

Année universitaire 2019 - 2020

LA GESTION D'UNE CRISE SANITAIRE EN
FRANCE : D'UN NIVEAU NATIONAL
STRUCTURÉ À UN NIVEAU LOCAL
DÉSORGANISÉ

Mémoire réalisé dans le cadre du Master II Droit et Politiques de santé
par Juliette LOISEAU
Sous la direction du Professeur Johanne SAISON

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Madame le Professeur Johanne SAISON pour son accompagnement durant ces deux années d'étude au sein de l'Université de Lille.

Aussi, je remercie mes parents, mes frères et soeurs pour leur soutien. Enfin, un grand merci à mon amie de longue date, Aude LEFEBVRE, pour ses conseils et encouragements.

Table des abréviations

ABM	: Agence de la biomédecine
ANSES	: Agence nationale de la santé, de l'environnement et du travail
ANSM	: Agence nationale de sécurité du médicament
ARS	: Agence régionale de santé
ASN	: Autorité de sûreté nucléaire
AZF	: Azotes fertilisants
CCS	: Centre de crise sanitaire
CIC	: Cellule interministérielle de crise
CNS	: Conseil national du sida et des hépatites virales
CORRUSS	: Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales
CPOM	: Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	: Communautés professionnelles territoriales de santé
CRSA	: Conférences régionales de la santé et de l'autonomie
CSP	: Code de la santé publique
DG	: Directeur général
DGOS	: Direction générale de l'offre de soin
DGS	: Direction générale de la santé
DIM	: Département de l'information médicale
DPC	: Développement professionnel continu
EFS	: Établissement français du sang
EPRUS	: Établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires
ESP	: Équipes de soins primaires
ESR	: Établissement santé de référence
FHF	: Fédération hospitalière de France
FIR	: Fond d'intervention régional
GHT	: Groupement hospitalier de territoire
HAD	: Hospitalisation à domicile
HPST (loi)	: Hôpital. Patient. Santé. Territoire
IGAS	: Inspection générale des affaires sociales
INPES	: Institut national de prévention et d'action pour la santé
IRSN	: Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

InVS : Institut de veille sanitaire

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

NRC : Nucléaire Radiologique Chimique

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORSEC : Organisation de la Réponse de Sécurité civile

ORSAN : Dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire
exceptionnelle

PMP : Projet médical partagé

PTA : Plateformes territoriales d'appui

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SIH : Système d'information hospitalier

SISAC : Système d'information sanitaire des alertes et crises

SSE : Situation sanitaire exceptionnelle

URPS : Union régionale des professionnels de santé

Sommaire

Introduction	9
<u>Partie 1.</u>	
D'une gestion des SSE au niveau central et régional structurée...	17
Titre I. — Un cadre national organisé autour de cellules de crise et impliquant de nombreux acteurs	18
<i>Chapitre 1.</i> Une organisation gouvernementale structurée autour de cellules de crise	18
<i>Chapitre 2.</i> Une multitude d'instances nationales compétentes en matière de SSE	25
Titre II. — Un cadre zonal et régional planifié, reposant majoritairement sur les ARS et les préfets	32
<i>Chapitre 1.</i> Une organisation planifiée reposant sur l'élargissement des pouvoirs des préfets	32
<i>Chapitre 2.</i> Une gestion reposant sur les ARS et critiquée pour l'absence de représentation des usagers	39
<u>Partie 2.</u>	
... à une gestion territoriale et locale dépourvue de structuration	44
Titre I. Une gestion propre aux établissements de santé faisant intervenir partiellement les GHT	46
<i>Chapitre 1.</i> Une organisation hiérarchisée reposant sur la planification de la gestion des SSE.	46
<i>Chapitre 2.</i> Une gestion n'incluant pas encore suffisamment les GHT	52
Titre II. L'absence d'organisation de gestion des SSE par les collectifs de soins libéraux	57
<i>Chapitre 1.</i> Les enjeux d'une gestion territoriale des SSE	57
<i>Chapitre 2.</i> L'amélioration indispensable de la coopération ville - hôpital en matière de SSE	62
Bibliographie	67

Introduction

L'incendie de l'usine Lubrizol à Rouen en 2019, l'explosion de l'usine AZF à Toulouse en 2001, la catastrophe de Bhopal en Inde en 1984 ou encore plus récemment, l'explosion d'un entrepôt à Beyrouth au Liban montrent que l'activité humaine est porteuse de risques qui peuvent avoir des conséquences sanitaires dramatiques, aussi bien en France que dans d'autres pays. De même, l'affaire du sang contaminé dans les années 1980 ou la crise de la « vache folle » dans les années 1990 ont nécessité une réponse de l'Etat français. Les actes terroristes, de par leur ampleur peuvent également impacter le système de santé. Ces risques et menaces sanitaires doivent être gérés par les pouvoirs publics afin d'en réduire au maximum les conséquences sur la population.

La gestion des crises sanitaires en France a évolué au cours du XX et XXI^e siècle à la suite des différentes crises sanitaires. Du grec *krisis* qui signifie « faculté de choisir »¹, le mot « crise » désigne un « évènement soudain qui vient, comme l'altération brusque de la santé, troubler et bouleverser une situation jusqu'alors paisible »². La crise est donc une perturbation rapide et soudaine venant impacter les organisations humaines.

Pour Jean-Marie FESSLER « la crise est une situation qui menace les priorités d'une organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress et des résistances profondes »³. Plus particulièrement, une crise sanitaire s'entend comme une menace pour la santé de la population. Le rôle du gouvernement est alors de gérer au mieux cette crise afin d'en limiter les conséquences.

Depuis 2019, la notion de situation sanitaire exceptionnelle (SSE) remplace la notion de « crise sanitaire » dans la terminologie administrative. Le guide publié en 2019 par le ministère des solidarités et de la santé⁴ concernant la gestion des situations sanitaires exceptionnelles définit la notion de SSE comme englobant « toutes les situations conjoncturelles susceptibles d'engendrer de façon immédiate et imprévisible une augmentation sensible de la demande de soins (évènement à

¹ Dictionnaire de l'Académie française en ligne, <http://www.academie-francaise.fr/crise>.

² Dictionnaire de l'Académie française, *op cit*.

³ FESSLER J.M., « La gestion de crise », *Gestions hospitalières*, n°439, octobre 2004, p. 620.

⁴ Ministère des solidarités et de la santé, guide de gestion des situations sanitaires exceptionnelles, 2019.

cinétique rapide de type attentat, ou accident grave) ou une perturbation de l'organisation de l'offre de soins. Une SSE peut également résulter d'un évènement à cinétique lente (épidémie ou épisode climatique exceptionnels par leur ampleur, etc.) pour lequel les premières mesures de gestion s'avèrent insuffisantes »⁵.

La notion de SSE a une acception plus large de celle de crise sanitaire et recouvre désormais les menaces sanitaires dues aux actes terroristes. L'évolution terminologique a été rendue nécessaire par l'apparition de nouveaux risques et menaces sanitaires. En effet, aujourd'hui, l'évolution des connaissances a permis de faire émerger de nouveaux risques et menaces. D'origines diverses, ces risques et menaces peuvent être d'origine naturelle - incendies, inondations, ouragans - ou d'origine humaine - explosion d'usines, actes de terrorisme.

Concernant les actes terroristes, l'évolution des connaissances et des techniques rend considérable l'ampleur des menaces, notamment par le bioterrorisme. De même, l'interconnexion des organisations, la libre circulation des biens et des personnes conduisent également à l'émergence de nouveaux risques qui dépassent le cadre du territoire national. Ainsi, une explosion d'une usine de produits chimiques ou un accident dans une centrale nucléaire peuvent conduire à exposer plusieurs Etats. Dès lors, l'organisation de la gestion des risques à l'étranger et notamment dans les Etats frontaliers est d'une importance fondamentale, de même que la communication entre les différents gouvernements.

Aux risques liés à la technologie, s'ajoutent de nouvelles menaces liées aux maladies infectieuses émergentes. Dans un rapport publié en 2012⁶, la sénatrice Fabienne KELLER rappelle que « l'humanité a toujours connu de grands fléaux épidémiques »⁷ tels que la peste ou la variole. Les progrès techniques liés à la vaccination et à l'hygiène publique ont permis de réduire ces risques. Toutefois, le rapport précité rappelle que « les maladies infectieuses sont à l'origine de 14 millions de décès chaque année dans le monde ».

⁵ Ministère des solidarités et de la santé, guide des situations sanitaires exceptionnelles, 2019, p. 16.

⁶ KELLER F., rapport du 5 juillet 2012, fait au nom de la Délégation sénatoriale à la prospective.

⁷ *Id.*, p. 1.

Les progrès réalisés dans les transports de personnes et la démocratisation de leur utilisation conduisent également à faciliter la progression des maladies infectieuses. En outre, le rapport souligne également que les traitements disponibles se raréfient avec l'apparition de « phénomènes de résistances des pathogènes aux antibiotiques »⁸.

Le rapport évoque également plusieurs facteurs qui conduisent à propager plus facilement les maladies infectieuses. Ainsi, la population mondiale qui atteindra 9 milliards d'ici à 2050, les pratiques agricoles qui modifient les écosystèmes et rapprochent les hommes de la faune sauvage, la mondialisation des échanges de biens et de marchandises, la progression du transport aérien ou les déplacements de populations liés au changement climatique sont tout autant des facteurs qui contribuent à rendre les menaces infectieuses plus redoutables pour les organisations humaines et les systèmes de santé.

L'ensemble de ces risques et menaces sanitaires doit être pris en compte et géré par les acteurs concernés. Ainsi, le ministère de la santé, les agences régionales de santé (ARS), les ARS de zone et plusieurs agences coordonnent la gestion d'une SSE telle que l'Agence nationale de santé publique⁹. Toutefois, les conséquences d'une SSE sont en général gérées directement par les établissements de santé publics. L'article L 6141-1 du code de la santé publique dispose que « les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière ».

Le rôle des hôpitaux a profondément évolué au cours de l'histoire. En effet, à l'origine, un édit de 1662 de Louis XIV conduisit à la création d'un hôpital général dans toutes les villes. Ces hôpitaux généraux avaient pour rôle principal d'enfermer les vieillards, indigents et personnes malades afin de les éloigner du reste de la population. Puis, progressivement, fut reconnu à l'hôpital public le lieu principal des soins.

