

EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**« VEILLE SANITAIRE ET VEILLE
OPERATIONNELLE POUR LA SECURITE DES
POPULATIONS. UNE MISSION D'ASSEMBLAGE
SUPPLEMENTAIRE DES ARS ? »**

– Groupe n°2–

**Frédérique ARONICA
Pierre BOSSER
Docteur Anny FETTER
Mathieu LEPOITTEVIN
Fabien MARRE**

**Camille PERREAND
Grégory POULAIN
Ophélie RENOUARD
Jean-Yves VANDERMARLIERE
Jacques VIEUXBLED**

Animateur

Docteur Christian BAILLY

S o m m a i r e

Introduction	1
1 L'organisation et fonctionnement des veilles sanitaire et opérationnelle	2
1.1 Historique de la veille sanitaire	2
1.2 La veille sanitaire, un concept classique de la surveillance de la santé des populations	3
1.2.1 La veille sanitaire : définition et principes	3
1.2.2 Le cadre juridique.....	6
1.2.3 Le fonctionnement des structures de la veille sanitaire.....	8
1.3 L'émergence du concept de veille opérationnelle	10
1.3.1 La définition de la veille opérationnelle	10
1.3.2 Le cadre juridique de la veille opérationnelle	11
1.3.3 Le fonctionnement des structures de la veille opérationnelle.....	12
1.3.4 Exemple de l'alerte grippe A d'avril 2009 en zone de défense Ouest.....	14
1.4 Veille sanitaire et veille opérationnelle : une distinction en débat	15
1.4.1 Veille sanitaire et veille opérationnelle : superposition, complémentarité ou unité ?.	15
1.4.2 Des circuits d'information perfectibles.	16
2 La veille sanitaire à l'heure des ARS : risque ou opportunité ?	18
2.1 Perspectives d'organisation de la veille au sein des ARS	19
2.1.1 La naissance des ARS	19
2.1.2 Des perspectives pour les ARS dans le projet de loi HPST.	20
2.1.3 L'organisation de l'ARS en marche	21
2.2 Le passage aux ARS : une exigence de protocolisation de la veille.....	23
2.3 Le passage aux ARS : l'opportunité d'améliorer la qualité et la performance de la veille par le décloisonnement institutionnel	24
3 Discussion.....	26
3.1 La création des ARS pourrait conduire à un processus d' « agencification »	26
3.2 Enjeux de la régionalisation de la veille.....	28
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	- 31 -

Liste des annexes	I
Annexe I : Schéma de l'organisation de la défense et de sécurité.....	III
Annexe II : Schéma des activités d'alerte et de réponse.....	IV
Annexe III : Plan cadre	VII
Annexe IV : Organisation des vigilances Agences française de sécurité sanitaire des produits de santé AFSSAPS	XI
Annexe V : Lettre du 14 mai 2009 de J. M BERTRAND.....	XIII

Remerciements

Nous tenons dans un premier temps à remercier le docteur Bailly, conseiller sanitaire de la zone de défense ouest, notre animateur, pour son expertise et sa disponibilité.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des intervenants et des interlocuteurs que nous avons rencontrés au cours de notre démarche d'investigation pour le temps qu'ils nous ont accordé tout particulièrement en cette période de déclenchement du plan relatif à la grippe A:

- Docteur **Bernard BASSET**, directeur adjoint de l'Institut National Prévention et d'Education pour la Santé,
- Le Colonel **Benoît BEAUCHESNE**, adjoint du pôle de protection et de défense, service du Haut fonctionnaire de défense et de sécurité,
- Madame **Danielle CHIAMBARETTO**, chef de département à la direction de l'inspection et des établissements à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé,
- Docteur **Benoît COTTRELLE**, médecin inspecteur régional, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Haute Normandie,
- Monsieur **Benoît CROCHET**, responsable à la Mutuelle Sociale Agricole, caisse centrale de Bagnolet,
- Monsieur **Rémi DEMILLAC**, ingénieur épidémiologiste, coordonnateur de la Cellule interRégionale d'Epidémiologie ouest,
- Madame **Jacqueline DISSAIS**, infirmière de santé publique, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile et Vilaine,
- Docteur **Jean Louis DUCASSE**, directeur de l'Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées,
- Monsieur **André FRITZ**, directeur général du Centre hospitalier Régional Universitaire de Pontchaillou,
- Professeur **Antoine FLAHAULT**, professeur en épidémiologie et directeur de l'Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique,
- Docteur **Pierre GUILLAUMOT**, médecin inspecteur de la santé publique de Mayotte,
- Le Colonel **HAUTEMANIERE**, chef d'état major de la zone de défense ouest,
- Docteur **Danièle ILEFE**, responsable de la cellule de coordination des alertes à l'Institut de Veille Sanitaire,

- Docteur **Marie-Françoise MERLIN BERNARD**, médecin inspecteur de la santé publique à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Seine-Maritime,
- Le Général **Patrick-Charles ROLLAND**, haut fonctionnaire de défense et de sécurité adjoint, du pôle protection et de sécurité défense,
- Monsieur le préfet **Fabien SUDRY**, préfet de la zone ouest délégué à la sécurité et à la défense,
- Monsieur **Bernard TOMATIS**, chef de département à la direction de l'inspection et des établissements à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé,
- Monsieur **Christophe VAN Der LINDE**, conseiller de défense et de sécurité de la zone de défense ouest.

Liste des sigles utilisés

AFSSA	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AFSET	Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
ARS	Agence Régionale de Santé
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CDA	Centre Départemental d'Appui
CDS	Cellule de Défense et de Sécurité
CDSZ	Conseiller de Défense et de Sécurité de Zone
CERVEAU	CEntre Régional de VEille et d'Action sur les Urgences
CIRE	Cellule InterRégionale d'Epidémiologie
COD	Centre Opérationnel Départemental
COGIC	Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises
COM-SEGUR	Centre d'Opérations Ministériel (situé avenue de Ségur)
CORRUSS	Centre de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales
COSSI	Centre Opérationnel de la Sécurité des Systèmes d'Information
COZ	Centre Opérationnel de Zone
COZ-R	Centre Opérationnel de Zone –Renforcé
CRA	Centre Régional d'Appui
CSZ	Conseiller Sanitaire de Zone
CTA-CODIS	Centre de Traitement de l'Alerte du Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
CZA	Cellule Zonale d'Appui
DCSSI	Direction Centrale de Sécurité des Systèmes d'Information
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRCCRF	Direction Régionale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
DDSC	Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles
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
DSV	Direction des Services Vétérinaires

DUS	Département des Urgences Sanitaires
DZ	Délégué de Zone
EMZ	Etat-Major de Zone
EMZSC	Etat-Major Zonal de la Sécurité Civile
EMS	Etablissement Médico-Social
EPRUS	Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
ES	Etablissement de Santé
GROG	Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe
HFDS	Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité
HSPT	Hôpital, Santé, Patient, Territoire
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IDESP	Infirmière Diplômée d'Etat en Santé Publique
IES	Ingénieur d'Etudes Sanitaires
IGS	Ingénieur du Génie Sanitaire
IIM	Infection Invasive à Méningocoque
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS	Institut de la Veille Sanitaire
IRSN	Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire
MDO	Maladie à Déclaration Obligatoire
MIR	Médecin Inspecteur Régional
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
NRBC	Nucléaire, Radiologique, Bactériologique et Chimique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORSEC	Organisation de la Réponse de Sécurité Civile
PPI	Plan Particulier d'Intervention
PRAGUS	Plan Régional d'Alerte et de Gestion des Situations d'Urgence Sanitaire
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PSS	Plan de Secours Spécialisés
RETEX	Retour d'expérience
RNSP	Réseau National de Santé Publique
RSI	Règlement Sanitaire International
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SGDN	Secrétariat Général de la Défense Nationale
SIRACED-PC	Service Interministériel Régional des Affaires Civiles et Economiques de Défense et de la protection Civile

SURSAUD Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès

SYNERGI Système Numérique d'Echange, de Remontée et de Gestion des Informations

G l o s s a i r e

Alerte sanitaire : Signal validé

- pour lequel, après analyse du risque, il a été considéré qu'il menace potentiellement la santé publique ;
- et, qui, par conséquent, nécessite une réponse ou une action de la part des acteurs de santé publique.

Analyse de risque : Processus qui vise à caractériser le risque sanitaire dans des situations données d'exposition d'une population humaine ou animale à un agent physique, chimique ou microbiologique en estimant, quand cela est possible, la probabilité de survenue d'effets ou d'évènements sanitaires. Cette démarche permet d'étudier « des risques à venir » et des risques trop faibles pour être caractérisés par les outils classiques de l'épidémiologie.

Biovigilance : Surveillance des incidents et des risques d'incidents relatifs aux éléments et produits du corps humain utilisés à des fins thérapeutiques, et aux produits, autres que les médicaments, qui en dérivent, aux dispositifs médicaux les incorporant et aux produits thérapeutiques annexes, ainsi que des effets indésirables résultant de leur utilisation. Sont exclus les gamètes et les PSL.

Cosmétovigilance : Surveillance du risque d'effets indésirables attribué à l'utilisation d'un produit cosmétique mis sur le marché.

Danger : Effets néfastes qu'un agent chimique, physique ou biologique peut entraîner.

Déclaration des maladies : Système règlementaire d'enregistrement de certaines maladies par les organismes de santé publique suite aux déclarations des professionnels de santé. Ces maladies sont des maladies infectieuses importantes, dont la déclaration permet la mise en place d'un contrôle à un niveau local, national ou international.

Effet indésirable : Réaction nocive et non recherchée susceptible d'être liée à l'utilisation d'un produit de santé.

Effet sanitaire : Conséquence d'un effet biologique qui met en danger le fonctionnement normal d'un organisme et peut donc représenter une menace pour la santé.

Epidémie : Regroupement, dans le temps et dans l'espace, de cas d'une maladie ou d'un syndrome, jugé comme supérieur à ce que l'on attend en dehors d'une épidémie (bruit de fond).

Epidémiologie : Science qui étudie la distribution, la fréquence et les déterminants des maladies, des blessures ou de tout autre événement de santé auprès d'une population et qui applique les données relevées au contrôle des problèmes de santé.

Evaluation du risque sanitaire : Démarche méthodique de synthèse des connaissances scientifiques disponibles en vue d'évaluer les effets sur la santé résultant d'une exposition d'une population ou d'individus à une substance, un agent ou une situation dangereuse.

Evènement de santé : Phénomène de santé caractérisé par la survenue d'une maladie ou exposition à un agent pouvant avoir un impact sur la santé dans la collectivité dans laquelle ce phénomène de santé ou cette exposition survient.

Hémovigilance : ensemble des procédures de surveillance et d'évaluation des incidents, ainsi que des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de produits sanguins labiles (PSL).

Incident : Fait imprévu susceptible de représenter un risque pour la santé des personnes.

Indicateur sanitaire : Variable qui peut être mesurée directement et qui permet de décrire l'état de santé des individus dans une communauté. Les indicateurs sanitaires sont généralement subdivisés en deux groupes principaux : les indicateurs de l'état de santé et les indicateurs des déterminants de la santé. (Rumeau-Rouquette et al. Epidémiologie méthodes et pratique 1993). Le suivi de ces indicateurs dans le temps et dans l'espace permet d'apprécier une situation, une tendance ou une activité.

Matérovigilance : Surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux.

Pandémie : Epidémie qui s'étend sur un ou plusieurs continents.

Pharmacovigilance : Surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain.

Pharmacodépendance (ou addictovigilance): Surveillance des cas d'abus et de dépendances liés à la prise de substances ou plantes ayant un effet psycho-actif ainsi que tout médicament ou produits en contenant.

Prévention : Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter leur survenue, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences.

Principe de précaution : La loi du 2 février 1995, dite loi Barnier, en fournit une définition, insérée à l'article L.200-1 du Code rural qui dispose que " l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement à un coût économiquement acceptable ". Toutefois, le contenu de cet énoncé n'est pas exclusivement applicable aux questions d'environnement.

Réactovigilance : Surveillance des incidents et des risques d'incidents mettant en cause un dispositif médical de diagnostic in vitro (DMDIV).

Risque : Probabilité d'occurrence d'un effet néfaste, suite à l'exposition à l'agent capable de causer cet effet. Certains définissent le risque comme le produit d'occurrence et de la gravité de l'effet néfaste.

Signal sanitaire : Evénement de santé ou situation d'exposition à un danger pouvant révéler une situation d'alerte et qui nécessite une évaluation aux fins de la validation et d'évaluation de la menace pour la santé publique.

Signalement : Le fait d'émettre par un professionnel de santé ou une collectivité (école, centre médico-social, lieu recevant du public...) dans le cadre de sa pratique un signal à caractère sanitaire à l'attention de l'autorité de santé publique compétente dans une perspective d'alerte ou d'action éventuelle de santé publique.

Surveillance sanitaire : Collecte systématique et continue de données de santé ainsi que leur analyse, interprétation et diffusion dans une perspective d'aide à la décision. La surveillance fait partie de la veille sanitaire.

Système d'information : Ensemble des éléments participant à la gestion, au stockage, au traitement, au transport et à la diffusion de l'information au sein d'une organisation.

Toxicovigilance : Surveillance des effets toxiques pour l'homme d'un produit, d'une substance ou d'une pollution aux fins de mener des actions d'alerte, de prévention, de formation et d'information. Elle comporte le signalement par les professionnels de santé de toute information relative aux cas d'intoxications aiguës ou chroniques et aux effets toxiques potentiels ou avérés résultant de produits ou de substances naturels ou de synthèse non

concernés par le dispositif de pharmacovigilance ou de situations de pollution. Son organisation est basée en particulier sur le réseau national des centres antipoison et des centres de toxicovigilance.

Traçabilité : Aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'un produit au moyen d'une codification spécifique.

Validation d'un signal : Opération consistant :

- d'une part, à s'assurer de la réalité de l'évènement ou de la situation signalé(e),
- d'autre part, à estimer la pertinence du signal en tant que signal sanitaire, autrement dit, signal dans le champ de la santé publique.

Veille sanitaire : Collecte et analyse en continu, par les structures de veille et de santé publique, de signaux pouvant représenter un risque pour la santé publique dans une perspective d'anticipation, sinon d'alerte et d'action précoce

- Détection de situations ou d'événements inhabituels ou anormaux présentant un risque réel ou potentiel pour la santé humaine ;
 - Evaluation de cette situation ou de cet événement afin d'en prévenir ou d'en mesurer l'impact ;
 - Analyse réactive des options de gestion dans une perspective d'aide à la décision ;
 - Recommandations concernant les mesures de gestion permettant de limiter les effets de cette situation ou de cet événement

Vigilance sanitaire : En France, la surveillance qui s'applique à la détection d'effets indésirables suite à l'utilisation de produits ou de matériels est appelée « vigilance » (en anglais : « *surveillance of adverse effects* »). Selon l'application, on parlera de pharmacovigilance, hémovigilance... La plupart des vigilances concernent des produits et matériels de santé, sauf le terme « toxicovigilance » (cf. ci-dessus).

NB : Ces définitions proviennent soit des sites des agences sanitaires, soit d'un entretien avec un responsable de l'InVS.

