

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2008 –

**UNE VEILLE SANITAIRE REGIONALE
PROSPECTIVE**

– Groupe n° 2 –

ANDREU Karine (IASS)

ANGELLOZ-NICOUD Marie-Hélène (DESSMS)

BLUMENTRITT Thomas (DH)

BORGNE-JOUBERT Nathalie (DS)

GIRALT BAEZA Nicolas (DESSMS)

GUIGON Valérie (IASS)

LADOIRE Sabrina (DESSMS)

MURA Ludovic (DS)

PARISEL Brigitte (IASS)

ROUQUETTE Alexandra (MISP)

Animateur

Christian BAILLY

Sommaire

Avant propos.....	1
Introduction	2
1 L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE LA VEILLE SANITAIRE EN FRANCE.....	4
1.1 L'état des lieux de la veille sanitaire.....	4
1.1.1 Un dispositif juridique et réglementaire enrichi récemment.....	5
1.1.2 La multiplicité des acteurs de la veille sanitaire	6
1.1.3 Le fonctionnement du dispositif et ses limites.....	7
1.2 Les enjeux de la veille sanitaire liés à la dynamique de la réforme des ARS et de la RGPP	9
1.2.1 L'adaptation nécessaire du système de santé.....	9
1.2.2 Une organisation de la veille sanitaire à clarifier dans le cadre des ARS.....	10
2 LES PERSPECTIVES D'OPTIMISATION DE LA VEILLE SANITAIRE REGIONALE	12
2.1 Le point de vue des acteurs sur l'évolution de la veille sanitaire.....	12
2.1.1 La veille sanitaire revêt plusieurs dimensions	13
2.1.2 Des niveaux territoriaux nécessaires mais sans harmonie	14
2.1.3 Les difficultés rencontrées par les acteurs participant à la veille sanitaire	16
2.1.4 L'optimisation possible de la veille sanitaire.....	18
2.1.5 L'organisation de la veille sanitaire dans le cadre de la mise en place des ARS... ..	19
2.2 Propositions pour une veille sanitaire régionale efficace.....	22
2.2.1 Organisation et pilotage	22
2.2.2 Optimisation des ressources humaines.....	23
2.2.3 Amélioration des outils	23
2.2.4 Fonctionnement du dispositif.....	24
Conclusion.....	27
Bibliographie.....	29
Annexes	30

Remerciements

Nous tenons à remercier M. Christian **BAILLY**, notre animateur pour sa disponibilité, ses conseils avisés et son expertise dans ce domaine.

Nous remercions également tous les professionnels rencontrés au cours de ce travail collectif pour le temps qu'ils nous ont accordé et l'attention qu'ils ont apportée à notre étude :

- **M. BELLO** (MISP – DDASS Eure et Loire)
- **Mme CALLENS** (IGS – DDASS Avignon – Syndicat national des IGS)
- **M. CAMPHIN** (Directeur d'Hôpital – APHP – CERVEAU)
- **M. COTTRELLE** (MISP – Coordonnateur de la CIRE Auvergne)
- **Mme DEBAISIEUX** (Préfète de Lozère)
- **M. FILLEUL** (Epidémiologiste – Coordonnateur de la CIRE Aquitaine)
- **M. GOUEZEL** (MISP – Coordonnateur des CIRE à l' InVS Paris)
- **M. GUILLAUMOT** (MISP – DDASS Morbihan)
- **M. ISNARD** (MISP – Coordonnateur de la CIRE Ile-de-France)
- **M. JAMES** (IGS – Président de la conférence des IGS - DRASS Pays de la Loire)
- **Mme LE BECHEC** (IDESP – DDASS Côtes-d'Armor)
- **Mme LE GOAS** (MISP – DDASS Côtes-d'Armor)
- **M. LOPEZ** (IGAS – DGS - Coordonnateur du projet ARS)
- **M. MAISONNY** (IGS – DDASS du Rhône – Association nationale des IGS)
- **M. MALFAIT** (Epidémiologiste – Coordonnateur de la CIRE Sud)
- **M. MANSOTTE** (IGS – DSDS Guyane)
- **M. MARQUIS** (MISP – DDASS Ille et Vilaine)
- **M. PELTIER** (Directeur – Président de la conférence des directeurs de DRASS - DRASS Ile-de-France)
- **M. PERRIN** (Directeur – ARH Bretagne)
- **Mme SIMON** (MISP – MIR-DRASS Pays de la Loire)
- **Mme TALLEC** (Directrice – ORS Pays de la Loire)
- **Mme TRON** (Directrice adjointe – ORS Bretagne)
- **M. VAN DER LINDE** (Conseiller de défense et de sécurité de zone – DRASS Bretagne)

Liste des sigles utilisés

AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AFSSET : Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
ANS : Agence Nationale de Santé
APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
CCLIN : Comité de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CépiDC : Centre d'épidémiologie des causes médicales de DÉCès
CERVEAU : Centre Régional de Veille Et d'Action sur les Urgences
CIRE : Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie
CNR : Centre National de Référence
CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales
COGIC : Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRS : Conférence Régionale de Santé
DARS : Directeur de l'Agence Régionale de Santé
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DiRAM : Direction Régionale de l'Assurance Maladie
Diren : Direction de l'environnement
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRIRE : Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
DRTEFP : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DSE : Département Santé Environnement
DST : Département Santé Travail
DDSV : Direction Départementale des Services Vétérinaires
DUS : Département des Urgences Sanitaires
EFG : Etablissement Français des Greffes
EFS : Etablissement Français du Sang

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ESB : Encéphalopathie Spongiforme Bovine
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IDESP : Infirmier Diplômé d'Etat en Santé Publique
IGS : Ingénieur de Génie Sanitaire
INRA : Institut National de la Recherche Agricole
InVS : Institut de Veille Sanitaire
LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finance
MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MDO : Maladie à Déclaration Obligatoire
MIR : Médecin Inspecteur Régional
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
MRS : Mission Régionale de Santé
NRBC : Nucléaire Radiologique Biologique Chimique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PRAGSUS : Plan Relatif à l'Alerte et la Gestion des Situations d'Urgence Sanitaire
PRSP : Plan régional de Santé Publique
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

Avant propos

A titre liminaire, il convient de préciser la manière dont s'est organisé le groupe dans le cadre de cette recherche.

La prise de contact entre les membres du groupe et l'animateur a permis de mettre en lumière les motivations individuelles et collectives.

Dans un premier temps, M. Christian BAILLY nous a exposé l'organisation et la structure de la veille sanitaire et a répondu à nos premières interrogations. Nous avons ensuite effectué une recherche documentaire à partir du dossier de base élaboré par notre animateur que nous avons enrichi par notre réflexion et par des lectures diverses.

Ces écrits et l'ensemble des débats nous ont permis d'appréhender les enjeux de la veille sanitaire et de nous entendre sur une problématique à étudier.

Nous avons par ailleurs désigné un référent logistique (chargé d'établir le budget prévisionnel, de faire l'interface avec le secrétariat du MIP et le suivi des déplacements) et un référent documentaire afin de faciliter l'organisation du travail et la coordination avec l'administration de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP).

Nous avons également établi une liste des coordonnées (courriel et numéros de téléphone) des membres de l'équipe puis réalisé un planning et un calendrier de travail (individuel et collectif).

Dans un second temps, nous avons choisi les professionnels que nous souhaitions rencontrer puis nous avons planifié et réparti les entretiens téléphoniques ou présentsiels entre chaque membre du groupe.

Le travail au sein du groupe s'est réparti de façon consensuelle entre lecture, écriture et enquête, avec des points d'étape quotidiens et des rencontres régulières avec l'animateur. Le rapport a été validé par un comité de lecture aux différentes étapes.

Compte tenu du caractère évolutif de la réforme, nous inclurons probablement des éléments nouveaux lors de la soutenance de ce travail prévue le 7 juillet 2008.

Introduction

« Savoir c'est bien, anticiper c'est mieux ! » lançait Xavier Bertrand alors Ministre de la Santé à la suite de l'épidémie de chikungunya sur l'île de La Réunion en 2006. La veille sanitaire doit s'inscrire dans cette anticipation.