Aujourd'hui en France, les problèmes rencontrés en temps normal par les pouvoirs publics viennent complexifier la réponse des acteurs à une situation sanitaire exceptionnelle. Ainsi, une exigence accrue de la population concernant la protection de sa santé rend très importante la

⁸ *Ibid.*, p. 2.

⁹ La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé regroupe l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) et Addictions Drogues Alcool Info Service (ADALIS) au sein de Santé publique France.

réponse de l'Etat à une crise sanitaire. L'exigence de protection devient peu à peu une exigence de risque zéro.

Le sociologue Ulrich BECH parle d'une « société du risque », créatrice de risques inhérents à son activité¹⁰. Or, les origines des SSE sont très diverses et imprévisibles, ce qui rend difficile la préparation à une SSE. En effet, les risques sont permanents, divers et multiples. Le risque est défini par l'Académie française comme « le danger, péril éventuel dont la survenue est plus ou moins prévisible ».

De plus, les différentes crises sanitaires qui ont touché la population depuis les années 1980 - crise de la vache folle, scandale du sang contaminé - ont eu pour conséquence une baisse de la confiance de la population envers les gouvernants. Marie-Laure MOQUET-ANGER explique que « la confiance a fait place à la défiance »¹¹. L'ensemble de ces éléments permettent de comprendre le contexte actuel dans lequel s'inscrit la réponse à une situation sanitaire exceptionnelle et dans quelle mesure la gestion d'une SSE peut en être impactée.

En outre, aujourd'hui la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle s'améliore grâce aux différentes technologies de communication et d'information. Ces nouveaux moyens de communication permettent à l'ensemble des acteurs d'échanger une information rapidement et de communiquer plus facilement. Les différents outils d'alertes permis par ces nouvelles technologies permettent donc d'informer la population de façon instantanée¹².

Par ailleurs, les établissements de santé rencontrent des difficultés qui peuvent également nuire à la gestion d'une SSE. Ainsi, les difficultés de recrutement de soignants - aides-soignants, infirmiers, médecins - dans certains territoires peuvent nuire à l'efficacité de la réponse à une crise. Les zones sous-denses ou « déserts médicaux » peuvent donc également devenir une difficulté dans la réponse globale à une SSE.

¹⁰ BECK U., La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité, Paris, Aubier, 2001.

¹¹ MOQUET-ANGER M-L., Droit hospitalier, 5^{ème} édition, p. 28.

¹² « Confinement : comment le gouvernement a-t-il envoyé des millions de SMS aux Français ? », L'OBS, le 17 mars 2020.

Selon un rapport sénatorial¹³, les déserts médicaux concernent une commune sur trois. Le rapport souligne également que « la situation française apparaît plus dégradée que dans d'autres pays de l'OCDE, avec une densité médicale dans les zones rurales françaises plus faible que la moyenne de l'OCDE »¹⁴. De plus, certaines spécialités médicales, à l'instar des médecins anesthésistes ou des radiologues¹⁵ présentent un taux de vacance élevé dans les établissements de santé. La difficulté des établissements de santé à recruter ces catégories de soignants pourrait également entraver la réponse des établissements de santé à une SSE.

L'ensemble de ces difficultés est d'autant plus important que le service public hospitalier se doit de respecter certains principes fondamentaux. Ainsi, l'article L 6112-1 du code de la santé publique dispose que « le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre Ier du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité (...) ». Le principe d'égalité d'accès aux soins implique notamment d'assurer un délai de prise en charge en rapport avec l'état de santé du patient « ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires »¹⁶.

En situation sanitaire exceptionnelle, l'application de ces principes par les établissements de santé peut connaître des limites. De même, respecter le principe de l'égalité de traitement qui suppose que chaque personne bénéficie de soins appropriés à son état « indépendamment de toute considération autre que médicale »¹⁷ peut également connaître une application limitée lors d'une SSE dans les faits. La question du triage de catastrophe qui consiste à trier les victimes d'une catastrophe afin d'éviter le plus grand nombre de décès n'est pas appréhendée par le droit.

¹³ MM. MAUREY H. et LONGEOT J.F., Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par le groupe de travail sur les déserts médicaux.

¹⁴ *Id.*, p 8.

¹⁵ VERAN O., Rapport, « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte », décembre 2013.

¹⁶ MOQUET-ANGER M-L., Droit hospitalier, 5^{ème} édition, p. 373.

¹⁷ MOQUET-ANGER M-L., Droit hospitalier, 5^{ème} édition, p. 374.

La crise sanitaire due à la maladie infectieuse dénommée Covid-19 montre l'intérêt de travailler sur l'organisation de la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle du niveau central au niveau local. Toutefois, le sujet étant vaste, ce mémoire n'a pas vocation à être exhaustif et à traiter l'ensemble des questions ayant trait à la gestion des SSE. Ainsi, plusieurs sujets ne seront pas évoqués. La réorganisation des activités de soins ainsi que le rôle des élus dans la gestion d'une SSE ne seront pas évoqués.

Par ailleurs, le fonctionnement des établissements médico-sociaux et celui des établissements de santé lors d'une SSE ne fera pas l'objet d'un développement. En effet, bien qu'ayant un rôle dans la gestion d'une SSE, l'objet de ce mémoire sera d'évoquer la liaison entre le niveau central et local et l'organisation de certains niveaux stratégiques. Par ailleurs, ne sera évoquée que la gestion en France d'une SSE. Par conséquent, les liens entre les différentes agences nationales et l'organisation mondiale de la santé (OMS) ne seront pas évoqués. Enfin, l'Etat d'urgence sanitaire qui a été créé par la loi n°2020-290 du 23 mars 2020¹⁸ ne sera pas traité dans ce mémoire.

Le choix de travailler sur l'organisation de la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle présente plusieurs intérêts. D'abord, un intérêt pratique et théorique en ce qu'il permet de connaître l'ensemble des structures et outils mis en oeuvre pour gérer une SSE. De plus, l'actualité liée à la pandémie de Covid-19 rend ce sujet très actuel et dont la connaissance importe pour travailler par la suite dans le monde de la santé. Par ailleurs, l'organisation de la gestion des SSE importe également au regard de la multiplication des crises sanitaires qui ont eu lieu ces dernières années.

Enfin, les crises sanitaires peuvent également soulever des enjeux éthiques mais ces derniers ne seront pas évoqués dans le corps du mémoire. L'étude de la gestion des crises sanitaires apparaît également important pour qui s'intéresse à la santé publique. En effet, les crises sanitaires peuvent avoir un effet mineur ou majeur sur l'espérance de vie d'une population ou sur l'état psychologique de la population.

¹⁸ Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, JORF n°0072 du 24 mars 2020.

Les conséquences d'une crise sanitaire peuvent s'étendre sur le long terme. De plus, une crise sanitaire peut également avoir un impact sur l'économie d'un pays et sa bonne ou mauvaise gestion peut avoir des conséquences sur la vie politique¹⁹. Enfin, connaître l'organisation de la gestion d'une crise sanitaire apparaît important au regard des droits et libertés qui peuvent être limités lors d'une SSE.

Toutefois, l'organisation prévue pour gérer une crise sanitaire ne permettra pas forcément d'y remédier le plus rapidement possible. Cependant, la concertation de l'ensemble des acteurs permettra sûrement d'en améliorer les conséquences. L'organisation du système de santé évoluant fréquemment, la création des agences régionales de santé (ARS) mais également la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) tendent à modifier de manière substantielle la gestion d'une crise sanitaire. De même, la nouvelle organisation des professionnels libéraux au sein de collectifs de soins modifie aussi la gestion d'une crise sanitaire.

Dès lors, ce mémoire aura vocation à traiter plusieurs problématiques : comment s'organise la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle en France ? Dans quelle mesure la nouvelle organisation du système de santé modifie cette gestion ?

Nous verrons que si le niveau central comprenant les différents ministères et agences est profondément structuré lors d'une crise sanitaire (Partie 1), le niveau local comprenant les groupements hospitaliers de territoire ainsi que les collectifs de soins est insuffisamment organisé lors d'une crise sanitaire (Partie 2).

¹⁹ « Etats-Unis : avec sa gestion de la crise sanitaire, « Donald Trump est maintenant en difficulté chez les plus de 65 ans », Le Monde, 01/07/2020.

Partie 1. D'une gestion des SSE au niveau central et régional très structurée...

La gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE) s'établit tout d'abord au niveau central. La gestion d'une SSE implique de nombreux acteurs et instances et s'organise autour de plusieurs cellules de crise mises en place dès lors qu'une SSE intervient (**Titre 1**). Ce niveau central organise la réponse du gouvernement aux situations sanitaires exceptionnelles et coordonne l'action des niveaux zonal et régional. Ces derniers niveaux reposent majoritairement sur les agences régionales de santé (ARS) et les préfets. Ces différents acteurs se coordonnent grâce à plusieurs outils et permettent une relative homogénéité des consignes nationales sur l'ensemble du territoire (**Titre 2**).

Titre 1. Un cadre national organisé autour de cellules de crise et impliquant de nombreux acteurs

Le cadre national de la gestion des SSE fait intervenir tout d'abord le gouvernement qui s'organise grâce à une pluralité de cellules de crises (Chapitre 1). La multitude d'instances nationales compétentes en matière de SSE peut susciter des difficultés dans la réponse aux SSE (Chapitre 2).

Chapitre 1. Une organisation gouvernementale structurée autour de cellules de crises

En situation de crise, le gouvernement met en place la cellule interministérielle de crise (CIC). Cette organisation s'avère indispensable pour coordonner l'action de l'ensemble des ministres et ministères (SECTION 1). En matière de situation sanitaire exceptionnelle, le gouvernement dispose du centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) mais également du centre de crise sanitaire (CCS). L'existence de ces deux instances peut nuire à l'efficacité et à la réactivité des décideurs (SECTION 2).

SECTION 1. La cellule interministérielle de crise : une organisation indispensable

§1. Une cellule permettant la coordination du gouvernement et des cellules régionales

A. Une coordination gouvernementale nécessitée par une crise majeure

Le *Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale* élaboré en 2008²⁰ prescrivait une amélioration de l'organisation de gestion de crise sur le territoire national. Il soulevait des capacités de planification gouvernementale « limitées, incomplètes et dispersées »²¹. La création de la cellule interministérielle de crise (CIC) visait à répondre à cette préconisation.

Prise par le Premier ministre, la décision d'activation de la CIC permet de répondre à « une crise majeure »²². Une crise est dite « majeure » lorsqu'elle concerne plusieurs secteurs d'activité et

²⁰ « Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale 2008 », p. 191.

²¹ *Id.*, p. 191-192.

²² « Circulaire relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures » n°5567/SG, 02/01/2012.

qu'elle nécessite alors de faire intervenir l'ensemble des ministres responsables desdits secteurs²³. C'est pourquoi l'activation de cette cellule peut être sollicitée par tout ministre concerné²⁴. Une crise majeure n'est pas forcément une situation sanitaire exceptionnelle mais si la SSE a un impact sur plusieurs secteurs d'activité, elle deviendra une crise majeure qui nécessitera l'activation de la CIC.

B. Une cellule nécessaire pour assurer une cohérence sur le territoire national

La CIC constitue le premier niveau de coordination gouvernementale dans une situation de crise majeure. La CIC va devenir le lieu où sera décidée la stratégie générale de réponse de l'Etat à la crise. Cette stratégie doit être prise en considération de l'ensemble des secteurs touchés par la crise. La circulaire²⁵ prévoit notamment que la CIC aura pour fonction d'établir, en plus de la stratégie générale de réponse à la crise, l'objectif à atteindre en sortie de crise, les impératifs politiques, les priorités et les contraintes majeures, les stratégies de relations internationales et de communication gouvernementale.

L'ensemble des décisions prises au niveau de la CIC devra être transmise aux acteurs concernés au niveau local afin de rendre cohérentes les actions sur l'ensemble du territoire national. *A contrario*, les échelons local et régional peuvent également saisir la CIC de plusieurs difficultés qui ne peuvent être résolues qu'au niveau national. En effet, le pouvoir de police du ministre de la santé, s'il est mis en oeuvre, doit alors être appliqué sur l'ensemble du territoire national. L'article L 3131-1 du Code de santé publique (CSP) dispose que « En cas de menace sanitaire grave (...) le ministre chargé de la santé peut (...) prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population ».

²³ « Circulaire relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures », *op. cit.*, p. 7.

²⁴ *Id.*, p.7-8.

²⁵ *Id.*, p.7-8.

§2. Une efficacité reposant sur les capacités d'anticipation et de réactivité de ses membres

A. L'anticipation des conséquences de la crise : une fonction essentielle

Pour établir une stratégie nationale, la cellule « anticipation »²⁶ de la CIC apparaît essentielle. En effet, seule cette fonction permettra au gouvernement de prévoir l'ensemble des conséquences de la crise. La circulaire précitée²⁷ prévoit que la fonction « anticipation » consiste à porter une vision sur « des horizons temporels de plus en plus éloignés, de quelques heures initialement pour aboutir, *in fine*, à une vision prospective à plusieurs jours, voire à plusieurs semaines »²⁸.

Toutefois, l'anticipation des conséquences d'une crise au niveau national est inévitablement limitée. Il n'est pas possible de prévoir toutes les conséquences d'une crise, ni les conséquences locales ou individuelles. C'est pourquoi les autres cellules qui composent la CIC sont aussi essentielles : les cellules « situation », « communication » et « décision » participent également à l'efficacité de la réponse gouvernementale²⁹.

B. Le traitement des informations et la réactivité des décideurs : deux fonctions déterminantes

Les cellules « situation », « décision » et « communication » sont également indispensables. La cellule « situation » consiste à établir des synthèses des cellules de crises régionales, à transmettre les décisions et à établir le suivi des événements et décisions qui sont prises³⁰. Ce suivi permet donc de faire remonter les informations des niveaux régional et local au niveau national afin que des décisions soient prises rapidement.

La cellule « communication » permet d'établir la stratégie de communication du gouvernement qui est essentielle en temps de crise. En effet, il s'agira de définir la ligne directrice qui doit être suivie

²⁶ « Circulaire relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures », *op. cit.*, p.7.

²⁷ *Id.*, p.6.

²⁸ *Id.*, p.9.

²⁹ *Id.*, p.4.

³⁰ *Id.*, p.6.

par l'ensemble des membres du gouvernement afin d'informer la population et d'éviter des prises de paroles publiques contradictoires.

SECTION 2. L'organisation gouvernementale propre aux SSE : le centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales et le centre de crise sanitaire

§1. Le CORRUSS : un centre opérationnel de gestion des alertes sanitaires permanent et nécessaire

A. Un centre de gestion des alertes sanitaires national indispensable

Le constat de l'absence d'une organisation nationale faisant fonction d'interlocuteur privilégié de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant les alertes sanitaires a conduit à la création du CORRUSS³¹. Créé en 2007 par la ministre de la santé Roselyne Bachelot, le CORRUSS est le seul compétent pour le traitement des alertes sanitaires au niveau national. Il relève de la Direction générale de la santé (DGS) et a également pour mission d'être récepteur des signalements, d'informer les niveaux supérieurs (gouvernement, ministre de la santé), de réaliser un suivi et la gestion d'évènements au niveau sanitaire et la rédaction de bulletins d'information³². Ces missions font du CORRUSS un acteur indispensable lors de la gestion des crises sanitaires.

Trois niveaux d'organisation³³ du CORRUSS sont prévus et permettent de répondre à l'ensemble des situations pouvant intervenir :

- le premier niveau correspond à la gestion courante des alertes sanitaires ;
- le second niveau correspond au CORRUSS renforcé permettant la gestion d'un évènement ayant un impact sanitaire important ;
- le troisième niveau donne lieu à l'activation du centre de crise sanitaire.

³¹ Lettre-circulaire n° DGS/DUS/2007/354 du 21 septembre 2007 relative au dispositif centralisé de réception et de gestion des alertes par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports : centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS).

³² *Id.*

³³ *Id.*

B. L'interlocuteur privilégié des instances régionales de gestion de crise

Le centre opérationnel est également « l'interlocuteur des services déconcentrés du ministère chargé de la santé sur l'ensemble du territoire et celui des collectivités territoriales d'Outre-mer »³⁴. Les agences régionales de santé (ARS) et les préfets de département peuvent alerter le CORRUSS d'une situation sanitaire préoccupante.

Le CORRUSS est mobilisé chaque année depuis sa création, en sus de la gestion des alertes sanitaires. En 2018, il est mobilisé pour répondre à l'épidémie de rougeole sur le territoire national, à l'épidémie de dengue à la Réunion, aux épisodes caniculaires mais également à l'attentat de Strasbourg³⁵.

§2. Le centre de crise sanitaire : un centre exceptionnel mis en place en cas de crise majeure

A. Une activation exceptionnelle visant à coordonner l'action gouvernementale...

Le troisième niveau d'organisation du CORRUSS conduit à l'activation du centre de crise sanitaire (CCS). Le centre de crise sanitaire a pour missions³⁶ de piloter les actions du secteur sanitaire, de coordonner la gestion de crise en relation avec les ARS et de déployer les moyens humains nécessaires.

De la même manière que pour la CIC, le CCS est composé d'une cellule d'aide à la décision, d'une cellule de communication et d'une cellule de décision. Il est permis de douter de l'opportunité d'un tel dispositif : lorsque la CIC n'est pas déclenchée, l'activation du CCS permet de coordonner la crise au niveau national. Cependant, lorsque la CIC est déclenchée, l'activation de la CCS peut conduire à un ralentissement de l'action gouvernementale.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Le centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUS), Fiche du ministère chargé de la santé, disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche-corruss_14jan19.pdf.

³⁶ Lettre-circulaire n° DGS/DUS/2007/354., *op cit.*

B. ...suscitant des difficultés dans l'organisation des cellules de crise existantes

La pluralité des cellules de crise existantes peut conduire à un ralentissement de l'action gouvernementale. Lors de la crise de la Covid-19 apparue en mars 2020, le Premier ministre alors en fonction - Edouard Philippe - a convoqué la CIC le 17 mars 2020 et a chargé son directeur de cabinet, Benoit Ribadeau-Dumas de sa direction³⁷.

Par lettre de mission en date du 14 avril 2020³⁸, le Premier ministre Edouard Philippe a chargé Jean Castex d'établir une « stratégie de déconfinement ». Dans ce rapport, Jean Castex recommande d'organiser « la fusion des cellules de crises, pour l'adapter aux circonstances nouvelles créées par la sortie du confinement »³⁹. En effet, l'existence de plusieurs cellules de crise entraînerait un ralentissement dans la prise de décision de la part des pouvoirs publics et dans la coordination des cellules de crise.

³⁷ « Coronavirus. Le gouvernement fait évoluer son dispositif de gestion de crise », Ouest-France, 19/05/2020.

³⁸ Lettre de mission, 465/20/SG, 14 avril 2020.

³⁹ Plan de préparation de la sortie du confinement, Jean Castex, 27 avril et 6 mai 2020.

Chapitre 2. Une gestion compliquée du fait d'une multitude d'instances nationales compétentes et en constante mutation

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles fait intervenir une multitude d'instances et personnalités, compétentes en la matière. Cette pluralité de compétences est susceptible de compliquer l'efficacité de la gestion des SSE (SECTION 1). L'occurrence de différentes crises ainsi que les retours d'expérience ont modifié les différentes instances, en charge des SSE (SECTION 2).

SECTION 1. Une gestion des SSE en difficulté de par la pluralité d'instances compétentes

§1. La pluralité des instances compétentes en matière de gestion des SSE, un frein à l'efficacité

A. De nombreuses agences compétentes conduisant à une perte d'efficacité

En 2006, une mission d'évaluation a souligné que le nombre de structures sanitaires avait pour conséquence des « strates successives » non opérationnelles⁴⁰. Le rapport élaboré par la mission d'évaluation poursuit en soulignant que « le dispositif représente un ensemble relativement confus, dans lequel le nombre d'interfaces a augmenté de façon considérable, sans qu'il soit toujours possible d'y distinguer les fonctions et les métiers et sans qu'un véritable chef d'orchestre apparaisse »⁴¹.