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

Le sujet étudié a nécessité, en plus d'une recherche documentaire, une démarche prospective, orientée principalement par des entretiens avec des professionnels de la veille sanitaire et de la gestion de crise ; ces conversations nous ont permis de nous approprier la problématique et de développer un esprit critique sur l'avancement de nos travaux. Suite aux premiers entretiens et après de nombreuses discussions passionnées au sein de notre groupe, nous sommes convenus de recadrer davantage notre recherche sur le concept de veille opérationnelle, d'insister sur ses interactions avec celui de veille sanitaire présentes et futures. La concomitance de la pandémie de grippe A avec la réalisation de nos travaux, les enjeux sanitaires majeurs qui se profilent avec l'instauration des Agences régionales de santé (ARS) et le devenir de la veille sanitaire au sein de ces dernières, nous ont confortés dans le choix initial de notre problématique.

Il nous est apparu opportun de disséminer le résultat de nos entretiens dans l'ensemble du rapport afin d'aboutir à un contenu cohérent et dynamique plutôt que d'y consacrer exclusivement une partie, au risque de négliger le reste de nos écrits. Cette démarche a été également déterminée par la bibliographie limitée sur ces domaines, notamment celui de la veille opérationnelle.

Le rendu de nos travaux, grâce à ce rapport, répond donc à une double exigence : pédagogique avec une explication claire, concise et précise des termes et des enjeux que soulève ce sujet ; pertinente dans l'analyse du système actuel de veille, ses limites et surtout son devenir avec des propositions que nous formulons dans le contexte de développement des ARS.

Introduction

L'article L. 1431-2, 1°, a) du projet de loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) » dispose que l'Agence Régionale de Santé (ARS) « *organise la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, ainsi que le recueil et le traitement de tous les signalements d'évènements sanitaires.*

Dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, elle organise la gestion de la réponse aux alertes sanitaires et contribue à la gestion des situations de crise sanitaire ».

Deux alinéas correspondent à deux attributions qui renvoient à deux concepts ; cet extrait d'article porte en lui toute la complexité du sujet.

La veille sanitaire est une notion connue, étudiée et pratiquée. La veille opérationnelle, bien qu'elle reflète une pratique ancienne, est de formulation récente dans le contexte. Le premier terme est employé par les acteurs de la santé, alors que le second est utilisé par les dépositaires de l'ordre public. Les deux notions sont indispensables pour garantir la sécurité des populations.

À l'heure où est envisagée une réorganisation du système de santé, l'opportunité d'assembler deux concepts interdépendants mais distincts se présente. La tâche est difficile : le projet de loi HPST ¹ organise la régionalisation des politiques de santé parmi lesquelles figure la veille sanitaire. A contrario, la veille opérationnelle s'est renforcée ces dernières années autour de l'échelon zonal et départemental, à tel point qu'un interlocuteur nous a confié : « *Il n'y a pas de niveau régional pour le ministère de l'intérieur, ça n'existe pas !* ». L'enjeu consistera à assembler des missions différentes, portées par des acteurs distincts, structurés autour d'échelons territoriaux différents. Dans ce cadre, parvenir au juste assemblage n'est pas aisé et la solution réside nécessairement dans la mise en cohérence d'une organisation négociée par les acteurs et décrite dans des protocoles.

Travailler sur un thème d'actualité et comprendre les préoccupations des différents acteurs, nous a donné l'occasion de dresser modestement quelques pistes d'organisation. Ce travail de groupe nous permet de plus, en tant que futurs directeurs, responsables dans les ARS ou autres acteurs de la veille sanitaire, d'appréhender nos missions futures.

¹ Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, texte n° 245 en première lecture au Parlement.

1 L'organisation et fonctionnement des veilles sanitaire et opérationnelle

« C'est en réaction à des crises sanitaires à forte résonance médiatique et politique que s'est construit le dispositif de veille et de sécurité sanitaires. Cette construction s'est opérée par couches successives mais en suivant deux orientations majeures :

- la recherche d'un modèle d'organisation fondé sur le principe de séparation des fonctions d'évaluation et de gestion du risque,
- le transfert de la fonction d'évaluation des risques de l'administration à des agences d'expertise.

Parallèlement, le champ de la veille sanitaire s'est progressivement étendu. Si, dans les années 90, l'accent est mis sur les produits destinés à l'homme et sur la surveillance des maladies infectieuses, à partir de 1998, le champ des préoccupations s'élargit aux facteurs indirects (modes d'exposition, milieux...), susceptibles d'avoir un effet sur la santé. Le domaine de la sécurité sanitaire tend ainsi à devenir de plus en plus globalisant dès lors qu'on le définit comme "l'ensemble des programmes, décisions et actions visant à protéger la population contre tous les dangers et les risques considérés comme échappant au contrôle des individus et définis à ce titre comme relevant des pouvoirs publics et de leur régulation"².

En effet, la notion de veille ne recouvre pas les mêmes entités selon que la lecture se fait du ministère de l'intérieur ou de celui de la santé. Cela conduit à définir dans une première partie les périmètres des entités « veille sanitaire » et « veille opérationnelle ».

1.1 Historique de la veille sanitaire

La veille sanitaire en France connaît d'importantes évolutions surtout depuis les années 1990. De la fin du 19^{ème} siècle aux années 1980, la veille s'est appuyée sur des études ponctuelles et les maladies à déclaration obligatoire (MDO). Dans les années 1980, des réseaux expérimentaux voient le jour³. En 1980, le suivi épidémiologique s'organise dans le Réseau National de Santé Publique (RNSP) basé à l'hôpital St Maurice.

En 1995, avec la création des Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE), antennes de l'InVS en région ou en inter région, la veille sanitaire se renforce et se professionnalise. L'arrivée d'outils informatiques améliore considérablement le recueil d'information. A partir

² <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/securite-sanitaire/index/>

³ exemple : les Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe ou GROG, issus d'une démarche volontaire de médecins généralistes autour de la grippe saisonnière épidémique).

des fiches de déclaration des MDO, le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), sous la direction éditoriale de la Direction générale de la santé (DGS), permettra d'informer régulièrement les réseaux de professionnels sur l'épidémiologie de ces pathologies dans la population française.

L'impact humain et politique de la canicule en 2003, fortement médiatisée, a catalysé la demande de mise en place de systèmes d'anticipation des crises sanitaires. La veille opérationnelle, culturellement très développée dans l'armée après la deuxième guerre mondiale, fait émergence dans les logiques d'organisation et de gestion des crises.

1.2 La veille sanitaire, un concept classique de la surveillance de la santé des populations

Le concept même de veille sanitaire a connu des évolutions majeures au cours des deux dernières décennies qui ont directement influé au niveau local sur les pratiques professionnelles et les jeux des acteurs.

1.2.1 La veille sanitaire : définition et principes

A) Définition de la veille sanitaire

La veille sanitaire se limitait, avant la création de l'InVS en 1998, à l'analyse de la déclaration obligatoire des maladies et de la mortalité ; elle était donc essentiellement construite autour de l'animation des systèmes de surveillance épidémiologique. Il s'agissait de réceptionner des données, d'en faire des bilans annuels et, plus rarement, de les utiliser comme des outils d'alerte pour déclencher des actions de contrôle et de prévention. La surveillance était ainsi descriptive, rétrospective et surtout peu réactive.

La clarification du concept de veille sanitaire débute avec la mise en œuvre du PRAGSUS⁴, introduit dans la loi de santé publique du 9 août 2004. Le rapport publié par l'InVS en mai 2005 sur « L'alerte sanitaire en France »⁵, propose les modalités d'organisation de la veille et de l'alerte, en particulier dans l'articulation entre l'échelon national et départemental. Une nouvelle définition de la veille sanitaire y est donnée: « Ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un évènement inhabituel ou anormal pouvant représenter un risque pour la santé humaine ». Deux activités apparaissent : la surveillance

⁴ Plan relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Le PRAGSUS a permis de clarifier la surveillance et la réponse à mettre en œuvre.

⁵ L'alerte sanitaire en France, Principes et Organisation, InVS, 2005.

épidémiologique, d'une part, et la réception et le traitement des signaux sanitaires, d'autre part. Mais la veille sanitaire est un concept plus large qui comprend également des activités de recherche, de surveillance, et de vigilance.

D'autres définitions du concept sont apparues dans la littérature spécialisée⁶ : « La veille sanitaire doit être en mesure de rassembler, d'expertiser toutes les informations pour assurer la mesure des risques connus ou émergents et permettre les orientations prévues des politiques de santé publique et de sécurité sanitaire ». La notion de veille prospective se développe aujourd'hui comme un enjeu de taille : elle s'appuierait sur des indicateurs précis (effets du changement climatique par exemple) et permettrait de progresser dans l'anticipation des menaces. La veille sanitaire est à différencier de l'alerte qui conduit à adopter une démarche de « *renseignement épidémique* », entendu au sens du renseignement militaire. Les signaux sont filtrés et vérifiés et tout signal présentant des risques potentiels pour la santé humaine devient une « alerte » qui engendrera une réponse adaptée à l'ampleur de la menace⁷. Le système d'alerte vise dès lors à détecter « tout évènement sanitaire anormal représentant un risque potentiel pour la santé publique quelle qu'en soit la nature⁸ ».

Le dispositif de veille sanitaire s'enrichit progressivement d'outils de surveillance et d'analyse d'information. Elle est le cœur stratégique d'un immense réseau de professionnels, d'établissements et de laboratoires de santé qui maillent le territoire. Jacques Drucker rappelle à ce titre que « *la veille sanitaire ne doit pas seulement collecter, analyser et alerter, elle doit aussi savoir informer et partager ses analyses* »⁹.

La veille sanitaire n'est pas un système isolé. Elle doit s'associer à la recherche qui apporte de véritables outils et méthodes ainsi que des hypothèses et des signaux précoces. La veille sanitaire doit également incorporer les données des agences sanitaires telles que l'AFSSAPS et son réseau de vigilances sanitaires¹⁰. Les décideurs et les experts scientifiques au niveau local doivent être en mesure d'agir au sein du système de la veille sanitaire pour

⁶ "La sécurité sanitaire est entendue comme l'ensemble des dangers d'origine anthropique ou naturelle susceptibles de menacer la santé de l'homme". Didier Houssin et Yves Coquin, le dispositif français de sécurité sanitaire, BEH, novembre 2008.

⁷ Annexe II : schéma des activités d'alerte et de réponse.

⁸ L'alerte sanitaire en France, Principes et Organisation, InVS.

⁹ Jacques DRUCKER, « *L'InVS à 10 ans* », BEH, hors série, novembre 2008.

¹⁰ Annexe IV : Organisation des vigilances Agences française de sécurité sanitaire des produits de santé AFSSAPS.

anticiper les menaces à l'aide de systèmes de surveillance non spécifique¹¹ pour les évènements inattendus.

B) Les grands principes de la veille sanitaire

Un système de veille sanitaire pleinement opérationnel sous entend la permanence d'une équipe opérationnelle avec un personnel affecté, compétent et stable. La veille sanitaire doit en effet faire face à des événements imprévisibles dans le temps et dans l'espace souvent mal connus en terme de conséquences sur la santé des populations.

Parallèlement, un consensus est apparu sur la séparation de l'expertise, de l'évaluation et de la gestion des crises. Ce qui revient à constater qu'aujourd'hui la continuité entre la veille sanitaire et la gestion des crises est difficilement réalisable. Une différence existe donc entre l'organisation prescrite par les textes réglementaires et l'organisation réelle du terrain. Alors que ce sont les cellules de veille des Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) qui assurent la veille c'est-à-dire la détection et la gestion de signaux sanitaires anormaux au plan local, elles ont également une mission régaliennne d'alerte et participent à la gestion de crises sous l'autorité du préfet. Les CIRE interviennent généralement lorsque l'échelon dépasse les capacités locales surtout pour des missions d'appui et de conseil.

A côté de ce principe de continuité, la veille sanitaire répond à une démarche planificatrice pour faciliter la réactivité des acteurs. Les plans ont été structurés avec la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique qui prévoit la mise en place dans chaque région d'un plan régional de santé public (PRSP) comportant un PRAGSUS(1). Différents types de plans se superposent en fonction de la nature et de l'ampleur du risque : le plan d'Organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC) ; les plans rouges, les plans particuliers d'intervention (PPI) et les plans de secours spécialisés (PSS).

L'efficacité de ces dispositifs reste conditionnée par la cohérence de multiples facteurs (réactivité, disponibilité des moyens, communication et anticipation). Elle s'appuie sur une organisation administrative déclinée au niveau territorial. Mais cette notion de veille sanitaire est avant tout le résultat d'un dispositif législatif et réglementaire récemment enrichi par de nouveaux textes qui sont amenés à évoluer avec les dispositions de la loi HSPT actuellement en lecture au sénat.

¹¹ Rapport d'information du sénat en 2004 Rapport d'information n° 195 de Valérie Létard, Hilaire Flandres et Serge Lepeltier.

1.2.2 Le cadre juridique

Au delà d'une définition de la veille sanitaire reposant sur la distinction de notions voisines, une parfaite compréhension de ce concept suppose que soit établie sa filiation légale et réglementaire. Le cadre normatif est avant tout national, même s'il s'inscrit dans une sphère juridique internationale de plus en plus prégnante en matière sanitaire. Le règlement sanitaire international (RSI), adopté en 2005 et entré en vigueur le 15 juin 2007, instaure à cet égard un cadre juridique renouvelé et contraignant.

Le droit communautaire alimente ensuite l'édifice normatif de la veille sanitaire : le texte de référence est le règlement n°851/2004 du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004 instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, devenu opérationnel le 20 mai 2005. Le cadre international et communautaire étant évoqué, il faut maintenant s'intéresser aux dispositions nationales.

A) Le cadre juridique de la veille sanitaire au niveau central

Le cadre juridique de la veille sanitaire au niveau central recouvre les attributions respectives des agences de sécurité sanitaire et du ministère de la santé. Les agences de sécurité sanitaire sont de deux types :

- Des agences à vocations transversales : InVS et Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).
- Des agences ayant pour missions la veille scientifique, et l'évaluation dans des domaines spécifiques : AFSSAPS, agence française de sécurité des aliments (AFFSA), agence française de sécurité de l'environnement et du travail (AFFSET), et institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)¹².

La création de l'InVS et, plus largement, la consécration législative de la veille sanitaire est intervenue par la 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. Au sein d'un Titre 1^{er} intitulé « *Veille et alerte sanitaires* », la loi crée, en son article 2, l'Institut de veille sanitaire.

En mai 2004, un rapport de l'IGAS sur l'évaluation de l'application de la loi du 1^{er} juillet 1998 souligne les insuffisances du système français de veille sanitaire. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 « *relative à la politique de santé publique* » vise à combler ces lacunes par l'adoption d'un Titre III relatif à « *la modernisation du système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire* ». Le texte précise l'organisation de la veille sanitaire sur de nombreux points. Les missions de l'InVS sont complétées ; les sources et modalités de

¹² Didier Houssin et Yves Coquin, le dispositif français de sécurité sanitaire, BEH, novembre 2008.

transmission des informations et de signalement des menaces sont précisées. Enfin, l'accès aux données et au matériel biologique en cas de menace est organisé.

L'organisation du Ministère de la santé relève, quant à elle, d'un décret du 11 mai 2007¹³ qui précise les attributions de la direction générale de la santé en matière de veille sanitaire et dispose dans son article 1^{er} :

« 7° Elle centralise l'ensemble des alertes. En liaison avec les autres ministères et institutions concernés, elle organise et assure la gestion des situations d'urgence sanitaire ; elle participe à la préparation des réponses aux risques et menaces sanitaires liés aux événements naturels, aux épidémies, aux accidents technologiques ou aux actes de terrorisme ».