Actuellement, la prévention des risques fait partie de notre quotidien. C'est une préoccupation constante des professionnels de santé, des responsables, des autorités et de la population. Ce domaine a considérablement évolué depuis une vingtaine d'années. Depuis les années 80, plusieurs attentats et la crise du sang contaminé ont montré que la seule déclaration des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) ne pouvait permettre d'effectuer une veille sanitaire efficace de l'ensemble des problématiques de santé publique. Sur le plan international, dès les années 1990, plusieurs niveaux d'évènements ont nécessité une veille sanitaire. Un niveau technique avec la légionellose et la contamination des produits alimentaires qui ont conduit à la formalisation d'un réseau européen de surveillance épidémiologique de sécurité sanitaire, mais aussi des crises sanitaires notamment avec l'Encéphalopathie spongiforme bovine (ESB). Enfin, l'apparition du bioterrorisme et les attentats du 11 septembre 2001 aux Etats-Unis ont fait apparaître la nécessité d'un système de collaboration internationale de lutte contre les menaces. En France, la canicule d'août 2003 comme la perspective d'une épidémie du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) ont confirmé la nécessité pour les différents services de l'Etat d'associer leurs données et leurs ressources pour une plus grande efficacité.

Aujourd'hui, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) définit la veille sanitaire¹ comme l'ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un évènement inhabituel ou anormal pouvant représenter un risque pour la santé publique. Le rapport Ritter² associe quant à lui, la veille sanitaire et la sécurité sanitaire, afin d'assurer la protection de tous en cas de menaces effectives sur la santé. Quant à la crise sanitaire, les auteurs spécialisés la définissent comme une rupture brutale, dans laquelle plusieurs acteurs sont impliqués et qui nécessite une intervention immédiate dans un climat d'incertitude (Roux-Dufort 2003).

¹ Extraite du Rapport de l'InVS sur l'alerte sanitaire en France mai 2005

² Rapport RITTER sur la création des Agences Régionales de Santé janvier 2008

Notre mode de vie a changé, nous vivons dans une société à « haut risque » où l'intensification de l'information, sa rapidité, l'avancée technologique et la compression des temps de décision et d'action soumettent les services comme les professionnels à des situations inédites et inattendues. Cette temporalité nécessite une prévision et une planification pour une gestion des risques qui facilite un gain de temps et apporte une réponse optimale en cas de survenue d'évènements.

La circulation des personnes et des biens à travers le monde, l'évolution spontanée des agents pathogènes, l'apparition des résistances aux antimicrobiens sont responsables de l'émergence et de la diffusion des maladies infectieuses au sein de la population. L'alerte sanitaire repose aujourd'hui sur un suivi très réactif d'indicateurs spécifiques et sur une veille prospective des phénomènes pouvant représenter une menace pour la santé publique.

L'intégration du dispositif de veille sanitaire doit s'inscrire dans les réformes en cours, celle de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP³) et celle de la création des Agences Régionales de Santé (ARS). La mise en place de l'ARS vise à une meilleure coordination des acteurs et des structures, ainsi qu'à la mutualisation des compétences et des expertises. Le but recherché est de supprimer l'empilement des organisations mais aussi d'optimiser les coûts et d'améliorer l'efficacité du dispositif par le regroupement de plusieurs services : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et services de l'Assurance Maladie.

Les enseignements de la gestion de crise du Chikungunya ont ouvert les perspectives d'une régionalisation de la veille sanitaire. A la lecture des rapports Ritter et Bur⁴, si la formalisation des ARS semble quasiment aboutie, le dispositif de veille sanitaire reste lui, à déterminer.

La problématique consiste à étudier comment optimiser l'organisation de la veille sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre prochaine des ARS. Les questions qui en découlent sont relatives au pilotage, au niveau d'implantation du dispositif, aux articulations entre l'agence et la préfecture, aux regroupements possibles, à l'avenir de la santé environnementale et des Ingénieurs de Génie Sanitaire (IGS), à l'évolution des métiers et des statuts, enfin à

³ DGAFFP, site www.fonction-publique.gouv.fr/rubrique231.html, rubrique les grands dossiers

⁴ Rapport Y. BUR Assemblée Nationale n° 697 du 6 février 2008 rapport d'information sur les Agences Régionales de Santé

l'adaptation du système aux contraintes publiques fixées par la RGPP et la Loi Organique relative aux Lois de Finance (LOLF).

Pour répondre à cette problématique, nous examinerons successivement, l'organisation et le fonctionnement de la veille sanitaire en France (I) et à partir du point de vue de plusieurs acteurs, les perspectives envisageables pour optimiser la veille sanitaire régionale (II).

1 L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE LA VEILLE SANITAIRE EN FRANCE

En préalable à l'étude de l'optimisation de la veille sanitaire, il est nécessaire d'effectuer un bilan de son fonctionnement actuel et des enjeux liés à la création des ARS.

1.1 L'état des lieux de la veille sanitaire

La multiplication des crises sanitaires ont conduit à une évolution du dispositif de veille sanitaire en France. Nécessaire et indispensable, cette évolution a entraîné la création d'une multitude de nouvelles structures et un accroissement du nombre d'acteurs rendant ce dispositif complexe et peu lisible.

Les acteurs sont à la fois aux niveaux départemental, régional, zonal et national mais également international ce qui accroît les difficultés de circulation d'informations et de coordination de l'ensemble. Il convient de souligner la spécificité du niveau zonal qui correspond au découpage du territoire national en sept zones de défense civile⁵ (*Annexe 1 : cartes des zones civiles de défense*)

La veille sanitaire et la gestion de crise qui en découle, sont très imbriquées et de ce fait, les différentes structures intervenant dans la veille sanitaire s'occupent parfois des trois missions : investigation, alerte et gestion.

⁵ En France le territoire est découpé en sept zones de défense civile et militaire pour la coordination des interventions de secours à la population en situation de menace ou de catastrophe.

1.1.1 Un dispositif juridique et réglementaire enrichi récemment

La loi de santé publique du 9 Août 2004 fonde l'organisation actuelle de la veille sanitaire en France, elle complète la loi du 1er juillet 1998 sur les agences. Elle précise les missions de l'InVS, les sources et les modalités de transmission des informations nécessaires à l'exercice de ses missions et au signalement des menaces sanitaires ainsi que l'accès aux données et au matériel biologique en cas de menace. Par ailleurs, elle définit également un système d'alerte à deux niveaux : le niveau périphérique représenté par les services de l'Etat dans les départements et le niveau central ou national représenté par l'InVS, les autres agences de sécurité sanitaire chargées des vigilances et le Département des Urgences Sanitaires (DUS) de la DGS.

L'élargissement de ses missions concerne : la surveillance, l'observation permanente de l'état de santé de la population, la veille, la vigilance, l'alerte sanitaire et une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire.

La loi de 2004 fixe la liste des correspondants qui ont une obligation systématique de transmission d'informations à l'InVS comme par exemple les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les services d'urgence, les services de santé des armées et de l'éducation nationale. Elle prévoit les services qui doivent transmettre les informations à la demande de l'InVS, notamment les services de santé au travail, les médecins du travail et les partenaires de l'InVS. Les sources et les modalités de signalement des menaces sanitaires y sont définies, on retrouve le champ classique des MDO, mais aussi le fait que tout événement ayant un impact potentiel sur la santé des populations doit être porté à la connaissance du préfet, qui le transmet sans délai à l'InVS.

Le décret relatif aux missions et attributions des DDASS⁶ prévoit qu'elles assurent la veille sanitaire sous l'autorité du Préfet de département. Elles se chargent ainsi des actions de promotion et de prévention en matière de santé publique, de la lutte contre les épidémies et endémies, de la protection sanitaire de l'environnement et du contrôle des règles d'hygiène.

⁶ Décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales.

La circulaire de 1994⁷ a permis la création des CIRE qui n'ont pas d'autonomie juridique et sont rattachées à l'InVS. Elles sont placées sous l'autorité scientifique de l'InVS et sous l'autorité administrative partagée du Directeur de la DRASS et du Directeur général de l'InVS.

1.1.2 La multiplicité des acteurs de la veille sanitaire

Les principaux acteurs se situent au niveau des DDASS. Les DRASS organisent les plans et disposent pour 17 d'entre elles de CIRE⁸.

Le niveau national repose à la fois sur l'InVS mais également sur différentes agences : l'Agence de biomédecine⁹ (Etablissement Français du Sang -EFS- et Etablissement Français des greffes -EFG-), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET).

Au sommet de la pyramide, la DGS s'est dotée de deux structures, le DUS et le Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS). Le dispositif de gestion de crise est quant à lui du ressort du Préfet de département assisté des Directeurs de DDASS, des Préfets de zone et de la DGS à travers le CORRUSS. Il peut aussi activer le Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises (COGIC) lors d'une crise dépassant le territoire départemental (*Annexe 2 : schéma d'organisation des circuits d'alerte et de gestion de crise*).

