



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

« LA VEILLE SANITAIRE ET LA GESTION DES RISQUES »

– Groupe n° 12 –

- | | |
|----------------------|--------------------|
| – ALILI Soumaya | – LAUZE Benoît |
| – BROTFELD Malika | – REYNIER Odile |
| – CARRION Jean Louis | – SANISIDRO Marie |
| – CONDUCHÉ Christine | – TAHIRI Samira |
| – DELAS Aurélien | – TAOUQI Myriam |
| – FERNANDES Marc | – TREMBLAY Coralie |

Animatrice

Mme Michèle CHAUSSUMIER

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	3
1 La succession de crises et l'émergence de nouveaux risques ont impliqué une organisation administrative déclinée sur un mode territorial ..	4
1.1 Un contexte de succession des crises et d'apparition de nouveaux risques à l'origine de dispositifs planifiés.....	4
1.1.1 L'émergence progressive du concept de veille et de sécurité sanitaires.....	4
1.1.2 L'apparition d'une démarche planificatrice favorisant la réactivité des acteurs face aux évènements.....	7
1.2 Une organisation administrative déclinée sur un mode territorial	10
1.2.1 Un maillage du territoire assuré par des organismes de veille nombreux et variés	10
1.2.2 Une compétence stratégique éclatée entre différents acteurs.....	12
2 L'amélioration de l'opérationnalité impose une rationalisation des rôles et des compétences	17
2.1 Les limites d'un dispositif en cours de réévaluation.....	17
2.1.1 Une amélioration de l'opérationnalité administrative, humaine et logistique	17
2.1.2 Un dispositif qui demeure cependant lacunaire.....	20
2.2 Les voies d'un modèle plus simple, plus réactif et plus efficient.....	23
2.2.1 Une coordination des acteurs à améliorer et une gouvernance à clarifier.....	23
2.2.2 Une culture de l'évaluation et de la formation à renforcer.....	24
Conclusion.....	27
Bibliographie	29
Documents annexes uniquement joint au rapporteur	

Remerciements

Nous tenons à exprimer nos remerciements à :

Dr AVEZ, Médecin régulateur SAMU, CHU de Rennes (35)
Dr BAILLY, Responsable de la CIRE Ouest
M. BIANCHI, Chargé de mission qualité et sécurité des soins, ARH Bretagne
M. DESMO, Directeur intérimaire de l'EHPAD de Clion (36)
M. ERB, Responsable adjoint du SDIPC, Préfecture d'Ile et Villaine
Mme FENETRE, Directrice de l'EHPAD de St Gaultier (36)
Dr GUICHARD, Médecin Inspecteur de Santé Publique, DDASS de Seine St Denis (93)
M. le Colonel HAUTEMANIERE, Chef d'Etat Major de la Zone de Défense Ouest
Dr ILEF, Responsable de la cellule de coordination des alertes de l'InVS
M. JEHANNIN, Secrétaire Général du CHU de Rennes (35)
Mme LAUZE MARTIN, Directrice de l'EHPAD de Ligueil (37)
M. LONGECHAUD, Délégué de défense de la DDASS de l'Indre (36)
M. MAILLARD, Directeur Régional de l'Agence France Presse Rennes
Mme METZER, Directeur qualité, CH Versailles (78)
Mme MORILLE, Ingénieur qualité du CHU de Rennes (35)
M. NOILHAN, Directeur de l'Hôpital Local de Châtillon sur Indre (36)
M. PAIRE, Directeur Général du CHU de Rouen (76)
Mme PATTI, Chargé de mission, Saint Etienne
Mme PILLET, Responsable de la cellule des risques de la DHOS
M. PONCHON, Directeur de l'Hôpital Local St Meen le Grand (35)
M. ROZIER, Directeur de la formation et des écoles CHU de Rouen (76)
Mme SCHERB, Coordonnateur des soins, CH Versailles (78)
Mme THOMAS, Responsable qualité et gestion des risques, CH Châteauroux (36)
M. VAN DER LINDE, Coordonnateur de la Zone de Défense Ouest
Dr VEYRAT, Directeur adjoint du DésUS

Nous exprimons, également notre gratitude à notre animatrice, Mme CHAUSSUMIER pour son aide précieuse et ses conseils avisés.

Liste des sigles utilisés

AESA	Agence Européenne de Sécurité des Aliments
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AFSSA	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire environnementale et du travail
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ASN	Autorité de Sûreté Nucléaire
BIOTOX	Plan d'Intervention spécialisé dans le domaine biologique
CIRE	Cellule Inter- Régionale d'Epidémiologie
COD	Centre Opérationnel de Défense
COGIC	Comité de Gestion Interministérielle des Crises
COM Ségur	Centre Opérationnel Ministériel de gestion de crise
CSP	Code de la Santé Publique
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires Sociales
DÉSUS	Département des Situations d'Urgence Sanitaire
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EFS	Etablissement Français du Sang
HFD	Haut Fonctionnaire de Défense
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS	Institut de Veille Sanitaire
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finances
MIGA	Mise en Garde et d'Action
NRBC	Risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPRI	Office de Protection contre les Rayonnements Ionisants
ORSEC	plans d'ORganisation des SECours et de défense civile
PAGUS	Plan d'Action relatif à l'alerte et à la Gestion des situations d'Urgence Sanitaire

PIRANET	Plan d'Intervention spécialisé dans le domaine des systèmes d'information
PIRATAIR – INTRUSAIR	Plan d'Intervention spécialisé dans le domaine de l'espace aérien
PIRATE-EXT	Plan d'Intervention concernant les prises d'otage de français à l'étranger
PIRATE-MER	Plan d'Intervention spécialisé dans le domaine maritime
PIRATOME	Plan d'Intervention spécialisé dans le domaine nucléaire et radiologique
PIRATOX	Plan d'Intervention spécialisé dans le domaine chimique et toxique
PPI	Plans Particuliers d'Intervention
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PSS	Plans de Secours Spécialisés
RNSP	Réseau National de la Santé Publique
RSI	Règlement Sanitaire International
SAMU	Services d'Aide Médicale Urgente
SAU	Services d'Accueil et d'Urgence
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SGDN	Secrétaire Général de la Défense Nationale
SIDPC	Service Interministériel de Défense et de Protection Civile
SMUR	Service Médical d'Urgence et de Réanimation
SRAS	Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

Introduction

De nombreux évènements récents, tant internationaux que nationaux, ont fait prendre conscience aux acteurs chargés de la sécurité et de la santé publique de la nécessité de mettre en place une organisation solide et structurée de veille sanitaire et de gestion des risques, pouvant en dernier recours déboucher sur une gestion des crises.

Ces nouveaux facteurs de risques internationaux que sont l'apparition de nouvelles pathologies (grippe aviaire - SRAS), les bouleversements climatiques (inondations - canicule en France en 2003) et les actes de terrorisme ou les accidents industriels (bioterrorisme - risques NRBC - usine AZF) ont obligé les pouvoirs publics, à partir des années 2000, à organiser des réseaux d'alerte et d'analyse des risques sanitaires menaçant les populations civiles.

Cette prise de conscience a été relativement tardive en France, par rapport à certains de nos voisins européens ou aux Etats-Unis, et résulte d'un déficit historique de la recherche en santé publique ainsi que d'une moindre culture du risque intégrée par le plus grand nombre.

Néanmoins, un certain nombre de réglementations, d'actions et d'organisations ont été mises en place ces dernières années, permettant de structurer une réponse territoriale de l'alerte et de la gestion des risques en France.

Partie prenante de la défense civile, au même titre que les aspects économiques ou de sécurité civile, la protection sanitaire des populations est devenue l'affaire de tous les acteurs de santé publique, du niveau national (interministériel et agences nationales type INVS) au niveau local (départemental – DDASS – et établissements de santé ou médico-sociaux) en passant par le niveau zonal, expression d'une nouvelle culture stratégique intégrant la coopération militaro civile qui marque de son empreinte une majorité de dispositifs de veille et de gestion des risques.

De façon concrète, un certain nombre de plans nationaux (type plan variole) et de plans locaux (plans bleus et blancs) ont été créés, plaçant en première ligne les établissements de santé en ce qui concerne la prise en charge des populations éventuellement touchées dans un contexte de crise sanitaire.

Par ailleurs, des efforts ambitieux de formation et de sensibilisation des personnels de santé aux risques NRBC ou à la grippe aviaire ont été entrepris, misant sur une réactivité accrue des agents, acquise au moyen d'exercices réguliers de mise en situation de crise, et tentant d'inculquer de façon plus globale une culture du risque qui fait encore souvent défaut en France.

Malgré une tendance logique et souhaitable à la clarification des responsabilités et à la lisibilité du rôle de chacun des acteurs, la veille sanitaire et la gestion des risques restent marquées en France par une impression d'empilement d'organisations, d'acteurs et de dispositifs hétérogènes, reflet de la diversité et de la complexité administrative française, qui risquent pourtant de porter préjudice à l'efficacité et à la cohérence des réponses sanitaires planifiées et attendues.

L'enjeu de l'efficacité des dispositifs de veille et de gestion de risques repose sur le type de structure qu'il convient d'adopter pour faire face aux nouvelles menaces sanitaires affectant les populations civiles :

Faut-il privilégier une structure centralisée, faisant remonter l'information du terrain, des établissements et des acteurs de santé, jusqu'aux institutions et agences nationales, ou, faut-il plutôt miser sur une subsidiarité contrôlée, laissant une marge de manœuvre opérationnelle, voire décisionnelle, plus ou moins conséquente aux acteurs locaux ?

L'autre enjeu réside dans la formation des acteurs, dans la sensibilisation des populations aux problématiques de santé publique et dans l'acquisition d'une culture du risque en France. Cet enjeu culturel prendra évidemment plus de temps puisqu'il faudra aller à l'encontre d'habitudes acquises, de schémas horizontaux précédemment intégrés par les acteurs et portant au cloisonnement alors qu'il faudrait amener ces acteurs à évoluer vers davantage de coopération verticale et de transversalité afin de détecter au plus tôt les signaux annonciateurs d'une crise ou d'un risque sanitaire.

Ainsi, pour répondre efficacement aux nouvelles menaces sanitaires et aux nouveaux risques de santé publique, il convient dans un premier temps de comprendre le contexte et les crises qui ont favorisé l'émergence d'une prise de conscience de la nécessité d'une gestion des risques en France, puis d'analyser la déclinaison territoriale des dispositifs actuels de veille sanitaire et de gestion des risques avant de constater, dans un deuxième temps, les réussites et les carences de ces dispositifs, toujours susceptibles d'améliorations continues afin de les adapter aux défis sanitaires du XXI^e siècle.

Méthodologie

D'une part, nous nous sommes appuyés sur un travail documentaire, à partir du dossier qui nous a été remis, afin de nourrir notre réflexion de départ. Une recherche bibliographique et réglementaire plus approfondie a ensuite été effectuée dans le domaine de la veille sanitaire et de la gestion des risques.

D'autre part, nous avons procédé à des entretiens directs avec les acteurs impliqués à tous les niveaux territoriaux :

- national (représentants du DéSUS, de la DHOS, de l'InVS),
- zonal (coordonnateur de Zone à la DRASS),
- régional (coordonnateur de CIRE, chargé de mission pour la qualité et la sécurité sanitaire en ARH),
- départemental (Directeur et Médecin Inspecteur de Santé Publique de DDASS, représentant de la préfecture),
- local (représentants de Centres Hospitalo-universitaires, de centres hospitaliers, d'hôpital local ou d'établissement médico-social),
- médias (Directeur d'une antenne locale de l'Agence France Presse).

Les entretiens ont été répartis entre les membres du groupe en fonction d'un calendrier de travail. Ils ont été préparés collectivement et ont conduit à la formulation de grilles d'entretien. Ils ont ensuite donné lieu à des restitutions orales destinées à informer le groupe des points essentiels abordés et préciser le champ de notre problématique.

Après avoir défini collectivement une problématique ainsi qu'un plan détaillé, nous nous sommes répartis le travail de rédaction entre différents petits comités (2 à 3 personnes). Plusieurs relectures collectives ont été réalisées afin d'harmoniser les différentes productions et d'apporter des corrections. Enfin, notre travail a été soumis à notre référente du MIP et d'ultimes corrections, prenant acte de ses commentaires, ont été apportées.

L'utilisation conjointe des deux approches nous a conduit à mieux cerner les enjeux liés à la prévention et à la gestion des risques sanitaires, d'étayer notre réflexion d'exemples concrets abordés par nos interlocuteurs, d'appréhender l'organisation des niveaux d'action et le rôle de chacun, de même que les restructurations à venir. Cette démarche nous a permis de dégager une analyse personnelle de l'efficacité du dispositif, et de formuler des propositions qui seraient de nature à l'améliorer.

1 La succession de crises et l'émergence de nouveaux risques ont impliqué une organisation administrative déclinée sur un mode territorial

L'organisation administrative en matière de veille sanitaire et de gestion des risques s'est construite sur un mode territorial pour répondre à des risques et des crises de plus en plus fréquents et graves..

1.1 Un contexte de succession des crises et d'apparition de nouveaux risques à l'origine de dispositifs planifiés

Révélatrices des défaillances des dispositifs existants, les nombreuses crises sanitaires justifient la montée en régime progressive des acteurs de veille et de sécurité sanitaires. Ces derniers doivent organiser et structurer leurs actions autour de dispositifs planifiés destinés à accroître leur réactivité face aux événements.

1.1.1 L'émergence progressive du concept de veille et de sécurité sanitaires.

Au XIX^e et au début XX^e siècles, en France, des développements scientifiques et techniques ont bouleversé les conditions d'exercice de la médecine et ont imposé progressivement la notion de santé publique, consacrée par la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique. Des législations modernisées et étoffées ont été mises en vigueur progressivement mais leurs bases n'ont pas connu de véritable révolution jusqu'à la fin des années 1980. En effet, ce n'est qu'à partir des années 1990 que des progrès considérables ont été réalisés et que le mouvement vers la sécurité sanitaire s'est véritablement engagé.

Ces avancées sont dues à la pression de nombreuses crises sanitaires. La succession de crises sanitaires de grande ampleur à partir de la seconde moitié du XX^e siècle (thalidomide dans les années 1960 et distillène entre 1950 et 1977) a entraîné la montée en puissance et la réorganisation du système français de santé jusqu'alors très réduit dans ses moyens. Des épidémies et crises technologiques avaient pourtant eu lieu au XIX^e siècle mais n'avaient pas remis en cause la médecine et le système de soins tant ils étaient impuissants à traiter les victimes.

Les esprits ont continué à évoluer dans les années 1980, suite à la catastrophe de Tchernobyl. Mais, c'est avec la révélation de l'affaire du sang contaminé, en 1991 que la notion de crise sanitaire a pris son véritable sens. La multiplication des crises (crise de la vache folle, SRAS, Hépatite B, légionellose) a souligné l'importance de cette notion et a suscité la création d'organismes ad hoc appuyés sur des effectifs et budgets propres (Agence française du sang, Agence du médicament¹, OPR², Etablissement français des greffes³). La création successive de telles structures sans remise en cause de celles existantes a complexifié le dispositif de sécurité sanitaire entraînant ainsi des conflits de compétence et un manque de lien opérationnel⁴. Ainsi, c'est une succession de crises qui a construit le concept de sécurité sanitaire appuyé sur un ensemble d'agences.

Tout au contraire, l'émergence de la veille et de la surveillance sanitaires a été plus lente et compliquée. Les structures chargées de ces fonctions ont démarré leur activité avant la survenue des crises mais elles ne disposaient pas de moyens suffisants pour les anticiper.

De la fin du XIX^e siècle jusqu'au début des années 1980, la veille sanitaire s'appuie essentiellement sur un dispositif de surveillance épidémiologique passif, reposant sur des déclarations volontaires de médecins. En 1984, se met en place un dispositif de surveillance de type « réseau sentinelle » permettant d'anticiper la survenue d'épidémies par l'envoi d'informations ciblées à intervalles réguliers. Le système de surveillance épidémiologique a été renforcé en 1992 avec la création du Réseau National de la santé publique (RNSP)⁵ à l'instigation du Directeur général de la Santé (Jean-François Girard) qui fédère les laboratoires existants dans les universités, à l'INSERM et dans les hôpitaux. Son champ d'action et ses moyens restaient cependant limités.

Ces organismes créés dans l'urgence, en réponse aux besoins de chaque crise, ont été remplacés par d'autres structures dans une perspective de cohérence d'ensemble à la fin des années 1990.

¹. Loi n°93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicaments.

². Décret n°94-604 du 19 juillet 1994 portant création de l'office de protection contre les rayonnements ionisants.

³. Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

⁴. Cf. tableau Annexe n°2.

⁵. Arrêté du 17 juin 1992 portant approbation d'une convention constitutive d'un groupement d'intérêt public.

La loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et des contrôles des produits destinés à l'homme marque une nouvelle étape dans la veille sanitaire et la gestion des risques en créant une architecture novatrice.

Cette législation a été élaborée à la suite des travaux approfondis menés au sein de la commission des affaires sociales du Sénat à partir de 1996, sous l'impulsion de M. Claude Huriet ainsi que de M. Charles Descours, Président de cette mission⁶.

Partant du constat de l'absence de coordination et d'alerte organisée, liée à une multiplicité d'organismes et de procédures, la loi met en place un système de veille sanitaire doté de moyens performants qui couvre tout le champ de la santé de la population :

- Pour la veille sanitaire, le RNSP se transforme en établissement public de l'Etat et devient l'institut de veille sanitaire (InVS).

- Pour la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, la loi transforme en établissements publics l'Agence du médicament et l'Agence française du sang et crée l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA).

L'Agence du médicament devient l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSAPS) et acquiert compétence sur la sécurité et le bon usage des produits de santé afin d'assurer une couverture complète et uniforme via l'harmonisation des méthodes d'évaluation et de gestion, de tous les types de produits de santé.

De même, l'Agence Française du Sang, devenue l'Etablissement Français du Sang (EFS), voit sa mission élargie. Il devient l'opérateur unique de transfusion sanguine, de la collecte à la distribution, en intégrant dans un établissement public national unique les 43 établissements de transfusion sanguine existants.

La loi 2001-398 du 9 mai 2001 créant une Agence française de sécurité sanitaire environnementale complète et réorganise le dispositif. Elle instaure un nouvel établissement public d'Etat : l'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale et du Travail (AFSSET) qui a pour mission « de contribuer à assurer la sécurité sanitaire dans le domaine de l'environnement et d'évaluer les risques sanitaires liés à l'environnement »⁷. Organisée comme une « agence-pivot », elle dispose de peu de moyens et reste actuellement dans un statut provisoire.

Ces deux lois ont mis en place des organismes permanents et indépendants, établissements publics le plus souvent, disposant de l'expertise scientifique. Leurs

⁶. Huriet C. Les conditions du renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme en France. Rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat [en ligne] Paris, Sénat 31 janvier 1997.

⁷. Article 1335-3-1 du CSP.

missions se limitent toutefois à l'observation, l'analyse, l'alerte, avec pour certains un pouvoir de contrôle. La capacité d'intervention notamment en situation d'urgence reste entre les mains de l'administration et du pouvoir politique. Le rapport d'évaluation de la loi de 1998, publié en 2004⁸, souligne d'ailleurs les difficultés et la complexité du système mis en place.

De 2000 à 2006, une succession d'événements catastrophiques majeurs, naturels ou provoqués, est venue confirmer que les populations, les équilibres socio économiques et les infrastructures critiques, notamment sanitaires, étaient particulièrement fragiles et vulnérables. L'attentat contre le World Trade Center en septembre 2001, l'explosion de l'usine AZF quelques jours plus tard, l'apparition du SRAS en 2003, la gestion de la crise de la canicule, le tsunami en décembre 2004, les attentats multiples de Madrid et de Londres, le cyclone sur la Nouvelle-Orléans, la pandémie de grippe aviaire et l'épidémie de Chikungunya ont montré les carences du dispositif de veille et de gestion de situations de crises et ont imposé la nécessité d'une organisation rigoureuse et d'une coordination de l'action et des moyens. Dès lors, l'accélération et le renforcement de la démarche de planification se sont imposés.

1.1.2 L'apparition d'une démarche planificatrice favorisant la réactivité des acteurs face aux évènements.

La gravité de ces épisodes a conduit le gouvernement à prévoir des structures spécifiques d'intervention et à prendre en charge en amont la gestion des problèmes sanitaires. C'est ainsi que les pouvoirs publics ont impulsé l'élaboration d'un certain nombre de « plans » d'intervention susceptibles d'être déclenchés en cas de crise collective.

Ces plans ont été véritablement structurés par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique qui prévoit la mise en place au sein de chaque région d'un Plan Régional de Santé Publique (PRSP) comportant un Plan d'action relatif à l'Alerte et à la Gestion des situations d'Urgence Sanitaire (PAGUS), afin de mieux répondre aux menaces sanitaires.

De plus, la loi du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile s'inscrit dans une démarche globale de protection des populations, allant de la prévention des risques à

⁸. SAUNIER, *Rapport sur l'application de la loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires*, Sénat, février 2005

l'organisation des secours jusqu'au retour à la vie normale après une crise. La sécurité civile devient une composante majeure de la politique générale de sécurité intérieure et de défense civile et repose sur l'engagement de chacun (notamment au niveau des collectivités territoriales). L'article 4 de la loi prévoit une sensibilisation de la population à la prévention des risques et un apprentissage des gestes de premiers secours. L'arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et aux soins d'urgence complète ce dispositif par une formation des professionnels, notamment aux risques NRBC.

Différents types de plans qui se superposent en fonction de la nature et de l'ampleur du risque résultent de cette pluralité de textes juridiques.

On note tout d'abord les Plans d'Organisation des Secours et de défense civile, **plans ORSEC**. Datant de 1952, ils constituent depuis la loi du 13 août 2004 « le dispositif global d'organisation interservices » permettant de faire face à tout type d'événements majeurs. Celui-ci vise la « protection générale des populations ». Il comprend des dispositions générales applicables en toutes circonstances et des dispositions propres à certains risques particuliers. Le plan ORSEC s'articule désormais autour d'une gestion de crise commune et simplifiée assortie d'un recensement et d'une analyse préalable des menaces des risques qui compléteront les dispositions générales des **plans d'urgence spécifiques**.

Ces derniers sont classifiés en trois catégories : **le plan rouge, les Plans Particuliers d'Intervention (PPI) et les Plans de Secours Spécialisés (PSS)**.

Le **plan rouge** est un dispositif d'acheminement pré-hospitalier destiné à porter secours à de nombreuses victimes. Il comporte l'ensemble des « procédures de secours d'urgences qui doivent être engagées en vue de remédier aux conséquences d'un événement entraînant ou pouvant entraîner de nombreuses victimes ». Celui-ci précise les responsabilités des différents intervenants de la chaîne médicale de secours (SDIS, SAMU, SMUR, CUMP). La circulaire du 19 décembre 1989 détaille les modalités de son déroulement.

Dans les **Plans Particuliers d'Intervention (PPI)**, les lieux et les risques sont connus à l'avance. Les PPI sont établis pour « faire face aux risques particuliers liés à l'existence ou au fonctionnement d'ouvrages ou d'installations dont l'entreprise est localisée ou fixe » comme par exemple les installations classées, nucléaires, les aménagements hydrauliques, industriels.

Les **Plans de Secours Spécialisés** (PSS) sont établis à la demande du préfet lorsqu'il existe des risques technologiques ne répondant pas aux critères d'un PPI ou spécifiques à un département (annonce de crues, inondations, électrosecours, hébergement, eau potable, autoroute...). Il s'agit de plans d'alerte et de secours aux populations élaborés sous l'égide du Service Interministériel de Défense et de Protection Civile (SIDPC).

Pour faire face aux menaces et actions terroristes, des **plans gouvernementaux dits « pirates »** ont été élaborés sous l'égide du secrétaire général de la défense nationale (SGDN) et peuvent être déclenchés par le Premier ministre en cas d'acte terroriste suspecté ou avéré⁹. Parmi ceux-ci, on distingue un plan de vigilance, de prévention et de protection généraliste (le plan gouvernemental « Vigipirate ») et des plans gouvernementaux d'interventions spécialisés par grands types de menaces (PIRATOX, BIOTOX, PIRATOME, PIRATAIR, INTRUSAIR, PIRATE-MER, PIRANET, PIRATE-EXT).

La multiplication des crises sanitaires a entraîné l'émergence de **plans sanitaires spécifiques** tels que le plan variole, le plan de réponse contre une menace du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ou le plan gouvernemental de prévention et de lutte contre la pandémie grippale.

Suite aux événements de l'été 2003, le **plan canicule** définit, au niveau national, les actions à mettre en œuvre pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule. Celui-ci se décline localement dans **les plans bleus** d'établissement. Il existe trois niveaux d'alerte progressifs : un niveau de veille saisonnière, un niveau de mise en garde et d'action (MIGA) déclenchés par les préfets de département sur la base de l'évaluation des risques météorologiques et sanitaires réalisés par l'InVS en concertation avec Météo France et enfin, un niveau de mobilisation maximale.

En outre, l'article L. 3110-7 du Code de santé publique issu de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 et de la loi n°2007-294 du 5 mars 2007 dispose que « chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé **plan blanc** d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature

⁹. Circulaires n°700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2002 et n°800/SGDN/PSE/PPS du 23 avril 2003 relative respectivement aux matières chimiques et aux matières radioactives.

dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ». Le plan blanc doit s'inscrire dans le cadre du **plan blanc élargi** qui vise à coordonner l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un événement de grande ampleur qu'un établissement seul ne pourrait maîtriser.

Ainsi, l'avènement de nombreuses crises sanitaires qui ont profondément marqué l'opinion publique et les différentes institutions ont abouti à de nombreux travaux ayant pour objet l'amélioration de la veille sanitaire et de la gestion des risques. En dépit de l'empilement des différents dispositifs législatifs et institutionnels, l'architecture renouvelée des différents plans, nationaux, zonaux et départementaux, doit permettre de mieux anticiper et de conduire l'action par une lecture commune et simplifiée.

L'efficacité de ces dispositifs reste conditionnée par la cohérence de multiples facteurs (réactivité, disponibilité des moyens, communication, anticipation). Elle s'appuie, en France, sur une organisation administrative déclinée sur un mode territorial.

1.2 Une organisation administrative déclinée sur un mode territorial

Déclinée sur un mode territorial, l'organisation administrative en matière de veille sanitaire et de gestion des risques a abouti à un maillage du territoire articulé autour d'organismes de veille nombreux et variés mais aussi à un éclatement de la compétence stratégique entre différents acteurs.

1.2.1 Un maillage du territoire assuré par des organismes de veille nombreux et variés

Le dispositif de veille sanitaire s'est adapté aux nouvelles exigences de santé publique pour assurer une cohérence du système. Il est organisé selon quatre niveaux : national, zonal, régional, départemental.

1.2.1.1 Le niveau national de la veille sanitaire :

L'objectif du ministère de la santé est de restructurer et de réorganiser le dispositif au niveau national en le dotant d'une organisation capable d'anticiper et d'éviter les conséquences d'une crise et d'être un appui technique du Centre Opérationnel Ministériel de gestion de crise (COM Ségur). Actuellement, le ministre est informé par différentes directions centrales que sont la direction générale de la santé (DGS), la direction de

l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), la direction générale de l'action sociale (DGAS) et les agences de sécurité sanitaire (AFSSAPS, AFSSET, AFSSA). En 2004, le Département des Situations d'Urgences Sanitaires (DéSUS) est créé au sein de la DGS afin de réceptionner les alertes sanitaires au niveau national et international.

Par ailleurs, l'InVS a un rôle concernant la surveillance et l'alerte. Il reçoit des signaux notifiés des services déconcentrés du ministère de la santé, des agences nationales, de la DHOS, des réseaux de santé européen et de l'OMS. Par ailleurs, il évalue les signaux reçus ou détectés provenant des serveurs régionaux pour les établissements de santé et des médecins généralistes. L'InVS est chargé de diffuser ces éléments aux autorités sanitaires : le cabinet du ministre de la Santé, la DGS et le DéSUS.

1.2.1.2 Le niveau zonal de la veille sanitaire :

Sous l'autorité des préfets de zone, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) du chef lieu de zone intègrent dans leurs missions les questions de défense civile. Le Directeur de la DRASS, délégué de zone, recueille auprès des services déconcentrés et des services publics, les informations nécessaires pour préparer les mesures de défense non militaires susceptibles d'être mises en œuvre par le préfet de zone.

1.2.1.3 Le niveau régional :

Au niveau régional, la veille sanitaire est prise en charge par une cellule de prévention et de gestion des risques composée des membres de la DRASS, de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et de la Cellule InterRégionale d'Epidémiologie (CIRE). Cette cellule procède au recensement et à l'analyse des données d'activités des Services d'Accueil et d'Urgence (SAU) et des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU), mais aussi celui des disponibilités de lits (via notamment la mise en place des serveurs régionaux).

1.2.1.4 Le niveau départemental :

L'organisation opérationnelle de la veille sanitaire est clairement identifiée au niveau des Directions Départementales des Affaires Sanitaires Sociales dans une cellule de prévention et de gestion des risques. Cette dernière a pour mission d'assurer une veille permanente et de préparer les plans de prévention sanitaire (variole et pandémie grippale) et environnementaux (canicule, inondation).

En situation d'alerte, la cellule de prévention et de gestion des risques de la DDASS assure la gestion et le suivi de l'évènement. Elle informe le préfet de ses actions et des données en sa possession. Lorsque les alertes impliquent les établissements de santé, elle transmet l'information au niveau régional par le biais des ARH.

Ce maillage du territoire par des organismes de veille sanitaire nombreux et variés fait écho à un éclatement de la compétence stratégique entre différents acteurs.

1.2.2 Une compétence stratégique éclatée entre différents acteurs

La gestion des risques consiste à agir sur tous les paramètres de vulnérabilité pour lesquels un levier d'action existe. Dans le domaine sanitaire, si tous les plans sont élaborés au niveau national, la gestion des risques doit être ensuite déclinée sur l'ensemble du territoire.

L'organisation et la gestion de l'alerte sanitaire s'appliquent aux différents échelons territoriaux de l'Etat (services des ministères de l'Intérieur et de la Santé). Le ministère de la Santé assure avec l'aide de ses directions (DGS, DHOS, DGAS) l'échange d'informations entre les différents ministères et la coordination entre les services déconcentrés. Jusqu'alors, sa principale mesure consistait à mettre en place une cellule de crise interlocutrice des services territoriaux de l'Etat.

La gestion des risques exceptionnels quant à elle, notamment des risques NRBC, est un sujet interministériel coordonné par les services du premier ministre : ministères de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire, de la Défense, de l'Ecologie et du Développement Durable, de l'Agriculture et de la Pêche, de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, des Transports, de l'Equipement et de la Mer et enfin de la Santé et des Solidarités.

1.2.2.1 Le niveau national

La **DGS** est chargée de proposer une politique de santé publique et d'assurer la qualité du système. Le DésUS assure la gestion des alertes sanitaires au niveau national. La DGS peut saisir l'InVS dès lors qu'il existe un risque sanitaire.

La **DHOS** est chargée de s'assurer de la qualité, de la continuité, de la sécurité du système de soins, dont elle veille à garantir l'égal accès à tous ainsi que le respect des droits de l'utilisateur. Au sein de la DHOS, la cellule de gestion des risques assure la gestion

et la coordination des actions entreprises. Selon la nature de la crise ou du risque potentiel, elle assure sa mission en coordination avec la DGS.

La **Direction Générale de l'Action Sociale** (DGAS) remonte au niveau national les évènements ayant un impact sanitaire sur le secteur social et médico social.

Chaque ministère est doté d'un service supervisé par un **Haut Fonctionnaire de Défense** (HFD). Le HFD est le conseiller du ministre pour toutes les questions relatives aux mesures de défense qui incombent à celui ci en application du décret 2007-207 du 19 février 2007. Il anime et coordonne la préparation de ces mesures et contrôle leur exécution.

En gestion de crise, il assure et organise :

- La continuité de l'action gouvernementale en situation dégradée
- Le traitement et exploitation des données du centre opérationnel de gestion interministériel des crises (COGIC)
- La contribution à la couverture de certains besoins sanitaires et sociaux
- L'animation d'un plateau technique équipé de moyens de transmission spécialisés et sécurisés au sein du COM Ségur
- Le suivi des évolutions en cas de crise

L'**Autorité de Sûreté Nucléaire** (ASN) a pour mission d'organiser une veille permanente en matière de radioprotection sur le territoire national, d'en assurer le contrôle et le respect des règles (loi n°2006-686 du 13 juin 2006). Elle est associée à la gestion des situations d'urgence.

Les **agences de sécurité sanitaire** interviennent également.

Ainsi, l'InVS contribue à la gestion de crise, en informant et éventuellement en proposant des mesures au niveau national.

L'AFSSAPS participe à l'application des lois et règlements relatifs à la mise en service et à l'utilisation des produits destinés à l'homme, à finalités sanitaire ou cosmétique.

D'autres agences jouent un rôle dans le champ de la sécurité sanitaire (AFSSA, AFSSET...).

1.2.2.2 Le niveau zonal

La zone de défense est une circonscription suprarégionale destinée à faciliter la gestion, par les autorités déconcentrées de l'Etat, d'une situation de crise dont l'importance implique la mise en œuvre de moyens dépassant le niveau départemental.

Dans chaque zone de défense, l'Etat est représenté par un **préfet de zone** qui est le préfet de département situé dans le chef lieu de la zone (hormis Paris, où il s'agit du préfet de police). Il assure la coordination avec les autorités militaires des mesures de défense civiles et militaires ainsi que la cohérence des plans de protection avec les plans militaires de défense.

Le **SAMU zonal** en lien avec le délégué de zone participe à la réponse zonale des risques exceptionnels. Par ailleurs, il contribue à l'application du plan de formation national au niveau zonal (ex : formation NRBC). En cas de crise, le délégué de zone en lien avec le SAMU zonal recense les moyens disponibles et élabore un programme d'action prévisionnel. Il assure les remontées d'informations des niveaux déconcentrés vers les services de l'administration centrale.

En outre, il a été désigné pour chaque zone de défense un ou des **établissements de santé de référence** capables de gérer une situation sanitaire exceptionnelle. L'établissement de santé de référence est chargé de coordonner et de mettre en application le suivi et l'évaluation des directives de l'administration centrale, en apportant une assistance technique aux délégués de zone. Il assure un rôle de conseil, de diagnostic voire de prise en charge thérapeutique et de formation des personnels aux risques NRBC.

1.2.2.3 Le niveau départemental

L'échelon départemental recouvre le champ de l'anticipation et de la gestion de crise.

Le **préfet de département** prépare les plans ORSEC départementaux et coordonne les moyens de secours publics dans les départements. Le représentant de l'Etat dans le département mobilise les moyens de secours relevant de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics en cas d'accident, sinistre ou catastrophe¹⁰. Si nécessaire, en situation de crise, le préfet de département active le centre opérationnel de défense (COD), cellule opérationnelle préfectorale regroupant sur un même site l'ensemble des acteurs du département impliqués.

¹⁰ Loi n° 2004- 811 de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004

La **DDASS** joue un rôle opérationnel et agit sous l'autorité du préfet de département. Elle déclenche, en cas de crise, la mise en place d'une cellule d'appui qui est le prolongement de la cellule de prévention et de gestion des risques. Son rôle est de proposer au préfet, en liaison avec le COD, des actions et des mesures en vue de la résolution de la crise et de participer à leur mise en œuvre.

Sur la base du recensement à l'échelon départemental, le représentant de l'Etat peut procéder aux réquisitions de tous biens et services notamment en direction des professionnels de santé, des établissements de santé, et des établissements médico-sociaux si l'afflux de victimes ou la situation sanitaire le justifie¹¹.

1.2.2.4 Le niveau local

Les **établissements de santé** publics et privés et les établissements sociaux et médico-sociaux sont tenus d'élaborer un plan blanc pour les uns et un plan bleu pour les autres. Il s'agit de se doter d'un dispositif de crise mobilisant immédiatement les moyens de toute nature dont ils disposent en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Arrêté par l'instance délibérative de l'établissement, sur proposition de son directeur ou de son responsable, après avis des instances consultatives, le plan blanc doit tenir compte des actions mises en place sur le terrain par les équipes médicales et doit permettre d'assurer le fonctionnement des services par la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles en fonction des besoins. Le directeur d'établissement est seul responsable de la mise en œuvre du plan blanc au sein de sa structure et de la prise en charge des patients confiés par le SAMU ou se présentant spontanément dans son établissement.

Pour chaque établissement, doivent être prévus :

- L'activation d'une cellule de crise, véritable organe de commandement du plan blanc
- Les modalités d'adaptation de l'établissement à l'afflux de victimes : circulation à proximité et dans l'enceinte de l'établissement, libération de lits, accueil des victimes des familles et des autorités
- Le maintien du personnel sur place et le rappel d'autres professionnels
- Les systèmes d'information et de communication.

¹¹. Article L. 3110-8 du CSP et décret du 30 décembre 2005.

Le plan blanc est constitué de fiches décrivant la séquence des décisions à prendre et de fiches annexes relatives aux risques NRBC.

Il convient de noter que tous les établissements de santé ne jouent pas le même rôle dans la gestion d'un afflux de victimes. Le plan blanc doit s'inscrire dans le cadre du plan blanc élargi qui vise à coordonner l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un événement de grande ampleur qu'un établissement seul ne pourrait maîtriser.

Construit par strates successives, le dispositif de veille sanitaire et de gestion des risques ne peut aujourd'hui faire l'économie d'une rationalisation des rôles et des compétences.

2 L'amélioration de l'opérationnalité impose une rationalisation des rôles et des compétences

En cours de réévaluation, le dispositif français de veille sanitaire et de gestion des risques rencontre encore d'importantes limites qui imposent l'adoption d'un modèle plus simple, plus efficace et plus efficient.

2.1 Les limites d'un dispositif en cours de réévaluation

Les adaptations récentes de l'organisation administrative, humaine et logistique du système français de veille sanitaire et de gestion des risques tendent à améliorer l'opérationnalité d'un dispositif qui demeure toutefois lacunaire.

2.1.1 Une amélioration de l'opérationnalité administrative, humaine et logistique

2.1.1.1 *La capacité de mobilisation de l'administration centrale a été renforcée*

Créé par arrêté du 14 octobre 2004, le Département des Situations d'Urgence Sanitaire (DéSUS), est chargé de trois missions principales.

En premier lieu, il assure la réponse aux alertes de santé publique quotidiennes, quelle que soit la forme de la menace (infectieuse, environnementale ou toxique, y compris bioterroriste).

En deuxième lieu, il organise la préparation à des crises sanitaires majeures, par l'élaboration de plans de secours sanitaires et l'acquisition des produits de santé et équipements de protection prévus par ces plans. La préparation à une éventuelle pandémie grippale continue à concentrer une part importante de l'activité du département, mais la réponse à une menace terroriste est également abordée, avec l'élaboration en 2006 du plan « peste charbon tularémie », ainsi que la refonte du plan variole.

Enfin, le DéSUS assure la gestion des crises sanitaires d'ampleur nationale ou internationale, avec notamment en 2006 l'adoption de dispositions lors du retour d'un

épisode caniculaire exceptionnel qui a duré plus d'un mois et touché jusqu'à 68 départements.

Depuis le 1er octobre 2006, le département gère également la nouvelle plateforme ministérielle de recueil et de régulation des alertes qui servira de point focal national, en application des nouvelles dispositions du règlement sanitaire international (RSI).

Pour remplir ces missions, le département des situations d'urgence sanitaire compte aujourd'hui vingt-quatre agents, dont vingt cadres (médecins, pharmaciens, administrateurs, et ingénieurs). Il est prévu un doublement de ses effectifs afin de renforcer sa compétence en matière de gestion de crise, quelque soit l'étendue sanitaire de cette dernière.

Ajoutons enfin que le DésUS a vocation à centraliser les appels des services déconcentrés, des agences et des instituts. Absorbant chacune des cellules de veille sanitaire du Ministère de la santé, il sera seul chargé d'émettre des messages en direction desdites institutions dans le cadre d'une concertation accrue.

2.1.1.2 Parallèlement, des stocks importants de produits de santé et d'équipements ont été constitués

Depuis 2002, le ministère chargé de la santé a acquis, afin de maintenir un approvisionnement en matériels médicaux et équipements de protection, de nombreux produits de santé en fonction des différents types de menaces sanitaires de grande ampleur qui ont été identifiés.

Ainsi, à la suite des attentats survenus en septembre 2001 sur le sol américain et des alertes à l'anthrax qui ont concerné plusieurs pays, la France a procédé à des achats d'importants stocks d'antibiotiques (fluoroquinolones), d'antidotes (cyanokits, contrathion...), d'iode stable, de vaccins antivarioliques et de matériel d'injection (aiguilles, embouts...) qui sont depuis régulièrement renouvelés et complétés.

Dès l'alerte, en 1999, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le risque de pandémie grippale, la France a également engagé un processus de préparation générale qui l'a conduite à constituer un important stock d'antiviraux (Tamiflu, Relenza, Oseltamivir), de masques de protection individuelle (FFP2) pour les professionnels en contact avec les malades et de masques « anti-projection » (dits « chirurgicaux ») portés par les malades pour protéger leur entourage. Elle a réservé d'importantes quantités de

vaccins pandémiques et de plus petites quantités de vaccins pré-pandémiques (H5N1), avec le matériel d'injection correspondant.

Enfin, face à plusieurs épidémies récurrentes de méningite de souches différentes, la France a constitué et utilisé des stocks (MenBVac, NeisVac, Ménomune).

2.1.1.3 La capacité de réponse de l'Etat sur le plan humain a été réexaminée

La loi du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur institue un corps de réserve sanitaire mobilisable en cas de « survenue d'une situation de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves à laquelle le système sanitaire et les services et personnes chargés d'une mission de sécurité civile ne peuvent faire face sur le territoire national ou lorsqu'un événement grave justifie l'envoi de moyens sanitaires hors du territoire national ».

La réserve sanitaire comprend une réserve d'intervention et une réserve de renfort. Le corps de réserve est constitué de professionnels de santé en exercice, d'anciens professionnels de santé retraités depuis moins de trois ans ou d'étudiants en médecine, pharmacie ou disciplines paramédicales, qui souscrivent un contrat d'engagement à servir dans la réserve.

Les réservistes auront un statut protecteur leur garantissant un maintien de rémunération et de protection sociale, ainsi qu'une protection juridique en cas de dommage personnel ou de mise en cause de leur responsabilité.

La loi crée en outre un établissement public d'Etat à caractère administratif chargé de la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire et « d'acquies, de fabriquer, d'importer, de distribuer et d'exporter des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves ». Cet établissement peut aussi financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs. De plus, à la demande du Ministre chargé de la santé, l'établissement peut mener les mêmes actions pour des médicaments, des dispositifs médicaux ou des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro répondant à des besoins de santé publique non couverts par ailleurs, qui font l'objet de production en quantité insuffisante ou de rupture, ou de cessation de commercialisation.

L'établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, administré par un conseil d'administration composé d'un président et, à parité, de représentants de

l'Etat et de représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et dirigé par un directeur général.

Les améliorations récentes du dispositif français de veille sanitaire et de gestion des risques ne doivent pas masquer les insuffisances que ce dernier connaît aujourd'hui encore.

2.1.2 Un dispositif qui demeure cependant lacunaire

2.1.2.1 *La coordination administrative est insuffisante*

Il convient de noter tout d'abord que la définition donnée de la veille sanitaire et de la gestion des risques n'est pas la même en fonction de l'acteur interviewé. Pour les uns, au niveau des autorités sanitaires, la veille renvoie davantage à la surveillance des maladies à déclaration obligatoire ou nécessitant un signalement alors que pour les autres à l'échelon subsidiaire des établissements, celle-ci correspond aux différentes vigilances sanitaires initiées en grande partie depuis la loi du 1^{er} juillet 1998. Si le risque ou la veille semblent, pour les premiers, faire partie d'évènements exceptionnels de dimension interrégionale voire nationale, pour les autres, ils procèdent beaucoup plus d'une attention quotidienne.

Au-delà de ce décalage dans l'appréhension des concepts, nous constatons les difficultés suivantes :

La planification de la veille sanitaire et de la gestion des risques suit en priorité un modèle descendant alors même que son efficacité est conditionnée par une large place laissée à l'initiative locale.

En outre, la veille sanitaire et la gestion des risques sont morcelées entre différentes administrations ou organisations, de façon parallèle (zones de défense civile et militaire) et souvent en superposition ou concurrence. A titre d'illustration, notons les rapports entre la cellule du DésUS et l'InVS. Ainsi, l'observateur peut se demander où commencent et s'arrêtent leurs champs de compétence respectifs.

Il convient aussi de s'interroger sur leurs limites organisationnelles. Par exemple, la cellule DésUS n'intervient qu'aux jours et heures ouvrables avec transfert de la régulation sur la DGS en dehors de ces périodes. La gestion des crises nécessite pourtant réactivité et coordination. Or, le fonctionnement de ces deux institutions reste largement cloisonné. Ainsi, l'InVS inscrit tout particulièrement son action dans une dimension saisonnière. N'ayant pas d'indicateurs performants, il ne peut mettre en avant

des pathologies prioritaires, ce qui semble le priver d'une certaine réactivité face à des évènements inattendus. Il ne participe qu'à la surveillance et à l'alerte et non aux actions à mettre en œuvre dans le cadre d'une crise sanitaire. Il peut éventuellement proposer des orientations en cas de gestion de crise sur un aspect épidémiologique.

En outre, la multiplication des risques constitue plus une compilation que la définition d'une échelle des risques qui appellerait pour chacun des acteurs la détermination de leurs priorités et permettrait une meilleure lisibilité et efficacité du dispositif.

Enfin, la gestion de crise ne s'inscrit toujours pas dans la politique de gestion des risques des établissements de santé alors que différents textes le prévoient. Ainsi, la circulaire du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques précise que tous les établissements de santé doivent développer une démarche de gestion des risques par l'élaboration et la conduite d'un programme. Quant à la circulaire du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis, elle impose à chaque établissement la mise en œuvre d'une politique de prévention et de gestion de crise et définit le rôle du directeur de l'établissement de santé.

2.1.2.2 L'accompagnement humain reste insuffisamment développé

La culture du risque est relativement nouvelle en France (premier plan blanc mentionné dans une circulaire de 1987). Elle n'est pas encore communément reconnue par les différents acteurs. Elle bouleverse les organisations et les habitudes en introduisant une dimension d'autoévaluation des processus et de retour d'expérience allant à l'encontre d'un fonctionnement empirique où l'action sanitaire de chacun serait forcément vertueuse.

A cela, s'ajoute l'ancrage inconscient dans les établissements d'une culture de la faute et de la sanction. Ainsi, déclarer un évènement indésirable ou un dysfonctionnement exposerait son auteur à la critique voire à la désapprobation de ses partenaires. Or, la culture du risque nécessite un regard dépassionné et objectif qui appelle une nécessaire autocritique. Elle est freinée par l'absence d'apprentissage dès le plus jeune âge qui l'intérioriserait dans les comportements. L'exemple de l'attitude des londoniens lors des attentats de juillet 2005 a souvent été mis en avant pour insister sur le retard français dans ce domaine.

Sur un plan opérationnel, la formation des personnels reste, pour l'instant, limitée à une demi journée voire une journée par an consacrée à la thématique des risques. Les exercices sont peu nombreux car ils nécessitent une lourde organisation au niveau interne et au niveau des autorités déconcentrées. En effet, la réalité des organisations de travail dans les établissements et l'obligation de formations réglementaires liées aux exercices professionnels introduisent une concurrence au sein des plans de formation et rendent difficiles un suivi des actions menées sur le long terme. La fréquence des formations dans ce domaine reste variable alors même que la veille sanitaire et la gestion des risques appelleraient pour leur réussite une régularité pluriannuelle des exercices. Ainsi, des tests doivent être planifiés et être accompagnés d'une évaluation du niveau d'acquisition des automatismes chez le personnel. Or, les formations par e-learning utilisées dans certains établissements soulèvent la question de l'appropriation des savoirs.

Enfin, les différents plans ou documents ayant trait à la veille sanitaire ou à la gestion des risques doivent être mis à jour régulièrement avec la désignation de personnes référentes qui ne doivent pas pour autant porter seules le devenir d'une telle démarche. En effet, le contexte de certification et de démarche qualité dans lequel se trouvent les établissements de santé ou médico-sociaux nécessite une démarche transversale par la constitution de groupes de travail pluridisciplinaires. Réapparaissent alors les difficultés liées à la dimension culturelle. Chacun des agents doit dépasser le cadre de son exercice professionnel pour raisonner en plus value commune. Cet élément constitue un enjeu central de management pour la direction dans les établissements.

2.1.2.3 L'évaluation financière est encore balbutiante.

Si une analyse du coût-bénéfice n'est pas forcément réalisable, la logique assurantielle qu'imposent la veille sanitaire et la gestion des risques a un coût incompressible et immobilise des moyens nécessairement conséquents. Il ne tient qu'à citer l'exemple du stock national de médicaments et dispositifs médicaux établi dans le cadre du plan grippe aviaire qui représente plus d'un milliard d'euros. Par ailleurs, tous les éléments constitutifs du dispositif de veille sanitaire n'ont pas forcément de financements dédiés. Par exemple, la formation des personnels dans ce domaine reste encore financée majoritairement par le plan de formation de l'établissement.

En outre, dans le contexte de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF), une évaluation financière des mesures à adopter s'impose avec une acuité

particulière. Cependant, les indicateurs de performance restent encore à définir. Peu de plans ou de procédures ont fait l'objet d'évaluations à la suite d'expériences.

En quête d'une organisation et d'une clarification, le dispositif français de veille sanitaire et de gestion des risques nous a conduit à explorer les voies d'un modèle plus simple, plus réactif et plus efficient.

2.2 Les voies d'un modèle plus simple, plus réactif et plus efficient

Conscients des lacunes du système, nous pouvons énoncer différentes pistes d'amélioration se structurant autour d'enjeux de gouvernance et de formation à la culture du risque.

2.2.1 Une coordination des acteurs à améliorer et une gouvernance à clarifier.

Au niveau **national**, l'enjeu consiste à assurer une continuité de la chaîne d'information des signaux de crise afin de mieux concentrer les données émanant des multiples acteurs sur le terrain, de définir les seuils d'alerte sanitaire et de donner une réponse coordonnée et efficace :

- Conserver la richesse d'une diversité d'acteurs servant de sentinelles sur le terrain, émanant de multiples institutions et ministères, qui permettent de couvrir un large spectre de crises potentielles.

- Centraliser et canaliser les informations et les signaux de crise auprès d'une chaîne unique d'alerte et de gestion de crise pour éviter une dispersion inter-ministérielle.

- Clarifier les missions de l'InVS et du DéSUS afin d'éviter les doublons et les conflits de compétence en les regroupant sur un site unique permettant de développer les synergies entre ces deux institutions.

- Mieux définir des seuils de crise de manière homogène au niveau national afin de la dissocier des simples urgences souvent grossies par la médiatisation à outrance.

- Evaluer, dans l'esprit de la LOLF, les missions de veille sanitaire et de gestion des risques au moyen d'indicateurs mesurant la performance des acteurs et des actions entreprises.

Au niveau **local**, la gouvernance des établissements de santé doit intégrer cette nouvelle dimension d'une culture du risque et de la gestion des crises sanitaires éventuelles :

- Créer un véritable pôle transversal de gestion des risques, référent unique au sein de la structure, assurant une veille stratégique des évènements pouvant conduire à des crises sanitaires. Ce pôle serait chargé de la prospective, de l'identification et de la réponse à tous les risques au sens large pouvant affecter le territoire de santé et le fonctionnement interne à l'établissement de santé (crise sanitaire, matériovigilance, pharmacovigilance...).

- Associer plus étroitement la gestion des risques à la démarche qualité, qui serait alors partagée et appropriée par tous les acteurs hospitaliers, au moyen de tableaux de bord, de référentiels et d'indicateurs fiables et pertinents.

- Privilégier la démarche « interlocuteur unique » au niveau local en repositionnant les préfets, étroitement appuyés par les DDASS, au cœur des dispositifs de veille, de gestion des risques et des crises. Cette démarche impliquerait une préférence structurelle pour une déconcentration plus poussée, permettant une réponse homogène aux crises éventuelles et un relatif contrôle des actions entreprises par les différents intervenants.

2.2.2 Une culture de l'évaluation et de la formation à renforcer.

L'enjeu majeur repose sur une diffusion de la culture du risque au plus grand nombre :

- Privilégier la formation de groupes référents au sein des établissements, composés d'équipes pluridisciplinaires qualifiées et entraînées acquérant un statut d'expertise, qui diffusent en retour les bonnes pratiques à l'ensemble du personnel plutôt qu'une formation de masse qui resterait obligatoirement partielle et imparfaite, en plus d'être particulièrement dispendieuse et difficile à mettre en œuvre dans les grands établissements.

- S'assurer, par des exercices réguliers, de la réactivité du personnel, de l'intériorisation d'automatismes et d'une clarification des rôles de chacun dans des modes de fonctionnement dégradés.
- Diffuser cette culture du risque à la population et favoriser l'acquisition de bonnes pratiques par les acteurs de santé de terrain (médecins et infirmiers libéraux) au moyen des réseaux ville - hôpital.
- Intégrer les retours d'expériences des pratiques locales des acteurs dans l'évolution des plans nationaux de gestion des risques et définir des grilles homogènes d'auto-évaluation permettant une analyse plus fine des résultats acquis lors des exercices.
- Mieux gérer en interne la phase de post-crise et favoriser la diffusion des enseignements retirés auprès des personnels.

La gestion de la médiatisation s'impose aux acteurs impliqués dans une crise sanitaire et entraîne une évolution de leurs rôles :

- Former à la communication de crise les gestionnaires d'établissements et tous les intervenants en première ligne face à des médias de plus en plus exigeants, voire intrusifs, en terme de transparence.

La veille sanitaire et la gestion des risques nécessitent également une articulation au niveau européen et international :

- Renforcer le dialogue entre les agences européennes et françaises notamment l'Agence Européenne de Sécurité des Aliments (AESAs).
- Accélérer la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) entre les différents Etats afin de développer une stratégie sanitaire commune.
- Orienter la recherche sur les nouveaux risques sanitaires (NRBC, etc..).

Conclusion

Au terme de ce travail collectif, quelques idées fortes méritent d'être soulignées et rappelées, en plus de l'enjeu majeur que représentent l'appropriation et l'intériorisation par tous les acteurs concernés d'une culture du risque trop souvent balbutiante en France.

Tout d'abord, il ne faut pas oublier qu'en matière de gestion de risques, les menaces et crises sanitaires qui adviennent en réalité dépassent souvent les anticipations et planifications des acteurs en les prenant de court et les rappellent à une nécessaire humilité autant qu'à une attention toute particulière portée à l'analyse stratégique et à la prospective.

Ensuite, l'omniprésence médiatique et nationale des grandes menaces NRBC, terroristes ou grippe aviaire occulte parfois des risques plus quotidiens paraissant plus bénins, telle la canicule, qui sont pourtant le lot journalier des soignants et des acteurs de terrain.

Par ailleurs, les problématiques de veille sanitaire et de gestion des risques peuvent parfois poser des problèmes éthiques qui interrogent les pratiques des acteurs de santé publique.

Ainsi, le cas des vaccinations préventives de masse par des vaccins à effet secondaire parfois lourd introduit un raisonnement coût-bénéfice en matière de santé publique entraînant une prise de conscience accrue des soignants et des décideurs de leur responsabilité et de la gravité des conséquences potentielles de la gestion des risques sanitaires.

Enfin, à l'avenir, la veille sanitaire et la gestion des risques devront élargir le spectre de leur vigilance en concentrant davantage leurs attentions sur des menaces actuellement moins bien maîtrisées comme le bioterrorisme ou les risques environnementaux, permettant aux populations civiles de continuer à bénéficier d'une protection efficace, complète et anticipatrice des crises du XXIème siècle.

Bibliographie

OUVRAGES ET PERIODIQUES

- Gestions hospitalières, *Gestion des risques*, n° 462, janvier 2007
- Gestions hospitalières, *Déclenchement du plan blanc et mise en place d'une démarche sécuritaire pour une pandémie de grippe*, n° 449, octobre 2005
- Gestions hospitalières, *L'hôpital et la gestion de crise*, n° 439, octobre 2004
- Revue hospitalière de France, *Pandémie grippale et réflexion éthique*, n° 513, nov.-déc. 2006
- Ministère de la santé et des solidarités, *Fiches de recommandations, Organisation des soins en situation de pandémie grippale*, 2007
- Ministère de la santé et des solidarités, *Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé*, 2006
- Jean François LACRONIQUE, *Santé Publique*, Lamarre, 2005
- Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, *Guide ORSEC départemental, méthode générale*, décembre 2006

RAPPORTS

- SAUNIER, *Rapport sur l'application de la loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires*, Sénat, février 2005
- GIRARD, LALANDE, SALMI, LE BOULER, DELANNOY, *Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France*, août 2006
- Institut National de Veille Sanitaire, *L'alerte sanitaire en France, Principes et organisation*, mai 2005
- GIRAUD, *Rapport sur la proposition de loi relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur*, janvier 2007

MEMOIRES

- BELLO Pierre Yves, *La veille sanitaire en France : modalités d'organisation et fonctionnement à l'échelon local*, MISP, ENSP, 2006

- BUIGUES René-Pierre, *Evaluation des risques sanitaires dans les études d'impact : pratique des services déconcentrés du ministère chargé de la santé*, MISP, ENSP, 2005

PLANS

- Préfecture de l'Ille et Vilaine, *Plan départemental de vaccination collective contre la variole*, juillet 2005
- Préfecture de la Seine Maritime, *Plan rouge de la Seine Maritime*, novembre 2000
- Préfecture d'Ille et Vilaine, *Dossier départemental sur le risque majeur*, juin 2004
- Préfecture de Seine Saint Denis, *Plan Blanc élargi de Seine Saint Denis*, 2007
- Préfecture de la région Bretagne, *Fiches de présentation du Plan Régional d'Alerte et de Gestion des Urgences Sanitaires 2006-2010*

SITES INTERNET

- www.invs.sante.fr
- www.sante.gouv.fr
- www.intranet.ensp.fr

REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

Codes

- Code de la santé publique, art. L. 1311-1 et L.1311-2, L. 1332-3, L.1421-1, L. 3110-1, R.1421-2 et R. 1421-6, R3110-4à R3110-10
- Code général des collectivités territoriales et notamment les titres 1 et 2 du livre II

Lois

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n° 2004-811 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile
- Loi n° 2007-298 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur

Textes réglementaires

- Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis

- Circulaire 700 SGDN du 26 avril 2002 relative aux risques chimiques
- Circulaire 800 SGDN du 2 mai 2003 relative aux accidents nucléaires et radiologiques
- Circulaire du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé
- Circulaire Intérieur du 22 avril 2004 relative à l'organisation des services de l'Etat en matière de gestion de crise
- Circulaire interministérielle du 27 juin 2006 définissant les nouvelles dispositions contenues dans la version 2006 du plan canicule et précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule
- Note aux préfets du 10 novembre 2006 : politique nationale d'exercices