Le décret du 11 mai 2007 portant organisation de la direction générale de la santé en bureaux prévoit, dans son article 6, le rattachement d'un département des urgences sanitaires (DUS) au directeur général de la santé et définit sa composition. Le DUS est ainsi composé du centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS), de l'unité des alertes et réponses, de l'unité opérationnelle d'appui et de soutien logistique et de l'unité d'organisation de la planification.

La loi du 5 mars 2007¹⁴ complète le système d'alerte du ministère de la santé avec la création d'un établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), placé sous la tutelle administrative et financière du DUS.

B) Le cadre juridique de la veille sanitaire au niveau déconcentré

Le cadre déconcentré de la veille sanitaire fait intervenir deux groupes d'acteurs : les CIRE et les DDASS.

La création des CIRE figure dans une circulaire n°55 du 27 juillet 1994 « relative à un appel d'offre pour la création de cellules interrégionales d'épidémiologie d'intervention ». Les CIRE ne sont pas dotées de la personnalité juridique, mais agissant en tant qu'antenne locale de l'InVS.

Les DDASS agissent quant à elles sous l'autorité du préfet de département, mais la veille sanitaire fait partie intégrante de leur mission puisqu'elles sont en charge de la mise en œuvre de la politique sanitaire au niveau départemental. Cette mission est confirmée par le décret no 94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales. L'inventaire normatif étant rappelé, c'est au fonctionnement des structures qu'il faut maintenant s'intéresser.

¹³ Décret n°20078-840 du 11 mai 2007.

¹⁴ Loi 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur ; Décret d'application 2007-1273 du 27 août 2007.

1.2.3 Le fonctionnement des structures de la veille sanitaire

Le dispositif de veille sanitaire français est le résultat d'une réorganisation profonde de l'administration qui s'est étalée sur plusieurs dizaines d'années. Pour autant, ce système n'est pas figé et ses responsables sont conscients de la nécessité de l'adapter en permanence à l'évolution épidémiologique et sociologique. Les structures de la veille sont réparties en différents niveaux territoriaux¹⁵ :

Sur le plan national, le dispositif de veille sanitaire repose sur une partition claire des rôles entre le ministère de la santé, qui est en charge de la gestion des situations sanitaires, et les agences sanitaires, issues du choix d'une architecture institutionnelle et fonctionnelle novatrice. Parmi ces agences, l'InVS est chargé de la surveillance, de la veille et de l'alerte sanitaire ainsi que de l'appui à la gestion. Ce partage garantit l'efficacité technique et l'absence de conflits d'intérêt. Ceci a mis en évidence la nécessité de mieux individualiser l'étape d'évaluation des risques sanitaires afin qu'elle soit clairement positionnée en amont de la décision de gestion. Etablissements publics et opérateurs de l'Etat¹⁶, les agences servent l'intérêt général en garantissant l'indépendance de l'évaluation des risques dans les domaines relevant de sa compétence. Les agences entretiennent un dialogue avec les professionnels des secteurs concernés, indispensable pour ancrer son action au plus près de la réalité de terrain et des risques sanitaires récurrents et émergents. Cette nécessaire autonomie des agences sanitaires doit se conjuguer à une recherche constante de fluidité des échanges d'information entre les acteurs impliqués afin d'assurer la synergie des efforts et l'efficacité du dispositif. La création de ces agences a permis la complémentarité distincte entre l'évaluation et la décision.

Du côté des services ministériels, la DGS joue un rôle majeur de référent dans la gestion locale des événements et la prise de décision ; cette gestion locale est assurée, sous l'autorité du préfet par les directions départementales des divers ministères dont celles du ministère de la santé (DDASS). Il revient ainsi à la DGS de contribuer à la concertation entre les ministères et d'assurer l'articulation des agences et les services de l'état entre eux dans un système cohérent.

Aux niveaux régional et départemental, cette logique de partage des responsabilités entre d'une part, l'alerte et la veille et d'autre part, la gestion des urgences n'existe pas. Les mêmes services (à savoir les DDASS) sont en charge de la réception des signaux et de la mise en place des mesures de gestion des situations.

¹⁵ Annexe I : schéma de l'organisation actuelle de la défense et de la sécurité.

¹⁶ Pascale Briand, « la sécurité sanitaire de l'alimentation en France : place de l'AFSSA, enjeux et perspectives, BEH, hors série, novembre 2008

Au niveau régional, la création des CIRE a permis de soutenir les services déconcentrés de l'Etat dans l'accomplissement de leurs missions d'investigation et de gestion des épidémies et des pollutions environnementales. Les CIRE ont joué le rôle de bureaux de services techniques et scientifiques auprès des DDASS¹⁷. Le dispositif régional de l'InVS compte actuellement 17 CIRE : 15 métropolitaines et 2 ultramarines. Postes avancés de l'InVS en région, elles assurent deux fonctions essentielles : une fonction d'épidémiologie d'intervention et d'évaluation des risques sanitaires d'une part et une fonction de structuration, d'animation et de coordination du réseau régional de veille sanitaire d'autre part. Elles professionnalisent la veille sanitaire au plan local et elles apportent aux services déconcentrés de l'Etat une véritable expertise indépendante.

Au niveau départemental, dans les années 1990, les services de l'Etat, nommément les DDASS, les Directions des services vétérinaires (DSV) et les Directions départementales de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DDCCRF), se sont organisés face aux signalements sanitaires émis par les médecins généralistes, les urgences hospitalières, les laboratoires et le SAMU (Service d'aide médicale urgente). Pour la DDASS, acteur clef à l'échelle du département, il s'agit de réceptionner des signaux comme les déclarations obligatoires, les signalements, les plaintes, les inquiétudes de la population, de les vérifier et de les valider afin de les faire remonter vers l'Inserm, l'InVS, la CIRE et le DUS si une crise apparaît. Les DDASS assurent la gestion quotidienne de ces signaux. Elles feront, dans l'exemple d'une infection invasive à méningocoque (IIM), les investigations pour repérer les « sujets contacts », puis prodigueront des recommandations (comme l'exemple de la mise sous chimio-prophylaxie pour les sujets contacts). Dans certaines situations, la DDASS peut être amenée à appréhender des situations annonciatrices de crise comme la canicule, le grand froid ou les risques épidémiques.

D'autre part, en lien avec les préfetures et les zones de défense, les services de la DDASS actualisent les plans¹⁸ touchant la sécurité civile. Sur le plan de la communication et de l'information, la DDASS peut émettre des messages de prévention, d'informations sur un évènement par souci de transparence. La réception du signal repose au plan départemental sur un personnel repéré et spécialisé qui permet d'assurer le relais des personnes entre elles afin d'assurer la remontée de l'information vers le médecin inspecteur de la santé publique (MISP) de référence. Dès lors, une stratégie du traitement du signal est définie avec une alerte vers le

¹⁷ Philippe Quénel, La veille sanitaire à l'épreuve du terrain : l'expérience des CIRE, BEH novembre 2008.

¹⁸ Plan Orsec, plan blanc, plan canicule, inondations, biotox, risques NRBC....

préfet, l'InVS et le DUS. Les outils sont ici importants : fiches d'alerte, déclarations obligatoires, mails courantes, logiciels de gestion dédiés.

Aujourd'hui, la veille sanitaire s'entend comme l'observation des données de surveillance et la détection des signaux anormaux au plan sanitaire. Mais elle correspond aussi à une prise en compte technique, scientifique et gestionnaire des événements sanitaires. Elle s'inscrit ainsi dans des préoccupations de sécurité publique pour laquelle d'autres acteurs tels que les services du ministère de l'intérieur sont également mobilisés. Un concept nouveau émerge : celui de la veille opérationnelle.

1.3 L'émergence du concept de veille opérationnelle

Le concept de veille opérationnelle réapparaît récemment dans la circulaire du 31 décembre 2008, dans un paragraphe où sont évoqués conjointement le COGIC du ministère de l'intérieur et le CORRUSS qui relève du ministère de la santé. Le risque est alors de confondre veille sanitaire et opérationnelle. Pour éviter cet écueil, il faut définir avec précision le concept de veille opérationnelle.

1.3.1 La définition de la veille opérationnelle

Le concept de veille opérationnelle, énoncé par la loi du 13 août 2004 et développé par la circulaire du 31 décembre 2008, est d'interprétation complexe. Pour les professionnels de la veille sanitaire que nous avons pu interroger, la veille opérationnelle demeure une notion étrangère et parfois ignorée. A contrario, pour les responsables du ministère de l'intérieur, la notion de veille opérationnelle n'est que la formulation récente d'une pratique déjà ancienne. Pourtant, si la veille sanitaire est précisément définie, la veille opérationnelle peut donner l'image d'un concept mal connu.

Selon la circulaire du 31 décembre 2008, elle vise à assurer une « *remontée des informations sur les événements susceptibles d'affecter la continuité de la vie économique et sociale et nécessitant des mesures de protection des populations* ». Cette remontée d'information « *doit permettre un traitement interministériel efficace de ces événements aux différents niveaux de l'organisation de l'Etat* ». Ainsi définie, la veille opérationnelle peut apparaître comme une composante de la sécurité civile, de telle sorte qu'il devient malaisé de distinguer les deux notions.

L'article 1^{er} de la loi du 13 août 2004 fournit une première réponse en disposant que "*la sécurité civile a pour objet la prévention des risques de toute nature, l'information et l'alerte des populations ainsi que la protection des personnes, des biens et de l'environnement par la préparation et la mise en œuvre de mesures et de moyens appropriés relevant de l'Etat, des*

collectivités territoriales et les personnes publiques ou privées ». Les concepts sont d'une grande proximité mais il faut pourtant les dissocier pour parvenir à une vision clarifiée et autonome de la veille opérationnelle.

De fait, la circulaire du 31 décembre 2008, en consacrant la notion de veille opérationnelle, a voulu décrire un concept nouveau qui diffère de la sécurité civile. La veille opérationnelle s'entend ici comme une « capacité » : la capacité permanente de mise en œuvre de moyens sans délai.

1.3.2 Le cadre juridique de la veille opérationnelle

L'évocation du concept de veille opérationnelle étant récente, il convient de recourir à une forme d'exégèse juridique pour interroger les origines du concept et faciliter la compréhension des enjeux sous-jacents. Comme pour la veille sanitaire, le cadre normatif de la veille opérationnelle peut se décliner sur deux niveaux.

A) Le cadre juridique de la veille opérationnelle au niveau central

Le terme de veille opérationnelle, en ce qui concerne la sécurité sanitaire apparaît pour la première fois dans un article annexe à la loi 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile. Au sein de cet article, une section II intitulée « Refonder la notion de protection » intègre un point 2 portant sur « la veille opérationnelle et l'alerte ». C'est à cet endroit qu'il est fait mention d'un centre opérationnel de gestion interministérielle des crises :

« Il convient d'assurer une remontée systématique des informations pouvant intéresser la protection des populations vers les centres opérationnels existants, en particulier les centres opérationnels de zone (COZ) et le centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC) au niveau national.

Par ailleurs, l'organisation de la veille opérationnelle au niveau central s'est trouvée modifiée récemment avec la création, par le décret 2007-207 du 19 février 2007, de hauts fonctionnaires de défense et de sécurité (HFDS). L'article 5 du décret précise que ces hauts fonctionnaires « s'assurent notamment de la mise en place et du bon fonctionnement d'un dispositif permanent de veille et d'alerte ». L'article 7 ajoute que « le haut fonctionnaire de défense placé auprès du ministre de l'intérieur veille à la préparation et à la mise en place des moyens destinés à permettre au ministre (...) d'assurer la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale en situation de crise ». Cette structuration de la veille opérationnelle est reprise aux différents niveaux territoriaux.

B) Le cadre juridique de la veille opérationnelle au niveau déconcentré

Le cadre juridique de la veille opérationnelle au niveau déconcentré repose d'abord sur **les compétences générales des préfets en matière de salubrité publique et de police sanitaire**. L'organisation des compétences préfectorales a été cependant sensiblement modifiée par le décret n°2002-84 du 16 janvier 2002 relatif aux pouvoirs des préfets de zone. Ce décret attribue au préfet de zone une compétence importante en matière de gestion de crise, comme le souligne son article 1^{er} qui dispose qu' « *il est responsable des mesures (...) de sécurité civile (et de) gestion de crise* ».

Le terme de « veille opérationnelle », tel qu'il apparaît dans la loi du 13 août 2004, a été repris récemment dans une circulaire interministérielle du 31 décembre 2008 relative à l'organisation de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires.

1.3.3 Le fonctionnement des structures de la veille opérationnelle

En parallèle de l'organisation de la veille sanitaire, le gouvernement s'appuie sur le ministère de l'intérieur à partir d'un système de surveillance continue de tous les événements susceptibles d'avoir un impact sur la sécurité publique. Ce système intervient à trois niveaux : national, zonal et départemental¹⁹.

A) Le niveau national.

La direction de défense et de la sécurité civile (DDSC), rattachée au ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, est responsable de la gestion des risques en France. Elle assure la veille en liaison avec les états-majors de zone, les autres centres opérationnels nationaux et le centre d'information et de suivi de la commission européenne. C'est ainsi qu'elle met en œuvre en permanence le COGIC qui informe en permanence le cabinet du ministre et prépare/coordonne les moyens d'intervention.

Le COGIC est constitué d'un centre opérationnel de veille permanente (24h/24, 7jours/7) et d'un centre de crise activé en cas de besoin ; il permet de réagir en permanence et de coordonner l'ensemble des moyens humains et matériels, locaux ou nationaux, publics ou privés. Il peut mettre en place un dispositif accueillant jusqu'à une trentaine de cadres, dans lequel chaque ministère concerné est représenté ainsi que les grands opérateurs nationaux tels

¹⁹ Annexe I : schéma de l'organisation actuelle de la défense et de la sécurité.

France Telecom ou EDF. Il a pour mission quotidienne de recevoir les informations relatives à la protection des populations et met en œuvre les moyens nationaux d'assistance au profit des départements et des zones de défense en France ou à l'étranger dans le cadre d'actions humanitaires. Afin d'accomplir sa mission, le COGIC s'appuie sur un vaste réseau de partenaires au niveau local (états-majors de zone de défense, préfets,...), au niveau gouvernemental (secrétariat général de la défense nationale, hauts fonctionnaires de défense et sécurité,...) et celui des centres opérationnels (centres opérationnels de la gendarmerie nationale, de la police nationale, centre national d'information routière, ...).

B) Au niveau zonal.

Le territoire national est découpé en 12 zones de défense dont 7 en métropole. Le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale consacre cet échelon de déconcentration interministérielle en renforçant son rôle ; il devient l'échelon de premier rang en matière de préparation et de gestion des crises majeures relevant de la sécurité nationale.

Le préfet de zone est le représentant de l'Etat dans la zone de défense ; il coordonne l'action des préfets de région et de départements, ainsi que celle des délégués de zone pour ce qui concerne les mesures de défense et de sécurité nationale. Le préfet de zone est assisté par un préfet délégué pour la sécurité et la défense et dispose d'un état-major zonal de sécurité civile (EMZSC) qui assure une veille opérationnelle permanente. Ce dernier est doté d'un centre opérationnel de zone qui, en cas d'évènement grave et sur décision du préfet de zone, peut évoluer en centre opérationnel de défense zonal qui est une structure *ad hoc* de gestion de crise. L'EMZSC prépare l'ensemble des plans relevant des attributions du préfet de zone et coordonne les mesures opérationnelles nécessaires.