Santé publique France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'Etablissement Français du sang (EFS), l'Agence de biomédecine (ABM), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), l'Institut National du Cancer, l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) et l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) participent à la sécurité sanitaire et à la veille sanitaire dans leur domaine. Cette diversité peut conduire à une perte d'efficacité dans la gestion d'une SSE.

⁴⁰ GIRARD J.F., rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France, 2006, p. 31.

⁴¹ *Ibid.*, II.

B. La complexité induite par la diversité des ministères compétents en matière de sécurité sanitaire

En matière de SSE, et en cas de crise majeure, l'ensemble des ministères contribue à la sécurité sanitaire. Le ministère de l'Intérieur, des Affaires étrangères, de l'Agriculture et de l'Alimentation mais aussi de l'Environnement ont des compétences en la matière. Cette pluralité de compétences impose une coordination des ministères et une répartition des compétences bien définies. Dès lors, la coordination des ministres en temps de crise est également indispensable à la stratégie de communication : les ministres doivent alors suivre une même ligne directrice afin de communiquer les mêmes informations et éviter les prises de parole contradictoires.

Toutefois, un rôle central est attribué au ministre de la Santé et des Solidarités. Le Code de la défense dispose à l'article L 1142-8 que « le ministre chargé de la santé est responsable de l'organisation et de la préparation du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires graves, à leur prévention, à la protection de la population contre ces dernières, ainsi qu'à la prise en charge des victimes »⁴².

§2. Des outils de planification au niveau national méritant d'être étoffés

A. Des plans nationaux peu nombreux participant à la préparation des SSE

En matière de gestion de crise, la planification permet aux pouvoirs publics de prévoir un ensemble d'actions à mettre en oeuvre lorsqu'un évènement grave survient. Comme le relève le professeur Pierre Bourdon, « au niveau national, les outils de planification des crises sanitaires concernent des troubles prévisibles et précis »⁴³. De fait, les plans constituent des « documents d'aide à la préparation et à la décision »⁴⁴.

⁴² Article L 1142-8 du Code de la défense.

⁴³ « La gestion des crises sanitaires et des catastrophes environnementales » Pierre Bourdon, Santé et environnement, RDSS 2019.

⁴⁴ Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale », n°850/SGDSN/PSE/PSN, Octobre 2011.

En effet, en matière de SSE, le gouvernement a établi deux plans d'actions : le premier concerne la pandémie grippale⁴⁵ et le second se rapporte au virus Ebola⁴⁶. Ces plans participent directement à la préparation d'un risque identifié, connu et potentiellement grave. Ils permettent également de prévenir la survenance du risque en luttant à la source.

B. Une absence de plans nationaux pour les scénarios catastrophes

Un rapport du Sénat intitulé « Les nouvelles menaces des maladies infectieuses émergentes » réalisé par la sénatrice Fabienne Keller au nom de la Délégation sénatoriale à la prospective et publié le 5 juillet 2012⁴⁷ souligne « la nécessité de préparer cet imprévisible » (page 3). Cet imprévisible désigne le scénario catastrophe à savoir « une maladie jusqu'alors inconnue, à incubation rapide, à forte létalité, à transmission inter humaine par voie aérienne à distance et pour laquelle on ne dispose d'aucun traitement »⁴⁸.

Le rapport propose alors de préparer ce scénario en établissant des « protocoles classiques de lutte contre les pandémies »⁴⁹. Ces protocoles et ces plans participent à la préparation des pouvoirs publics à la survenance de ces crises. Toutefois, ces plans ne pourront pas prévoir l'ensemble des conséquences de la crise et constituent uniquement des aides à la décision ; la formation des pouvoirs publics à la gestion des risques et la résilience des organisations semblent alors également indispensables.

⁴⁵ Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale », n°850/SGDSN/PSE/PSN, octobre 2011.

⁴⁶ Plan national de prévention et de lutte « maladie à virus ebola », n°600/SGDSN/PSE/PSN, novembre 2014.

⁴⁷ Synthèse du rapport de la Délégation sénatoriale à la prospective intitulé « Les nouvelles menaces des maladies infectieuses émergentes », 5 juillet 2012, p. 3.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 3.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 4.

SECTION 2. Une organisation de gestion de crise en constante mutation

§1. La suppression de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

A. Un établissement aux fonctions indispensables pour la gestion des crises

Créé par la loi du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur⁵⁰, l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) avait deux missions principales : gérer les stocks de produits de santé constitués en cas d'attaque terroriste ou de pandémie et la gestion de la réserve sanitaire.

Ces fonctions étaient jusqu'alors attribuées à la direction générale de la santé (DGS). Toutefois, selon un rapport d'information élaboré par le sénateur Jean-Jacques JÉGOU, la DGS rencontrait des difficultés « dans la gestion et les modalités de financement » de la gestion des stocks⁵¹. Ces difficultés ont donc amené les pouvoirs publics à la création de l'EPRUS notamment afin d'y adjoindre des effectifs qualifiés et suffisants.

B. La disparition de l'EPRUS et l'attribution de ses fonctions à une autre agence

L'EPRUS est dissous par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui regroupe au sein de Santé publique France les attributions de l'EPRUS, l'Institut de veille sanitaire (IVS), l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (l'INPES).

En effet, dans le rapport précité, la question « fallait-il mettre en place l'EPRUS ? » est posée. Le rapporteur souligne que l'EPRUS n'a apporté « que des réponses partielles aux difficultés rencontrées »⁵² par la DGS. En outre, les missions confiées à l'EPRUS ne justifiaient pas la création d'une agence indépendante en ce qu'elles ne nécessitent pas « une nécessaire séparation des

⁵⁰ Loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, JORF n°55 du 6 mars 2007 page 4224, texte n°8.

⁵¹ Rapport d'information au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur la gestion par l'EPRUS des stocks de produits de santé constitués en cas d'attaque terroriste ou de pandémie, n°388, 2008, p. 17.

⁵² *Ibid.*, p. 70.

fonctions d'évaluation et de gestion du risque et l'indépendance de l'expertise scientifique »⁵³. Cependant, si la mission de gestion des stocks n'est pas une mission scientifique, l'élaboration des niveaux de stocks nécessaires relève d'une appréciation scientifique et non politique.

§2. Une réussite de la gestion de crise reposant largement sur la communication

A. De la difficulté des pouvoirs publics à communiquer en temps de crise

En situation sanitaire exceptionnelle, les pouvoirs publics doivent mettre en place une stratégie de communication de crise afin d'informer le public. Celle-ci est établie au sein de la CIC, ou à défaut au sein du CORRUSS. Elle permet d'établir les lignes directrices de la communication que l'ensemble des ministres, secrétaires d'Etat ou personnes représentant l'Etat devront respecter.

Le rapport du Sénat fait au nom de la commission d'enquête chargée d'évaluer l'intervention des services de l'Etat dans la gestion des conséquences environnementales, sanitaires et économiques de l'incendie de l'usine Lubrizol à Rouen remis le 2 juin 2020 indique l'importance de « revoir très rapidement la communication de crise »⁵⁴. Selon les sénateurs à l'origine du rapport, la communication de crise « doit avant tout s'attacher à prévenir et à contrer la panique et les fake news »⁵⁵. Toutefois, ce rapport relève également la difficulté inhérente lors d'une crise, qui est de répondre à des questions dont les réponses ne sont que partielles ou non confirmées.

B. Une communication de crise devant viser l'ensemble de la population

Lors d'une SSE, la communication doit viser l'ensemble des milieux sociaux et doit chercher à informer toutes les couches de la population. C'est pourquoi aujourd'hui les pouvoirs publics utilisent également les réseaux sociaux grâce auxquels ils peuvent communiquer et toucher une large partie de la population.

⁵³ *Ibid.*, p. 71.

⁵⁴ Rapport Sénatorial n°480 fait au nom de la commission d'enquête chargée d'évaluer l'intervention des services de l'Etat dans la gestion des conséquences environnementales, sanitaires et économiques de l'incendie de l'usine Lubrizol à Rouen, de recueillir des éléments d'information sur les conditions dans lesquelles les services de l'Etat contrôlent l'application des règles applicables aux installations classées et prennent en charge les accidents qui y surviennent ainsi que leurs conséquences et de tirer les enseignements sur la prévention des risques technologiques, 2 juin 2020, p. 67.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 67.

Toutefois, le rapport précité du Sénat sur la catastrophe Lubrizol fait état d'une utilisation partielle des réseaux sociaux. Pour les sénateurs, l'utilisation de « l'ensemble des réseaux sociaux demeure encore largement perfectible »⁵⁶. La communication de crise et l'utilisation des différents outils pour communiquer doivent permettre d'informer la population sur les faits, le plus rapidement possible.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 68.

Titre 2. Un cadre zonal et régional planifié, reposant sur les ARS et les préfets

L'organisation de la réponse zonale et régionale à une situation sanitaire exceptionnelle est encadrée par l'élaboration obligatoire de plans. Cette organisation repose majoritairement sur les ARS et les préfets (Chapitre 1). La gestion des SSE repose également sur les ARS et les ARS de zone et n'intègre pas les représentants d'usagers (Chapitre 2).

Chapitre 1. Une organisation planifiée reposant sur l'élargissement des pouvoirs des préfets

L'élaboration de plans constitue une réponse à la survenance des situations sanitaires exceptionnelles. Cependant, ces plans présentent des limites inhérentes aux SSE : celles-ci sont de fait imprévisibles et seule une approche globale peut être élaborée (SECTION 1). La gravité des SSE et les risques encourus par la population ont amené la législation à prévoir un élargissement des pouvoirs des préfets, représentants de l'Etat. Cet élargissement des pouvoirs du préfet s'inscrit en lien avec le plan ORSEC (SECTION 2).

SECTION 1. La planification, une aide à la décision en temps de situation sanitaire exceptionnelle

§1. Un plan adapté aux particularités des régions et établi en lien avec le plan ORSEC

A. Un dispositif établi sur la base de l'analyse territoriale des risques

Le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) est un plan régional élaboré par les ARS en relation avec les ARS de zone et les préfets. Il organise « en fonction des risques identifiés, les parcours de soin et les modalités de coordination des différents acteurs du système de santé pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles »⁵⁷. Selon l'instruction n°2014-153 du 15 mai 2014, « le schéma ORSAN prédéfinit les parcours de soins des patients à partir des scénarii de situations susceptibles

⁵⁷ Décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgences médico-psychologiques pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

d'impacter le système de santé »⁵⁸. Ce schéma est ensuite décliné dans les plans blancs des établissements de santé et les plans bleus des établissements médico-sociaux. Au niveau régional, le dispositif ORSAN est établi sur la base de l'analyse territoriale des risques, réalisée par les préfets. Ces risques peuvent varier notamment si la région compte plusieurs entreprises classées SEVESO⁵⁹.

Le dispositif ORSAN contient une synthèse des risques auxquels la région peut être exposées, un état des lieux des capacités d'offre de soins de la région ainsi qu'une estimation (établie en lien avec les établissements de santé) de leur marge possible d'ajustement. Par ailleurs, si les capacités d'offre de soins sont insuffisantes, l'ARS doit renforcer ces capacités notamment grâce à la procédure d'autorisation.

B. Un plan régional permettant le recensement des ressources matérielles et humaines

Le territoire régional apparaît le mieux à même pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles. En effet, les ARS ont un champ d'intervention régional tandis que les ARS de zone interviennent au niveau zonal. Le plan ORSAN établi au niveau régional permet aux ARS de contractualiser avec les établissements notamment dans le cadre de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Dans le cadre du plan ORSAN, les ARS doivent également établir un programme annuel ou pluriannuel de formation des professionnels de santé qui relèvent de leurs compétences. De plus, les ARS étant les autorités de tutelles des établissements, elles sont les interlocuteurs privilégiés pour aider les établissements à se préparer à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le schéma ORSAN comprend cinq volets⁶⁰ :

- un volet dédié à l'accueil massif de blessés victimes d'un évènement grave (ORSAN AMAVI) ;
- un volet dédié à la prise en charge des tensions dans l'offre de soins liées au surnombre de patients (ORSAN EPI-CLIM) ;

⁵⁸ Instruction n°2014-153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

⁵⁹ Directive 2012/18/UE du Parlement européen et du Conseil concernant la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses.

⁶⁰ Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, p. 24.

- un volet dédié à la prise en charge des patients dans le cadre d'un évènement NRC⁶¹ (ORSAN NRC) ;
- un volet dédié à la prise en charge médico-psychologique des patients victimes d'un évènement grave (ORSAN MEDICO-PSY).

§2. Un dispositif complété par les plans de renfort

A. Un schéma complété par le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires

L'article R 3131-8-1 du Code de santé publique prévoit que « le directeur général de l'agence régionale de santé de zone (...) prépare le plan zonal de mobilisation en concertation avec les agences régionales de santé de la zone de défense et de sécurité, le préfet de zone de défense et de sécurité et l'établissement ». Il a « pour objectif de faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins à l'échelle de la zone de défense et de sécurité »⁶².

Ce plan permet notamment de prévoir les modalités de répartition et de mobilisation des moyens du système de santé de la zone de défense et de sécurité ainsi qu'un plan de formation et d'entraînement des intervenants du système de santé⁶³. L'opportunité de la réalisation d'un plan par zone de défense s'admet en raison des différences territoriales. Ce plan zonal complète le dispositif ORSAN en ce qu'il est écrit spécialement pour la zone pour laquelle il est établi ; la zone de défense ne correspondant pas forcément aux limites régionales pour lesquelles le plan ORSAN est défini.

B. Un schéma complété par le plan blanc élargi

L'article R 3131-6 du Code de santé publique (CSP) dispose que « le plan blanc élargi recense à l'échelon du département l'ensemble des personnes, biens et services susceptibles d'être mobilisés pour une crise sanitaire grave, notamment les professionnels de santé, les établissements de santé et

⁶¹ Risque Nucléaire, Radiologique, Chimique (NRC).

⁶² Circulaire interministérielle n°DGS/DUS/DGSCGC/2013/374 du 26 septembre 2013 relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires.

⁶³ Article R 3131-8 du Code de santé publique.

les établissements médico-sociaux et précise leurs missions respectives pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles. En fonction de risques qu'il identifie, il définit les modalités de leur mobilisation et de leur coordination, en liaison en particulier, avec le service d'aide médicale urgente ». Il est préparé par le DG de l'ARS après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, par le préfet du département et à Paris par le préfet de police⁶⁴.

Par conséquent, le schéma ORSAN est complété par un plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires réalisé par l'ARS de zone et par le plan blanc élargi réalisé par l'ARS. Ce plan blanc élargi correspond aux limites géographiques du département. Par conséquent, le niveau zonal, le niveau régional et le niveau départemental participent tous dans l'ensemble à la gestion de crise sanitaire. La pluralité des plans de préparation pose néanmoins la question de l'efficacité et de l'opportunité d'une telle organisation.

SECTION 2. Une planification complétée par l'élargissement des pouvoirs des préfets et en lien avec le plan ORSEC

§1. L'élargissement des pouvoirs du préfet en SSE

A. Les pouvoirs de police du préfet adaptés à la SSE

Selon les articles L 3115-1 et suivants du CSP, le préfet de département peut solliciter des contrôles aux frontières « en vue de prévenir la propagation par voie terrestre, maritime ou aérienne des maladies transmissibles »⁶⁵. A cette fin, le préfet peut habiliter des agents à réaliser ces contrôles. Ces agents peuvent être notamment des pharmaciens inspecteurs de santé publique, des médecins inspecteurs de santé publique, des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale ou bien, des personnels des ARS⁶⁶.

Les prérogatives prévues sont larges puisque ces agents peuvent notamment accéder à tous locaux « dans lesquels ont vocation à s'appliquer les dispositions qu'ils contrôlent ». Toutefois, lorsque ces

⁶⁴ Article R 3131-7 du Code de la santé publique.

⁶⁵ Article L 3115-1 du Code de la santé publique.

⁶⁶ Articles L 1421-1 et L 1435-7 du Code de la santé publique.

locaux sont à usage d'habitation, le contrôle est possible « après autorisation par l'autorité judiciaire ». De même, le préfet peut interdire la libre circulation d'un moyen de transport, peut ordonner l'isolement ou la mise en quarantaine de personnes « susceptibles d'être atteintes » par la maladie⁶⁷.

B. Les attributions générales du préfet de zone en matière de gestion de crise

Le territoire français est organisé en 12 zones de défense et de sécurité dont 5 zones sont situées en outre-mer. Elles constituent un découpage territorial intermédiaire entre le niveau national et le niveau régional. Toutefois, certaines zones de défense correspondent au découpage régional. L'étendue géographique des zones de défense justifie le rôle particulier attribué au préfet de zone.

L'article R 1311-2 du Code de la défense dispose que « le représentant de l'Etat dans la zone de défense est le préfet du département où se trouve le chef-lieu de celle-ci. Il porte le titre de préfet de zone ». Toutefois, le préfet de zone demeure sous l'autorité du Premier ministre et des ministres. Il est notamment responsable des mesures de défense non militaires, de sécurité civile et de gestion des crises.

§2. L'organisation générale des secours en SSE

A. Les plans ORSEC : l'organisation des secours au niveau départemental et zonal

L'article L 741-1 de code de sécurité intérieure prévoit que « l'organisation des secours revêtant une ampleur ou une nature particulière fait l'objet, dans chaque département, dans chaque zone de défense et de sécurité et en mer, d'un plan dénommé Orsec ». L'objectif des plans Orsec est l'organisation générale des secours. Il recense l'ensemble des moyens publics et privés susceptibles d'être mis en oeuvre dans la zone ou dans les départements de la zone.

Le décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005⁶⁸ relatif aux plans ORSEC prévoit que les plans ORSEC comprennent un inventaire et une analyse des risques et des effets potentiels des menaces

⁶⁷ Article L 3115-10 du Code de la santé publique.

⁶⁸ Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L 741-1 à L 741-5 du code de la sécurité intérieure.

de toute nature pour la sécurité des personnes, un dispositif opérationnel répondant à cette analyse et des modalités de préparation et d'entraînement de l'ensemble des personnes à leur mission de sécurité civile.

B. Les plans ORSEC nécessairement en liaison avec le schéma ORSAN

Les plans ORSEC s'inscrivent dans la réponse du système de santé à une situation sanitaire exceptionnelle. En effet, le schéma ORSAN est complémentaire du dispositif ORSEC. Ils s'inscrivent en lien avec chaque volet du schéma ORSAN (ORSAN BIO, ORSAN EPI-VAC, ORSAN NRC, ORSAN AMAVI, ORSAN CLIM).

Toutefois, le schéma ORSAN et le dispositif ORSEC n'ont pas le même objectif en ce que le plan ORSEC vise « à organiser la réponse intersectorielle de sécurité civile à différentes situations d'urgence, notamment en matière de secours à personnes »⁶⁹. Les mesures prises au titre du schéma ORSAN peuvent être mises en oeuvre de façon séparées ou concomitantes à la mise en oeuvre de mesures prévues par l'un des plans ORSEC.

⁶⁹ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles, DGS, 2014, n°ISBN 978-2-11-131001-8.

Chapitre 2. Une gestion reposant sur les ARS et n'incluant pas les représentants d'utilisateurs

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles repose essentiellement dans les zones de défense et les régions sur les agences régionales de santé (ARS) et les ARS de zone. Leur rôle et organisation leur permettent d'être les interlocuteurs privilégiés des territoires lors d'une SSE (SECTION 1). Toutefois, l'organisation de la gestion des SSE n'inclut pas les représentants d'utilisateurs (SECTION 2).

SECTION 1. Le rôle central des agences régionales de santé dans la gestion des SSE

§1. Les ARS et les ARS de zone : une différenciation inopérante ?

