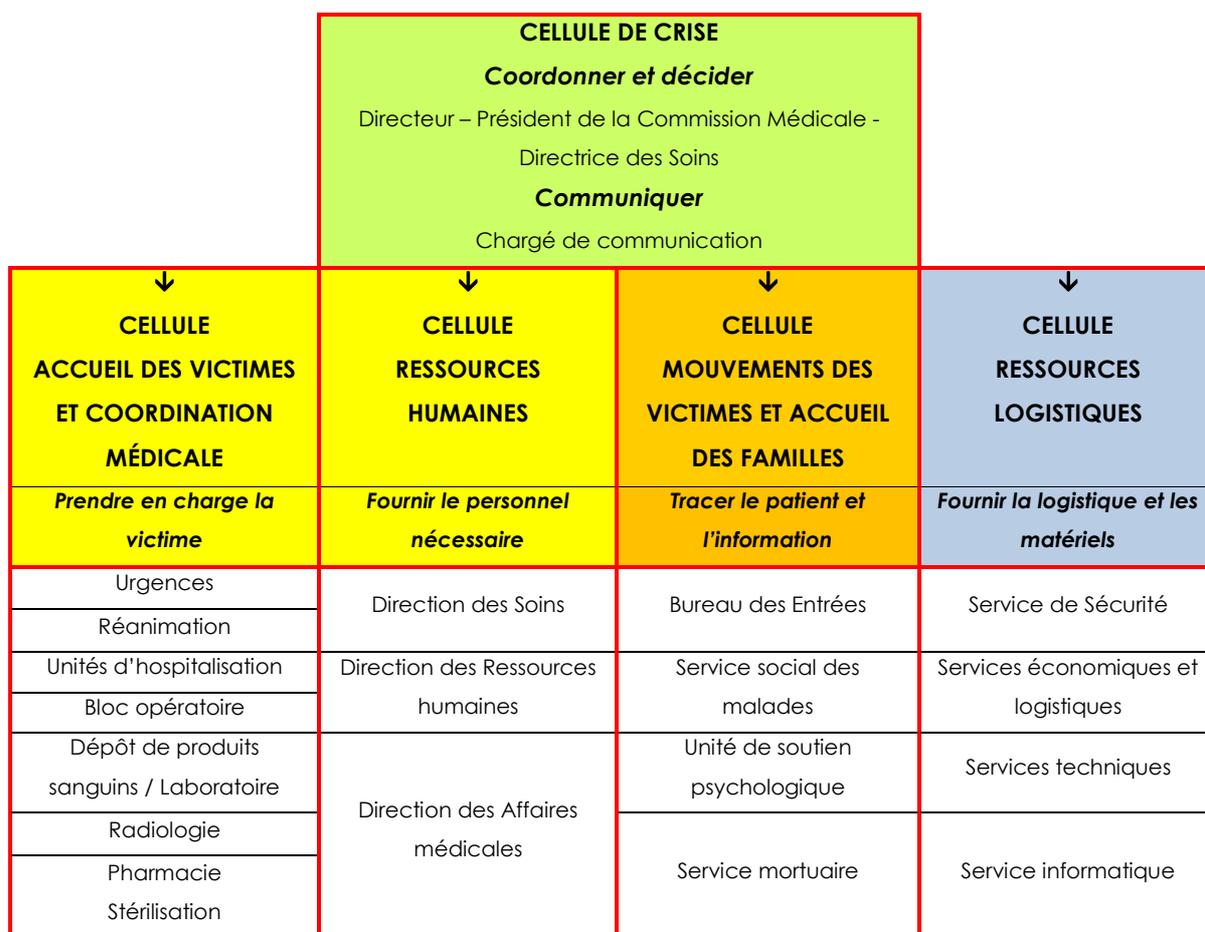
→ **Création d'unités spécifiques.** La cellule de crise décide de l'éventuelle création :

- d'une **cellule de tri** des victimes à l'entrée de l'hôpital, avec éventuellement décontamination en cas d'accident NRBC ;
- d'une **unité supplémentaire d'accueil des victimes** complétant le service des Urgences;
- d'une **unité d'accueil des impliqués** (= accompagnants des victimes) ;
- d'une **cellule d'information du public**.

→ **Renforcement des équipes.** La cellule de crise décide du maintien sur place des personnels, et / ou du rappel du personnel en repos.

→ **Sécurisation de l'accès et de la circulation.** Pour éviter l'engorgement de l'établissement, possibilité de fermeture des accès, avec intervention de la Police nationale.

→ **Organisation de la communication avec le public et la presse.** La cellule de crise désigne un responsable chargé de la communication, pour les informations propres à l'établissement, en lien avec la Préfecture,



Les risques NRBC propres au territoire de Montélimar.