Un nombre important de partenaires participe à la collecte des données destinées à la veille sanitaire. (*Annexe 3 : tableau récapitulatif des acteurs de la veille sanitaire*)

Au niveau départemental, les partenaires permanents constituent un premier cercle d'interlocuteurs. Celui-ci comprend les établissements de santé, les réseaux de professionnels, la Direction départementale des Services Vétérinaires (DDSV) et la médecine scolaire.

Les partenaires réguliers forment le second cercle comportant les institutions communales et départementales (le Service Départemental d'Incendie et de Secours -SDIS- et la Direction

⁷ Circulaire n°55 du 27 juillet 1994 relative à un appel d'offre pour la création des cellules interrégionales d'épidémiologie d'intervention.

⁸ Certaines seulement ont une compétence interrégionale.

⁹ Loi de bioéthique mai 2005

Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement -DRIRE-), les laboratoires d'analyse de ville, les antennes de surveillance de la qualité de l'air et les établissements médico-sociaux.

Un troisième cercle intègre enfin les médecins du travail, les maisons médicales, les dispensaires, les forces de l'ordre, la surveillance des fraudes, les opérateurs privés (pompes funèbres, services des eaux, industriels) les élus et la presse.

Au niveau régional et zonal, le premier cercle regroupe les têtes de réseau, la préfecture de zone, des institutions régionales (DRASS, ORS, ARH) et le Comité de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN).

Le second cercle comprend des institutions (DRIRE, Météo France), l'association régionale de la surveillance de la qualité de l'air, les établissements pour la pharmacovigilance et l'hémovigilance. Dans le troisième cercle sont regroupées les institutions comme la Direction de l'environnement (Diren) et la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP).

Au niveau national, le premier cercle est constitué des réseaux Sentinelles, des agences (AFSSAPS, AFSSA, AFSSET), des Centres Nationaux de Référence (CNR), du comité de coordination des vigilances. Ce niveau est en lien avec des réseaux européens de surveillance et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le second cercle comporte les directions ministérielles, les réseaux de vigilance, l'Agence de biomédecine et le Centre d'épidémiologie des causes médicales de DéCès (CépiDC).

Enfin, le troisième cercle regroupe l'école nationale vétérinaire, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et l'Institut National de la Recherche Agricole (INRA).

Se dessine ainsi un vaste réseau de partenaires que les responsables de la veille sanitaire doivent animer afin de partager les éléments scientifiques et techniques qui concourent au déclenchement de l'alerte et au contrôle des situations d'urgence sanitaire.

Cependant, la mise en œuvre de cette veille manque de lisibilité. Il est donc important d'éclairer le rôle de chacun dans le dispositif.

1.1.3 Le fonctionnement du dispositif et ses limites

Le dispositif de veille sanitaire repose sur la surveillance d'indicateurs et d'évènements.

Des systèmes de surveillance collectent des informations sur les indicateurs de morbidité, de mortalité, d'exposition et de comportements à risque. La surveillance des évènements s'appuie sur des réseaux de cliniciens, de vigilances et des réseaux européens et internationaux. Une surveillance chez l'animal est également effectuée concernant les zoonoses.

Il convient de rappeler l'importance de ces différentes phases dans le dispositif de veille sanitaire à savoir, le recueil de données, l'investigation et l'alerte qui conditionne un programme d'actions.

Dans la gestion au quotidien, au niveau départemental, la DDASS assure le recueil des données à partir des systèmes de surveillance qu'elle gère : les MDO, la qualité de l'eau de distribution, de baignade et le suivi des plans comme le plan national canicule. Elle traite également les certificats de décès. Le champ de la veille couvre tout événement d'impact sanitaire potentiel, en particulier les maladies transmissibles et les effets environnementaux sur la santé humaine.

Au niveau régional, les CIRE prennent volontiers en charge l'animation et la coordination de la surveillance des pathologies et des événements à impact sanitaire sur leur territoire de responsabilité.

Dans les situations exceptionnelles et dans le cadre du système d'alerte, les DDASS assurent non seulement la surveillance mais également l'alerte et la gestion de la réponse. En fonction du signal évalué par la DDASS en liaison avec les CIRE et l'InVS, l'investigation de l'alerte peut être effectuée par la DDASS bénéficiant de l'aide de ces deux acteurs.

Les CIRE ont aussi des activités de surveillance et d'alerte propres. Elles peuvent fournir un appui méthodologique et une expertise pour l'investigation ou l'évaluation des risques sanitaires liés à l'environnement. Elles contribuent également à la gestion de la réponse aux alertes.

L'InVS a un rôle de référence sur le plan épidémiologique de surveillance, d'alerte et d'appui à la gestion. Il se substitue à la DDASS et à la CIRE si elles n'ont pas la capacité d'investiguer l'alerte.

La DGS s'est dotée d'un DUS qui reçoit l'alerte sanitaire, apporte un soutien aux préfetures et aux services déconcentrés en cas de difficulté dans la gestion locale d'une alerte sanitaire et en cas de crise sanitaire de portée nationale. Il élabore par ailleurs des plans visant à lutter

contre certains risques sanitaires (pilotage des plans blancs, NRBC, canicule et grand froid...).

Il apparaît ainsi que le système de veille est aujourd'hui composé d'une juxtaposition de structures complexes parfois bien « emmêlées ».

Les services déconcentrés ne sont plus en mesure de remplir leurs missions avec autant d'efficacité. Cette difficulté est amplifiée pour les acteurs de première ligne et en particulier pour les DDASS.

1.2 Les enjeux de la veille sanitaire liés à la dynamique de la réforme des ARS et de la RGPP

Face à l'évolution démographique et dans le cadre de la maîtrise des dépenses publiques, une évolution du système de santé s'avère nécessaire. Cette adaptation doit se concrétiser par la création des ARS et impactera l'organisation de la veille sanitaire.

1.2.1 L'adaptation nécessaire du système de santé

Le système de santé actuel se heurte à diverses difficultés, tant organisationnelles que démographiques ou financières. Il est en effet constitué de « tuyaux d'orgue » induisant des ruptures dans la prise en charge des patients, une prépondérance de la médecine curative et une viabilité financière douteuse. Cette situation implique par ailleurs la transformation de lits de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) en places d'accueil médico-social d'où la nécessité de réunir l'hôpital et le médico-social dans une même continuité d'action régionale. Le système actuel souffre également d'une absence de permanence des soins dans les territoires où la démographie médicale est insuffisante.

La réforme vise ainsi à fluidifier les parcours de soins des patients (en incluant la médecine de ville, le médico-social et la prévention dans les ARS), à opérer des restructurations hospitalières et à réorganiser le périmètre du secteur sanitaire et médico-social (en vue de remédier à l'hospitalo-centrisme). Elle tend également à maîtriser les dépenses de santé et à respecter les objectifs d'efficience dans le cadre de la LOLF.

Les ARS permettraient de mettre en place un « pilotage unifié du système de santé » afin de répondre à ces nouveaux défis. Leur création vise ainsi à améliorer la cohérence du système de soins en associant les collectivités territoriales en vue d'améliorer le service rendu à la population.

Le champ des ARS doit en conséquence être le plus large possible et intégrer toutes les composantes de la santé publique c'est-à-dire le système de soins (soins ambulatoires et hospitaliers), la dimension médico-sociale, la prévention, la promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaires. Son autorité pourrait donc être instituée sous la forme d'un établissement public (ce qui est envisagé par le rapport Ritter) ou d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) dont le directeur serait nommé en conseil des ministres.

Les ARS devraient réunir des compétences qui sont aujourd'hui réparties entre sept organismes différents : les DDASS, les DRASS, les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), les ARH, les Missions Régionales de Santé (MRS) et les Groupement Régional de Santé Publique (GRSP). Concernant l'intégration des agents exerçant au sein des DDASS et des DRASS et dont les fonctions ne seront pas transférées aux ARS, la Ministre chargée de la santé a donné des orientations sur leur devenir. Aucun d'entre eux ne devrait être contraint à une mutation géographique.

Le rapport Bur envisage deux scénarii. L'ARS pourrait cumuler une fonction de prévention et d'organisation des soins et une fonction de régulation des dépenses de santé sous le contrôle d'une Agence Nationale de Santé (ANS). Cette alternative est néanmoins problématique dans la mesure où l'étatisation est contraire aux objectifs de la loi de santé publique de 2004. La seconde option consisterait à organiser le système de santé autour des ARS en confiant la régulation des dépenses aux Directions Régionales de l'Assurance Maladie (DiRAM).

1.2.2 Une organisation de la veille sanitaire à clarifier dans le cadre des ARS

Concernant la veille sanitaire, le rapport Ritter attire l'attention sur différentes difficultés. Il souligne ainsi la redondance entre les agences sanitaires, l'insuffisante coordination ministérielle et les divergences en termes de capacité d'analyse et de gestion d'une région à l'autre. Il met également l'accent sur la nécessité de mutualiser les compétences médicales et

une meilleure organisation du pilotage des CIRE placées sous l'autorité scientifique de l'InVS et sous la gestion de la DRASS.

Dans son discours du 28 juin 2007 lors de la conférence régionale des DRASS, la Ministre de la Santé, a précisé que l'Etat devait apporter une réponse adaptée en matière sanitaire dans la mesure où les attentes des citoyens sont particulièrement fortes en ce domaine. Dans le cadre de la RGPP, il est ainsi envisagé de regrouper les agences sanitaires en pôles cohérents correspondant à leurs grandes missions pour rendre plus lisible l'ensemble du dispositif, éviter les redondances, synonyme de gaspillage des deniers publics, et renforcer leurs capacités d'expertise interne.

L'objectif de la réforme est de passer de 7 à 3 agences regroupées de la manière suivante :

- une agence unique de sécurité des produits : AFSSAPS, AFSSA, Agence de biomédecine
- une agence de sécurité du milieu et du travail : AFSSET
- un institut de surveillance du vivant : InVS.

Mais il serait également concevable de supprimer l'AFSSET ou de mieux partager ses compétences avec celles de l'InVS dans la mesure où il existe déjà un département santé environnementale et un département santé travail (DST) au sein de l'InVS. L'AFSSET pourrait ainsi s'intéresser à la connaissance du risque et l'InVS interviendrait alors en aval.

Le troisième conseil de modernisation des politiques publiques devrait préciser le rapprochement de ces différentes agences. A ce titre, il semble envisageable de s'inspirer du modèle anglais ou suédois où une seule agence est chargée des questions de sécurité sanitaire. L'ARS devrait ainsi regrouper l'expertise technique dans les champs les plus divers, l'épidémiologie et la sécurité sanitaire y compris la sécurité environnementale (afin d'éviter la pression des lobbies industriels et agricoles dont les préoccupations sont parfois éloignées de la santé des populations). La spécialisation des professionnels, indispensable à l'efficacité de la veille et de la sécurité sanitaire, doit nécessairement passer par une régionalisation.

Selon le rapport Ritter, introduire la veille sanitaire dans les ARS permettrait également d'assurer une capacité d'expertise sur l'ensemble des questions sanitaires, de prendre en considération les questions de santé environnementale et de mutualiser les compétences et les ressources. Ce rapport insiste toutefois sur la nécessité d'éviter que la cinétique rapide de la sécurité sanitaire ne préempte l'attention et les efforts des ARS au détriment de leur vocation prioritaire, la gestion des politiques de santé et de l'offre de soins.

S'agissant de la gestion des crises, le rapport propose de laisser cette compétence au Préfet : les situations de crise n'ont pas seulement des répercussions sanitaires mais nécessitent

généralement la mobilisation de moyens plus importants tenant notamment au maintien de l'ordre public. Le rapport Bur souligne néanmoins le fait que les préfets ne peuvent s'appuyer suffisamment sur la région, faute de mutualisation des renforts¹⁰.

Certains acteurs de la veille sanitaire sont en revanche favorables au transfert de cette compétence aux ARS dans la mesure où la préparation des crises fait l'objet de planification dont l'élaboration nécessite des moyens d'expertise que détiennent les DDASS et DRASS.

La veille sanitaire représente un enjeu de pouvoir et apparaît comme un système complexe dont l'efficacité est limitée en raison de la juxtaposition des structures au niveau national et régional. Dans ce contexte, la mise en place des ARS pourrait permettre d'optimiser la veille sanitaire.

2 LES PERSPECTIVES D'OPTIMISATION DE LA VEILLE SANITAIRE REGIONALE

Par l'enquête effectuée auprès de différents professionnels en lien avec la veille sanitaire, des propositions sont envisageables afin d'optimiser la veille sanitaire en l'intégrant aux ARS.

2.1 Le point de vue des acteurs sur l'évolution de la veille sanitaire

Les perspectives d'optimisation de la veille sanitaire ne peuvent se concevoir sans l'expérience des professionnels de la veille et de la gestion des crises. C'est pourquoi nous avons effectué 23 entretiens (dont 7 téléphoniques) auprès de Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP), Infirmier Diplômé d'Etat en Santé Publique (IDESP), IGS, hauts fonctionnaires, coordonnateurs et épidémiologistes de CIRE. (*Annexe 4 : Tableau récapitulatif des structures et des professionnels rencontrés*). Chaque membre du groupe a réalisé au moins trois entretiens (*Annexe 5 : Planification des entretiens*) à partir d'une grille servant de guide (*Annexe 6 : Grille d'entretien*). Ils se répartissent géographiquement sur l'ensemble du territoire (Bordeaux, Marseille, Paris, Clermont-Ferrand, Nantes, Mende, Cayenne, Chartres, Rennes...). Leur durée a varié entre 45 minutes à 2h30.

¹⁰ Il pose la question d'un correspondant régional unique rendant effectifs les droits de tirage des préfets de département

La réalisation de ces entretiens s'est inscrite dans le cadre du budget alloué mais s'est parfois heurtée au refus de certains interlocuteurs d'exposer leur point de vue compte tenu de l'actualité du sujet et des incertitudes quant aux décisions politiques à venir.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et analysés par thème. Les intervenants ont ainsi été amenés à réfléchir sur la définition de la veille sanitaire, leur mission dans le dispositif, les difficultés rencontrées au sein de leur structure, les moyens d'optimiser la veille sanitaire et son organisation dans le cadre de la mise en place des ARS.

2.1.1 La veille sanitaire revêt plusieurs dimensions

Les différents intervenants insistent sur le caractère imprécis de la définition. Nous avons constaté que cette dernière varie et s'enrichit d'autres dimensions, selon les acteurs et les fonctions qu'ils exercent.

De manière générale, l'ensemble des professionnels s'accorde sur le fait que la veille sanitaire consiste à organiser un dispositif permettant de surveiller, de recueillir et d'analyser tous les signaux pouvant laisser penser à la survenue d'un risque pour la santé de la population.

C'est pourquoi certains associent à la définition de la veille sanitaire la notion de diagnostic résultant du recueil de données et de l'analyse des signaux. Les professionnels médicaux et para-médicaux priorisent, pour la plupart, la dimension préventive.

Il a également été proposé une définition administrative de la veille sanitaire décrivant l'ensemble des activités des services du ministère de la santé qui concourent à la protection des populations.

La définition de la veille sanitaire s'inscrit dans tous les cas dans une dimension temporelle. Il convient alors de distinguer la surveillance sanitaire à visée d'alerte, comme un impératif de réactivité afin d'éviter la survenue d'une crise et la connaissance des situations à long terme (suivi de maladies chroniques comme l'asthme).

Par ailleurs, si conceptuellement les professionnels excluent généralement la gestion des crises de la veille sanitaire, trois MISP ne manquent pas de souligner que sur le plan pratique, il est impossible de dissocier la gestion des crises de la veille sanitaire.

Il importe enfin d'indiquer que pour les professionnels bien que la santé environnementale ne soit pas intégrée à la veille sanitaire les capteurs environnementaux sont des facteurs

déterminants de la survenue d'événements sanitaires (qualité de l'air et infections pulmonaires).

2.1.2 Des niveaux territoriaux nécessaires mais sans harmonie

Les structures dans lesquelles pratiquent les professionnels rencontrés se situent à différents niveaux : départemental (DDASS, Préfecture de département), régional (ORS, ARH, DRASS, CIRE, CERVEAU), zonal (préfecture de zone) et national (InVS). De nombreuses disparités sont apparues sur le territoire concernant les acteurs de la veille sanitaire et l'organisation des différentes structures.

Les acteurs

Au niveau des DDASS, la cellule de veille sanitaire est en général composée d'un MISP, d'un Infirmier de Santé Publique (IDESP) et de secrétaires. Ces personnels sont en effectif variable, la DDASS pouvant être dépourvue de MISP ou d'IDESP. De même, le temps consacré à cette mission varie en fonction des départements. Aucun des professionnels n'exerce cette activité à temps plein. Certaines cellules ont la particularité d'être renforcées par des « techniciens sanitaires » qui regroupent divers professionnels comme par exemple des nutritionnistes ou des administratifs. Une autre singularité concerne le rôle des IGS qui n'est pas identique dans les départements. Leur participation va de la sollicitation ponctuelle par la cellule pour expertise, à la coordination de celle-ci. L'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) ne participe pas souvent à la veille quotidienne, mais est sollicité dans les phases de gestion d'alerte ou de crise et assure des astreintes.

Au niveau régional, la DRASS intervient dans la veille sanitaire par le service de gestion et prévention des crises et par la présence du Médecin Inspecteur Régional (MIR) coordonnateur des fonctions médicales sur la région et garant des systèmes d'astreinte. Ce niveau de veille est plus particulièrement assuré par les CIRE qui sont pour certaines interrégionales et dont le personnel diffère selon les régions. L'ORS est généralement considéré comme une structure qui ne participe pas activement à la veille sanitaire de par son traitement de données « à froid ». Il est cependant sollicité par les différents acteurs pour des travaux ponctuels ou plus souvent comme fournisseur de données.

Sur ce dernier point, les partenaires¹¹ qui transmettent les données aux acteurs de la veille sanitaire sont les mêmes que ce soit au plan régional ou départemental. Cependant, des systèmes informatisés particuliers de recueil ont été mis en place dans certaines régions, à partir des services d'urgence hospitaliers, comme en Ile de France avec le CERVEAU, piloté par l'APHP et l'ARH, qui transmet ses données au niveau national à l'InVS.

L'organisation

Une permanence quotidienne est assurée par un binôme MISP/IDESP ou IDESP/secrétaire dans les DDASS pour la réception des signalements et une analyse simple des MDO. Un système d'astreinte est organisé en département ou en région. Il s'agit d'une astreinte administrative de première ligne, avec une astreinte médicale régionalisée de seconde ligne ou d'une astreinte administrative et médicale départementale. Une astreinte technique du service santé environnement est organisée dans certains départements. Les renvois de signalements se font toujours en direction de l'InVS et pour certains départements en direction des CIRE. Si une alerte est détectée, le signalement est transmis au Préfet via le directeur de la DDASS. La gestion de crise est souvent assurée par les mêmes acteurs avec une participation à la préparation des plans d'urgence et du plan de médiatisation pour le Préfet.

Les CIRE se considèrent comme un poste avancé de l'InVS et comme coordonnatrices de l'ensemble des dispositifs de veille de la région. Elles n'ont pas de mission d'observation de la population, rôle reconnu à l'ORS par l'ensemble des acteurs, mais dans certaines régions, ces deux structures indiquent une collaboration pour la mise en commun de leurs données. L'échelon régional semble être le niveau pertinent pour la mise en place des systèmes informatisés de surveillance. Pour la plupart des coordonnateurs, le rôle des CIRE a été mis en avant dans la diffusion de l'information vers tous les acteurs et partenaires. Certains indiquent aussi que l'objectif des CIRE est d'aller jusqu'à la recommandation des mesures de gestion de crise et c'est à ce titre qu'elles participent toutes au PRAGSUS en collaboration avec les DDASS et le service de gestion et de prévention des crises de la DRASS. Enfin, une expertise dans le domaine des risques environnementaux est en cours dans différentes régions.

L'ensemble des acteurs insiste sur la nécessité d'approfondir la formation des professionnels pour développer la culture du signalement et sur l'exigence d'une « rétro-information » à

¹¹ Confère les trois cercles de partenaires annexe .

destination des partenaires pour maintenir leur motivation et leur investissement dans le dispositif de veille.

2.1.3 Les difficultés rencontrées par les acteurs participant à la veille sanitaire

Si la principale difficulté citée par les professionnels reste la multiplicité des intervenants dans la veille sanitaire, nous avons pu identifier 16 items majeurs que nous avons classé en trois domaines : acteurs, système et enjeux.

Concernant les acteurs, le nombre d'intervenants favorise la méconnaissance des rôles et missions de chacun et majore les difficultés d'articulation. De plus, l'absence d'un pilote unique identifié accentue le déficit de coordination entre les partenaires. Ces professionnels, de formation initiale différente, ont développé des compétences et des expertises spécifiques, ce qui en fait une ressource rare, peu disponible et encore peu mutualisable. L'origine diverse de ces professionnels renforce leur identité propre et leur appartenance, à une structure, à un territoire, à un corps professionnel, qui laisse la place à l'expression de personnalités fortes et met l'accent sur l'importance de la volonté de travail en commun, facteur « ô combien » facilitateur.

Ces acteurs s'inscrivent dans un système complexe, avec une organisation bureaucratique et verticale entre niveau national et local.

Le système de la veille sanitaire impose une permanence 24 heures sur 24 et 7j/7 d'une équipe opérationnelle, puisqu'elle se situe en amont de la gestion de crise. Cette continuité nécessite l'affectation d'un personnel dédié compétent et stable.

Entre l'organisation prescrite (texte réglementaire et recommandations) et l'organisation réelle (adaptation concrète) les acteurs constatent un écart. S'il apparaît un consensus sur la séparation entre l'évaluation des risques, les vigilances, la veille sanitaire et la gestion des crises, il existe une difficulté majeure à garantir la nécessaire continuité entre veille sanitaire et gestion des crises. En effet, si les missions de la CIRE concernent la veille sanitaire à un niveau interdépartemental ou régional, concrètement, c'est la cellule de veille de la DDASS (MISP, IDESP, IASS) qui assure la veille quotidienne, l'alerte et participe à la gestion de la crise sous l'autorité du Préfet. Ainsi, nous constatons une configuration aléatoire de la structuration des CIRE. Les DDASS leur reconnaissent une mission d'appui et d'investigation, en particulier sur du long court, mais la coordination ne leur est pas forcément confiée.

Devant la quantité de données recueillies par les différents acteurs, le tri et la hiérarchisation de l'information, ne favorisent pas la fluidité de la communication. La destination de ces informations vers différents interlocuteurs se heurte à l'inexistence d'un système d'information unique. Les surveillances spécifiques (urgences, suicides, mortalité...) sont parfois directement confiées à l'ARH ou à un autre secteur de la DDASS. Cela participe au morcellement de la veille et donc parfois à la perte de temps dans l'analyse d'événements.

Or la rapidité de l'alerte détermine l'anticipation ou l'efficacité de la gestion de la crise.

La veille sanitaire ne s'inscrit pas dans une démarche qualité car elle n'inclut pas l'évaluation. En effet, les professionnels se plaignent de ne pouvoir aller jusqu'au bout du traitement des dossiers.

L'organisation actuelle ne propose pas d'harmonisation des outils et des procédures. Seules quelques initiatives locales ou régionales ont débuté et donnent satisfaction (région Provence Alpes Côte d'Azur et Bretagne : valise d'astreinte MISP). La veille sanitaire nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs du recueil de données, à l'analyse et au traitement des signaux. Elle reste difficile à concrétiser sur le terrain (mise à jour des connaissances, des procédures, nouvelles MDO...).

Les enjeux sont parfois divergents. La conciliation des différentes logiques des professionnels et des autorités est une des difficultés majeures, même si face à une situation de crise, tous sont capables d'en faire abstraction en bonne intelligence pour l'intérêt collectif. De même l'évaluation de la gravité d'une situation est perçue de manière différente en fonction de la gravité réelle (G), de la temporalité de gestion (T), des moyens disponibles (soins S) et enfin de la valence sociale (Vs)¹². Il peut être urgent de mettre en place un plan de communication pour un cas, alors que l'on attendra l'investigation de plusieurs cas pour déclencher un programme d'action dans d'autres situations. L'expérience et la formation des professionnels est ici précieuse.

La protection de la population est un sujet de préoccupation de l'ensemble des citoyens, qui concerne plusieurs ministères et nécessite une information interministérielle simultanée. A ce titre l'articulation et la planification des actions, face aux risques identifiés, est un incontournable, même si elle appelle pour les acteurs, une contrainte forte en termes de suivi et de réajustement régulier. La surveillance de la santé de la population a un impact médiatique non négligeable et représente donc une source de pouvoir qui attise les convoitises

¹² Equation de Martinez, SAMU de PARIS : « $U = G \times T \times S \times Vs$ » évaluation de la décision d'aide médicale urgente.

ou en tous cas, la volonté de piloter ce système de vigilance. Aujourd'hui, le partage des responsabilités entre le Préfet, le DARH, le DDASS, le DRASS, les coordinateurs de CIRE, est une difficulté, notée par tous, qu'il faudra tenter de résoudre en déterminant les autorités hiérarchiques et les autorités fonctionnelles du futur dispositif de veille. La cohérence de celui-ci en dépend.

2.1.4 L'optimisation possible de la veille sanitaire

Au travers des entretiens, quatre idées fortes pourraient permettre une optimisation de la veille sanitaire. Tout d'abord, une réorganisation territoriale apparaît nécessaire. Au niveau national, l'organisation de la veille sanitaire pourrait se faire selon trois propositions : soit dans une autorité indépendante des services de l'Etat, soit dans trois agences de « l'humain, du milieu et du produit » ou bien au sein de l'InVS qui regrouperait toutes les agences à l'exemple des Pays-Bas ou du Royaume-Uni. Un consensus consacre l'échelon régional voire interrégional pour les petites régions. Ce niveau apparaît comme le plus pertinent pour plus d'efficacité et de lisibilité, mais également pour une meilleure expertise et une amélioration de la fluidité. Cependant, il semble indispensable de conserver un échelon local sous la forme d'une direction de protection des populations ou de cellule locale de veille sanitaire afin de garder une proximité. La veille, l'alerte et la gestion de crise sont indissociables, la mise à disposition de la compétence auprès du préfet est souhaitable.

De plus, il est indispensable d'améliorer l'articulation des structures. Pour cela, il est judicieux de renforcer les liens entre elles, de déterminer les champs d'intervention et les territoires de chacune. En effet, la place de chacun doit être identifiée entre la CIRE, l'ORS, les DRASS et l'InVS pour pallier le manque de lisibilité en termes de responsabilité et d'autorité. Un professionnel propose par exemple, la création d'un pôle ORS et CIRE sur un même lieu, avec cependant l'incertitude de leur indépendance scientifique. L'information et les données entre les acteurs doivent également être mieux partagées et étendues à l'activité et la population du secteur de la médecine libérale.

Une professionnalisation des acteurs doit être privilégiée pour une plus grande expertise et pour affirmer la veille sanitaire comme une spécificité à part entière de la santé publique. L'adaptation des personnels apparaît comme fondamentale dans cette évolution. Pour ce faire, il convient de développer la mutualisation de l'expérience, par l'analyse des pratiques et par le décloisonnement des compétences (collaboration IGS, MISP). De même, cette mutualisation

est aussi valable pour les astreintes dans la région et nécessite un partenariat entre ces différents acteurs. Les interlocuteurs rencontrés s'accordent sur la nécessité d'un développement des formations communes en santé publique, en épidémiologie et en veille sanitaire dans le cadre des formations initiales et continues afin de valoriser le travail des acteurs. Il est nécessaire d'assurer une meilleure reconnaissance des professionnels (IGS, IDESP...) dans une logique d'attractivité et de fidélisation. En définitive, la création de nouveaux postes, par exemple de techniciens sanitaires formés en épidémiologie et d'infirmières en santé publique est à envisager.

Enfin, l'optimisation des outils passe par l'organisation de l'information : uniformiser les procédures, établir des fiches réflexes, un répertoire unique régional pour suivre les affaires en cours ou précédentes, et établir un bulletin d'épidémiologie sur les données de la région. Le département international et tropical de l'InVS a mis en place une surveillance de la presse et des sites Internet qui pourrait être généralisée à l'instar du modèle canadien. De même, le logiciel réseau d'échanges existant en santé environnementale (PACA) pourrait être adapté au champ de la veille sanitaire. Il s'agit également de développer le système d'information ou de mieux utiliser les systèmes déjà existants comme par exemple SYNERGIE¹³, de normaliser et de partager les outils au niveau départemental et régional comme le montre l'expérience de la région Rhône Alpes par la création d'un portail de veille sanitaire avec une main courante partagée sur la légionellose. Cette harmonisation des outils permettrait de fiabiliser les données pour obtenir une meilleure qualité tant au niveau épidémiologique que de l'offre de soins. La veille sanitaire doit s'inscrire dans une démarche qualité (*Annexe 7 : Démarche qualité en gestion des risques : « le cercle vertueux »*).

2.1.5 L'organisation de la veille sanitaire dans le cadre de la mise en place des ARS

L'enjeu de la veille et de la sécurité sanitaire semble se situer entre les compétences ministérielles « santé » et « intérieur ». Plusieurs acteurs sont d'accord en matière de veille sanitaire, pour raisonner par missions et non par rattachement ministériel.

Si pour la crise sanitaire, la responsabilité revient au préfet, en revanche, la gestion de la veille, confiée au DDASS, doit tenir compte de plusieurs acteurs (ORS, CIRE) dans le respect

¹³ Système d'information du ministère de l'intérieur sur la gestion des événements

de l'indépendance scientifique et de l'articulation entre les compétences de plusieurs échelons. La superposition de plusieurs niveaux de gestion (département, région, zone) interroge l'organisation et notamment le rapprochement entre les agences nationales. La veille sanitaire dans sa vision la plus large intègre l'environnement, la santé scolaire et la vigilance des produits.

Le pilotage de la gestion est dépendant de la gravité des crises: un événement local est géré par le préfet de département, alors qu'une crise plus étendue, nécessitera une réponse régionale ou zonale. La compétence des acteurs détermine le niveau territorial de gestion. Les professionnels au niveau départemental, notamment les DDASS possèdent une capacité d'intervention rapide et ont une bonne connaissance du terrain. La qualité de la collaboration entre les structures détermine l'efficacité de la veille sanitaire. Le niveau régional est pertinent pour son expertise, son contrôle de la qualité, sa mise en place d'astreinte sur le plan administratif et technique et sa spécialisation. L'échelon zonal est en capacité de répondre à des évènements de grande ampleur.

L'étendue de la crise, le souci d'optimisation et d'efficience détermine, pour le préfet, les besoins. Dans ce cas, le préfet demande une équipe qui possède des compétences techniques et administratives. Les rapports entre la préfecture et les futures ARS seront déterminés selon la place accordée à la veille sanitaire et à la gestion de crise. Cela se justifie par la compétence interministérielle du préfet sur la sécurité civile, sur l'ordre public, sur la mobilisation des moyens (transport, bâtiments publics, moyens de défense...).

Dans le cadre de la veille sanitaire, les personnes interrogées insistent sur la nécessité de l'indépendance scientifique de l'équipe de veille sanitaire par rapport à la préfecture et proposent une mise à disposition des compétences de l'ARS en cas de crise.

Certains interviewés relèvent le modèle des DRIRE comme transférable à l'organisation des futures ARS, il constituerait selon eux un dispositif à proposer au préfet en cas de gestion de crise.

L'incertitude concerne le rattachement de la santé environnementale qui relève à la fois de l'écologie, de la santé et de l'agriculture. La plupart des IGS pensent que la tutelle du ministère de la santé est pertinente parce qu'elle garantit la transversalité de leur expertise et sa finalité c'est-à-dire la protection de la santé de la population. D'autres ajoutent leur crainte de conflit d'intérêts si le service santé environnement était rattaché au sein d'autres ministères

et le risque d'un traitement vertical des dossiers. L'intégration de la santé environnementale dans un pôle veille sanitaire de l'ARS correspond aux attentes de ces professionnels et évite un éparpillement des compétences.

Des différents entretiens, deux scénarii se dégagent et peuvent se décliner de la façon suivante :

Le premier scénario sépare la veille sanitaire et la gestion des crises. La veille sanitaire est intégrée dans l'ARS et se décline sur le plan régional puis local. Au niveau régional une équipe se consacre particulièrement à l'étude des données, à l'analyse des informations et constitue le centre de référence et d'expertise pour un échelon plus opérationnel de proximité (le département). L'équipe locale aurait en charge à la fois la veille sanitaire quotidienne, l'investigation avec le renfort régional, l'alerte et la participation active à la gestion des crises. Dans ce cas, l'équipe locale est alors mise à disposition du préfet.

La CIRE, et les vigilances sont intégrées au sein de l'ARS. L'ORS reste un partenaire indépendant. Ce scénario propose une continuité entre l'échelon régional et local puisqu'il s'agit d'une équipe unique de veille dont certains professionnels sont positionnés sur le territoire local au sein d'une antenne de l'ARS. Le préfet pourrait disposer de la compétence d'un IASS qui est qualifié dans la gestion sur le plan administratif mais qui resterait dépendant hiérarchiquement de l'ARS et intégrerait l'antenne locale de l'ARS. Il serait alors l'interface privilégié entre le préfet et l'antenne locale alors à disposition de la gestion de crise.

Le champ de la santé environnementale fait partie intégrante de l'équipe de référence au sein de l'ARS avec une participation active de l'IGS notamment lors des investigations auprès de l'équipe locale. A l'échelon départemental, l'équipe permanente constituant la cellule de veille sanitaire serait composée d'IDESP et de techniciens sanitaires pour lesquels un transfert de compétence sera protocolisé et validé par le MISP. En cas de crise, le MISP rejoindrait et piloterait l'équipe. Celle-ci sera renforcée par l'équipe régionale d'appui de l'ARS en fonction des besoins.

Un second scénario peut être rapproché de la proposition de la RGPP. Il consisterait à détacher des professionnels de santé auprès de la préfecture au sein d'un service de protection de la population. Ce service regrouperait des compétences pluri-professionnelles (MISP, IDESP, IGS, IASS et techniciens sanitaires) et des compétences transversales des ministères de tutelle (écologie, santé, agriculture) pour la veille sanitaire et la gestion des crises. Très peu d'interviewés proposent spontanément cette alternative. Dans cette configuration, les

professionnels évoquent le risque de conflits d'intérêts lorsqu'un évènement sanitaire se présente. C'est le cas de figure où la veille sanitaire permet après investigation de cas d'hépatite A dans les Côtes-d'Armor, de mettre en lumière la contamination d'huîtres (arrêt de la commercialisation et surveillance de l'eau mise en place dans la baie concernée). Il y a alors conflit d'intérêt économique, sanitaire, voire politique selon les causes identifiées. Ce scénario interroge sur la qualité des articulations entre le service gestionnaire des crises et l'ARS.

Dans les deux scénarii, un consensus semble établi sur le rattachement scientifique de l'équipe de veille de l'ARS auprès de l'InVS.

2.2 Nos propositions pour une veille sanitaire régionale efficace

Le renforcement de l'administration centrale en matière de veille sanitaire consécutive au regroupement des services de veille sanitaire de la DGS et de la DHOS (arrêté du 11 mai 2007 portant organisation de la direction générale de la santé en services et sous directions) nécessite un rééquilibrage du niveau régional avec toutefois le maintien d'une antenne locale. Il est important de préciser l'intégration des services de santé environnementale dans les futures ARS. Le scénario d'évolution envisageable implique donc un repositionnement des acteurs de l'ARS.

2.2.1 L'organisation et le pilotage

La complexité actuelle rend nécessaire un nouveau mode d'organisation et de pilotage. Si la région est identifiée comme l'échelon pertinent sur le plan territorial, il est important de conserver au plan local une cellule de veille qui possède une bonne connaissance du terrain, des acteurs et des problématiques spécifiques. Elle peut être rapidement mise à disposition du préfet de département. Le pilotage de la veille sanitaire peut dans cette configuration être exercé par le directeur de l'ARS sous l'autorité du ministère de la santé (DUS). Le DARS a autorité sur la cellule départementale et peut solliciter un appui scientifique et méthodologique en épidémiologie d'intervention et en évaluation des risques auprès de l'InVS (lien fonctionnel). L'ensemble des personnels affectés à la veille sanitaire se trouve donc placé sous l'autorité hiérarchique du DARS. Une liaison fonctionnelle permet de maintenir la transversalité entre l'ARS et la préfecture lors de la gestion des crises.

L'opportunité de la création de l'ARS permet de repenser les articulations entre les structures, les institutions et les politiques (RGPP, URCAM, conférence régionale de santé, GRSP, MRS), la mutualisation des moyens et des compétences et la mise en commun des financements, gage d'une simplification et d'une efficacité régionale.

2.2.2 L'optimisation des ressources humaines

La réorganisation de la veille sanitaire s'appuie sur une gestion des ressources humaines adaptée à la particularité de l'anticipation et la gestion des risques. La nécessaire continuité de la réception et du traitement des signaux implique des personnels dédiés et stables. De plus il est important que les postes soient rendus attractifs de façon à stabiliser et fidéliser des professionnels compétents et expérimentés et en particulier pour faire face à la pénurie médicale et paramédicale. La mutualisation médicale régionale, le transfert de certaines compétences vers les IDESP et l'évolution vers de nouveaux métiers (gestionnaire de risque, technicien sanitaire) dédiés à la veille peuvent permettre d'assurer la qualité de la permanence de cette veille sanitaire.

La formation initiale et continue apparaît comme un levier indispensable à la transmission du savoir faire, à l'analyse de pratique, à la mise en œuvre d'un transfert de compétences et à l'amélioration de la qualité. La création d'une équipe unique dédiée à la veille sanitaire et à la gestion des crises permettrait outre la mutualisation des ressources d'impliquer chaque professionnel dans l'ensemble du processus.

2.2.3 L'amélioration des outils

La mise en place d'un système informatisé d'échanges de données apparaît comme un élément essentiel pour améliorer le fonctionnement de la veille sanitaire. Celui-ci repose en majeure partie sur le recueil de données et sur le suivi de dossiers à moyen et long terme. Par ailleurs une importante quantité d'informations doit être stockée et analysée. Les acteurs doivent également disposer de tableaux de bord et suivre la mise en œuvre des procédures. Cet outil tend au décloisonnement des structures régionales, départementales et nationales et devrait être lié à un système d'alerte commun. De plus l'optimisation du système de surveillance peut améliorer l'intégration des évolutions normatives internationales relatives au règlement sanitaire international, et notamment l'obligation de signalement de tout évènement.

Dans le cadre d'une astreinte médicale régionale, la réalisation d'une valise d'astreinte commune est indispensable.

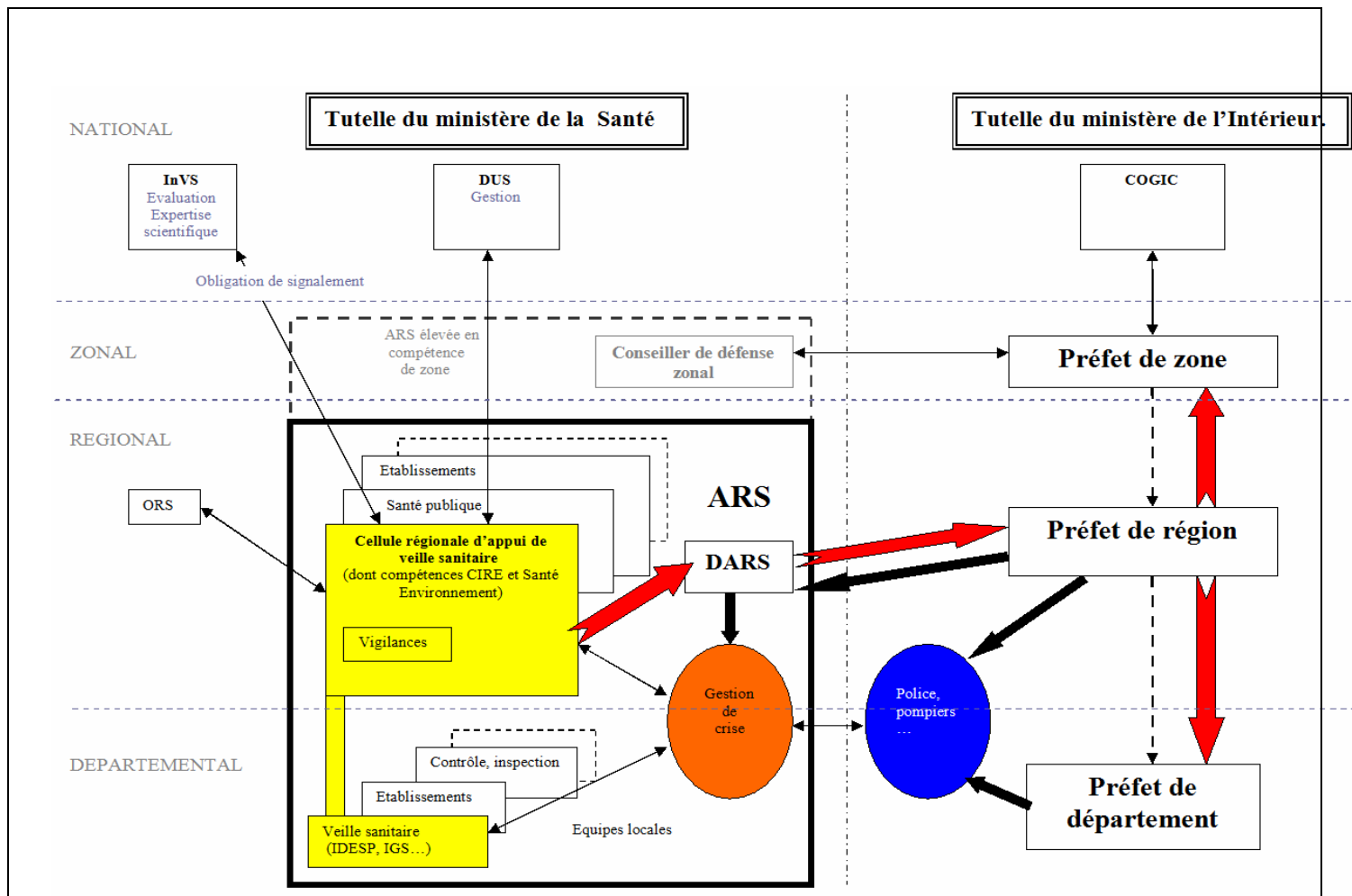
Entre les élaborations théoriques des différents documents et en synthèse des entretiens avec les personnes rencontrées, le groupe propose un schéma qui se décline de la façon suivante.

2.2.4 Le fonctionnement du dispositif

La surveillance est assurée en continu, par les antennes locales qui recueillent, identifient, vérifient les informations de veille sanitaire qui seront analysées, interprétées au sein de la cellule régionale. Lorsque la vérification du signal est effective, le DARS est informé pour alerter le Préfet de région. Dans l'éventualité de déclenchement d'une crise, Le Préfet saisit le DARS pour l'activation de la cellule gestion de crise et apprécie l'échelon territorial d'intervention et les moyens nécessaires.

Après l'intervention, le débriefing de la crise permet à l'ARS d'évaluer et de réajuster les procédures, les plans d'intervention et de prévention, en lien avec la MRS et l'URCAM qui auront intégré l'ARS.

Dans le cas d'une crise majeure, le dispositif doit s'adapter pour que l'ARS du chef lieu de zone prenne une compétence de zone et assure l'interface avec le Préfet de la zone de défense. Cette montée en puissance doit être prévue afin d'affecter des moyens en conséquence, notamment par l'affectation dans cette ARS du conseiller de défense zonal.



Avantages

L'ARS centralise les compétences santé, environnement, et peut mobiliser les acteurs médicaux, médico-sociaux, établissements, techniques, libéraux du territoire concerné.

La dynamique interne de l'ARS favorise l'interdisciplinarité et la mobilisation des professionnels.

Ce processus permet d'optimiser la réponse afin d'éviter la survenue d'une nouvelle crise par un réajustement des plans de prévention, de la planification des moyens de secours mais aussi en instaurant des veilles spécifiques éventuelles (sanitaire ou d'indicateurs environnementaux).

L'habitude de travail en commun améliore les compétences de l'équipe à disposition du préfet.

Inconvénients

La distinction des pôles veille et gestion de crise constitue un frein à la cohérence du système. La cellule de gestion de crise située dans l'ARS doit être mobilisable très rapidement par l'autorité préfectorale. Cependant, une difficulté subsiste, il s'agit du circuit du signalement entre l'équipe locale et le préfet de département. En effet, lors d'un événement l'équipe locale signale à l'ARS, laquelle prévient la région, qui à son tour prévient le département. Cette procédure pourrait obérer la rapidité de l'intervention.

Enfin, il est impératif dans ce dispositif de formaliser l'ensemble des procédures concernant la santé environnementale et les différents ministères concernés.

Notre proposition reprend ce qui nous apparaît impératif en termes de coordination entre les équipes, en reliant par une équipe unique le maillon local au régional. Ainsi, réunis dans une seule entité, la dynamique de travail devient plus fluide.

Conclusion

La place de la veille est essentielle car elle conditionne la détection des événements qui contribue à la gestion de crise.

« Le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible, mais de s'entraîner à lui faire face »¹⁴

Pour autant, la création de l'ARS concentrera les réflexions à venir. Sa mise en place répond bien aux objectifs visant à une amélioration de la coordination et de l'articulation des structures et des acteurs. Elle participe aussi à une meilleure lisibilité et à une simplification du système de santé. De plus, ce dispositif valorise le rôle des partenaires de la veille sanitaire tels que l'hôpital, les secteurs médico-sociaux et libéraux. Toutefois, il conviendra de réfléchir plus largement sur la place de la médecine du travail et de la médecine scolaire dans le dispositif.

Dans le même temps, la révision des politiques publiques et la création des ARS génèrent des résistances multiples.

Les personnels s'inquiètent pour leur statut, leur évolution de carrière et la nécessaire professionnalisation des métiers, bien que la Ministre chargée de la santé ait donné des garanties sur le maintien du statut des agents et l'absence de mobilité géographique forcée. Le regroupement dans une même structure de professionnels de statut et de salaires différents sera un enjeu fort de management. Le statut de l'ARS elle-même, jouera un rôle dans cette perspective.

Le pilotage de l'ARS devra s'inscrire dans l'organisation territoriale de l'Etat, consécutive à la réforme. L'autorité hiérarchique sur les préfets de département par le préfet de région conforte sa désignation au poste de président du conseil de l'ARS.

Notre proposition répond ainsi aux objectifs de la LOLF : l'optimisation des moyens et sans doute des économies d'échelle par le regroupement des instances et des structures existantes au sein de l'ARS. L'actuelle difficulté de recrutement sur certains postes peut être atténuée par la mutualisation, le transfert de compétences et répond en conséquence à l'objectif de réduction de la dette publique.

¹⁴ P. LAGADEC *Traité des nouveaux risques*

Dans notre scénario, l'intégration de la santé environnementale permet d'éviter une rupture avec la santé publique mais ne résout pas tous les problèmes. La question des liens transversaux avec les ministères de l'agriculture et de l'écologie subsiste. Ils devront être formalisés concomitamment à l'installation des ARS.

Tout changement entraîne une dynamique et des réticences tant que le système n'a pas fait la démonstration de son efficacité. Face à cet impératif de réussite, la veille sanitaire intégrée aux ARS doit répondre à la fois aux besoins de la population et à l'attente des préfets dans le déclenchement des opérations, en assurant une réactivité optimum.

La veille sanitaire est devenue ces dernières années, une préoccupation majeure des citoyens et un axe incontournable de la politique de santé publique. Son importance croissante la place à la fois au cœur de l'action de l'Etat et de l'administration régionalisée.

L'ARS est son écrin.

Bibliographie

I. Ouvrages

- ✓ ROUX-DUFORT C. (2003) Gérer et décider en situation de crise, outils diagnostic, de prévention et de décision, Dunod, Paris, 243 p.
- ✓ SERRES JC. (2006) Manager dans l'incertitude, gestion des risques maximum, Afnor, Paris, 195 p.

II. Textes Réglementaires

- ✓ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- ✓ Loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme
- ✓ Décret n°94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux attributions des DDAS et des DRASS

III. Mémoires, monographies

- ✓ Module interprofessionnel 2007 groupe 12

IV. Rapports

- ✓ Rapport RITTER sur la création des Agences Régionales de Santé – janvier 2008.
- ✓ Rapport BUR de la mission parlementaire sur les Agences Régionales de Santé – février 2008.
- ✓ Rapport de l'Institut de veille sanitaire sur l'alerte sanitaire – mai 2005

V. Périodiques

- ✓ Impact de la réforme de l'Etat sur la santé : les agences sanitaires nationales devront se regrouper. Le quotidien du médecin 7 avril 2008.
- ✓ Le gouvernement vise un regroupement ambitieux des agences sanitaires. Les Echos 2 avril 2008.

- ✓ Organisation territoriale ARS : R Bachelot souhaite une large concertation avec les services déconcentrés. Travail social actualités n°1154.21 mars 2008.
- ✓ Création des ARS : Roselyne Bachelot lève un coin du voile sur le devenir des personnels des DRASS et DDASS. Actualités sociales hebdomadaires n°2549. 14 mars 2008.
- ✓ Construire les agences régionales, une chance à saisir pour notre système de santé- Editorial-Santé publique n°6. Novembre/Décembre 2007.
- ✓ Séminaire d'échange sur les ARS : quel pilotage territorial pour notre santé ? Acteurs magazine n°109. Novembre/ Décembre 2007

VI. Sites Internet

www.fonction-publique.gouv.fr/rubrique231.html