A. Des compétences partagées entre les ARS et les ARS de zone

En matière de SSE, l'article L 1431-2 du code de la santé publique dispose que les ARS « contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire »⁷⁰. Le décret n°2016-1023 en date du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé (PRS) prévoit quatre objectifs aux schémas régionaux de santé contenus dans les projets régionaux de santé (2018-2022) dont celui de « préparer le système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ». Deux niveaux de continuité dite « fonctionnelle » et « organisationnelle »⁷¹ sont mis en place dès lors qu'une situation sanitaire exceptionnelle est déclarée au sein de l'Agence régionale de santé.

L'instruction n°DGC/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 précise que « en cas de situation sanitaire exceptionnelle, la structure spécifique constituée au siège de l'ARS (...) assure les fonctions d'appui et de pilotage du secteur sanitaire ». En outre, l'ARS doit également s'assurer que les établissements de santé qui relèvent de son ressort ont un plan blanc qui intègre les orientations du schéma ORSAN⁷².

⁷⁰ Article L 1431-2 du code de la santé publique.

⁷¹ Instruction n°DGC/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013, op cit., p. 3.

⁷² *Ibid.*, p 4.

B. Le rôle complémentaire et néanmoins nécessaire de l'ARS de zone

L'instruction précitée⁷³ prévoit que lorsqu'un « évènement dépasse, par sa gravité ou son intensité, le cadre d'une seule ARS ou que les capacités de réponse du niveau régional sont insuffisantes », l'ARS de zone est alors appelée à jouer un rôle central dans la réponse des institutions à la SSE. Concernant les compétences de l'ARS de zone lorsqu'elle est activée, celle-ci est amenée à coordonner l'action des acteurs régionaux, à gérer les ressources humaines et matérielles et éventuellement coordonner les moyens déployés par l'Etat.

§2. La mise en oeuvre de protocoles de communication entre les acteurs régionaux

A. Le principe d'information réciproque : un principe permettant de coordonner l'action des acteurs régionaux

Le principe d'information réciproque signifie que lorsqu'un « évènement sanitaire présentant un risque pour la santé des populations ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public »⁷⁴ survient, l'ARS doit en avertir directement les services préfectoraux. De la même manière, le préfet informe l'ARS de tout évènement qui relève de son champ de compétences.

Ce principe signifie également que pendant la durée de la situation exceptionnelle, l'ARS et l'autorité préfectorale se tiennent informées de l'évolution de la situation. Il est également prévu que ces autorités « se concertent en vue de déterminer les actions à réaliser respectivement »⁷⁵.

B. L'établissement de protocoles de communication avec le niveau national

Afin que les ministres compétents au sein de la CIC ou le CORRUSS renforcé puissent prendre les meilleures décisions possibles, la remontée d'informations du niveau régional et du niveau local apparait indispensable.

⁷³ Instruction n°DGC/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013, p. 3.

⁷⁴ Article L 1435-1 du Code de la santé publique.

⁷⁵ Instruction n°DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, p. 3.

La remontée d'informations s'effectue par le Système d'information sanitaire des alertes et crises⁷⁶ de la DGS. Les données transmises dans le SISAC peuvent être consultées par l'ensemble des acteurs de la gestion de crise à savoir : les ARS, les ARS de zone, ou le CCS. Il est prévu que ces acteurs réalisent des synthèses de ces informations pour les transmettre à leurs partenaires respectifs. Les ARS et ARS de zone transmettront en retour « une synthèse zonale » aux préfets.

SECTION 2. La composition des cellules de décision en temps de crise : l'absence des représentants d'utilisateurs

§1. Les décideurs en temps de crise : l'absence frappante des représentants des utilisateurs

A. Des cellules de crise essentiellement composées de professionnels de gestion de crise

Les cellules de crise, qu'elles soient du ressort national, zonal ou régional, ne sont composées que par des professionnels. Au niveau national, les membres des ministères concernés par la crise composent la CIC. Le CORRUSS est quant à lui essentiellement composé de personnels issus du ministère de la santé. De la même manière, les cellules de crise du niveau régional et zonal n'intègrent pas non plus de représentants d'utilisateurs et sont essentiellement composées des professionnels travaillant pour le préfet de région ou pour les ARS.

B. Une absence des représentants d'utilisateurs particulièrement remarquée lors de la crise du Covid-19

Un article paru dans Le Monde le 6 mai 2020 faisait le constat que « les associations d'utilisateurs de la santé sont les grandes oubliées du débat sur le Covid-19 »⁷⁷. Dans cet article, le président de la conférence nationale de la santé (CNS), Emmanuel Rusch précisait que la CNS n'avait pas non plus été saisie par le ministère.

⁷⁶ Voir sur : <https://sisac.sante.gouv.fr/share/>.

⁷⁷ « Coronavirus : les associations d'utilisateurs de la santé, oubliées de la gestion de crise », Le Monde, 04/05/2020.

§2. Les conséquences de l'absence de représentants des usagers dans les cellules de crise

A. La remise en cause de la légitimité des décisions et l'absence de prise en compte des situations particulières

La gestion de crise suppose de prendre en compte l'ensemble des conséquences susceptibles de survenir. Or, la difficulté réside bel et bien dans ce diagnostic qui semble reposer sur les capacités des personnels des cellules de crise à anticiper l'ensemble des conséquences et des besoins des personnes. Si les représentants des usagers pouvaient intervenir, les anticipations de ces besoins seraient facilitées par la connaissance des associations.

B. Vers la création d'un comité de liaison avec la société ?

Le président du Conseil scientifique mis en place lors de la crise du Covid-19, Jean-François Delfraissy a demandé au gouvernement la mise en place d'un « comité de liaison avec la société »⁷⁸. Cependant, il existe déjà au niveau national une conférence nationale de la santé et au niveau régional des conférences régionales de la santé et de l'autonomie qui sont des lieux de démocratie sanitaire et permettent l'expression de l'ensemble des représentants d'usagers.

Le « Ségur de la santé », grand mouvement de concertation des acteurs de la santé lancé par le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, le 25 mai 2020 a conduit à l'élaboration d'une série de mesures visant à améliorer le fonctionnement du système de santé. Les conclusions du Ségur rendues en juillet 2020 évoquent dans la mesure 32 la volonté de « Renforcer les missions et l'indépendance des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) afin d'en faire des véritables « parlements de santé » »⁷⁹. L'inscription dans les textes relatifs à la CRSA du « principe de leur consultation aux décisions prises pendant les périodes de crises sanitaires » figure parmi les mesures retenues lors du Ségur de la santé. Toutefois, la modification législative et réglementaire du CSP est prévue pour 2021.

⁷⁸ « Coronavirus : les associations d'usagers de la santé, oubliées de la gestion de crise », Le Monde, 04/05/2020.

⁷⁹ Conclusions du Ségur de la santé, dossier de presse, juillet 2020, mesure 32, p. 43.

La gestion d'une crise sanitaire, bien que largement reposant sur le pouvoir central, zonal et régional, nécessite l'intervention de nombreux acteurs au niveau local. Les établissements publics de santé, les groupements hospitaliers de territoire mais également les collectifs de soins regroupant les professionnels de santé libéraux sont tout autant concernés par les situations sanitaires exceptionnelles. Quelles sont alors les outils juridiques prévues pour préparer ces acteurs à une SSE ?

Partie 2. ... à une gestion territoriale et locale dépourvue de structuration

La gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle suppose l'intervention des acteurs proches des territoires. Ainsi, les établissements de santé sont les premiers concernés par la survenance d'une SSE et disposent de divers outils pour gérer la SSE. La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016⁸⁰ de modernisation de notre système de santé modifie partiellement l'organisation de la gestion de crise des établissements de santé (**Titre 1**). Cependant, en ce qui concerne les professionnels de santé libéraux, leur organisation de gestion des SSE reste limitée (**Titre 2**).

⁸⁰ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO n°0022 du 27 janvier 2016.

Titre 1. Une gestion des SSE propre aux établissements de santé faisant intervenir partiellement les GHT

Lors d'une situation sanitaire exceptionnelle, les établissements de santé disposent d'un rôle différent en fonction de leur capacité matérielle et humaine. L'organisation de la gestion d'une SSE repose sur l'élaboration de plans (Chapitre 1). Toutefois, l'organisation des SSE des établissements de santé inclut encore trop peu les groupements hospitaliers de territoire (Chapitre 2).

Chapitre 1. Une organisation hiérarchisant les établissements et reposant sur l'élaboration de plans

Les établissements de santé disposent d'un rôle différent selon leur capacité matérielle et humaine et doivent adapter leur fonctionnement à la situation sanitaire exceptionnelle (SECTION 1). Leur organisation repose grandement sur l'élaboration préalable de divers plans (SECTION 2).

SECTION 1. Un rôle différent des établissements de santé en fonction de leur capacité et les conséquences d'une SSE sur leur fonctionnement

§1. Une classification des établissements de santé induisant un rôle différent

A. Des classifications reposant sur les caractéristiques des SSE

Selon l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique « les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat ». Un arrêté du 30 décembre 2005⁸¹ relatif à la liste des établissements de santé de référence (ESR) établit une liste d'établissements qui ont vocation à être des référents de zone⁸². Ainsi, en France métropolitaine, il existe neuf établissements de santé de référence - selon une liste établie en 2005 - pour les 7 zones de défense et de sécurité.

⁸¹ Arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence, JORF n°304 du 31 décembre 2005.

⁸² Voir sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/les-etablissements-de-sante-de-reference-esr>.

Toutefois, lorsque survient une situation sanitaire exceptionnelle telle que l'épidémie d'Ebola, le ministère de la santé établit une liste d'ESR qui peut être différente afin de l'adapter aux particularités de la prise en charge de la SSE⁸³. De la même manière, le gouvernement peut également établir une stratégie de gradation dans la prise en charge en établissant une liste d'établissements « de première ligne » et de « deuxième ligne » en fonction des capacités des établissements et des particularités propres à la SSE.

B. Un rôle différent accordé aux établissements de santé en fonction de leur capacité

Chaque zone comporte un établissement de santé de référence et ces établissements sont désignés en fonction de leur capacité d'accueil. Selon le site du ministère de la santé, leur rôle est de fournir « un appui technique aux ARS » ainsi que jouer « un rôle d'expertise et de coordination technique auprès des autres établissements de santé pour la gestion des SSE »⁸⁴. Quant aux établissements de « première ligne » et de « deuxième ligne », ils visent à « structurer la filière de prise en charge des patients »⁸⁵.

§2. Une classification ancienne ne prenant pas en compte les inégalités territoriales de santé

A. Une classification des établissements ancienne élaborée au niveau national

La classification des établissements de santé en ESR est élaborée au niveau national en prenant en compte les capacités de réponse de ces établissements en ce qu'ils disposent de moyens techniques et humains plus importants ou plus qualifiés. De plus, les ESR sont désignés par arrêté en date de 2005 alors que de multiples changements ont eu lieu depuis cet arrêté notamment la création des ARS par loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST et des GHT par la loi du 26 janvier 2016.

⁸³ Liste des établissements de santé de référence habilités pour la prise en charge des patients cas possibles ou confirmés de maladie à virus EBOLA, 25 septembre 2014.

⁸⁴ Voir sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/les-etablissements-de-sante-de-reference-esr>.

⁸⁵ Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, p. 24-25.

B. L'absence de prise en compte des inégalités territoriales de santé

La classification des ESR mais également des établissements de « première ligne » et de « deuxième ligne » ne prend pas en compte les indicateurs de santé des territoires, ni les inégalités de santé entre les territoires. Or, comme l'a révélé l'épidémie de Covid-19, certaines maladies infectieuses touchent davantage certaines populations concentrées dans certains territoires. C'est pourquoi, certains territoires, au regard de leurs indicateurs de santé, gagneraient à être mieux préparés, ou en tout cas, mieux dotés en ressources matérielles et humaines.

SECTION 2. Les plans des établissements de santé visant à la préparation d'une SSE

§1. Une obligation légale nécessitant une élaboration préalable

A. Une obligation légale des établissements de santé

L'article L 3131-7 du CSP dispose que « chaque établissement de santé est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en oeuvre en cas d'évènement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature de l'évènement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale »⁸⁶.

Ainsi, les établissements de santé doivent mettre en place un plan blanc, l'évaluer et le réviser chaque année. Le Code de la santé publique prévoit également que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclut entre l'ARS et l'établissement de santé prenne en compte les objectifs et les moyens du plan blanc de l'établissement⁸⁷.

B. Une élaboration tenant compte des objectifs fixés par les ARS dans le plan ORSAN

Le guide élaboré par le ministère de la santé et des solidarités en 2019, intitulé Guide de gestion des situations sanitaires exceptionnelles prévoit que le plan de tensions hospitalières et des SSE doit

⁸⁶ Article L 3131-7 du Code de la santé publique.

⁸⁷ Article R 3131-5 du Code de la santé publique.

tenir compte des « objectifs fixés par l'ARS dans une logique de contrat opérationnel »⁸⁸. A défaut, pour l'établissement de santé de pouvoir répondre aux objectifs fixés par l'ARS en terme de capacité de prise en charge, l'ARS pourra établir un programme d'actions afin que l'établissement parvienne aux objectifs préalablement fixés⁸⁹. Par ailleurs, des capacités minimales sont attendues pour tout établissement de santé.

§2. Un plan gradué et déclenché en fonction de la situation

A. Deux niveaux d'action correspondant à la gravité de la situation

Les deux niveaux du plan correspondent à une montée en puissance de la réponse proposée par l'établissement. Le niveau 1 du plan constitue « le plan de mobilisation interne ». Ce niveau correspond à « une situation de tension ou de risques avérés ne mettant pas à court terme l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant mais nécessitant toutefois la mise en oeuvre de mesure d'adaptation partielle de l'offre de soins »⁹⁰.

Le second niveau correspond au « plan blanc » pour « les situations exceptionnelles ayant un impact potentiellement majeur sur l'organisation hospitalière et nécessitant la mobilisation de tout ou partie de l'établissement »⁹¹. Prévoir un plan d'actions gradué permet à l'établissement de santé de préparer une réponse adaptée à chaque éventualité. Toutefois, les adaptations reposent essentiellement sur la capacité de résilience des organisations.

B. L'obligation d'activer le plan tout en choisissant le niveau adapté

Le guide du ministère prévoit que « lorsque les mesures de gestion courante ne permettent pas de faire face à la situation » et qu'il n'y a pas besoin de « recourir à une mobilisation exceptionnelle de moyens humains et logistiques » seul le niveau 1 peut être déclenché. *A contrario*, le niveau 2 « doit » être activé « lors de la survenue d'une situation ayant un impact potentiellement majeur sur

⁸⁸ Ministère des solidarités et de la santé, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, 2019, p. 24.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 39.

⁹⁰ *Ibid.*, p 28.

⁹¹ *Ibid.*, p 28

l'offre de soins hospitalière ». Le directeur de l'établissement doit déclencher le bon niveau de réponse en prenant en compte « la nature de l'évènement, de sa cinétique et du contexte dans lequel il s'inscrit ». Cette obligation repose donc sur la capacité du directeur de l'établissement d'identifier une situation sanitaire qui pourrait se transformer en crise.

Chapitre 2. Une gestion des situations sanitaires exceptionnelles n'incluant pas encore suffisamment les groupements hospitaliers de territoire

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) représentent une nouvelle modalité de coordination des établissements de santé. La gestion des situations sanitaires exceptionnelles au niveau des GHT soulève de nombreux enjeux (SECTION 1). Toutefois, plusieurs limites apparaissent afin d'assurer une gestion des SSE au niveau des GHT (SECTION 2).

SECTION 1. Les enjeux d'une gestion des SSE au niveau des GHT et leur mise en oeuvre au sein des projets médicaux partagés

§1. Les enjeux d'une réponse aux SSE au niveau des GHT

A. L'obligation pour les établissements publics de santé d'adhérer à un GHT

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précitée⁹² rend obligatoire l'adhésion des établissements publics de santé à un groupement hospitalier de territoire (GHT). L'article 107 de la loi prévoit que le GHT⁹³ « a pour objet de permettre aux établissements de mettre en oeuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ».

B. L'intérêt d'une réponse aux SSE au niveau des groupements hospitaliers de territoire

La réponse aux SSE au niveau des GHT apparaît pertinente au regard de plusieurs enjeux. En effet, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précitée met en place des mutualisations au sein des GHT. Ainsi, il existe des fonctions dévolues à l'établissement support, des fonctions organisées en commun et des fonctions mutualisées facultatives⁹⁴.

⁹² Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO. n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1.

⁹³ *Ibid.*, article 107.

⁹⁴ MOQUET-ANGER M-L., Droit hospitalier, 5^{ème} édition, LGDJ Lextenso, 2018, p 142.

Les fonctions dévolues à l'établissement support sont les achats hospitaliers, la gestion d'un département de l'information médicale (DIM), le déploiement d'un système d'information hospitalier (SIH), la coordination des instituts et écoles de formations paramédicales et les plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC). Les fonctions organisées en commun sont les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle ainsi que la biologie médicale et la pharmacie⁹⁵. Les mutualisations facultatives sont possibles à l'instar des activités administratives, logistiques et techniques. En SSE, ces fonctions apparaissent indispensables et supposent donc du GHT une organisation préalable.

§2. La réponse aux SSE prévue dans le projet médical partagé

A. La réponse aux SSE obligatoirement prévue dans le projet médical partagé

Le projet médical partagé doit contenir une réponse aux situations sanitaires exceptionnelles commune à l'ensemble des membres du groupement hospitalier de territoire. Le projet médical partagé (PMP) précise la stratégie médicale du GHT. Ainsi, le décret n°2016-524 du 27 avril 2017 relatif aux GHT prévoit à l'article R. 6132-3-1 que « le projet médical partagé définit la stratégie médicale du GHT. Il comprend notamment : (...) l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ». Par ailleurs, chaque établissement membre d'un groupement doit s'assurer de la conformité de son projet médical à celui de son GHT⁹⁶. Dès lors, la gestion d'une SSE au niveau de l'établissement dépendra également de celle prévue au niveau du GHT.

B. Des approfondissements attendus en terme de réponse aux SSE des GHT

Ainsi, chaque GHT doit élaborer un projet médical partagé dans lequel l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles doit être prévue. Cependant, l'instruction du 6 novembre 2017 relative à l'appel à projets pour la mise en oeuvre des PMP des GHT prévoit que les PMP doivent « définir des cibles organisationnelles sur la prise en charge des urgences et des soins non programmés ainsi que sur l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles »⁹⁷.

⁹⁵ MOQUET-ANGER M-L., Droit hospitalier, 5^{ème} édition, LGDJ Lextenso, 2018, p 142.

⁹⁶ Article R 6132-4 du décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

⁹⁷ Instruction n°DGOS/GHT/2017/310 du 6 novembre 2017 relative à l'appel à projets pour la mise en oeuvre des projets médico-soignants partagés des GHT.

Cette instruction montre la volonté des pouvoirs publics d'approfondir la réponse aux SSE au sein des GHT et que celle-ci, fin 2017 n'était pas encore optimale.

SECTION 2. Les limites à dépasser pour renforcer la gestion des SSE au niveau des GHT

§1. Des contraintes géographiques et juridiques pouvant entraver l'action des groupements

A. Un regroupement à l'initiative des acteurs

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé rend obligatoire l'adhésion à un groupement hospitalier de territoire pour tout établissement public de santé. Ainsi, le bilan d'étape des GHT de l'IGAS, publié en décembre 2019, fait état de 136 GHT en 2019⁹⁸.

Par ailleurs, le rapport précité mentionne également « une grande hétérogénéité de périmètres », certains GHT suivant les contours départementaux. Le fait que certains GHT ne suivent pas les contours départementaux peut « complexifier la relation avec d'autres acteurs impliqués dans la gestion d'une SSE »⁹⁹ tels que les SAMU départementaux et les préfetures qui ne seraient pas les mêmes d'un établissement à l'autre. En 2019, selon le rapport de l'IGAS précité, « près de 40% des GHT ont un périmètre infra départemental, 30 % un périmètre départemental, 30% un périmètre supra départemental »¹⁰⁰.

B. Des difficultés reposant dans l'absence de personnalité juridique des GHT

L'absence de personnalité juridique accordée au GHT peut également constituer un frein à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle. Ainsi, le directeur de l'établissement support n'est pas légalement responsable de la gestion des SSE au sein du GHT. Chaque directeur des établissements parties reste responsable de la mise en place d'une réponse à la SSE et de la mise en oeuvre des différents plans. De fait, accorder la personnalité juridique au GHT pourrait permettre d'améliorer la gestion des situations sanitaires exceptionnelles au niveau des groupements.