C) Au niveau départemental.

La veille opérationnelle relève à cet échelon de la responsabilité du préfet de département qui a la charge de l'ordre public, de la sécurité et de la protection de la population²⁰. En permanence, le préfet dispose d'un service spécialisé rattaché à son cabinet : le Service Interministériel Régional des Affaires Civiles et Economiques de Défense et de la protection Civile (SIRACED-PC) dont le rôle principal est de traiter les aspects de planification et d'application des plans de défense et d'urgence (comme le plan ORSEC, les PPS, les PSS et le plan rouge, le plan de continuité des services,...), de prévenir les risques courants menaçant la sécurité des personnes. Il s'appuie également sur d'autres acteurs, en particulier le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) et de son service de gestion opérationnelle le

²⁰ Décret 2004-n°374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets.

centre de traitement de l'alerte du centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CTA-CODIS), le SAMU), la police nationale, la gendarmerie et de son centre opérationnel (COG), ...

Lorsqu'une situation de crise le justifie, le préfet dispose d'une structure de gestion de crise, le centre opérationnel de défense (COD) au sein de la préfecture, qui coordonne les services de l'Etat.

1.3.4 Exemple de l'alerte grippe A d'avril 2009 en zone de défense Ouest.

La réponse à la grippe sous-entend une organisation préalable, qui comprend : le Plan national sur la pandémie grippale destiné à organiser la réponse institutionnelle à la crise, une politique d'acquisition de médicaments, et des plans de continuité de l'activité de la Nation²¹. Le plan national sur la pandémie grippale prévoit en effet différents niveaux d'alertes et différentes mesures correspondantes. Il engage l'ensemble des administrations. L'échelon est fixé par le ministère de la santé selon la position retenue par l'OMS.

La politique d'acquisition de médicaments et de masques pour protéger la population et agents des services publics est ensuite, la seconde partie de la réponse. Des plans de continuité de l'activité ont enfin été élaborés, afin de continuer à assurer les services publics ou les services essentiels à la nation.

A) Le rôle de la zone : « *c'est de la veille opérationnelle* », selon les termes d'un préfet de zone.

Dans l'exemple de la crise née de la pandémie grippale, diverses étapes ont été franchies. La crise n'est, tout d'abord, actionnée à un niveau interministériel qu'à partir d'un échelon précis (échelon 4b ou 5a du plan de pandémie grippale). Avant de devenir un enjeu de pilotage interministériel, c'est le seul ministère de la santé qui en avait la charge jusqu'au 25 avril. Celui-ci avait alors actionné ses instances de gestion de crise.

La pandémie est devenue un événement médiatique à partir du 25 avril. La cellule interministérielle de crise sur la pandémie grippale a ensuite été activée. C'est parce que la gestion de la crise est devenue une vocation interministérielle que les préfets de zone et de département ont été sollicités.

B) La zone de défense a, dès lors, été en charge de quatre missions :

Les préfets ont d'abord été sollicités pour devenir le relais des informations, et vérifier la mobilisation de tous les appareils de l'Etat. La seconde mission de la zone a consisté à

²¹ Entretiens avec des responsables civils et militaires au niveau national et régional

renseigner l'échelon interministériel de la gestion de la crise, le COGIC, grâce à la communication d'informations régulières sur les événements apparus au niveau de la zone de défense. La zone a dû ensuite vérifier que les directives du niveau central sur les dispositions à prendre en termes d'information, de traçabilité, de port de masque pour protéger les personnels, étaient mises en œuvre à l'aéroport de Nantes²². La quatrième mission reposait enfin sur l'élaboration d'un état des lieux de la gestion des masques sur le territoire de la zone de défense. En somme, le travail de la zone « *C'est de la veille opérationnelle* ». La zone est, en effet un échelon de coordination dans la gestion de l'information d'abord, de mobilisation du réseau de l'appareil de l'Etat ensuite, et de réponse aux sollicitations de l'échelon central enfin.

Une fois les deux concepts présentés, la question de leur assemblage apparaît inévitablement. On envisagera différentes hypothèses de relations, avant de souligner les risques d'un circuit d'information perfectible.

1.4 Veille sanitaire et veille opérationnelle : une distinction en débat

1.4.1 Veille sanitaire et veille opérationnelle : superposition, complémentarité ou unité ?

A) Trois types d'assemblage peuvent être envisagés.

Le premier considère la veille sanitaire et la veille opérationnelle comme deux phases d'une même échelle. La distinction des concepts est alors hiérarchique. La portée des signaux serait fonction de la nécessité d'un appui. L'activation de la phase « opérationnelle » emporterait transfert du pilotage auprès du ministère de l'intérieur et du représentant de l'Etat. Dans cette hypothèse, les deux types de veille restent liés car « *la veille opérationnelle apporte une réponse à un problème sanitaire* »²³.

La seconde hypothèse envisage les deux types de veille comme deux concepts autonomes, relevant de logiques distinctes mais par certains aspects complémentaires. On mesure bien la compatibilité de ce schéma avec l'hypothèse susmentionnée mais l'accent porte ici sur le caractère exogène des concepts. Si dans le premier cas la différenciation était hiérarchique, elle est ici fonctionnelle. Comme le souligne un de nos interlocuteurs, « *la gestion de crise ne fait pas partie de la veille sanitaire. La veille sanitaire a une visée d'aide à la gestion mais ce n'est pas de la gestion* ». A contrario, la veille opérationnelle devrait s'entendre comme la simple capacité à mettre en œuvre des moyens.

²² cet aéroport accueillait en effet des passagers en provenance du Mexique.

²³ Phrase extraite d'un entretien

La dernière hypothèse, plus radicale, tend à suggérer que la sémantique dissimule une proximité de fond. Nous serions en présence de deux substantifs, formulés par deux acteurs, pour désigner (à peu de choses près) une seule et même réalité. Si l'on poursuit le raisonnement, la dualité des appellations devient handicapante : elle est cause de redondances et donc d'inefficacité. Cette suggestion débouche nécessairement sur la préconisation d'une appellation unique car l'harmonisation apparaît indispensable. Plus concrètement, l'assemblage des concepts conduit à la disparition de l'un au profit de l'autre.

Cette description de trois idéaux types est par essence caricaturale. Elle vise cependant à clarifier les enjeux au moment où s'organise une profonde réorganisation du système de santé.

B) La segmentation entre veilles sanitaire et opérationnelle pourrait surprendre.

En effet, il ressort des entretiens que les notions de veille sanitaire et opérationnelle sont nécessairement imbriquées. Pour les acteurs rencontrés, distinguer les deux approches pourrait conduire à un véritable risque : faire « *de la veille sanitaire sans veille opérationnelle, c'est-à-dire sans une personne qui, au bon moment, donne la bonne information, c'est tout le système qui est anéanti* ». Les agents en charge de la veille sanitaire « *doivent être organisés pour réagir de manière opérationnelle et permanente* ». En effet, ils doivent être mobilisables.

1.4.2 Des circuits d'information perfectibles.

La loi de santé publique du 9 août 2004 oblige les représentants de l'Etat dans le département (DDASS et préfet) de porter à la connaissance de l'InVS toute présomption de menace à caractère sanitaire. L'InVS doit en conséquence informer sans délai le ministère de la santé. Les alertes peuvent provenir des réseaux internationaux (OMS), des différentes agences sanitaires nationales (InVS, AFSSA, AFSSAPS), mais aussi des nombreux partenaires (hôpitaux, réseaux de surveillance). Pour résoudre la difficulté du recueil et de l'analyse des signaux émis par les différents acteurs, le ministère de la santé a créé en 2004, le DUS, le département des urgences sanitaires au sein de la DGS²⁴. Ce département joue un rôle particulier d'interface avec l'InVS, ainsi qu'avec les autres ministères et le cabinet du ministre. Il est informé de tout événement susceptible de représenter une menace pour la population ou de provoquer une crise médiatique ou politique. En effet, certains événements ne sont pas signalés à l'InVS et parviennent au ministère en ordre dispersé par des canaux variés tels que les professionnels de santé, les préfets, les collectivités locales, et parfois avec du retard. Le DUS et en son sein, le CORRUS, qui assure en grande partie une mission d'interface, contribuent à un traitement rapide et adéquat des alertes et font face à la dispersion des sources

²⁴ Didier Houssin et Yves Coquin, Le dispositif de veille sanitaire, BEH novembre 2008

d'information. Les DDASS peuvent directement alerter le CORRUSS quand le problème ou la menace est important.

En parallèle, le gouvernement articule autour du ministère de l'Intérieur un système de surveillance continue (COGIC) de tous les événements ayant un impact sur la sécurité publique. Le COGIC fonctionne autour des préfectures de département (COD) et de zone (COZ). Il est en relation permanente avec le CORRUSS. Une base commune aux accès restreints pourrait être envisagée en fonction du rôle de chacun. Un autre système permet de signaler au Ministère de l'intérieur tous les événements susceptibles de troubler l'ordre public. Il s'agit du système SYNERGI (SYstème Numérique d'Echange, de Remontée et de Gestion des Informations) mis en place par le Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Intérieure et des Libertés Locales. Cet outil est un extranet sécurisé, accessible par le réseau Internet déployé sur l'ensemble des départements de métropoles depuis 2003. Cette application permet, grâce à une alimentation locale, continue, de suivre l'évolution d'une situation. Elle a été enrichie pour permettre aux services de l'Etat concernés de consulter et renseigner des champs pour le suivi du plan canicule, et effectuer des consolidations départementales, régionales, zonales ou nationales. Ce n'est pas un outil d'alerte, mais un outil de collecte et de partage de l'information à tous les niveaux. SYNERGI ne se substitue pas au dispositif de collecte d'informations que l'InVS a mis en place. On peut cependant s'interroger sur l'opportunité de l'utilisation de cet outil et sur la place de données relatives à la santé publique en son sein (avec notamment la question de l'anonymisation de des données).

A l'échelon régional, le pilotage des CIRE pourrait être amélioré au regard du circuit de l'information. L'investigation des signaux d'alerte par les 17 CIRE représente 40 à 60% de son activité. Les CIRE d'Auvergne et de Rhône Alpes ont expérimenté avec succès une plateforme internet pour partager les signaux avec les DDASS. L'outil a priori le plus intéressant reste néanmoins celui qui a été mis en place par la CIRE d'Antilles-Guyane : il s'agit d'une forme de main-courante sur support informatique. Elle présente comme intérêt majeur de recueillir, outre les maladies à déclaration obligatoire par exemple, l'ensemble des signaux relatifs à la santé publique et donc de prévenir d'éventuels problèmes sanitaires qui n'auraient pas été détectés dans le circuit de remontée d'information traditionnel. L'ensemble des CIRE œuvre actuellement à la généralisation de ce système sur le territoire national. Lors des entretiens, les responsables des CIRE ont émis leur souhait de mettre en place un recueil de données à l'échelle régionale complétant et précisant les informations et les statistiques fournis actuellement par l'InVS.

Avec l'arrivée des ARS, la qualité et la pertinence des systèmes d'information mis en place constitueront un facteur déterminant de leur efficacité. Dans le projet de loi HPST, « *le directeur de l'ARS informe sans délai le représentant de l'Etat territorialement compétent de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé des populations ou susceptible de* »

présenter un risque de trouble à l'ordre public. L'ARS aura accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé ».

Dans ses missions définies par le projet de loi, l'ARS est chargée d'organiser, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région ainsi que le recueil et le traitement de tous les signalements d'événements sanitaires. En effet, pour les ARS, partager leur expertise dans le champ de la veille sanitaire pose le défi de recueillir et d'analyser des informations précises dans un délai court. Ainsi les ARS pourront apporter avec efficacité leur appui à la veille sanitaire, à la gestion des urgences sanitaires ou simplement à la régulation régionale du système de santé. Cela inclut la formalisation des flux ascendants à partir des établissements de santé et des autres professionnels de santé, l'automatisation des recueils d'activités à l'instar des serveurs de veille des services d'urgences, des réseaux sentinelles, ou des données des PMSI. La professionnalisation des partenaires par des formations accompagnée de contrats d'objectifs est une opportunité à saisir par les professionnels pour rendre performant le système informatif. Aussi, l'ARS est tenue informée par les organismes situés dans son ressort de tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes d'information. Alors que les ARS vont redéfinir les schémas d'information, l'échelon zonal pourrait saisir cette opportunité pour que ses responsables participent activement à la lecture des différents événements.

2 La veille sanitaire à l'heure des ARS : risque ou opportunité ?

Les réformes présentent toujours un risque. Celles d'occulter dans leur mise en œuvre, un héritage de compétences et de fonctionnements qui avaient fait leur preuve. Le passage aux ARS est un risque pour les institutions en charge de la veille sanitaire, en premier lieu desquels, les DDASS, les DRASS et les préfetures. Pourtant, la création de l'agence régionale de santé représente une véritable opportunité d'améliorer la qualité et les performances de la veille par le vecteur de la régionalisation. Elle devrait également favoriser le partage d'une culture commune de la veille sanitaire, en décloisonnant les services et en dépassant un clivage théorique entre veille sanitaire et opérationnelle. Dans cette perspective, le secrétaire général du ministère de la santé, Jean-Marie Bertrand a initié une réflexion globale autour de nombreux groupes de travail.

Concernant la thématique Veille et sécurité sanitaires, cinq « chantiers » ont été mis en place:

- Définition du système régional d'alerte et gestion des événements sanitaires
- Etablissement du schéma d'organisation et de fonctionnement du pôle chargé de la VSS au sein d'une ARS

- Organisation de la veille de l'observation et des vigilances
- Interactions avec le Préfet et les services de l'Etat
- La santé environnementale

2.1 Perspectives d'organisation de la veille au sein des ARS

2.1.1 La naissance des ARS

Le 7 avril 2009, la Ministre de la santé, Mme R. BACHELOT, inaugurerait la première ARS en région Bourgogne. Cette opportunité s'inscrit dans la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie qui prévoit : "les Ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale désignent les régions qui, sur la base du volontariat, sont autorisées à mener pendant une durée de quatre ans une expérimentation créant une agence régionale de santé²⁵".

En Janvier 2008, le préfet RITTER rendait son rapport sur la création des ARS²⁶. Les limites de l'organisation du système de santé rendent nécessaire un pilotage régional unifié et responsable qui serait confié aux ARS. Les objectifs sont d'améliorer l'efficacité des politiques de santé (meilleure réponse aux besoins) et l'efficacité du système (meilleure maîtrise de la dépense). Le préfet propose l'inclusion de la veille et de la sécurité sanitaire dans le périmètre de l'ARS dans le champ santé publique. Il projette : une répartition des missions au niveau territorial entre ARS et les préfetures de départements; une régionalisation des capacités d'analyse et d'expertise en matière de veille et d'alerte sanitaires ; et un rôle exclusif pour le préfet (de département et de région) en matière de gestion de crise. La qualité et la pertinence des systèmes d'information dont disposeront les ARS constituent par ailleurs un facteur déterminant de leur efficacité²⁷. Les conclusions de la mission RITTER, corroborées par les acteurs rencontrés lors de notre enquête relèvent quelques points d'achoppements :

À l'échelon national : le pilotage des agences nationales de sécurité sanitaire souffre d'une coordination interministérielle insuffisante. Il existe des redondances partielles entre les agences sanitaires nationales.