Les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC) sont très présents dans le territoire de santé de Montélimar (Drôme et Ardèche du sud :

- **risques chimiques et biologique** du couloir rhodanien, liés au transport par route, rail, fleuve ;
- **risque nucléaire** lié aux sites nucléaires proches de Cruas-Meysses et du Tricastin.

L'accueil des patients contaminés au Centre hospitalier de Montélimar.

Le filtrage et le tri.

En cas d'accueil de nombreuses victimes contaminées, **le site hospitalier est fermé** pour éviter une entrée directe des victimes, risquant de contaminer les autres patients et les personnels.

Une équipe de tri, en tenue de protection NRBC, est installée à l'accueil du CH, composée d'un médecin et d'un agent administratif.

Le Service de Sécurité et les forces de police filtrent l'accès.

Le médecin prend la décision de l'accès à l'hôpital et de la décontamination. Seules les personnes nécessitant des soins sont admises ; les personnes contaminées sont orientées vers l'unité hospitalière de décontamination.

La décontamination.

Les personnes contaminées dans un accident nucléaire, radiologique, ou chimique ayant besoin de soins, doivent être **décontaminées** avant leur prise en charge médicale ou chirurgicale.

La décontamination se fait dans une installation spécifique, une **unité de décontamination hospitalière (UDH)**, composée d'une chaîne de décontamination par douche ; les eaux contaminées sont récupérées et stockées.

L'UDH est servie par une équipe de décontamination composée de praticiens et soignants des Urgences.

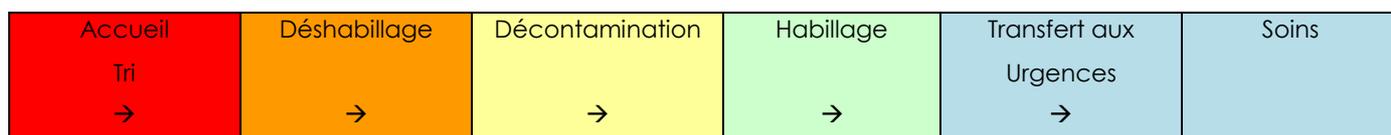
L'accueil et la décontamination demandent une tenue de protection. La fatigue engendrée par le port de la tenue oblige à une fréquente rotation des personnels : l'équipe des Urgences est secondée par des médecins et soignants d'autres unités.

Les techniques de port de la tenue de protection et de décontamination sont enseignées par des formateurs internes, eux-mêmes formés lors de sessions régionales.

Le Centre hospitalier de Montélimar ne dispose pas encore d'une UDH, mais la planification régionale des équipements de crise prévoit une telle installation.

Un projet architectural a été défini : l'UDH sera implantée en continuation du bâtiment d'entrée (standard) où est installée la cellule de tri du plan blanc.

Schéma d'une unité de décontamination hospitalière



Thème n°23 Animé par : BAILLY Christian, Médecin de Santé Publique, Conseiller Sanitaire de la Zone de Défense Ouest, Rennes

La mission de préparation et de gestion des crises sanitaires au sein des agences régionales de santé

APFFEL Camille (D3S). CHARRE Philippe (DS). DEFORGE Charline (D3S). DESHAIS Audrey (AAH). DESMESDT Philippe (PHISP). HOAREAU Mathias (IASS). MARSÀ Hélène (D3S). OGER Adrien (DH). RAYCZAKOWSKI Nabihà (AAH). TETILLON Arnaud (IES). VALLEE Cyril (IASS). VOLLE Guillaume (DS). WAGNER Xavier (MISP).

Résumé :

Les Agences Régionales de Santé sont au cœur d'un dispositif réajusté suite à différentes crises sanitaires, dont la pandémie grippale de 2009-2010. Leur organisation a été restructurée afin de mieux répondre à ces crises. La mise en place des ARS en avril 2010 a permis de redéfinir leurs objectifs et missions et ceux de l'ensemble des institutions concernées quant à la préparation et à la gestion des crises sanitaires. Il y a donc lieu de s'interroger sur l'efficacité du dispositif de préparation aux urgences sanitaires et sur la capacité du système à gérer les futures crises sanitaires au sein des ARS.

Pour ce faire, il conviendra en premier lieu de présenter l'organisation et le fonctionnement actuel des différents intervenants dans la crise sanitaire en traitant d'une part des acteurs interministériels en charge de la gestion des crises et d'autre part des principes d'organisation stratégique et opérationnelle de la préparation et de la gestion des crises par les ARS.

Dans un second temps, la gestion des crises sanitaires sera analysée à travers le prisme des acteurs. En effet, les entretiens menés auprès des professionnels a permis d'émettre des propositions en matière d'information, de planification, de coordination, de formation et de gestion du risque médiatique.

Mots clés : Agence Régionale de Santé. Dispositif de préparation et gestion de crises sanitaires. Crises majeures. Situations exceptionnelles. Cellule de crise.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs