



Module interprofessionnel

Édition **2011**

Groupe n° 23

La mission de veille sanitaire au sein des Agences Régionales de Santé

BONNET Eva – IASS ;
FAGNOU Guillaume – DH
FEKKAR Soraya – DS
GUEY Cécilia – IASS
LAFON Aubry – D3S
MIHOUBI Marie – IES

POUILLOT Arnaud- David – DH
RICOUX Catherine – DS
ROCHE Elisabeth – MISp
TOISER Vincent – D3S
VUKASSE Laure – D3S

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement le Docteur Christian **BAILLY** pour son implication et sa disponibilité.

Nous remercions également toutes les personnes qui ont accepté de nous recevoir en entretien

Dr Bernard BASSET, Chargé de projet PRS, Secrétariat Général des Ministères sociaux, Paris

Carole BEN BRAHIM, Responsable pôle Veille et sécurité sanitaire, ARS Nord-Pas-de-Calais

Patrick CAMPHIN, Chef de la cellule de gestion des crises, département de la politique médicale, AP-HP

Anne CAPRON, Médecin contractuel ARS Nord-Pas-de-Calais

Thierry CARDOSO, MD, PhD, Directeur du Département de Coordination des Alertes et des Régions, InVS

Professeur Pierre CARLI, Directeur du SAMU de Paris, Hôpital Necker, Paris

Cécile COURREGES, IGAS

Christophe DONNET, Chef du service interministériel de la défense et de la protection civile, préfecture de l'Hérault

Françoise DUMAY, Médecin Inspecteur de Santé publique responsable département Santé Publique -ARS Basse Normandie

Christophe. HEYMAN, Épidémiologiste Cire Nord-Pas-de-Calais

Professeur Didier HOUSSIN, Directeur Général de la Santé, Ministère de la santé, Paris

Thierry GENTILHOMME, Directeur des urgences sanitaires (DUS), DGS, Ministère de la santé, Paris et Haut fonctionnaire de défense et de sécurité adjoint, Secrétariat Général des Ministères sociaux, Paris

Dr Hubert ISNARD, Responsable de la CIRE Régions Ile de France et Champagne-Ardenne, ARS Ile de France - ARS Champagne Ardenne

Florence LEPAGNOL, Responsable de la cellule coordination des vigilances, AFSSAPS

Christian MANNSCHOTT, Adjoint au Directeur – Direction de la protection sanitaire et environnementale, Responsable du Service Santé environnementale régional ARS de Lorraine

François MANSOTTE, Ingénieur du Génie Sanitaire responsable du département sécurité, santé, environnement - ARS Aquitaine et DT ARS de Gironde.

Cécile MARI, Médecin Inspecteur de Santé publique responsable de la CVAGS-ARS Bretagne

François MARZORATTI, Sous-Préfet de Thionville (57)

Christine MEFFRE, Médecin épidémiologiste, Responsable de l'Institut de veille sanitaire en Région (Cire) -Alsace -Lorraine

Jean-Yves NAU, Journaliste

Dr Christine ORTMANS, Responsable du Département de Veille et Sécurité Sanitaire, Délégation Territoriale de Paris, ARS Île-de-France, Paris

Christophe RAOUL, Ingénieur CRVAGS ARS Nord-Pas-de-Calais

Lydie REVOL, Médecin Inspecteur de Santé Publique, Responsable de la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire ARS de Lorraine

Général Patrick-Charles ROLAND, Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité adjoint, Secrétariat Général des Ministères sociaux, Paris

Nadine WEISSLEIB, Directrice du pôle « Veille et sécurité sanitaires », ARSIDF

S o m m a i r e

Introduction	- 1 -
1 L'évolution vers un pilotage régional du système de santé a amené à confier une mission de veille sanitaire aux ARS.....	- 4 -
1.1 Avec la loi HPST, l'Agence Régionale de Santé devient un acteur central de la veille sanitaire en France	- 4 -
1.1.1 Le concept de veille sanitaire a évolué au rythme des crises	- 4 -
1.1.2 La volonté de rénover le pilotage du système de santé a rendu nécessaire la création des ARS	- 6 -
1.2 L'organisation actuelle de la veille sanitaire croise des niveaux d'intervention et des logiques d'acteurs différents	- 9 -
1.2.1 Du local au national : une mission au confluent de plusieurs niveaux	- 9 -
1.2.2 Agences, ministère, préfet, hôpital : une mission qui associe de multiples acteurs.....	- 13 -
2 La mise en œuvre de la mission de veille sanitaire par les ARS n'est pas uniforme dans toutes les régions et laisse entrevoir des besoins de communication interne et externe pour améliorer la gestion des signaux	- 15 -
2.1 L'observation de quelques déclinaisons opérationnelles fait apparaître un contraste dans l'application des instructions nationales.....	- 15 -
2.1.1 Certaines régions ont conservé un mode de fonctionnement départementalisé : exemples de la Lorraine et de la Bretagne	- 16 -
2.1.2 D'autres régions ont réussi à structurer leur mission de veille sanitaire de manière régionalisée : exemples du Nord-Pas-de-Calais et de la Basse-Normandie.....	- 18 -
2.2 Perspectives et propositions	- 19 -
2.2.1 L'optimisation de la gestion des signaux et la formation des professionnels sont les principales perspectives évoquées par les acteurs de terrain.....	- 19 -
2.2.2 La synthèse des entretiens permet de dégager deux axes de progression : ressources humaines et communication.....	- 22 -
Conclusion	- 25 -
Bibliographie.....	- 26 -
Liste des annexes	-28 -

Liste des sigles utilisés

AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de L'alimentation, de l'Environnement et du Travail

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régional de Santé

BIOTOX : Biologique et Toxique

CAPRI : CAPacité des Réanimation sur Internet

CASA : Comité d'Animation du Système d'Agences

CERVEAU : Centre Régional de Veille et d'Actions sur les Urgences

Cire: Cellule Interrégionale d'Epidémiologie

CNSS : Comité National de Sécurité Sanitaire

CORRSi : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Signaux

CORRUS : Centre de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales

CVAGS : Cellule de veille et d'Alerte et de Gestion Sanitaire

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DDTM : Direction Départementale des Territoires et de la Mer

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DGARS : Directeur Général des Agences Régionales de Santé

DGS : Direction Générale de la Santé

DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et la Cohésion Sociale

DT : Délégation Territoriale

DUS : Département des Urgences Sanitaires

EFS : Établissement Français du Sang
ESR : Établissement de Santé de Référence
GRSP : Groupements Régionaux de Santé Publique
HAS : Haute Autorité de Santé
HFDS : Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
IRSN : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire
InVS : Institut de Veille Sanitaire
MDO : Maladie à Déclaration Obligatoire
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
NRBC : Nucléaire Radiologique Bactériologique et Chimique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORAGES : Outil de Recueil, d'Alerte et de Gestion des Evénements Sanitaires
ORSeC : Organisation de la Réponse de sécurité Civile
OSCOUR : Organisation de la Surveillance Coordinnée des Urgences
PCA : Plan de Continuité d'Activité
PFR : Point Focal Régional
PMI : Protection Maternelle et Infantile
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
RNSP : Réseau National de Santé Publique
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
RSI : Règlement Sanitaire International
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de secours
SE : Santé Environnement
SG : Secrétaire Générale des Ministères Sociaux
SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
SurSaUD : Système de Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès
UE : Union Européenne
VSS : Veille et Sécurité Sanitaire
VTR : Valeurs Toxiques de Référence

Avant - propos

Notre travail porte sur la mission de veille sanitaire au sein des agences régionales de santé. Cette mission nous a été présentée par le docteur Christian BAILLY, conseiller sanitaire de zone, Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne. Il n'existe pas de définition unique du concept de veille sanitaire, aussi il est paru opportun au groupe de s'accorder sur une définition commune¹. La veille sanitaire est apparue au groupe, comme un système complexe, peu lisible pour les futurs acteurs de santé publique que nous serons.

Nous avons choisi de confronter notre opinion à celle d'acteurs de terrain. Les acteurs de terrain rencontrés sont des professionnels de différentes structures ayant toutes un rôle dans la veille sanitaire. Ces structures sont nationales, régionales ou départementales et sont réparties dans sept régions françaises : Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, Lorraine, Ile-de-France, Bretagne et Basse-Normandie.

La première semaine a été consacrée à la recherche documentaire, à la prise de rendez-vous, à l'élaboration d'un plan détaillé, ainsi qu'à celle des grilles d'entretiens et du guide d'analyse.

La deuxième semaine a été réservée aux 26 entretiens programmés, et à la rédaction de l'introduction. Le groupe a fait le choix de réaliser la majorité de ces entretiens en binôme ou en trinôme pour rester fidèles aux propos tenus par nos interlocuteurs.

Enfin, la dernière semaine a été une phase de production intensive, d'analyse des entretiens, de rédaction du présent document, de relecture, de mise en cohérence, et de préparation de l'épreuve d'argumentation orale.

¹ Cf. page 2

Introduction

La plupart des politiques publiques s'appuient sur une antériorité historique, permettant aux autorités d'évaluer plus efficacement leurs impacts, leurs résultats et, bien sûr, leurs coûts.

Tout d'abord, les politiques de sécurité et de veille sanitaire se distinguent des autres politiques publiques par le fait qu'elles sont de création récente. Ensuite, l'émergence des questions de sécurité et de veille sanitaires s'est faite dans un contexte de crise. En effet, les crises sanitaires majeures ont marqué les vingt dernières années : sang contaminé, hormone de croissance, maladie de la vache folle, canicule de 2003. A chaque fois, les affaires de santé publique, et leurs conséquences judiciaires, médiatiques et politiques, ont fait naître une demande de protection supplémentaire chez la population tout en faisant apparaître les manquements dans la gestion par l'État. La réponse politique à ces crises s'est traduite par un accroissement des dispositifs législatifs et réglementaires. Cela fait dire à Didier Tabuteau que la notion de sécurité sanitaire « explique l'essentiel du doublement du volume du Code de la Santé publique depuis 10 ans »².

Au début du XXe siècle, l'hygiène publique représentait l'essentiel des activités de surveillance des maladies. Un siècle après, la veille sanitaire, outre la surveillance de l'état de santé de la population, adopte une approche intégrée, allant du signalement de toute situation susceptible d'avoir un impact sanitaire à la mise en œuvre d'une réponse adaptée face à la crise. La veille prend aujourd'hui en compte non seulement les nouveaux risques sanitaires liés aux maladies infectieuses émergentes, comme l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ou la pandémie grippale H1N1, mais aussi ceux liés à l'environnement, en large part suite à l'épisode de la canicule de 2003. Enfin, le système d'alerte a évolué pour prévenir les risques nucléaires, radiologiques, bactériologiques et chimiques (NRBC), liés aux risques d'attentats, d'accidents ou de catastrophes naturelles.³

² Tabuteau Didier, *Principes et organisation et de la sécurité sanitaire*, in *Traité de Santé publique*, 2^{ème} édition, pp 69-77

³ *La veille et l'alerte sanitaires en France*, sous la coordination de Danièle Ilef, InVS

La veille sanitaire peut donc se définir comme « la collecte et l'analyse en continu par les structures de santé publique des signaux pouvant représenter un risque pour la santé publique dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce »⁴.

En parallèle, la veille sanitaire a longtemps souffert de la sous-administration de la santé aux échelons nationaux et déconcentrés, caractérisée par un manque de légitimité vis-à-vis des milieux médicaux, pharmaceutiques, scientifiques et par une insuffisance de moyens humains pour mener à bien expertises, surveillance et investigations épidémiologiques. Dès lors, la structuration de la politique de veille sanitaire s'est accélérée avec les lois du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique et du 21 Juillet 2009 « Hôpitaux Patients Santé Territoire » (HPST) et entend répondre à un double objectif : définir un pilotage global aux échelons nationaux et territoriaux et préciser l'organisation opérationnelle de la veille. En corollaire de l'expansion réglementaire, la période est donc marquée par un renforcement et une professionnalisation de la veille sanitaire.

De fait, l'organisation de la veille sanitaire repose sur deux principaux acteurs : l'institut national de veille sanitaire (InVS) et les Agences Régionales de santé. Les quatre principales compétences de l'InVS portent sur la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population, la veille et la vigilance sanitaire, l'alerte et une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire.⁵ Les compétences des ARS sont, dans une perspective de régionalisation de la politique de santé, beaucoup plus larges. Les ARS assurent l'organisation des soins ambulatoires, hospitaliers et la prise en charge médicosociale. Elles ont aussi une compétence en matière de planification et de gestion de crise. Enfin, elles sont responsables de la politique de santé publique et de la protection et de la promotion de la santé au niveau régional : Elles organisent la veille sanitaire, la surveillance et le suivi de l'état de santé de la population dans la région.

Toutefois, s'il est désormais admis la responsabilité première des ARS dans la mise en œuvre opérationnelle de la veille sanitaire, d'autres acteurs viennent compléter le dispositif. Les préfetures, dans leurs missions traditionnelles de police administrative générale liées à l'hygiène et à la salubrité publique, et de certaines polices administratives spéciales appuyées par d'autres services de l'État (Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL) et Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la

⁴ Desenclos J-C, Visio A-C, *Sécurité et veille sanitaire in Santé Publique, l'état des savoirs*, La Découverte, 2010

⁵ Articles L. 1413-2 et L. 1413-3 Code de la santé publique

Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE)), concourent également au processus de veille sanitaire. Les préfets de zones de défense et de sécurité coordonnent la gestion des menaces majeures relevant de sécurité nationale. Enfin, d'autres acteurs institutionnels, associatifs, et les professionnels libéraux de santé apportent également, dans leurs champs de compétences respectifs, un concours précieux à la mission de veille sanitaire.

En outre, il est nécessaire de souligner l'importance d'organismes et de réglementation internationaux dans l'évolution de la définition et de l'organisation de la veille sanitaire en France : le Règlement sanitaire international (RSI), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et à l'échelle de l'Union Européenne (UE), le centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies⁶.

Cette multiplicité d'acteurs aux logiques de fonctionnement propres a longtemps complexifié l'organisation et la mise en œuvre opérationnelle de la veille sanitaire, concept dont la définition est en perpétuel mouvement. On peut se demander si la nouvelle architecture née des lois de 2004 et de 2009 a permis de dépasser cet écueil. La volonté du législateur de conférer aux ARS le rôle de pivot du dispositif est-elle en mesure de répondre aux différents risques sanitaires ? Les objectifs du législateur et ceux déclinés par la note du 20 avril 2010⁷ sont-ils en concordance avec les modalités d'organisation de la veille sanitaire des ARS ? Les acteurs périphériques aux ARS participent-ils pleinement, par leur fonctionnement, par leur logique d'intervention, à l'efficacité de cette mission de veille sur le territoire ?

La mission de veille sanitaire sera appréciée dans un premier temps au travers de son organisation actuelle au sein des ARS (I). Dans un second temps, à la lumière d'une étude comparative sur sept régions administratives métropolitaines, nous dresserons un état des lieux et des pistes d'amélioration seront discutées (II).

⁶ ECDC, *European Center for disease prevention and control*, agence de l'UE basée à Stockholm

⁷ Note conjointe Direction générale de la santé et Haut fonctionnaire de Défense et de sécurité du 20 avril 2010 relative à la veille et aux urgences sanitaires dans les ARS / principes d'organisation et de fonctionnement.

1 L'évolution vers un pilotage régional du système de santé a amené à confier une mission de veille sanitaire aux ARS

1.1 Avec la loi HPST, l'Agence Régionale de Santé devient un acteur central de la veille sanitaire en France

1.1.1 Le concept de veille sanitaire a évolué au rythme des crises

La loi du 15 février 1902 contient les prémices d'une politique de sécurité sanitaire et des éléments de veille sanitaire. Suite à l'intervention active du courant hygiéniste, elle consacre le principe d'une intervention publique dans le domaine de la protection des populations contre les maladies. Ainsi, c'est à cette époque qu'apparaissent les premiers règlements sanitaires communaux et départementaux. Sur le volet de la veille sanitaire, cette loi de 1902 pose également les bases du premier dispositif d'expertise publique avec la création d'un comité consultatif d'hygiène publique de France, chargé de conseiller le gouvernement sur « toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales »⁸. Pourtant, il faut attendre les années 1970 pour qu'une police administrative spéciale, liée à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments ainsi qu'à leur évaluation, puisse être véritablement effective. Jusqu'en 1992, le dispositif de la veille sanitaire proprement dit repose uniquement sur la notification des maladies à déclaration obligatoire (MDO).

Néanmoins, la terminologie « sécurité sanitaire » n'est véritablement apparue que lors du débat parlementaire sur la réforme de la transfusion sanguine en 1992. En effet, l'affaire du « sang contaminé » a généré un bouleversement du paysage des institutions sanitaires. Auparavant, les structures en charge de la sécurité sanitaire étaient très centralisées et rattachées directement au ministère de la santé et de l'intérieur en cas de crise. A partir de 1992, le Réseau National de santé publique (RNSP), bientôt appuyé par les cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire), antennes régionales créées en 1995, renforce la veille sanitaire autour de deux principaux axes : les maladies transmissibles et la santé environnementale.

⁸ Tabuteau Didier, *Principes et organisation et de la sécurité sanitaire*, in *Traité de Santé publique*, 2^{ème} édition, pp 69-77

L'évolution du concept se poursuit avec la crise de la « vache folle » en 1996, qui mêle à la fois des aspects éthiques et économiques. Cette crise est par ailleurs à l'origine de la déclinaison sur le volet sanitaire du principe de précaution. Le principe de précaution renferme l'idée selon laquelle « lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertaine en l'état des connaissances scientifiques, pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement, les autorités publiques veillent, par application du principe de précaution et dans leurs domaines d'attributions, à la mise en œuvre de procédures d'évaluation des risques et à l'adoption de mesures provisoires et proportionnées afin de parer à la réalisation du dommage. »⁹ Dans le domaine des crises sanitaires et sous l'influence du droit communautaire, le principe de précaution enjoint de prendre en considération deux critères : l'expertise et la circulation de l'information.¹⁰ Le premier critère renvoie à la qualité de l'expertise. La place de l'expertise est minoritaire dans tout processus décisionnel tandis que pour la circulation de l'information, deuxième critère, il s'agit d'appréhender la qualité des échanges entre les différentes autorités publiques compétentes et, à l'égard du public.

Le 1^{er} juillet 1998, la loi n° 98-535 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, crée le comité national de sécurité sanitaire (CNSS), l'InVS, l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS)¹¹. La création de ces différentes agences sanitaires améliore le processus de recueil, d'enregistrement, d'identification, de traitement et d'évaluation. Sous la tutelle du Ministère de la santé, elles informent le réseau des professionnels de santé à l'aide de données épidémiologiques. La capacité d'intervention, notamment en situation d'urgence, reste à la charge de l'administration centrale et du pouvoir politique.

La crise de la « vache folle » a eu pour conséquence d'accélérer la dissociation entre l'évaluation du risque dévolue aux agences, et la gestion de crise.

⁹ Le principe de précaution, énoncé à l'article 5 de la charte sur l'environnement de 2005, qui a été inscrite dans la Constitution française, a été érigé au sommet de la hiérarchie des normes juridiques.

¹⁰ Garabiol-Furet Marie-Dominique, *Principe de précaution et politiques de santé publique*, in Actualité et dossier en santé publique n°48 Septembre 2004, Haut Conseil de la santé

¹¹ En 1998 ont aussi été créées l'Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation (Afssa), l'Agence françaises de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) puis par la loi du 9 mars 2001 l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale qui fusionnera en 2010 avec l'Afssa pour donner naissance à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)

La dernière crise significative dans l'évolution du concept est celle de la canicule du mois d'août 2003 mettant en exergue les carences des pouvoirs publics, non seulement en matière de politique sanitaire, mais aussi dans plusieurs autres domaines : recueil des données épidémiologiques, communication institutionnelle, prise en charge des personnes âgées. Il est ainsi possible de concevoir la canicule comme une vraie réussite de l'hôpital, qui a fait face à un événement inconnu et imprévisible, et qui en tire une fierté légitime, mais un échec de santé publique.

Chaque affaire, chaque crise ou crise supposée vient complexifier à nouveau le système. Tous ces organismes montrent l'imbrication des problématiques à l'œuvre dans ce domaine. Le rapport parlementaire d'évaluation de la loi de 1998 soulignait que le système s'est constitué par juxtapositions successives d'organismes¹². L'architecture générale du système de veille sanitaire est donc le témoin de cette construction par étapes, dont les briques s'ajoutent les unes aux autres, sans grand plan d'ensemble. La répartition des rôles entre les différentes agences de veille et de sécurité et l'administration centrale est longtemps restée peu claire. Encore aujourd'hui, des ambiguïtés peuvent persister dans la définition des missions respectives de chacun. Pourtant, le concept de veille sanitaire est venu donner des éléments de réponse à une demande nationale et conforter une demande régionale pour travailler en commun.

1.1.2 La volonté de rénover le pilotage du système de santé a rendu nécessaire la création des ARS

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, porte création d'agences régionales de santé. Cette création, effective au 1er avril 2010, vise à décloisonner le pilotage régional des différents volets de la politique de santé. Ces volets comprennent l'ensemble des actions publiques visant à agir sur l'état de santé. Ces actions peuvent porter d'une part sur les déterminants de santé. Il s'agit alors de la politique de santé publique à proprement parler, qui comprend notamment une politique de sécurité sanitaire (maladies infectieuses, environnement et vigilances...) et une politique de prévention qui concerne les comportements (nutrition, addictions...). D'autre part, les actions publiques peuvent agir sur le système de soins. Les

¹² Rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques n°185 de M. Claude SAUNIER le renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'Homme : application de la loi du 1^{er} juillet 1998.

leviers des politiques de soins pèsent à la fois sur l'organisation des soins (le cadre juridique, institutionnel et déontologique d'exercice du soin), la répartition des soins sur le territoire, leur financement et leur qualité.

Héritage de l'histoire, l'organisation des politiques de santé en France est éclatée, sur un modèle qu'on peut appeler en « silos ». Ce modèle suppose des acteurs divers qui travaillent tous selon des logiques propres et dans un minimum de concertation. Le partage des compétences concernant les politiques publiques de santé repose sur un dualisme traditionnel entre l'État et l'assurance-maladie. En effet, la régulation des soins ambulatoires relève de la compétence de l'assurance-maladie, à travers les conventions médicales, alors que l'État a en charge la régulation de l'hôpital public, dont l'importance politique n'a jamais été démentie. En 2004, l'autonomie de l'assurance-maladie est renforcée alors que dans le même temps, la loi sur la santé publique a réaffirmé le rôle central de l'État, sans réellement tenir compte de celui que pouvait jouer l'assurance-maladie.

De plus, ce dualisme se retrouvait au niveau infra-national. Certaines compétences, telles que le financement des actions de prévention, étaient exercées au niveau territorial conjointement par les services déconcentrés de l'Etat, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et par les caisses d'assurance-maladie. Des partenariats entre l'État et l'assurance maladie avaient d'ailleurs été noués au fil du temps : Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) en 1996 pour l'hospitalisation, Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) en 2004 pour la santé publique.

Toutefois, ces structures de partenariat n'ont pas réussi à sortir du modèle en «silos» et ont souvent reproduit la distinction ville-hôpital. Ainsi, la mission de veille sanitaire était partagée entre l'ARH, pour la partie sécurité sanitaire des établissements de santé, les DDASS et DRASS pour la veille, la gestion des risques et la réponse aux crises.

Ensuite, des articulations mal clarifiées avec les collectivités territoriales ont persisté après la loi du 9 août 2004. En matière de santé publique notamment, la recentralisation ne pouvait pas écarter complètement l'intervention des collectivités territoriales. Les communes, par exemple, ont conservé leur rôle en matière d'hygiène publique et de salubrité. Dans le même ordre d'idée, diverses collectivités territoriales pouvaient mettre en place des actions de prévention, au titre de la politique de la ville, de l'environnement, de la jeunesse et du service public scolaire...

Cette organisation des politiques publiques de santé en « silos » n'a pas permis de satisfaire aux besoins de mise en cohérence des actions de tous les intervenants du secteur de la santé. De plus, certaines actions supposent la mobilisation de plusieurs acteurs différents. La qualité des soins est un enjeu de santé publique majeur (état de santé global), mais relève aussi bien de l'organisation des soins (intégration de la qualité dans la planification), de la gestion du risque et de l'évaluation du rapport coût/bénéfice (régulation économique du secteur). Enfin, les différents secteurs d'offre (ambulatoire, hospitalisation, médico-social) sont en interaction et réclamaient une meilleure articulation. L'existence d'instances de régulation différentes pour les trois secteurs était particulièrement préjudiciable à l'adaptation de l'offre de soins aux besoins des bassins de population tout comme à la recherche d'une plus grande efficience.

Dès le rapport « Santé 2010 » de 1993, connu aussi sous le nom de « rapport Soubie », la nécessité d'une unification du pilotage des politiques de santé est soulignée. La refonte de ce pilotage est entreprise à la suite des conclusions du « rapport Ritter », remis à la ministre de la santé en 2008, et qui donnera naissance à la loi HPST. La création des agences régionales de santé constitue donc une étape importante dans la reconfiguration du pilotage des politiques de santé, encore inachevée au niveau national.

La création des ARS vise à mettre un terme au cloisonnement et à l'enchevêtrement des compétences qui provoquaient des pertes d'efficience. Ce mouvement s'inscrit évidemment dans le cadre plus large de la révision générale des politiques publiques, et doit ainsi répondre au souci de modernisation des services de l'État. Les ARS ont été conçues comme l'acteur régional unique ayant autorité sur l'ensemble des composantes de la politique de santé. Pour mener à bien cette mission, l'ARS est un regroupement des services de l'État et des services de l'assurance-maladie dont le périmètre d'action est particulièrement large, puisqu'il concerne l'organisation des secteurs ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux. Par ailleurs l'ARS prend aussi en charge la promotion de la santé, la préparation et la gestion des crises, ainsi que la veille et sécurité sanitaire.

C'est ce dernier volet qui nous occupe ici principalement. L'ARS est chargée d'organiser la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région ainsi que la surveillance et l'analyse des états de santé, des situations de handicap et de perte d'autonomie. La note du 20 avril 2010 déjà citée précise les principes d'organisation et de fonctionnement de la veille et des urgences sanitaires dans les ARS. La note du 17 juin 2010 de la Direction Générale de la Santé (DGS) aux Directeurs Généraux des Agences Régionales de Santé (DGARS), définit les relations entre les ARS et le niveau national dans le cadre d'alertes sanitaires. Les ARS

ont pour objectif d'améliorer la coordination des nombreuses structures en charge du contrôle et de la veille sanitaire. Les missions des ARS concernent l'organisation de la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'évènements sanitaires.

En interne, les ARS organisent le dispositif de veille sanitaire sur leur territoire grâce à un point focal régional unique doublé d'une plateforme fonctionnelle incluant la cellule interrégionale d'épidémiologie et la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) et ce, en veillant à identifier des personnes en charge de la mission, à assurer une continuité de la réception et du traitement des informations par des professionnels. Enfin, elles doivent être en constante relation avec l'InVS ainsi qu'avec le Département des urgences sanitaires (DUS) au niveau de la Direction générale de la santé pour la gestion des risques sanitaires.

La DGS, qui a plaidé pour que la mission de veille sanitaire soit intégrée parmi les compétences des ARS, se félicite du résultat atteint. Un an après la mise en place des agences, aucun dysfonctionnement majeur n'a été noté. De même, au sein du centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS), l'apparition d'un interlocuteur régional unique pour la gestion des crises est globalement appréciée et facilite grandement l'activité opérationnelle des agents des deux entités. Enfin, les acteurs locaux, qui ont toujours défendu l'échelon régional comme échelon de référence pour la gestion des crises sanitaires, ne peuvent que se réjouir d'avoir été entendu.

1.2 L'organisation actuelle de la veille sanitaire croise des niveaux d'intervention et des logiques d'acteurs différents

1.2.1 Du local au national : une mission au confluent de plusieurs niveaux

A) Le circuit organisationnel de la veille sanitaire

La veille sanitaire consiste aujourd'hui en la mise en place d'un système de surveillance et de déclaration qui reste écartelé entre les différents niveaux d'action, qu'ils soient local, territorial ou national. Elle repose sur un schéma ascendant de l'information où l'« évènement signal » observé par l'acteur local est répercuté auprès de l'échelon territorial défini, l'Agence Régionale de Santé, puis transmis à son tour aux structures nationales. Ce schéma est

antithétique à la construction traditionnelle administrative qui privilégie un circuit décisionnel descendant. Ce sont les acteurs locaux qui vont être à la base de toute décision puisqu'ils sont amenés à détecter mais aussi à identifier, le signal qui peut devenir le risque. Pourtant le risque ne se qualifie pas, il se perçoit.

Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) par exemple, joue un rôle de catalyseur de l'information puisqu'il est au contact direct de la population et donc « de l'évènement signal ». En sa qualité d'acteur de crise, il est l'observateur de la santé de la population dans sa globalité, mais aussi le capteur de l'urgence tant individuelle que collective. Son rôle consiste donc à prévenir un risque collectif tout autant qu'à répondre à un instant donné à un danger individuel. *De facto*, il bénéficie d'une réelle autonomie d'action et d'appréciation qui peut, en cas de dysfonctionnement, ralentir l'identification et la remontée de l'information. Pour éviter d'éventuels blocages, il a été décidé par l'ensemble des acteurs de mettre en place des outils et réseaux d'information automatiques ou obligatoires. A Paris, les bases Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), CAPacité des Réanimation sur Internet (CAPRI) ou Centre Régional de veille et actions sur les Urgences (CERVEAU) permettent un suivi en temps réel de l'activité quotidienne des services d'urgence ou de réanimation. Ces indicateurs témoins ont permis d'identifier des seuils de tensions en dessous desquels un signal doit être pris en compte et répercuté. L'alerte s'organise autour de l'activité de terrain de façon *ad hoc* pour limiter la dispersion de l'information. En outre, les données d'activité du SAMU remontent aussi de manière automatique à l'Institut de Veille Sanitaire sur la base d'une liste identifiée de signaux potentiellement à risque. Ce processus d'automatisation de la remontée linéaire de l'information se consolide avec la mise en place en ambulatoire ou en hospitalier d'un système de déclaration obligatoire des cas jugés les plus à risque pour la santé publique¹³.

On peut également citer les dispositifs de surveillance développés par l'InVS (Système de Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès (SurSaUD ®) : Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences (OSCOUR ®), le réseau SOS médecins, et les décès. Cependant, il ressort de nos différents entretiens que l'ensemble des acteurs de terrains est convaincu de la nécessité d'une structure « centralisatrice » de l'information au niveau territorial.

¹³ Article L.3113-1 du code de la santé publique et ses décrets d'application dont notamment le Décret n°99-363 du 6 mai 1999.

L'intégration de la veille sanitaire dans le champ de compétence des ARS pour garantir leur pleine action en matière de santé publique, bien que n'allant pas de soi¹⁴, est en adéquation avec ces attentes et répond à la nécessaire sécurisation de l'ensemble du réseau de veille et sécurité sanitaire (VSS).

La volonté politique de créer un point focal unique de VSS au niveau territorial se lit dans l'article L1413-15 du code de la santé publique¹⁵ qui désigne l'ARS, pour les autres acteurs de la santé publique, comme seule porte d'entrée de l'information. En effet, l'agence assume la réception au sein d'une plateforme dédiée, de l'ensemble des alertes sanitaires qui lui sont adressées par les acteurs de l'alerte. En outre, elle doit dans un premier temps, conformément à sa mission d'expertise identifier et graduer le risque encouru, pour dans un second temps redéployer les moyens nécessaires à la mise en œuvre des schémas de sécurisation intégrés ascendant et descendant. Elle dispose pour ce faire d'organes spécialisés (le pôle de VSS) qui analysent la conformité de « l'évènement signal ». La Cellule de Veille et de Gestion et des Alertes Sanitaires réceptionne et traite les signaux avec l'aide scientifique de la Cellule de l'InVS en région¹⁶. De plus, l'ARS détient un pouvoir de décision dans la mise en œuvre des réponses nécessaires à la gestion de « l'évènement signal » et l'organisation des moyens à engager.

Toutefois, afin de calibrer les réponses des ARS en fonction des signaux, une harmonisation nationale existe. Le Département d'Urgence Sanitaire a été positionné comme point de convergence des alertes sanitaires et des signaux. Son rôle consiste à transmettre au pouvoir politique les informations les plus pertinentes tant dans leur dimension sanitaire que dans leur dimension médiatique ; tout en jouant le jeu de l'inter-ministériarité. Il agit en ce sens d'assurer de façon transversale la cohérence du système national en limitant l'éclosion de trop fortes disparités entre les territoires. *In fine*, cette action intègre une vision macro des problématiques de VSS et le positionne en centre de pilotage quand l'approche terrain de la gestion appartient aux ARS. Le DUS assure donc (par l'intermédiaire du CORRUSS) la réception des signaux émis par les ARS et organise les réponses politiques et organisationnelles au niveau national. Un mécanisme décisionnel descendant du DUS vers

¹⁴ Les positions des ministères concernés étant incompatibles, l'intégration de la VSS dans le champ de compétence de l'ARS a fait l'objet d'un arbitrage ministériel.

¹⁵ Issu de l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁶ Note du 20 avril 2010.

l'ARS (plus classique dans l'administration) permet alors la mise sous tension de l'ensemble des acteurs de santé publique sur un axe identique d'action.

Dès lors force est de constater qu'il existe, en matière de VSS, deux schémas organisationnels parallèles : un axe de l'information ascendant qui par nature ne peut être relayé qu'à partir du terrain et de la survenance d'un évènement et un axe décisionnel classique avec un pilotage national et une mise en œuvre dans chaque territoire concerné.

Ce schéma « en routine » de la VSS se modifie néanmoins structurellement en cas de crise sanitaire majeure.

B) La gestion de la crise sanitaire :

La crise sanitaire majeure est une situation d'exception affectant le système sanitaire et qui nécessite un traitement spécifique. La préparation et la gestion de ces crises appartiennent au champ d'action de la VSS. Au niveau des ARS, les services en charge de la planification des crises¹⁷ sont identifiés dans le Pôle VSS et disposent en théorie de ressources spécifiques. La loi HPST a introduit au sein des l'ARS, une ARS de zone¹⁸ en charge d'assister le préfet de zone dans ses missions de défense et de sécurité. Le DGARS de zone pilote et coordonne (décret du 31 mars 2010) cette action grâce à un service zonal de défense et de sécurité animé par deux conseillers, un conseiller sanitaire de zone et un conseiller de défense et de sécurité. Toutefois, en un an, cette coopération n'a généralement pas pu se mettre en place sur le terrain. Une circulaire en cours d'élaboration par le service du Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité (HFDS) devrait pour l'avenir clarifier les postures des différents acteurs. Quoiqu'il en soit, la gestion sanitaire de la crise est désormais régionale dans l'organisation sanitaire alors qu'elle reste de la compétence du préfet de département créant par la même une asymétrie de niveau d'intervention entre les acteurs de gestion de crise. En outre, même si un autre circuit d'information a été créé entre le DGARS de zone et le préfet de zone, il n'en reste pas moins que l'articulation entre le DGARS, le préfet de département et le préfet de zone n'a pas été à ce jour clarifiée. En conséquence, il existe ainsi deux chaînes de commandements, fondées sur deux conceptions singulières de la gestion de crise : l'une axée sur la santé, l'autre sur l'ordre public. Au niveau national, la Secrétaire Générale des Ministères sociaux (SG), en qualité de HFDS, assistée de deux adjoints, coordonne la

¹⁷ A titre d'exemple : la préparation des plans blancs départementaux ou des volets sanitaires, des dispositions ORSEC mais aussi l'organisation des exercices.

¹⁸ ARS du chef-lieu de la zone de défense et de sécurité

planification et la gestion des crises sanitaire. Les HFDS adjoints ont pour missions d'assister les ARS dans la préparation et la gestion de crises tout en animant le réseau des conseillers de défense et de sécurité des ARS de zone. Pour conclure, et malgré le manque de lisibilité liée sans doute à la jeunesse de l'organisation, tous les acteurs s'accordent à reconnaître qu'il ne saurait néanmoins exister qu'une responsabilité unique du service public.

1.2.2 Agences, ministère, préfet, hôpital : une mission qui associe de multiples acteurs

Plusieurs acteurs participent aux missions de veille sanitaire, au niveau national, zonal, régional, département et local.

La Direction générale de la santé joue un rôle majeur dans la gestion des événements sanitaires et la prise des décisions. Elle est responsable de l'organisation sur le territoire national des dispositifs d'alerte et de gestion de crise. Elle prépare les plans nationaux de protection de la santé : plan pandémie grippale, plan NRBC, plan blanc élargi, et vérifie leur déclinaison aux niveaux départementaux et zonaux. Sur le plan opérationnel, les questions liées à l'alerte sanitaire sont traitées au sein de la DGS par le département des urgences sanitaire créé en 2004. Le DUS joue un rôle d'interface avec les différents acteurs de la veille sanitaire. Il anime également le réseau des CVAGS.

Au sein du ministère de la santé et en lien étroit avec la DGS, le Haut fonctionnaire de défense et de sécurité intervient pour animer et coordonner la politique ministérielle en matière de défense, de vigilance, de prévention de crise et de situation d'urgence. Le responsable du DUS est HFDS adjoint, le DUS assurant les missions du pôle de défense et de sécurité sanitaire.

Les agences sanitaires : InVS, AFSSAPS, Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation de l'Environnement et du Travail (ANSES), Haute Autorité de Santé (HAS), Établissement Français du Sang (EFS), Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN), Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)... organes indépendants, viennent compléter le dispositif de veille sanitaire. Ainsi l'InVS joue un rôle fondamental d'expertise scientifique dans ce domaine. Les activités de l'Institut sont transversales, tant en ce qui concerne les champs thématiques abordés (maladies infectieuses, maladies chroniques, santé-travail, santé environnementale,...) que des activités menées

(veille, vigilance, surveillance, alerte,..) L'InVS constitue le pivot du dispositif d'analyse des risques sanitaires, notamment ceux relevant de situations d'alerte.

Pour répondre à ses missions, l'InVS s'appuie sur une organisation nationale et un réseau régional, constitué par les Cire placées au sein des ARS. Les relations entre InVS et ARS sont décrites dans une convention-cadre établie au niveau national d'une part, et par des conventions de partenariat signées entre l'InVS et chaque directeur d'ARS d'autre part. En lien avec les Cire, les ARS organisent la veille sanitaire et contribuent à la réponse aux urgences et la gestion des situations de crise dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent. Chaque ARS dispose d'un réseau de délégations territoriales implantées dans chaque département. Cette dernière est notamment chargée de mettre en cohérence zonale l'ensemble des plans ; Organisation de la Réponse de Sécurité Civile (ORSeC), les Plans Pirates, les plans d'urgence sanitaires dédiés et les Plan de Continuité d'Activité (PCA)...

Pour les risques NRBC au niveau des zones de défense, il existe un certain nombre de CHU dénommés établissements de santé de référence (ESR).

Le ministère de l'intérieur intervient également dans le cadre de la veille sanitaire dans la mesure où la loi HPST du 21 juillet 2009 requiert une coordination entre les préfets et les DGARS. Les préfets concernés sont le préfet de département et le préfet de zone de défense et de sécurité. Cette collaboration s'organise dans le cadre de protocoles départementaux et zonaux conclus entre préfets et DGARS. Le préfet de département est le principal responsable de l'ordre public et conserve ses compétences en matière de salubrité et d'hygiène publique. Par ailleurs, les services de l'ARS se trouvent placés pour emploi sous l'autorité du représentant du préfet de département, lorsque celui-ci estime qu'un évènement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public. Le préfet de région ne dispose pas de compétence propre en matière de veille et sécurité sanitaire. Néanmoins, la loi HPST met en place un comité régional de sécurité sanitaire présidé par le préfet de région. Enfin le Préfet de zone est chargé notamment de coordonner la gestion d'un évènement porteur d'un risque sanitaire pouvant constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.

Il est également important de rappeler que l'ensemble des services déconcentrés de l'Etat issus de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP), (Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), DREAL, Direction Départementale des Territoires et de la Mer (DDTM), Direction Régionale de l'Alimentation de l'Agriculture

et de la Forêt (DRAAF), Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)...)
participent à la veille et sécurité sanitaire dans leur domaine de compétence.

A ces acteurs, s'ajoutent les partenaires locaux de la veille sanitaire. Bien que tous les partenaires puissent être à l'origine d'un signalement, ils n'ont cependant pas la même place dans l'alerte sanitaire. Les partenaires de « premier cercle » sont représentés essentiellement par les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé, les hôpitaux militaires, les établissements médico-sociaux, les réseaux : S.O.S médecins, réseau sentinelles, les centres de dépistage. Les partenaires du « deuxième cercle » sont composés des services déconcentrés de l'État, des Services Départementaux d'incendie et de Secours (SDIS), des pompes funèbres, des opérateurs privés, d'élus, de la presse, des collectifs associatifs et des particuliers. Enfin, un « troisième cercle » plus large est représenté par les institutions telles que le service de santé au travail, les services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), les médecins scolaires.

La pluralité des acteurs et des partenaires intervenant dans le champ de la veille sanitaire peut représenter une difficulté pour les ARS en charge de cette mission. Aussi la bonne articulation entre les différents acteurs est aujourd'hui un enjeu essentiel pour le bon fonctionnement du système d'alerte sanitaire en France.

2 La mise en œuvre de la mission de veille sanitaire par les ARS n'est pas uniforme dans toutes les régions et laisse entrevoir des besoins de communication interne et externe pour améliorer la gestion des signaux

2.1 L'observation de quelques déclinaisons opérationnelles fait apparaître un contraste dans l'application des instructions nationales

La mise en place des ARS doit permettre une gestion plus efficiente de la veille sanitaire, ainsi que l'atteste la note interministérielle du 20 avril 2010 modifiant la circulaire de septembre 2007. L'objectif est d'apporter la réponse la plus rapide et la plus adaptée à tous les signalements. Cela implique une continuité entre la veille, l'alerte et la gestion sanitaire. Une cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire a ainsi été mise en place au sein de

chaque ARS. Cette équipe dédiée, pluri-professionnelle permet une vision large et professionnalisante de la veille sanitaire. Cette cellule réceptionne, l'ensemble des signalements sanitaires de la région grâce à la mise en place d'un numéro de téléphone unique. Elle constitue donc l'interlocuteur unique de tous les partenaires, tels que le CORRUSS, la Cire, le préfet, etc.

Cependant, lors de nos entretiens, nous avons observé deux modes de mise en œuvre dans la gestion du signal : un modèle fortement départementalisé et un modèle régionalisé.

2.1.1 Certaines régions ont conservé un mode de fonctionnement départementalisé : exemples de la Lorraine et de la Bretagne

Malgré la volonté de régionalisation de la veille sanitaire, certaines régions restent très fortement départementalisées à l'image de la Bretagne et la Lorraine. La réception des signaux se fait au sein d'une plateforme située au siège de l'ARS. Selon les régions, la dénomination de la plateforme peut changer : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Signaux (CORRSi) pour l'ARS Bretagne ou plateforme de veille et d'urgence sanitaires (ARS Lorraine). La réception des signaux est effectuée par des agents administratifs mais la validation de ces signaux est sous la responsabilité d'un Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP). La région Bretagne présente une spécificité. En effet, le signal peut également être validé par un Cadre A administratif avant la transmission vers la Délégation Territoriale (DT) concernée. La déclaration de signaux en DT reste effective en Bretagne du fait du retard dans la diffusion du numéro unique du point focal de réception des signaux. L'information est transmise immédiatement en DT, par appel téléphonique et grâce à un système d'information Outil de Recueil, d'Alerte et de Gestion des Evénements Sanitaires (ORAGES). La validation et la gestion des signaux sont assurées au sein de la DT par un MISP ou une Infirmière Diplômée d'État (IDE) selon les départements et par le service santé-environnement pour les signaux environnementaux. Ce mode de gestion a été adopté sur demande des DT. En effet, chaque département a gardé son réseau de partenaires.

Les plateformes peuvent également s'appuyer sur l'expertise de la cellule de l'institut de veille sanitaire en région (comme la Cire Est). Aussi, un rapprochement géographique des services (CVAGS et Cire) a été effectué au sein des ARS pour faciliter ces échanges.

Cette organisation, très départementalisée, est source d'écueils. Par exemple, en Bretagne, la CVAGS point d'entrée unique du niveau national, peut être en difficulté lorsque les DT communiquent directement avec les agences. Ceci conduit, également, à une perte d'efficacité

de la circulation de l'information. Il sera nécessaire de sécuriser les circuits d'information et définir le rôle de chacun.

Malgré tout, la veille sanitaire est bien identifiée du fait de la présence de personnels dédiés. L'harmonisation des pratiques, dans les départements, est en cours au travers de l'élaboration de procédures communes.

Des permanences ont été définies afin de s'assurer de la réception des signaux durant les heures ouvrables, de 8h30 à 18h tous les jours de la semaine.

En dehors de ces horaires, les week-ends et jours fériés, les messages (messagerie électronique) ou fax sont systématiquement accompagnés d'un appel téléphonique au cadre administratif d'astreinte du département concerné.

Le choix de l'organisation des astreintes (de direction, administrative bi-départementale ou régionale, médicale uniquement de semaine ou de week-end, de Santé Environnement (SE)) est variable selon les régions.

Des procédures ont été mises en place afin de limiter les pertes de signalement (accusé de réception, appel téléphonique doublé).

Afin de diminuer l'occurrence des crises ou l'importance de leur impact il est nécessaire de faire de la planification. La mise en œuvre des plans est toujours de la compétence du préfet de département. D'une manière générale, la planification est bien identifiée et la mission renforcée, dans les ARS. Nous avons identifié trois possibilités de mise en œuvre

- La planification est exercée au niveau départemental avec un appui régional. En effet, chaque DT dispose d'un référent "plan" qui peut être un ingénieur, un inspecteur de l'action sanitaire et sociale ou un MISP, appuyé par une équipe régionalisée (ingénieur biologique et toxique (BIOTOX), et un cadre administratif)
- La région réalise tous les plans pour les départements
- Le département continue à assurer cette mission comme cela était le cas avant la création des ARS, où une personne avait la charge de la planification (en DDASS)

L'appropriation des protocoles DGARS et préfet de département a été vécue de façon diverse : en effet, pour certaines ARS le protocole a formalisé, avec beaucoup de précision, ce qui existait déjà de façon non formalisée avec les DDASS (par exemple le protocole prévoit : qu'une personne doit pouvoir rejoindre, sous 1 heure, la cellule de crise de la préfecture). En revanche, pour d'autres DT les exercices départementaux ont montré le manque d'appropriation du protocole Préfet/DGARS de part et d'autre. Il est donc nécessaire de

disposer de temps pour que chaque acteur trouve sa place. Le travail en cours devrait conduire à une amélioration de la collaboration des services.

2.1.2 D'autres régions ont réussi à structurer leur mission de veille sanitaire de manière régionalisée : exemples du Nord-Pas-de-Calais et de la Basse-Normandie

Les régions ayant mis en place une véritable régionalisation à l'image des régions Nord-Pas-de-Calais et Basse Normandie ont ainsi renforcé leur qualité de réception et de traitement des signaux. L'organisation de la veille sanitaire au sein des ARS s'articule autour d'une plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaire où collaborent la CVAGS, la Cire et les autres services de l'ARS¹⁹. Ce centre de réception et de régulation des signaux est formalisé par la mise en place d'un point focal unique, qualifié en Nord-Pas-de-Calais de point focal régional. Il est abrité au sein de la CVAGS de l'ARS. L'objectif étant d'assurer une permanence et une continuité dans le traitement des signalements. En effet, tous les signalements doivent être faits auprès de ce point focal unique (auquel correspond un numéro unique, diffusé ou en passe de l'être à l'ensemble des partenaires de l'ARS²⁰). La mise en place d'un interlocuteur unique doit permettre d'éviter un délitement de l'information.

De plus, la mise en place du point focal s'est accompagnée d'une plus grande professionnalisation des agents grâce à la désignation de référents thématiques mais également grâce au partage des informations entre la Cire, l'InVS et les différents services de l'ARS. La régionalisation a donc contribué à une synergie entre les différents acteurs, également régionalisés, se caractérisant par des interactions fortes et une prise de relais successives selon les compétences (CVAGS, Cire, InVS, Service de l'ARS, Préfet). Cela a permis à la Cire d'être confortée sur ses missions premières d'appui, d'expertise et de surveillance sanitaire²¹. En effet, la Cire est une structure dépendante de l'InVS mais incluses dans l'ARS. La Cire ne reçoit pas les signaux, seule la CVAGS les reçoit, en revanche elle a accès à la base de données de la plateforme *VOOZALERTE* ou *ORAGES*. Cette redéfinition

¹⁹ Service santé environnement, service de prévention, cellule d'hémovigilance....

²⁰ La lettre d'information sur le point focal régional du Nord-Pas de Calais vient ainsi, après accord du DGARS, d'être diffusée à l'ensemble des partenaires de l'ARS

²¹ A ce titre la Cire anime un réseau de surveillance, tel que le réseau SurSaUD

des compétences a permis à la Cire de se consacrer davantage au développement d'outils et à la rédaction de bulletins épidémiologiques.

La mise en place effective de la régionalisation se traduit par la suppression de l'échelon départemental. Ainsi, la région du Nord-Pas-de-Calais a maintenu une antenne à Arras, pour certains agents dont le domicile était trop éloigné du siège. Certes une infirmière de la CVAGS travaille sur l'antenne d'Arras, mais elle n'est pas référent « Pas-de-Calais » elle recueille indifféremment les signaux des deux départements. Un point téléphonique sur les signaux de la journée est fait quotidiennement à 14h entre le siège et l'antenne. Le niveau départemental a donc disparu dans le Nord-Pas-de-Calais. En Basse Normandie, la gestion des signaux se fait à Caen, au siège de l'ARS. La régionalisation est, ici, particulièrement aboutie. Néanmoins, il ressort des entretiens menés que l'échelon territorial demeure compétent en matière de santé environnement lorsqu'il n'y a pas d'impact sanitaire majeur.

Il ressort des différents entretiens que la régionalisation est facilitée dans les régions de petite taille et/ou les ressources humaines sont rares. Par conséquent, même si la circulaire de 2010 prône la régionalisation de la veille et de la sécurité sanitaire, celle-ci n'est, selon nos observations, effective que dans ce type de région. Si le regroupement des ressources de la veille sanitaire au niveau régional constitue une véritable opportunité, conciliant efficacité de gestion et réduction des coûts budgétaires, cette nouvelle organisation demeure perfectible.

Ces deux modes de gestion du signal ont été identifiés à la suite de nos entretiens. Toutefois, les ARS qui s'appuient encore fortement sur l'ancienne organisation départementale visent à rendre effective le plus rapidement possible la réception de l'intégralité des signaux par le point focal unique régional. Ce mode de gestion constitue un grand changement car les partenaires "historiques" des DDASS connaissent surtout les portes d'entrée départementales.

2.2 Perspectives et propositions

2.2.1 L'optimisation de la gestion des signaux et la formation des professionnels sont les principales perspectives évoquées par les acteurs de terrain

La mise en place des ARS doit notamment permettre d'améliorer l'efficacité de la veille et la sécurité sanitaire. La note interministérielle en date du 20 avril 2010 identifie trois vecteurs d'amélioration : une plus grande professionnalisation des personnes en charge de la

veille, une continuité de la réception et du traitement des signaux, et, un appui permanent de l'INVS. Après un an d'effectivité de la VSS au sein des ARS, l'application de la circulaire demeure perfectible. Nos entretiens menés dans les différentes ARS identifient des perspectives communes dans le domaine de la veille et sécurité sanitaire).

La mise en place au sein des ARS d'un pôle dédié à la VSS est encore récente. La principale perspective en matière de VSS a trait à l'amélioration de la gestion des signaux. En effet, si la mise en place d'un pôle dédié à la VSS a permis une professionnalisation des équipes entraînant une plus grande efficacité dans la réception et l'évaluation des signaux, la phase de traitement de l'évènement reste encore perfectible. Plusieurs pistes constituent des axes d'amélioration. Tout d'abord, les compétences et rôles de chacun doivent être clairement identifiés. Cela contribuerait à l'amélioration de la gestion des signaux rendue possible par un découplage entre les services des ARS. En effet, la gestion des signaux suppose la collaboration d'autres services de l'ARS. A titre d'exemple, l'ARS Nord-Pas-de-Calais a récemment été confrontée à une épidémie de méningite. Une fois l'épidémie confirmée par l'expertise de la Cire, des actions de vaccination et de communication ont dû être menées. Cependant, en l'absence de connaissance des interlocuteurs et des rôles de chacun la gestion du signal s'est faite de manière moins efficace que sa réception. En effet, les compétences du service promotion de la santé plus axées sur les campagnes de sensibilisation sur du long terme ont peu servi à la CVAGS. De même, le service communication de l'ARS n'a pas l'habitude de gérer ce type de situation. A l'avenir des procédures devraient être mis en place afin d'identifier le rôle de chacun dans la gestion des signaux. En outre, l'identification de référents, interlocuteurs privilégiés de la VSS, dans les autres services de l'ARS devrait permettre une plus grande réactivité en situation d'urgence.

Par ailleurs, la gestion d'un signal se faisant dans l'urgence, les CVAGS n'ont pas encore une vision à long terme. En effet, la recherche des causes n'est pas encore un automatisme. Néanmoins, l'identification d'un pôle dédié à la réception et à la gestion des signaux a permis à la Cire de se recentrer sur ses missions de surveillance. Ainsi, la Cire est en mesure de se concentrer sur le travail de recherche des causes mais aussi des conséquences épidémiologiques.

Enfin, l'uniformisation de la gestion des signaux, aussi bien au niveau régional qu'au niveau national, est à perfectionner. En effet, certaines régions qui gèrent encore la VSS à un niveau départemental, souffrent de l'hétérogénéité de la gestion des signaux. Des procédures types sont peu à peu mis en place afin d'uniformiser ces pratiques. De même, au niveau national,

deux logiciels de gestion des signaux cohabitent : *ORAGES* et *VOOZALERTE*. A défaut d'imposer un logiciel commun, des passerelles entre les deux logiciels existants devraient être mises en place. Certes, cet outil permet au niveau des ARS de faciliter la collaboration de la CVAGS et de la Cire mais l'absence de connexion entre les deux logiciels, ne permet pas ce type de collaboration à l'échelon interrégional.

Le deuxième axe d'amélioration a trait à la formation des acteurs de la VSS. En effet, l'identification d'équipe dédiée a engendré une professionnalisation accrue de la VSS. Les MISP et les ingénieurs qui consacrent désormais la totalité de leur activité à la VSS développent peu à peu une expertise dans ce domaine. De même, les liens mis en place entre la Cire et la CVAGS du fait de la régionalisation véhiculée par la mise en place des ARS permettent aussi une gestion plus pointue des signaux. Cependant, les entretiens menés en ARS ont fait ressortir un besoin de formation des personnels administratifs, première ligne de réception des signaux dans la plupart des organisations. De plus, en matière d'astreinte, la formation des personnels aussi bien administratifs que médicaux devrait permettre de répondre à la problématique du manque de personnel. En effet, les médecins de l'assurance maladie ne sont pas formés aux astreintes, ils sont par conséquent moins volontaires.

Enfin, après une période de mise en place, l'accent doit être mis sur la communication du Point Focal Régional (PFR). En effet, si l'organisation interne du PFR semble efficace, les partenaires extérieurs méconnaissent encore ce dispositif. La nature des signaux ou événements devant faire l'objet d'une déclaration doit être largement diffusée aux potentiels déclarants. De même, à terme, la connaissance du dispositif devrait mettre fin aux « réseaux parallèles ». En effet certains acteurs de santé font directement remonter les signaux au niveau central. Le circuit de l'information perd en efficacité, l'ARS est court-circuitée. A ce titre, la région Basse-Normandie fait figure d'exemple dans le domaine de la communication. Différents moyens de communication ont ainsi permis de faire connaître le PFR : soirée partenaire, carte postale. A l'image de la Basse-Normandie, les autres régions vont mettre en place des campagnes régulières d'informations destinées aux déclarants potentiels.

2.2.2 La synthèse des entretiens permet de dégager deux axes de progression : ressources humaines et communication

A) La question du statut des professionnels et de l'attractivité de la mission de veille sanitaire

La volonté affichée d'améliorer la professionnalisation de la mission de veille sanitaire au sein des nouvelles Agence Régionale de Santé se heurte à l'épineux problème des différences de statuts des personnels, en particulier médicaux. Au-delà des difficultés dans la gestion de professionnels à la fois fonctionnaires et contractuels et des disparités de rémunérations, c'est autour de la question de l'obligation d'astreinte technique que s'est cristallisé un certain malaise dans les cellules de veille sanitaire.

- Une difficulté d'organisation des astreintes qui reflète une approche encore trop corporatiste des métiers

Les médecins-inspecteurs de la santé publique, assurent traditionnellement cette mission d'astreinte technique essentielle à la continuité de la veille sanitaire. Les médecins-conseils de l'assurance-maladie conformément aux conventions collectives existantes ne participent que sur la base du volontariat aux astreintes. La rémunération de ces astreintes étant de surcroît relativement faible, elles demeurent donc peu incitatives. Par conséquent, en dépit du faible nombre de médecins-inspecteurs, très peu de médecins de l'assurance-maladie participent actuellement à la veille sanitaire. Devant cette difficulté organisationnelle qui émerge dans un cadre budgétaire contraint, un groupe de travail a d'ailleurs été mis en place par le secrétariat général des ministères sanitaires et sociaux afin de trouver une réponse.

Deux évolutions parallèles sont ainsi à souhaiter à court terme en ce qui concerne la seule question des astreintes techniques. Ces dernières étant désormais plus systématiques au niveau régional, la pérennité de la veille passe en effet par l'élargissement du vivier de personnels concernés. Ainsi, la mise en œuvre d'une obligation étendue à tous les professionnels médicaux en Agence Régionale de Santé pourrait être établie après révision des conventions collectives de l'assurance-maladie, en contrepartie d'une revalorisation de l'indemnisation pour l'ensemble des médecins. Cette réévaluation financière devrait en outre être étendue aux pharmaciens-inspecteurs et aux ingénieurs afin de ne pas faire émerger de nouveaux clivages.

- Une adaptation statutaire conjuguée à une amélioration de l'attractivité des métiers de la veille sanitaire

Mais dans une perspective plus large d'assise d'un cadre professionnel commun, la création d'un statut unique de médecins des Agence Régionale de Santé est souhaitable. La logique de décloisonnement et de mutualisation des compétences à l'œuvre au sein de ces structures ne pourra en effet véritablement aboutir qu'avec la refonte des corps.

Cette unification des statuts est par ailleurs indissociable du nécessaire renforcement de l'attractivité des métiers de la veille sanitaire afin de pallier les difficultés préoccupantes de recrutement de personnels formés et expérimentés, en particulier des médecins-inspecteurs. Les incitations financières doivent pour cela correspondre aux spécificités et aux contraintes de ces missions pour conserver des professionnels de qualité dans cette fonction d'avant-poste.

Par ailleurs, la sensibilisation à cette question de santé publique au sein des facultés de médecine et de pharmacie notamment pourrait permettre de mieux faire connaître ces métiers. Des actions de formation nationales ou régionales pourraient aussi être développées pour permettre la reconversion rapide de professionnels vers la veille sanitaire.

B) La communication avec les partenaires en amont

- Faire mieux connaître la nouvelle configuration des remontées d'information

L'organisation en réseau sur lequel se fonde la veille sanitaire implique de renforcer la communication des plateformes en Agence Régionale de Santé vers les partenaires en amont. Ainsi, les initiatives de rencontres et de transmission de supports vers les syndicats et représentants de médecins libéraux, organisées par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France ont permis de sensibiliser la médecine de ville à la nouvelle remontée de l'information centralisée sur le point focal unique. L'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais a décidé dans cet esprit de diffuser une lettre à ses partenaires afin de mieux faire connaître la nouvelle organisation.

En se fondant sur les initiatives couronnées de succès, une mutualisation des procédures de diffusion de l'information commune à toutes les plateformes de veille sanitaire des Agences Régionales de Santé pourrait être imaginée, afin de répondre à la mauvaise connaissance du point focal unique qui règne encore dans certaines régions. Des conseils sur le type de support à utiliser (affichage, dépliant, réunions) et des interlocuteurs à privilégier (ordres professionnels, syndicats) seraient utiles pour améliorer de manière concertée la visibilité des cellules de veille sanitaire. En outre, l'instauration d'un numéro de téléphone unique gratuit répondrait aux doléances de certains médecins sur la facturation d'une transmission

d'information qui concourt pourtant au service public de la santé et à la préservation de l'ordre public. Par ailleurs, la rétro-information de la part des ARS vers les établissements pérenniserait leurs relations.

- Créer une culture de la veille sanitaire parmi l'ensemble des personnels

Au-delà même de la désignation de personnes ressources, la création d'une culture commune de la veille sanitaire et de la gestion du risque reste à faire. Cela passe par la diffusion des bonnes pratiques, l'harmonisation des pratiques retenues et la participation régulière à des exercices permettant de s'approprier les procédures communes mises en place. Le Comité d'animation du Système d'Agences (CASA), qui regroupe les directeurs des 10 agences sanitaires, est actuellement en train de réaliser un état des lieux de l'ensemble des systèmes de vigilance. Un document final permettant d'avoir une vision globale des différents systèmes de vigilance et de surveillance sera publié à la fin de l'année. L'objectif de ce travail est l'instauration, à terme, d'un "portail de déclaration commun". Dans la continuité de ce travail, le CASA, dont l'objectif est de coordonner les différentes agences, devra veiller à l'articulation de ces dernières avec les ARS. En collaboration avec le CASA, le club VSS, qui s'attache à être un lieu d'échange autour des pratiques et des expériences des acteurs de la veille sanitaire (principalement ARS et ministère), peut être le point d'appui du développement d'une culture partagée de la veille sanitaire au sein du monde de la santé.

Conclusion

L'ancrage de la mission de veille sanitaire au sein des Agences Régionales de Santé n'allait pas de soi. Le choix de confier celle-ci à cette structure nouvelle au champ de compétence élargi répondait à une volonté forte de privilégier une approche globale en termes de santé publique et plus seulement dans le prisme de l'ordre public sanitaire.

Cette nouvelle configuration de la mission de la veille sanitaire au sein des Agences Régionales de Santé fut une occasion de corriger les insuffisances constatées. Trois objectifs majeurs d'amélioration peuvent être perçus dans la volonté des pouvoirs publics : la centralisation du recueil et du traitement de l'information, la coopération plus étroite entre les services de gestion et les experts procédant à l'évaluation des risques, et enfin l'approfondissement de la professionnalisation sur ces fonctions qui requièrent des compétences spécifiques.

Un an après la mise en place des cellules de veille sanitaire, le respect de ces grandes lignes esquissées dans l'organisation semble avoir contribué à améliorer significativement le fonctionnement de la veille sanitaire. Les défis à relever demeurent pourtant à la hauteur de l'ambition du projet, plus particulièrement sur le recrutement de personnels qualifiés pour faire face à une veille désormais essentiellement régionalisée.

Insérée étroitement dans un réseau de partenaires, la question des circuits d'information et des procédures de coordination est au cœur des fonctions de veille. S'appuyant sur les acteurs de santé et dialoguant avec les préfetures et les instances nationales, c'est donc à l'aune de ce rôle d'articulation entre collecte, évaluation et gestion des données d'une part et d'interface entre niveaux territoriaux d'autre part que l'efficacité de la veille est évaluée.

Exposées au regard des acteurs de santé et de l'opinion publique, les cellules de veille sanitaire ont ainsi vocation à s'affirmer comme une des vitrines de l'action et de l'expertise des Agences Régionales de Santé.

Il faut garder à l'esprit que la veille sanitaire s'enrichissant des crises passées, elle est condamnée à avoir « toujours une guerre de retard ».

Bibliographie

I. Textes législatifs et réglementaires :

A. Lois :

- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique*
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*

B. Règlements :

- 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*
- Note conjointe Direction générale de la santé et Haut fonctionnaire de défense et de sécurité du 20 avril 2010 *relative à la veille et aux urgences sanitaires dans les ARS : principes d'organisation et fonctionnement*
- Note n° 010299 du 17 juin 2010 *relative à la relation entre les ARS et le niveau national dans le cadre d'alertes sanitaires.*

II. Ouvrages :

A. Ouvrages généraux

- Code de la santé publique, 25^{ème} édition, Dalloz, Edition 2011

B. Ouvrages spécialisés

- DESENCLOS J.C., VISO A.C, « Sécurité et veille sanitaires » in Santé publique, L'état des savoirs, Fassin D., Hauray B(dir), Inserm, La découverte, Paris, 2010
- TABUTEAU D, « Principes et organisation de la sécurité sanitaire » in Traité de santé publique, 2^{ème} édition, Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (dir), Médecine-sciences, Flammarion, Paris, 2007

III. Rapports :

- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Rapport sur la création des agences régionales de santé, rapporteur M. Philippe RITTER, Préfet honoraire, janvier 2008
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Rapport *sur la veille et l'alerte sanitaires en France, sous la coordination* de Danièle Illef, InVS, mars 2011
- Sénat, Rapport relatif au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme : application de la loi du 1^{er} juillet 1998, au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, rapporteur M. Claude SAUNIER, sénateur, n°185, février 2005

IV. Articles :

- BRIAND P., *La sécurité sanitaire de l'alimentation en France, la place de l'AFSSA*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, hors-série, novembre 2008
- DRUCKER J., *L'InVS a 10 ans*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, hors-série, novembre 2008
- GARABIOL-FURET M.D, *Principe de précaution et politiques de santé publique*, Actualité et dossier en santé publique, n°48, septembre 2004, Haut Conseil de la Santé
- HOUSSIN D. et COQUIN Y., *Le dispositif français de veille sanitaire*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, novembre 2008
- QUENET P, *La veille sanitaire à l'épreuve du terrain : l'expérience des Cire*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, novembre 2008

Liste des annexes

Grille d'analyse d'entretien	I
Grille d'entretien des organismes centraux	VI
Schéma de l'organisation de la veille sanitaire en France	VII

Grille d'analyse d'entretien

1. Se présenter
2. De quel laps de temps dispose-t-il pour nous recevoir ?
3. L'interlocuteur accepte-t-il que l'entretien soit enregistré ?
4. L'interlocuteur souhaite-t-il que ses propos soient exactement retranscrits et cités ?
5. Notre interlocuteur souhaite-t-il rester ou non anonyme ?

Entretien du :	Mené par :	Nom de l'interviewé	
chapitres	questions	synthèse	
Vous	<p>Vous êtes Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? (corps d'appartenance, organigramme, position dans la structure,) ses missions</p>		
Intro	<p>La sécurité sanitaire s'intègre dans un concept global de sécurité des populations, pour le groupe la sécurité sanitaire englobe les aspects de veille sanitaire et de vigilance : qu'en pensez-vous ?</p>		

	(où placez-vous : surveillance, alerte et gestion de crise)	
Structure	<p>Au plan national, comment positionnez-vous votre structure dans l'organisation de la veille sanitaire ? (structure pivot, terrain, support, stratégie, relais, décisionnaire)</p> <p>Quelles sont les missions de la structure et notamment en veille sanitaire ? (place de la mission VS par rapport aux autres, vigilances, planification, alertes, relations internes dans la structure avec les autres directions)</p> <p>points forts, points perfectibles, Perspectives</p>	

<p>Organisation Le groupe s'appuie sur les 2 notes 20 avril et 17 juin 2010</p>	<p>Comment est organisée la veille entre la Délégation Territoriale et le Siège de l'ARS ? (niveau départemental maintenu ? répartition des personnels, outils de communication : alerte mail)</p> <p>Comment la veille sanitaire est-elle organisée au sein de votre structure? (point focal unique (qui traite l'info, qui prends la décision de l'alerte, process complet), main courante informatique, pourquoi ce choix ? organisation de la permanence, procédures de fonctionnement (RI)</p> <p>Quelle est la place dévolue à la planification et à la gestion de crise ? (lieu : où cela est fait, est-ce transversal, CVAGS réponds aux affaires NRBC) plan blanc , NRBC, qui réalise la planification, la phase de préparation)</p> <p>Comment sont organisées les astreintes ?</p> <p>pouvez-vous décrire comment les circuits d'information sont organisés ?</p> <p>Idem pour le circuit décisionnel ? (information ascendante et descendante)</p>	
---	--	--

	<p>(qui, quoi, comment, quand, où) et circuit décisionnel :)</p> <p>Comment cela se passe-t-il ? (difficultés, dysfonctionnement, plus-value, évolutions, changements)</p> <p>Sur un plan stratégique : que pensez-vous des évolutions de la veille sanitaire ces dernières années ? (nouvelle gouvernance ARS, professionnalisation, position par rapport aux autres structures)</p> <p>points forts, points perfectibles, Perspectives</p>	
--	---	--

<p>Les partenaires</p>	<p>Quels sont vos partenaires ? (aval : pompiers, médecine libérale, hôpitaux, amont : avec les agences, DUS, CORRUS, INVS, ASN)</p> <p>Quelles relations entretenez-vous avec chacun d'entre eux ?</p> <p>Avez-vous signé les protocoles avec les préfets ?</p> <p>Quels impacts ont ces protocoles sur votre organisation ?</p> <p>Organisation de la communication ? (mode de communication point focal unique)</p> <p>points forts, points perfectibles, Perspectives</p>	
<p align="center">Synthèse finale de l'entretien</p>		

Guide d'entretien des organismes centraux

questions	synthèse
Qu'est ce qui a, selon vous, amené l'évolution de la veille sanitaire ?	
Quel bilan en faites-vous aujourd'hui ? (objectifs actuels énoncés et niveau d'atteinte)	
Pourquoi 2 systèmes de main courante informatique ? quelle compatibilité entre les 2 ? (DGS, INVS)	
Quels sont les différents rapports ARS : agences, DUS, partenaires, préfets ?	
Pensez-vous que la préparation et la gestion de crise soient bien intégrées par les ARS ?	
Quelles sont les perspectives que vous entrevoyez ? (évolution à court et long terme)	
Synthèse finale de l'entretien	

Schéma de l'organisation de la veille sanitaire en France