A l'échelon régional et départemental :

- les compétences et les moyens techniques destinés à la veille sanitaire restent encore dispersés entre les départements et la région, ce qui ne garantit pas une capacité d'analyse et d'expertise satisfaisante. Les régions souffrent d'une inégale répartition des ressources humaines ;

²⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n°190 du 17 août 2004-Article 68.

²⁶ Rapport sur la création des agences régionales de santé, Ph. RITTER, janvier 2008, p. 12 / 63.

- Le pilotage des CIRE, placées sous l'autorité scientifique de l'InVS et sous l'autorité administrative de la DRASS, pourrait être mieux structuré ;
- L'organisation de la réponse aux urgences sanitaires requiert un niveau de spécialisation et de professionnalisation accru des fonctions médicales et paramédicales. Ndlr : L'EHESP pourrait jouer un rôle essentiel. ;
- En cas de crises sanitaires, les préfets de département ne peuvent pas toujours s'appuyer sur les compétences disponibles dans la région, faute d'une organisation régionale préalable permettant de mutualiser les renforts à apporter dans de telles circonstances.

2.1.2 Des perspectives pour les ARS dans le projet de loi HPST.

Dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital²⁸ l'ARS a notamment pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé publique. Elle organise en s'appuyant sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, ainsi que le recueil et le traitement de tous les signalements d'évènements sanitaires. Dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, elle organise la gestion de la réponse aux alertes sanitaires et contribue à la gestion des situations de crise sanitaire, sur la base des orientations du projet régional de santé et des priorités transmises par le représentant de l'État territorialement compétent. Elle favorise la coordination entre les professionnels de santé, les établissements et les services médicosociaux. Elle contribue à l'élaboration d'outils facilitant cette collaboration.

D'un point de vue opérationnel, le Directeur de l'ARS, informe sans délai le représentant de l'État territorialement compétent de tout évènement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public. Cet objectif repose sur une protocolisation des flux des signalements et des analyses des événements du territoire ainsi que des collaborations et partenariats à formaliser. De par son expertise dans ce champ, les ARS participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense. Ces plans de gestion de crises sont élaborés dans les différents ES et EMS sous la responsabilité des chefs d'établissements. Ils font l'objet d'exercices ordonnés et coordonnés par les préfets de département. En conséquence, les directeurs d'ES et EMS s'organisent pour établir en interne la protocolisation des fonctionnements dégradés de leur institution en liaison avec les ARS et les services de secours territoriaux (SAMU, SDIS) et de s'assurer de leur opérationnalité.

Aussi, les propositions d'organisation en interne des ARS doivent intégrer ses missions techniques déjà connues des DDASS. Ainsi, dans les zones de défense, le préfet de zone

²⁸ Projet de loi HSPT, texte adopté n° 245 en première lecture.

dispose pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des ARS de la zone de défense avec les personnels des services déconcentrés anciennement DDASS, DRASS réorganisées en pôles d'expertise et de gestion des urgences sanitaires au sein des ARS. Lors des entretiens, les professionnels de la veille sanitaires ont rappelé l'importance de la complémentarité distincte entre évaluation et décision et répartition claires des rôles et responsabilités des acteurs.

Les ARS auront accès aux données nécessaires à l'exercice de leurs missions et contenues dans les systèmes d'information, à l'exception des données personnelles. La multiplicité des sources d'informations est une richesse pour corroborer les données et assurer une prise de décision éclairée.

2.1.3 L'organisation de l'ARS en marche

Une circulaire toute récente du Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, HFDS, datée du 19 mai 2004 et adressée aux préfets de région indique les modalités et le calendrier de répartition des effectifs des DRASS et des DDASS entre l'ARS et les nouveaux services déconcentrés²⁹. Les activités de veille et sécurité sanitaires (y compris santé environnement) apparaissent comme des missions cœur de métier et seront transférées à l'ARS. Une circulaire cadre est programmée pour fin mai. Concernant la répartition effective des personnels, elle débutera au début de l'été, coordonnée par les directeurs de DRASS et sera suivie dès la mi-juillet de propositions d'affectations après consultation des comités techniques paritaires locaux.

A l'aune des informations dont nous disposons à ce jour, la future organisation de la veille sanitaire au sein des ARS pourrait ressembler au schéma ci-dessous.

La veille et sécurité sanitaire s'organiserait en un pôle régional identifié, au sein de l'ARS, doté de délégations départementales. L'organisation des vigilances serait rattachée à ce pôle et placée sous son autorité. Ce pôle, organisé en plateforme de « veille, alerte et gestion des urgences sanitaires » regrouperait deux grandes fonctions :

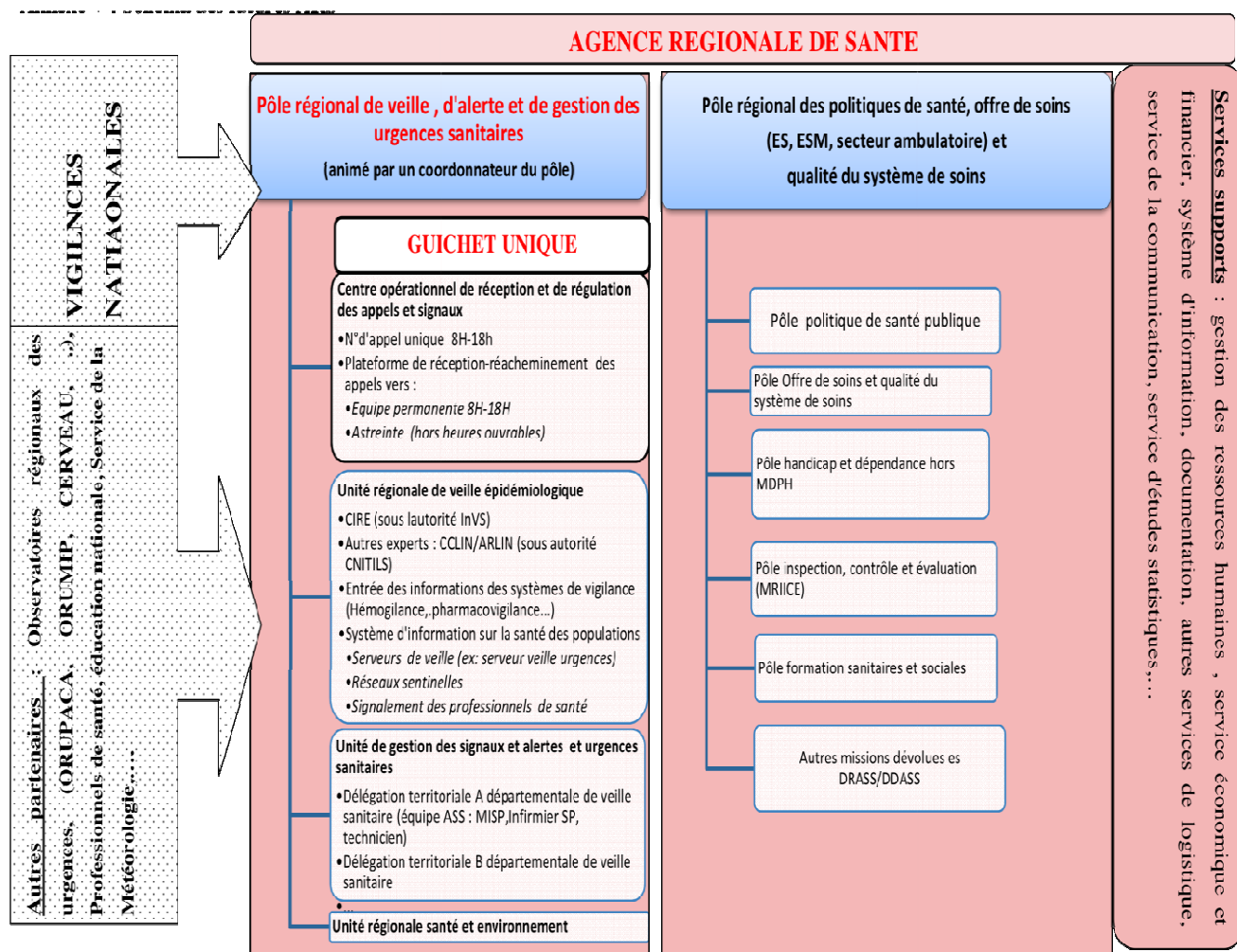
- **une fonction de veille épidémiologique**, structurée, avec les compétences de la CIRE et placée sous l'autorité scientifique de l'InVS, afin de garantir son indépendance scientifique, avec pour missions: 1) l'accès aux signaux et leur analyse, le déclenchement des alertes et l'appui à leur gestion; 2) le développement d'outils opérationnels pour conduire les investigations, l'évaluation des risques et la surveillance; 3) la réalisation d'investigations et d'évaluations de risques sur le terrain, 4) la mise en place, le pilotage et la coordination

²⁹ Annexe V : Lettre du 14 mai 2009 de J. M BERTRAND. Répartition des effectifs des DRASS et DDASS dans l'ARS et les nouveaux services déconcentrés chargés de la cohésion sociale.

régionale des réseaux et systèmes de surveillance.

• **une fonction de gestion des signaux et alertes**, incluant la gestion des urgences sanitaires, organisée autour des personnels techniques de l'ARS dont les missions propres seraient : 1) de développer des outils de gestion des alertes et situations d'urgence sanitaires; 2) de gérer les alertes courantes et les situations d'urgence sanitaire; 3) d'élaborer les plans d'intervention spécialisés; 4) d'assurer l'information destinée aux professionnels et au grand public, hors et en situation de crise.

Schéma 1 : Proposition d'implantation de la veille sanitaire au sein de l'ARS.



2.2 Le passage aux ARS : une exigence de protocolisation de la veille

Dans le cadre des travaux préparatoires à la mise en place des ARS au 1er janvier 2010, le Ministre de la santé a souhaité tester des projets pilotes dans quelques régions dès 2009. Un membre du groupe MIP, en stage dans l'une des régions pilote sur le protocole de relation entre préfets et DG ARS, a participé aux travaux du chantier SP07-VSS (Interactions avec le Préfet et les services de l'Etat). L'objectif du projet pilote intitulé « Opérationnalité du projet de protocole réglant les relations entre le préfet et l'ARS dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaire » est de proposer un protocole de relation entre le Préfet et l'ARS, pour l'ensemble de la politique de santé et de contrôle ; la phase-test concernera la partie traitant de la veille et de la sécurité sanitaires. Les cinq régions pilote ont travaillé sur un projet de contrat qui a été remonté au responsable de chantier national. Les points cardinaux de la loi HSPT concernant la relation entre Préfet et Directeur général de l'ARS sont les suivants :

- Le DG ARS informe sans délai le préfet des événements d'ordre sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou l'ordre public
- Le Préfet dispose à tout moment des moyens de l'agence pour l'exercice de ses compétences en matière de santé
- L'ARS est placée pour emploi sous l'autorité du préfet en situation de crise

Les points à tester dans la phase pilote seront la déclinaison générale du protocole national et la déclinaison du protocole pour des événements spécifiques. Le produit final attendu est la validation des dispositions retenues dans le protocole national et la faisabilité de ces dispositions pour le traitement de ces situations particulières.

L'optimisation de la relation contractuelle entre préfet(s) et DG ARS devra inclure au minimum les étapes suivantes :

- L'identification de l'ensemble des activités de veille et sécurité sanitaire dévolues à l'ARS. Ceci est actuellement proposé sous la forme de tableaux en annexe du document contractuel, avec une déclinaison par thème des activités, des indicateurs, des services pilote et des services associés, au sein de trois grands groupes : préparation, alerte, gestion.
- L'utilisation d'un langage commun entre services préfectoraux et AR, donc la création d'un glossaire spécifique à la VSS.
- La création d'un guichet d'entrée unique à l'ARS pour les activités de VSS, aussi bien pour le recueil des informations et des signalements (actuellement il y a un point d'entrée dans chaque DDASS) que pour les demandes préfectorales.
- La mise en place d'une équipe régionale « professionnalisée », regroupée et dédiée à la VSS assurant une couverture opérationnelle pendant les heures normales d'ouverture, complétée par une équipe élargie, éventuellement dispersée, assurant une astreinte 7 jours sur 7 et 24h/24.

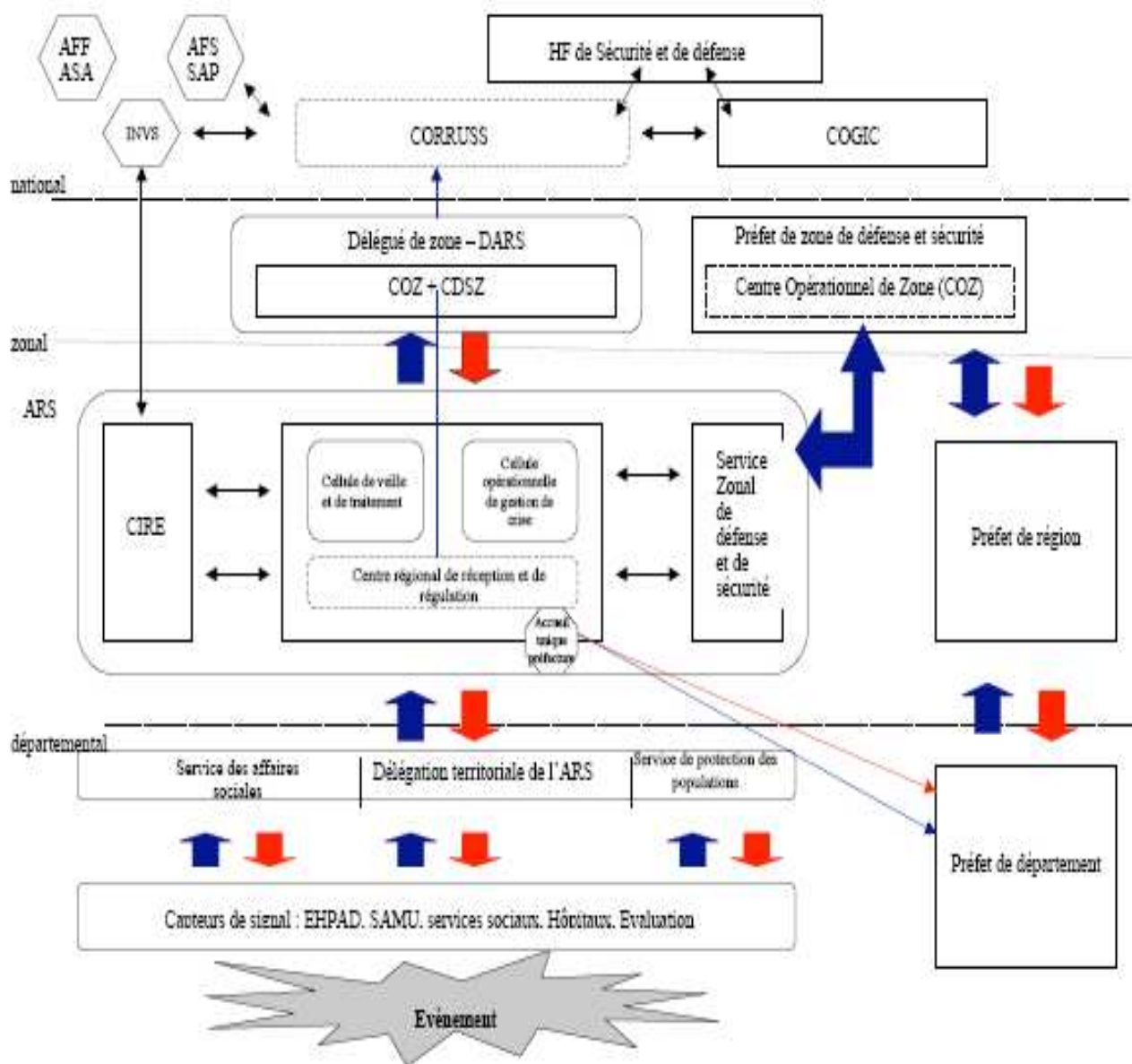
Les résultats de cette première phase de travaux ont été communiqués au pilote national en charge de la rédaction du protocole national au Ministère de la Santé. Désormais s'engage une réflexion plus précise sur l'organisation des services de l'ARS consacrés à la veille et sécurité sanitaire notamment l'organisation des astreintes, du secrétariat, des outils informatiques partagés.

2.3 Le passage aux ARS : l'opportunité d'améliorer la qualité et la performance de la veille par le décloisonnement institutionnel

Les ARS, et la dynamique de régionalisation qu'elles sous-tendent, offre un cadre opportun pour tracer de nouvelles orientations susceptibles d'améliorer la qualité et la performance de la veille. D'une part, l'échelon régional pourrait permettre de compenser les lacunes opérationnelles de certains systèmes départementaux qui ne disposent pas de la taille critique suffisante. Le maillage hexagonal souffre par endroits de trous qui déshéritent certains territoires d'une veille de qualité. De nombreuses cellules de veille au sein des DDASS manquent cruellement de médecins inspecteurs et ne disposaient pas des moyens permettant d'assurer une veille opérationnelle 24h/24, 7j/7. La mutualisation des compétences au niveau régional devrait contribuer à pallier cette carence. Le passage à l'ARS devrait également permettre de centraliser la remontée de l'information et son traitement au niveau régional par la création d'une cellule de réception unique et prévenir ainsi le phénomène de remontée en tuyaux d'orgue. Enfin, en décloisonnant de nombreuses compétences, l'ARS sera en mesure de mobiliser en son sein des compétences diversifiées. Le dispositif de veille doit tout faire pour en bénéficier et faire de cette structure une véritable valeur ajoutée pour améliorer la qualité de la veille. L'ARS doit mobiliser les compétences dans les domaines du sanitaire, du médico-social, vétérinaires, pharmaceutiques, santé et environnement. Cette opportunité ne donnera des bénéfices concrets qu'à la condition de former l'ensemble des personnels techniques à la veille et de transmettre une véritable culture partagée de la gestion du risque.

Le schéma proposé page suivante est la synthèse des réflexions partagées avec les acteurs : il met en perspective les relations entre les différents acteurs à tous les échelons du dispositif de veille et de gestion de crise :

Schéma 2 : Le positionnement de l'ARS dans le dispositif de veille, proposition d'organisation.



La plupart des acteurs et des professionnels s'accordent sur un dispositif pour lequel la question de la veille opérationnelle reste un sujet préoccupant. L'échelon régional, marginalisé du dispositif ne dispose pas de la réactivité suffisante pour entretenir une veille opérationnelle de qualité. La plupart des institutions ne disposaient pas de cellule d'astreinte ni de permanences. La nouvelle structure devra familiariser les personnels des anciennes DDASS et DRASS à une culture de gestion de crise qui lui est étrangère. IL sera également nécessaire de garantir aux préfets de départements un accès spécifique au centre régional de réception et de régulation tant pour bénéficier de l'information que de l'expertise sanitaire des cellules de veille des ARS. Ces dernières devront être en mesure de s'organiser selon un dispositif souple permettant de mobiliser l'ensemble des compétences de la structure (médico-social, sanitaire, vétérinaire, santé et environnement). Les ARS pourront ainsi s'équiper de permanenciers

professionnels capables de mobiliser l'expertise des services en fonction des besoins. En cas de crise majeure, une cellule de crise permettra de mobiliser les cellules de veille traditionnelles, le directeur de l'ARS et les experts de la CIRE et de l'état major de zone.

Les agences d'expertise comme les services zonaux de défense et de sécurité devraient être davantage associés aux ARS par la création d'une délégation régionale de veille opérationnelle. Le conseiller sanitaire de zone devra être le référent unique de la zone de défense sur les questions sanitaires. Il pourra également être mobilisé par le DG-ARS et la préfet de zone en cas de crise sanitaire.

L'ARS devrait offrir l'opportunité de donner une culture davantage partagée entre les tenants de la veille opérationnelle et ceux de la veille sanitaire. Enfin l'ARS permettra peut-être d'enrichir la notion de veille d'une dimension de recherche et de prospective, encore trop timorée. La veille au sein des ARS devra concevoir les outils d'anticipation permettant d'inscrire les nouvelles structures de veille dans une démarche proactive.

3 Discussion

3.1 La création des ARS pourrait conduire à un processus d'« agencification ».

Le terme d'agencification renvoie à un processus entamé il y a deux décennies de multiplication du nombre des agences à côté des administrations traditionnelles. Ce mouvement tend à séparer la conception des politiques publiques et les fonctions opérationnelles. L'agencification imprègne le pilotage des politiques de santé depuis dix ans. Si ce mouvement est parfois perçu comme une segmentation de la puissance publique, il ne semble pas irréversible et peut, au contraire, constituer un instrument de reconquête d'un domaine de compétence particulier.

L'agencification conduit à confier la gestion et le contrôle d'un secteur à un même opérateur : elle est notamment illustrée par la création des agences sanitaires.

L'agencification est le terme retenu par le Centre d'Analyse Stratégique (CAS)³⁰ pour décrire la multiplication des agences dans les pays nordiques, anglo-saxons, et plus récemment en France. C'est un mouvement qui répond à la volonté de dissocier les responsabilités stratégiques qui sont conservées par les administrations centrales et les fonctions opérationnelles, lesquelles sont confiées à ces structures. L'agencification est par

³⁰ Jérôme Tournadre-Plancq et Benoît Verrier, CAS, Département institutions et sociétés ; Note de veille n°88, 28 janvier 2008, *L'Etat et les agences : limitation ou extension de la puissance publique ?*

conséquent une nouvelle manière de penser l'organisation administrative.

Le choix de réorganiser le pilotage des politiques de santé à travers la création d'agences sanitaires a été pris dans les années 90. La Direction Générale de la Santé a en effet créé 7 agences afin d'améliorer l'expertise et la capacité de régulation de certains secteurs sanitaires. C'est donc une mise en cause de l'organisation pyramidale comme modèle général d'administration en matière de santé³¹. Cette « fragmentation » ou « mise à distance » a pu être analysée, comme une « possibilité de redistribuer les responsabilités en cas d'échec de politiques en en transférant une partie vers les fonctionnaires directement en charge de la gestion opérationnelle des politiques publiques ».

Les conséquences de ce processus font débat.

Certains observateurs partagent l'idée que l'agencification illustre le passage d'un « Etat producteur » à un Etat « régulateur » ou « stratège », pour adopter une vision polycentrique de l'appareil administratif. La création d'agence est alors étroitement liée à la problématique de la réforme de l'Etat : l'agence est censée contribuer, du fait de son expertise -rendue possible grâce à la spécialisation de sa mission- au dynamisme de l'action publique. Elle est dès lors vouée à améliorer la qualité, l'efficacité et l'adaptabilité des services. L'externalisation de certaines de ses missions, par l'administration centrale, en les confiant à des agences, peut être évaluée comme une manière de redéfinir les tâches et les responsabilités. L'agencification a, par conséquent, pu être considérée comme une limitation de la puissance publique ou de « gouvernement à distance », voire comme un démembrement de l'Etat.

A l'inverse, l'agencification peut être considérée comme une réappropriation d'un secteur par la puissance publique. En effet, la création d'agences sanitaires ne s'est pas traduite par une disparition des administrations intégrées : seule l'Agence du médicament a entraîné la disparition d'une direction administrative. L'Agence nationale pour le développement de l'activité médicale (l'ANDEM) a, de même, marqué l'arrêt d'un processus de délégation de certaines missions à la profession médicale. L'agencification peut, par conséquent, être vue comme « un instrument de reconquête d'un domaine particulier »³². La création des ARS, pourrait, dès lors, permettre de souligner clairement l'attention portée par l'Etat à la veille sanitaire.

³¹ cité dans « Agences, un modèle en expansion ? » *Perspectives gestion publique*, 2003.

³² *Les Agences : nécessité fonctionnelle ou nouveau démembrement de l'Etat ?*, La documentation française, 1995.

Si cette hypothèse n'est pas d'actualité en matière de veille, elle ne demeure pas moins un scénario possible à l'aune d'expériences étrangères comparables au cas français. L'agencification permettrait en effet, de confier la gestion et le contrôle de la veille et de la sécurité sanitaires à un seul et même opérateur. Dans un contexte d'émergence de crises difficilement maîtrisable, la création d'une agence dédiée à la veille permettrait de dynamiser sa gestion opérationnelle tout en permettant une reconquête stratégique de cette thématique par la puissance publique.

3.2 Enjeux de la régionalisation de la veille

En dépit d'un certain nombre de risques, la veille pourrait être améliorée par sa régionalisation.

D'apparence, le renforcement de l'échelon régional entrerait en contradiction avec l'organisation initiale de la veille sanitaire en France. Cette dernière s'appuie traditionnellement sur l'autorité préfectorale du département qui bénéficie des services de la DDASS pour organiser la veille sanitaire et la gestion de crise. Elle s'est enrichie depuis la fin des années 90 de la montée en charge de l'échelon zonal qui représente pour la plupart des acteurs l'échelon pertinent de réponse opérationnelle aux crises. Ce cadre dont hérite l'ARS fait peu de cas de la région qui sera pourtant l'échelon de compétence de l'agence. Avec la fin des DDASS, les préfets du département voient disparaître un service sur lequel ils avaient une autorité en matière de veille. Les services de veille basculent sous une autorité régionale sans que soit pensée l'articulation optimale permettant aux préfets de bénéficier des compétences minimales en matière de veille. Cette transformation institutionnelle interroge également les niveaux pertinents de réception des signaux. Les DDASS, par leurs proximités territoriales, ont toujours été les points d'entrée privilégiés des informations relatives à la veille. Leurs disparitions impliquent de dessiner un nouveau circuit de remontée de l'information.

La régionalisation implique d'accompagner le changement en se concentrant sur le facteur humain.

Si les bénéfices de la régionalisation de la veille ont été précédemment démontrés, cette dernière doit s'accompagner d'un effort soutenu à destination des personnels pour conduire le changement.

Les décideurs devront mettre l'accent sur la formation des personnels : les membres actuels de la veille, qui disposent d'une expertise certaine, doivent être formés plus spécifiquement à la gestion des crises. En effet, pour que les compétences soient réparties de manière homogène sur le territoire républicain, un module de formation pourrait être conjointement dispensé par l'EHESP et l'InVS. Ce module intégrerait une dimension opérationnelle concrète (maîtrise et appropriation des outils de recueil et d'analyse de données épidémiologiques, procédure de traitement des signaux...).

La professionnalisation des acteurs doit être privilégiée. Les métiers de la veille sanitaire doivent correspondre à une compétence technique et humaine poussée et reconnue. Il convient d'assurer la reconnaissance de ce secteur en le rendant le plus attractif possible. L'optimisation de la gestion des ressources humaines devrait ainsi privilégier la motivation et la mobilité des agents.

L'adaptation des personnels se concrétisera par la mutualisation des expériences et une collaboration dynamique entre tous les membres de la veille sanitaire. Un dialogue et un échange de bonnes pratiques pourrait permettre à des agents aux cultures différentes de communiquer et d'améliorer leurs compétences.

Conclusion

Le préfet, dans sa mission principale d'assurer la sécurité des populations, dispose actuellement de moyens importants. La réorganisation imminente de la veille et sécurité sanitaires, notamment à travers sa régionalisation, remet en cause les modes de fonctionnement en place.

La création des ARS offre la dynamique nécessaire pour rendre le système de la veille plus lisible, plus efficient, plus adapté aux risques du nouveau millénaire et aux attentes des citoyens.

Bibliographie

Ouvrages

SERRES J.C. (2006), « *Manager dans l'incertitude, gestion des risques maximum* », Afnor.

POLLITT C., TALBOT C. (2005), « *The Agency Idea* », Unbundled government.

ROUX-DUFORT C. (2003), « *Gérer et décider en situation de crise, outils diagnostic de prévention et de décision* », Dunod.

Périodiques, divers

La création du Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences d'Île-de-France (CERVEAU). Lettre d'information de l'ARHIF (Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France) d'avril 2009.

ASSEMBLÉE NATIONALE, SESSION ORDINAIRE 2008-2009, 18 mars 2009, « *Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires* », texte adopté n° 245 en première lecture.

Philippe QUENET, « *La veille sanitaire à l'épreuve du terrain : l'expérience des CIRE* ». Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, novembre 2008.

Didier HOUSSIN et Yves COQUIN, « *Le dispositif français de sécurité sanitaire* », BEH, novembre 2008.

Jacques DRUCKER, « *L'InVS à 10 ans* », BEH, hors série, novembre 2008.

Pascale BRIAND, « *La sécurité sanitaire de l'alimentation en France : place de l'AFSSA, enjeux et perspectives* », BEH, hors série, novembre 2008.

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, avril 2008.

Organisation territoriale ARS : Roselyne Bachelot souhaite une large concertation avec les services déconcentrés. Travail social actualités n°1154.21 mars 2008.

Jérôme TOURNADRE-PLANCQ et Benoît VERRIER, « *L'Etat et les agences : limitation ou extension de la puissance publique* », CAS, Département institutions et société, Note de veille n°88, janvier 2008.

Philippe BEZES, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties », Informations sociales, 2005.

Françoise WAITROP, « Agences, un modèle en expansion ? », Perspectives Gestion Publique n°5, IGPDE, 2003.

Rapports

Rapport RITTER sur la création des Agences Régionales de Santé, janvier 2008. des menaces sanitaires de grande ampleur, janvier 2007.

Rapport de l'Institut de Veille Sanitaire, « L'alerte sanitaire en France ; principes et organisation », août 2006.

Rapport GIRARD, LALANDE, SALMI, LE BOULER, DELANNOY, « Evaluation et expertise de la veille sanitaire en France », août 2006.

Rapport PAQUET, « L'alerte sanitaire en France : Principes et organisation », mai 2005.

Rapport d'information du Sénat LETARD, FLANDRES et LEPELTIER, « Les défaillances de l'organisation du système de surveillance », 2004.

Mémoires

BELLO P.Y., 2006 « La veille sanitaire en France : modalités d'organisation et fonctionnement à l'échelon local », EHESP, Rennes.

BUIGUES R.P., 2005 « Evaluation des risques sanitaires dans les études d'impact : pratique des services déconcentrés du ministère chargé de la santé », EHESP, Rennes.

Textes législatifs et règlementaires

Loi n°2007-298 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

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

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

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 destinés à l'Homme.

Décret n°2007-1837 du 24 décembre 2007 relatif aux emplois de médecin inspecteur régional et de conseiller sanitaire de zone.

Décret n° 2007-1273 du 27 août 2007 pris pour l'application de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

Décret n° 2007-840 du 11 mai 2007 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère chargé de la santé.

Décret no 99-143 du 4 mars 1999 relatif à l'Institut de veille sanitaire.

Décret n°94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux attributions des DDASS et DRASS.

Circulaire interministérielle N°HFDS/DPSN/2008/389 du 31 décembre 2008 relative à l'organisation actuelle de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires.

Circulaire du 22 avril 2004 relative à l'organisation des services de l'Etat en matière de gestion de crise.

Circulaire NOR/INT/E/0300119/C du 22 décembre 2003 relative à la veille et à la gestion de crise.

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

Ressources électroniques

www.invs.sante.fr

www.sante.gouv.fr

www.intranet.ensp.fr

www.fonction-publique.gouv.fr

www.hospimedia.fr « Les ARS pourraient renforcer le dispositif régional d'alerte de l'INVS »,
WATREMETZ L.

www.vie-publique.fr/politiques-publiques/securite-sanitaire/index/

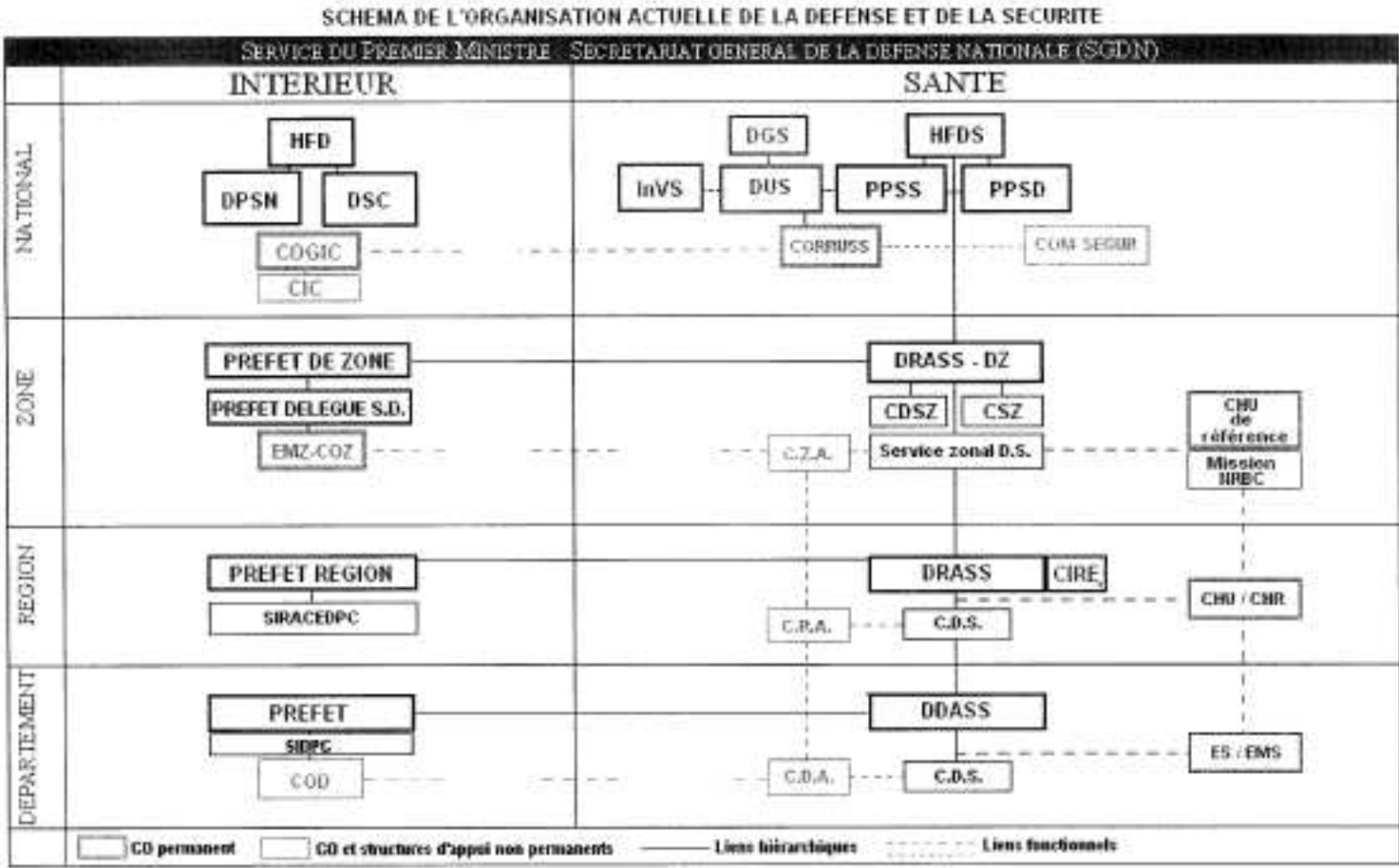
Liste des annexes

Annexe I : Schéma de l'organisation de la défense et de sécurité.....	III
Annexe II : Schéma des activités d'alerte et de réponse	IV
Annexe III : Plan cadre	VII
Annexe IV : Organisation des vigilances Agences française de sécurité sanitaire des produits de santé AFSSAPS.....	XI
Annexe V : Lettre du 14 mai 2009 de J. M BERTRAND.....	XIII

Annexe I : Schéma de l'organisation de la défense et de sécurité

Annexe à la circulaire interministérielle n°HFDS:DPSN/2008/389 du 31 décembre 2008 relative à l'organisation actuelle de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires.

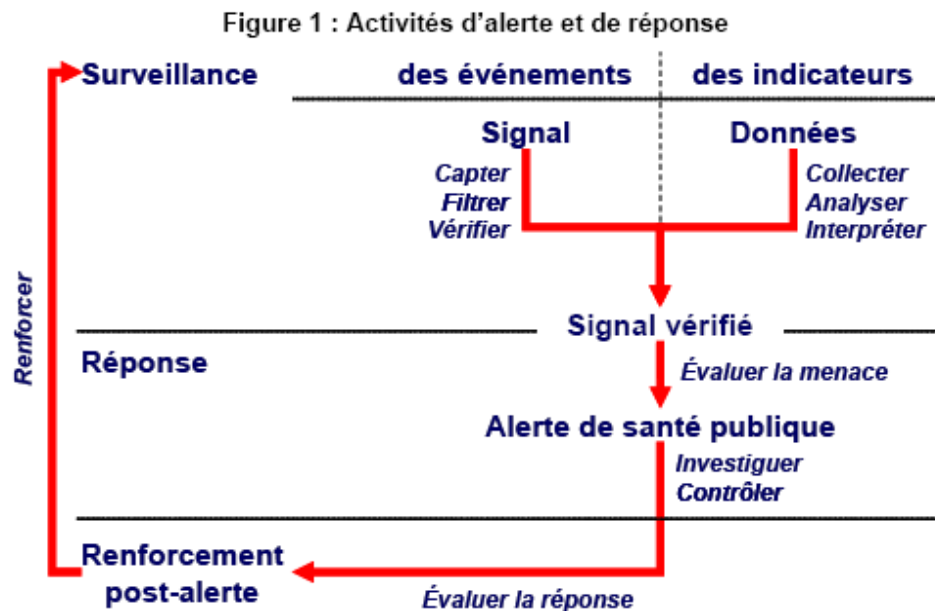
Annexe 1



1 - Les CIRE sont placées sous la responsabilité scientifique de InVS. Elles sont localisées au sein des DRASS.

Annexe II : Schéma des activités d'alerte et de réponse

L'alerte sanitaire en France. Principes et organisation - Rapport d'un groupe de travail de l'Institut de veille sanitaire (Version préliminaire mai 2005), p. 13 sur 77.



Deux étapes sont fondamentales dans le fonctionnement du système d'alerte :

- 1) la vérification des signaux ;
- 2) l'évaluation de la menace et la caractérisation de l'alerte.

2.3.1. Séquences de vérification des signaux

Cette séquence concerne la surveillance des événements, puisque cette surveillance génère une grande quantité de signaux très hétérogènes de par leur nature, leur origine et leur qualité.

Figure 2 : Arbre de décision pour le traitement des signaux

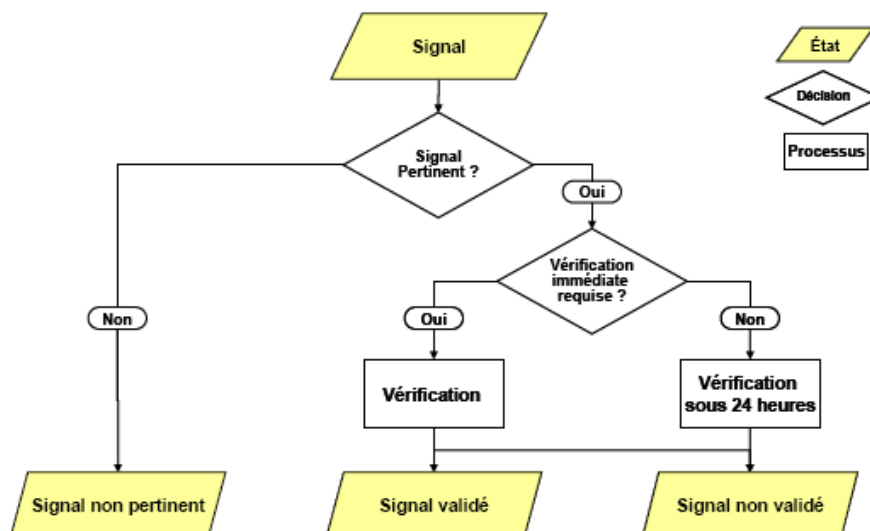
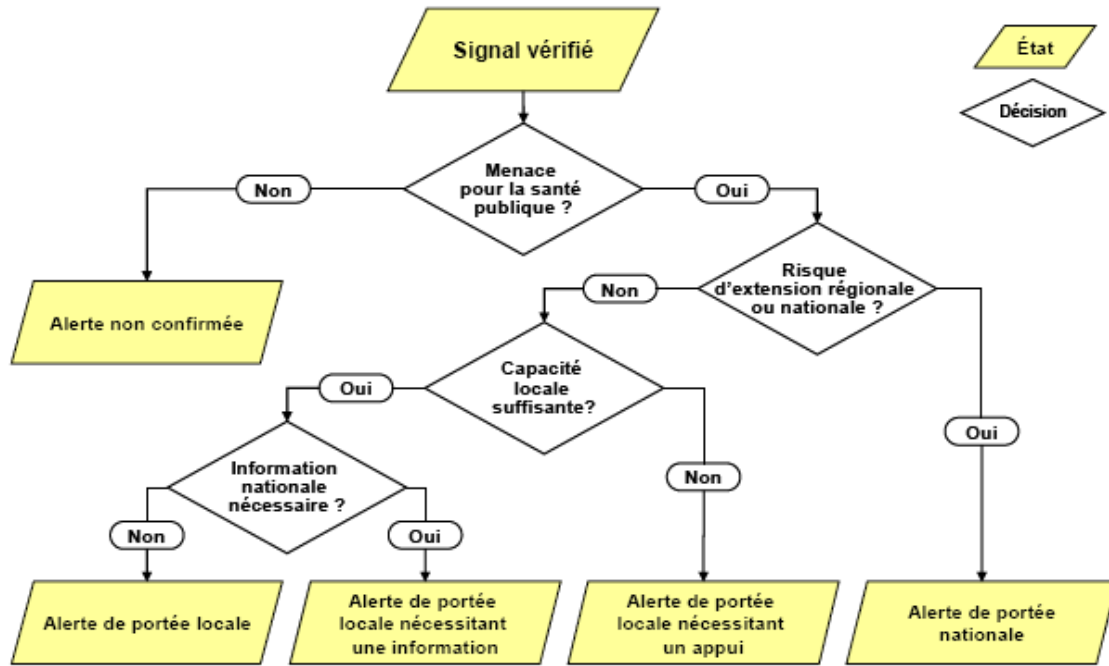


Figure 3 : Évaluation de la portée des signaux



Annexe III : Plan cadre

pour l'élaboration des Plans de Continuité d'Activité du ministère chargé de la Santé et des Sports en cas de pandémie grippale.

Le plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale » préconise une démarche d'anticipation, grâce à l'élaboration de « plans de continuité d'activité » (PCA) en phase pandémique. Son activation sera préparée dès les situations 4B ou 5A. L'élaboration de PCA est obligatoire pour les administrations de l'Etat ; elle doit être conduite sous la responsabilité des directeurs qui désignent un référent pandémie.

Chaque directeur de service devra d'un coté, définir les missions propres à la continuité de l'action ministérielle³³ et, de l'autre, prendre différentes mesures de protection du personnel³⁴.

Le ministère de la Santé sera au cœur du dispositif de réponse gouvernemental. Il devra ainsi prendre en compte, dès la conception du PCA l'armement du personnel des structures appelées à conduire la gestion interministérielle de la crise³⁵ de même que la gestion interne de chacune des structures³⁶ au regard des missions prioritaires à assurer.

Le secrétaire général, haut fonctionnaire de défense et de sécurité des ministres chargés des affaires sociales est responsable de la préparation du PCA ministériel et de sa mise en œuvre. Il contrôle, à ce titre, l'avancement des travaux de rédaction des PCA et le niveau de préparation des services.

Dès lors, la stratégie gouvernementale repose sur des objectifs précis (I) permettant de dégager un Cadre général des PCA en cas de Pandémie grippale (II), et, in fine d'adopter un mode de gestion de la crise (III). Les missions ministérielles sont ensuite précisées (IV) pour permettre notamment une déclinaison du plan cadre ministériel (V).

I. Les objectifs du ministère de la santé s'intègrent à la stratégie gouvernementale.

Cette stratégie s'articule autour d'une phase de préparation et d'une phase de réponse. Elle vise en effet à prendre en compte la menace par une veille continue épidémiologique, d'abord ; sensibiliser les professionnels de santé et le public aux règles d'hygiène en cas de contagion ensuite ; évaluer le degré de préparation du dispositif par des exercices enfin. D'un autre coté, la stratégie gouvernementale vise à ralentir la propagation d'un nouveau virus; organiser la continuité de l'action de l'Etat et adapter le système de santé à la pandémie.

Le ministère de la santé a 5 objectifs modulables en fonction de l'évolution de la pandémie :

1. être en mesure d'apporter le concours du ministère à la conduite opérationnelle de la crise ;
2. planifier l'organisation logistique au vu des ressources humaines ;

³³ en distinguant celles qu'il considère comme vitales ; celles qui lui sont nouvellement imposées par les circonstances et celles qui peuvent être différées à moyenne échéance

³⁴ Il devra à ce titre : adapter le dispositif existant de protection de la santé du personnel à la pandémie ; associer les instances représentatives du personnel compétentes en matière d'hygiène ; élaborer des procédures destinées à freiner la contagion ; mettre en œuvre des mesures préparatoires (ie contrôle du stock de masques ou consignes d'hygiènes).

³⁵ Soit le Centre de crise sanitaire du ministère de la santé, COZ-Renforcé ; COD ;CZA ;cellule départementale grippe renforcée).

³⁶ Soit l'organisation des relèves, l'appui logistique et le suivi de l'absentéisme.

3. assurer la continuité de l'action ministérielle ;
4. être en capacité d'assurer dès que possible les missions reportées du ministères ;
5. anticiper le retour à la normale.

II. L'élaboration de PCA s'inscrit dans une démarche d'anticipation

L'élaboration des PCA doit reposer sur l'examen des conséquences vraisemblables de la pandémie sur l'activité et sur la hiérarchisation des missions.

Une pandémie pourrait, ainsi vraisemblablement entraîner la diminution des effectifs, l'indisponibilité simultanée d'autorités responsables, la dégradation de services sensibles³⁷ et l'interruption d'activité affectant une ou plusieurs directions.

Dès lors, la préparation des PCA doit conduire à l'élaboration de plusieurs scénarios en termes d'absentéisme³⁸, d'une part, et hiérarchiser les missions³⁹ d'autre part.

III. La gestion de la crise est interne au ministère de la santé et interministérielle.

A partir de la situation 3B le ministre de l'intérieur peut mettre en place une cellule interministérielle de crise (CIC)⁴⁰ à vocation décisionnelle. Elle assure la permanence⁴¹ de la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale et, notamment, pilote la cellule de communication.

La gestion interne de la crise est assuré par le CODIR ministériel de crise qui dresse un état des lieux permanent au ministre. Ce comité doit disposer d'un tableau de bord⁴², et, au vu des difficultés rencontrées, proposer des arbitrages. La composition du CODIR ministériel de crise et son pilotage sont de la responsabilité du secrétaire général.

IV. Les missions du ministère sont hiérarchisées selon leur importance.

Les missions du ministère s'articulent autour de la santé publique d'abord, la veille et la sécurité sanitaire ensuite et sur la sécurité nationale enfin. Pour réaliser ces missions le ministère est organisé en directions ou services, impliqués à des degrés divers⁴³ quant à la lutte contre la pandémie.

Chaque directeur distinguera ses missions entre celles qu'il considère comme vitales (1), celles qui lui sont imposées par les circonstances (2) et celles qui peuvent être différées (3).

³⁷ Les services sensibles peuvent notamment recouvrir l'énergie, les communications et les transports.

³⁸ 2 scénarii sont ainsi proposés : un taux moyen d'absentéisme de 25% tout au long de la vague pandémique ; ou un taux de 40% sur les 2 semaines de pointe de la vague.

³⁹ Seront ainsi distinguées les missions qui doivent être assurées en toute circonstance, de celles pouvant être interrompues une à deux semaines et celles pouvant l'être pendant 8 à 12 semaines.

⁴⁰ La CIC est composée de représentants des cabinets des ministères de l'intérieur, de la santé, de l'économie, de la défense...

⁴¹ A ce titre, elle centralise les informations, prépare les décisions gouvernementales, suit l'évolution de la crise au plan international, propose des éléments de la communication gouvernementale.

⁴² Ce tableau détaille : la situation des effectifs, la situation sanitaire du personnel, l'application de mesures de protection, l'informatique et la logistique.

⁴³ Différentes situations sont possibles : les directions en prise directe avec la crise, les unités de support chargées d'en assurer le fonctionnement, les unités d'expertise non impliquées dans la gestion de la crise (l'IGAS).

(1) les missions vitales ou essentielles sont : les réponses à la pandémie, la permanence du commandement et la participation aux centres opérationnels.

Les directions concernées doivent envisager toutes les dispositions nécessaires pour en assurer la pérennité de ces 3 missions.

Au titre de la réponse à la pandémie, le ministre de la santé doit notamment assurer la veille épidémiologique relative à la grippe et constituer des réserves de produits thérapeutiques⁴⁴. Le pilotage de ces missions est confié au directeur général de la santé.

La permanence du commandement doit, ensuite, être assurée en amont et organisée par chaque directeur.

L'activation ou la participation aux centres opérationnels, est enfin, la troisième mission vitale. Le ministère devra être en capacité d'apporter les concours demandés à tous les niveaux⁴⁵ et d'être en mesure d'armer les différentes cellules d'appui⁴⁶. Cette mission incombe au service du HFDS.

(2) Sont des missions nouvelles : la protection de la santé du personnel, la gestion opérationnelle des ressources humaines et la communication.

La protection de la santé du personnel, tout d'abord, est une part importante des PCA. Seront notamment prévus une amélioration du dispositif existant⁴⁷ et l'élaboration de mesures destinées à freiner la contagion⁴⁸. Le pilotage de cette mission revient au secrétaire général du ministère.

La gestion opérationnelle des ressources humaines, ensuite, doit mettre en avant la mutualisation et la polyvalence. Le pilotage de cette mission revient au secrétaire général.

La communication, enfin, a une véritable dimension opérationnelle⁴⁹. L'information des populations sur les mesures prises par les pouvoirs publics est de nature à accroître la résilience de la société. La communication interne⁵⁰ sera également une priorité. Le pilotage de cette mission est confiée aux chefs de la DICOM et de la MICOM.

(3) des missions peuvent être reportées à brève ou moyenne échéance.

Chaque directeur apprécie les missions qui peuvent être abandonnées en période de crise⁵¹, à l'exception des 2 premiers types listés ci-dessus, compte tenu des effectifs disponibles et de la charge de travail généré par la pandémie.

V. L'élaboration des PCA s'inscrit dans des principes généraux

⁴⁴ Il doit également définir la politique vaccinale et la stratégie d'information en matière de santé publique ; tenir à jour un état des capacités d'approvisionnement en produits de santé...

⁴⁵ CIC, COZ et COD.

⁴⁶ CZA et CRA.

⁴⁷ Par la création d'un document unique par exemple.

⁴⁸ Comme la gestion des entrées, des flux de la ventilation et de la climatisation.

⁴⁹ Livre Blanc sur la défense et la sécurité nationale de juin 2008.

⁵⁰ (à destination des agents du niveau central et déconcentré)

⁵¹ A ce titre, pour le ministère de la santé, ont pu être considérées comme à abandonner durant la crise les missions d'organisation des concours, la gestion des internes ou la réalisation d'études.

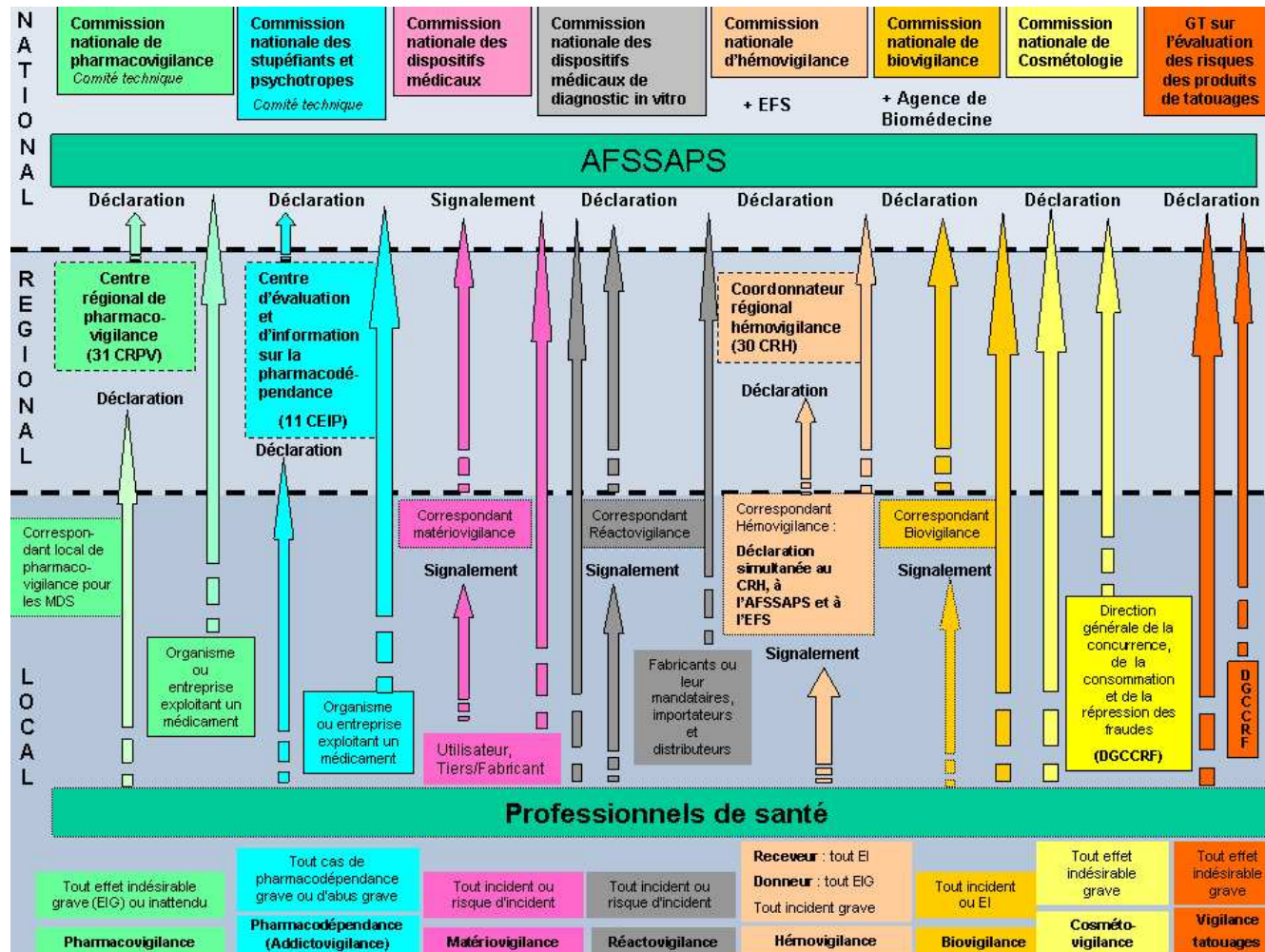
Les directions devront procéder à : une gestion fine du personnel (à travers la construction de tableaux de bord et de suivi) d'abord ; des actions formations ensuite et une mise en adéquation des PCA des services déconcentrés avec le PCA ministériel enfin.

L'élaboration du PCA s'inscrit dans une démarche de préparation anticipée des mesures d'organisation et de prévention adaptée à la situation de direction. Un soucis de proportionnalité au degré de risque encouru devra être retenu dans la mise en œuvre des mesures.

La circulaire de la direction générale du travail en date du 18 décembre 2007 apporte diverses indications⁵² quant à la protection du personnel. L'élaboration des fiches relatives à ces mesures doit être entreprise sous la responsabilité des services des ressources humaines en concertation avec le comité médical et le CHSCT

⁵² Telles que la polyvalence des agents, des plans de préventions relatifs à des mesures d'hygiène, des obligations relatives au port des masques et du rôle des médecins des services médicaux.

Annexe IV : Organisation des vigilances Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé AFSSAPS



Annexe V : Lettre du 14 mai 2009 de J. M BERTRAND.



Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
Ministère de la santé et des sports

*Le Secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales*

Paris, le 14 MAI 2009

Haut fonctionnaire de défense et de sécurité

à

Madame et Messieurs les Préfets de région

Objet : Répartition des effectifs des DRASS et des DDASS entre ARS et nouveaux services déconcentrés chargés de la cohésion sociale

Copies :

- Monsieur le secrétaire général du ministère de l'intérieur, de l'outre mer et des collectivités territoriales
- Monsieur le chef de la mission interministérielle pour la réforme de l'administration territoriale de l'Etat (MIRATE)
- Mesdames et Messieurs les préfets de département
- Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales
- Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation
- Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse et des sports)

Les missions des actuelles directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS, DDASS) vont être réparties, dans le cadre des réformes en cours, entre les cinq structures territoriales suivantes :

- les agences régionales de santé (ARS), établissements publics de l'Etat avec délégations territoriales départementales ;
- les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ;
- les directions départementales interministérielles chargées de la cohésion sociale : directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) ou directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) ;

- la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes locaux de sécurité sociale, service à compétence nationale avec antennes interrégionales (7 en métropole) ;
- les préfetures des départements chefs-lieux de région pour la gestion des places de CADA.

La présente communication vise à vous préciser les principes et le calendrier de la répartition des effectifs des actuelles DRASS et DDASS (hors départements d'outre-mer) qui va s'ensuivre.

I - LES PRINCIPES :

Le principe général qui préside à l'ensemble du processus de répartition est que les personnels et les moyens suivent les missions transférées.

Ces missions sont de deux types :

- des missions « cœur de métier », de mise en œuvre des politiques (plus de trois quarts des effectifs) ;
- des missions « supports » et transversales.

1. Les missions « cœur de métier » relèvent de trois domaines : santé/médico-social, cohésion sociale, protection sociale.

Il en résulte le tableau suivant de répartition des effectifs, selon l'activité exercée par l'agent dans la DRASS ou la DDASS :

Activités exercées dans les DRASS et DDASS	Nouvelles affectations
Veille et sécurité sanitaire (dont santé environnement)	ARS
Santé publique	ARS
Offre de soins et qualité du système de soins	ARS
Handicap et dépendance (sauf MDPH)	ARS
MDPH (rattachement des agents mis à disposition)	DDCS ou DDCSPP
Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables	DRJSCS et DDCS(PP)
Action en faveur des familles vulnérables	DRJSCS et DDCS(PP)
Accueil des étrangers et intégration (hors gestion des places de CADA dans le département chef-lieu de région)	DRJSCS et DDCS(PP)
Gestion des places de CADA	Préfecture du département chef-lieu de région
Juridictions sociales (TASS et TCI)	DRJSCS
Contrôle des organismes de protection sociale	MNC (7 antennes interrégionales)

S'ajoutent aux activités répertoriées dans ce tableau celles relatives aux formations sanitaires et sociales, ainsi que celles des missions régionales et interdépartementales d'inspection de contrôle et d'évaluation (MRIICE), pour lesquelles la répartition entre ARS et DRJSCS fera l'objet d'une décision particulière.

2. *Pour les fonctions « supports » et « transversales »* (ressources humaines, budgétaires et comptables, systèmes d'information, documentation, logistique, communication, observation et statistiques), la répartition s'effectuera selon une clé nationale, correspondant aux poids relatifs des activités « cœur de métier » transférées. Etant précisé que certaines composantes (systèmes d'information, observation et statistiques, documentation) feront l'objet de règles spécifiques, dans le cadre de cette proportion globale de partage.

Dans les directions régionales et départementales chargées de la cohésion sociale, les effectifs des actuelles directions régionales et départementales de la jeunesse et des sports (DRDJS) viendront s'ajouter à ceux provenant des DRASS et des DDASS.

Les effectifs de référence qui seront utilisés pour procéder à la répartition seront ceux constatés au 31 décembre 2008, ajustés en fonction du plafond d'emploi et du plan de recrutement initial (PRI) 2009 approuvé.

La répartition s'opérera direction par direction, autrement dit, dans chaque région, distinctement pour la DRASS et chaque DDASS (y compris celle du chef-lieu de région).

II - CALENDRIER

Les opérations de répartition seront conduites au début de l'été, avant que les nouvelles agences, directions et mission ne commencent à être mises en place.

Le détail des règles et modalités va donner lieu prochainement à une circulaire cadre. Elle sera soumise d'ici à la fin du mois de mai, pour observation, aux représentants des personnels, puis, début juin, à un comité technique paritaire ministériel.

Après quoi, les opérations de répartition pourront être engagées dans chaque région et département, de façon à ce que les propositions de partage des effectifs et d'affectations individuelles des agents puissent être transmises, pour validation, à l'administration centrale pour la mi-juillet, après consultation des comités techniques paritaires locaux.

Dans chaque région, le directeur de la DRASS assurera une coordination en sa double qualité de responsable de budget opérationnel de programme (BOP) et de président du comité technique régional et interdépartemental (CTRI).



Jean-Marie BERTRAND