⁹⁸ DAGORN D., GIORGI D., MEUNIER A., rapport n°2019-O34R, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) », décembre 2019, p 15.

⁹⁹ « Conceptualiser la gestion d'une SSE dans le cadre d'un GHT », module de l'EHESP, 2018.

¹⁰⁰ DAGORN D., GIORGI D., MEUNIER A., *op cit.*, p. 19.

§2. Des difficultés induites par l'absence de certains acteurs au sein du GHT

A. L'absence de certains établissements de santé

Seuls les établissements publics de santé et les structures publiques d'hospitalisation à domicile (HAD) doivent être parties à un GHT¹⁰¹. L'obligation légale exclut par conséquent les établissements publics de santé mentale, les établissements publics médico-sociaux, les établissements de santé privés et les hôpitaux des armées. Ces derniers peuvent être de façon facultative parties, associés ou partenaires¹⁰². De fait, l'exclusion de certains établissements au GHT diminue la pertinence d'une réponse au SSE à ce niveau. Pour que ce niveau de réponse soit pertinent, l'ensemble des acteurs de santé, du médico-social et de la psychiatrie devraient être inclus.

B. L'absence des professionnels de santé libéraux

Les professionnels libéraux, qui constituent une ressource non négligeable en situation sanitaire exceptionnelle, ne sont pas inclus dans les GHT. Ces derniers regroupent aussi bien les professions médicales¹⁰³ que les professions d'auxiliaires médicaux¹⁰⁴. Ainsi, les professionnels de santé libéraux qu'ils exercent au sein d'un collectif de soins ou seuls, ne sont pas forcément liés à un GHT.

Bien que certaines communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) puissent être partenaires d'un établissement public de santé, le partenariat de ces nouvelles formes d'organisation des professions libérales avec un GHT pourrait devenir un enjeu majeur en terme de réponse territoriale à une situation sanitaire exceptionnelle.

¹⁰¹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO. n°0022 du 27 janvier 2016, *op. cit.*

¹⁰² IGAS, rapport n°2019-O34R, *op cit.*, p. 20.

¹⁰³ Article L 4111-1 à L 4163-10 du Code de la santé publique.

¹⁰⁴ Article L 4311-1 à L 4394-3 du Code de la santé publique.

Titre 2. L'absence d'organisation de gestion des SSE par les professionnels de santé libéraux

La gestion des SSE par les collectifs de soins soulève de nombreux enjeux en terme de santé publique et de réponse locale et territoriale à une SSE (Chapitre 1). Néanmoins, le développement des liens entre les collectifs de soins libéraux, les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé publics demeurent indispensables en SSE (Chapitre 2).

Chapitre 1. Les enjeux de la gestion des SSE par les collectifs de soins

La préparation d'une gestion des SSE par les collectifs de soins demeure indispensable au regard des enjeux qu'elle soulève (SECTION 1).

SECTION 1. Les enjeux liés à la gestion des SSE par les collectifs de soins

§1. Améliorer la gestion des SSE grâce aux collectifs de soins et aux plateformes territoriales d'appui

A. Préparer les collectifs de soins à la gestion des SSE

Les collectifs de soins permettent à plusieurs professionnels de santé d'exercer au sein de la même structure. Intégrer une préparation à la gestion des SSE pourrait permettre d'améliorer la réponse globale des acteurs de santé. Le Code de la santé publique dispose que « la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens ». Ils assurent des « activités de soins sans hébergement de premier recours et de second recours mais ils peuvent également participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre d'un projet de santé »¹⁰⁵.

De plus, l'exercice coordonné peut également s'effectuer au sein d'une équipe de soins primaires (ESP), d'un centre de santé ou des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). La CPTS exerce sur un territoire plus étendu et elle est constituée par l'ensemble des acteurs de santé (établissements de santé, professionnels de santé, etc.). Toutefois, les projets de santé que doivent

¹⁰⁵ Article L 6323-3 du Code de la santé publique.

élaborer les acteurs participants à une MSP ou à une CPTS ne sont pas nécessairement porteurs d'un projet de gestion des SSE. En effet, la législation ne l'impose pas. Cela pourrait constituer une opportunité pour l'organisation de la gestion d'une SSE sur les territoires.

B. Coordonner l'action des professionnels de santé grâce aux plateformes territoriales d'appui

Afin de coordonner les actions des professionnels de santé libéraux, le législateur a créé les plateformes territoriales d'appui (PTA). Le Code de la santé publique dispose que « pour mettre en oeuvre les fonctions d'appui, l'agence régionale de santé peut constituer une ou plusieurs plateformes territoriales d'appui (PTA), sur la base des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux »¹⁰⁶.

Le rôle des PTA est notamment d'informer et d'orienter les professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire. En cas de gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle et notamment d'une épidémie, les PTA peuvent devenir un lieu de ressources d'informations et d'orientations pour les professionnels de santé. Les PTA pourraient également avoir un rôle de coordination des professionnels et des différents acteurs du système de santé, comme par exemple, les établissements de santé.

§2. Renforcer le nombre de collectifs de soins et améliorer la préparation des professionnels

A. Renforcer le nombre de collectifs de soins

Les différentes structures permettant l'exercice coordonné des professionnels de santé permettent d'adapter la réponse des professionnels de santé à la situation sanitaire exceptionnelle, qui peut toucher un territoire plus ou moins durement. Cette possibilité fait des structures de coordination - PTA, CPTS, MSP - des enjeux majeurs pour la gestion des SSE. En effet, la coordination des professionnels en temps de crise constitue un enjeu majeur pour répondre aux besoins exceptionnels de la population. Les relations entre professionnels étant déjà établies, ces derniers peuvent s'associer pour établir une réponse pertinente aux besoins exceptionnels.

¹⁰⁶ Article D 6327-3 du Code de la santé publique.

B. Former et préparer les professionnels à la gestion des SSE

Les projets de santé élaborés par les professionnels de santé peuvent contenir une partie sur la gestion des SSE notamment dans les modules optionnels. Cette préparation des professionnels peut également conduire à ce qu'ils envisagent des formations sur la gestion des SSE ou qu'ils envisagent davantage la coopération avec un établissement de santé afin de rendre plus efficace la gestion de la SSE. Toutefois, la préparation des professionnels de santé exerçant en ville repose essentiellement aujourd'hui sur leur volonté, la loi ne prévoyant aucune obligation légale sur ce sujet.

SECTION 2. Les limites à la gestion des SSE par les collectifs de soins

§1. Les limites à la constitution d'un collectif de soins : le financement et la volonté des libéraux de se regrouper

A. L'absence de financement prévu pour la gestion des SSE

Bien que figurant parmi les objectifs du plan Ma Santé 2022¹⁰⁷, les collectifs de soins font encore l'objet de réticences de la part des professionnels de santé. En effet, un collectif de soins - une CPTS, MSP ou réseaux de santé - nécessite un financement commun pour le fonctionnement de l'ensemble de la structure.

Ces financements proviennent de l'assurance maladie ou des agences régionales de santé notamment par l'intermédiaire du fond d'intervention régional (FIR). L'information des professionnels de santé et la communication sur l'ensemble de ces financements sont réalisées par les agences régionales de santé.

B. Des collectifs de soins reposant sur la volonté des professionnels

En l'absence de toute obligation légale d'adhérer à un collectif de soins, cette adhésion repose essentiellement sur la volonté des professionnels mais également sur la facilité ou non du dispositif

¹⁰⁷ Ma Santé 2022, Un engagement collectif, Dossier de presse, 18 septembre 2018, 52 p.

à mettre en oeuvre. Ainsi, la création d'une CPTS repose sur la volonté des professionnels de santé de s'associer. Le cadre juridique est souple et permet l'attractivité de cette forme d'exercice.

§2. L'absence de liens conventionnels avec les établissements de santé

A. Envisager la création d'un plan blanc ambulatoire

À la suite de la crise de la Covid-19 en 2020, un retour d'expérience¹⁰⁸ sur les communautés professionnelles territoriales de santé a été réalisé par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Ce retour d'expérience a donné lieu à une proposition de mesures parmi lesquelles la création d'un « plan blanc ambulatoire ». Celui-ci serait préparé et déployé par les CPTS sur déclenchement du ministère des Solidarités et de la Santé ou des ARS. Par ailleurs, dans le cadre de ce retour d'expérience, la DGOS propose également de mettre en place une cellule de crise par département incluant les CPTS et par territoire ainsi que la prévision d'un budget consacré à la gestion de crise pour les CPTS.

B. Vers une obligation de lien entre établissements de santé et CPTS ?

Pour les professionnels de santé libéraux, il n'existe pas d'obligation d'appartenir à un collectif de soins. Toutefois, l'obligation légale pour une CPTS de créer un lien conventionnel avec un établissement de santé pourrait devenir réalité. En effet, ce lien conventionnel permettrait d'organiser les relations entre la CPTS et l'établissement de santé et ainsi prévoir les modalités de communication, d'information et les coopérations possibles. Cependant, cette obligation légale pourrait également alourdir le charge administrative des professionnels de la structure et ne pas inciter les professionnels à créer un tel type de structure.

¹⁰⁸ « La souplesse a fait la force des CPTS durant la crise du Covid-19 », 20/07/2020, Hospimedia

Chapitre 2. L'amélioration indispensable de la coopération ville - hôpital en matière de SSE

La coordination des structures de santé lors d'une SSE demeure un enjeu indispensable pour améliorer la gestion des SSE (SECTION 1). Plus largement, la coordination de tous les acteurs de santé demeure indispensable lors d'une SSE et relève d'une mission des ARS (SECTION 2).

SECTION 1. Assurer la coordination des structures de santé pour améliorer la gestion des SSE

§1. Les outils de la coopération ville - hôpital à renforcer en matière de SSE

A. Les enjeux d'une coopération entre la ville et l'hôpital lors d'une SSE

La coopération entre les professionnels de santé libéraux et plus particulièrement les médecins - qu'ils soient spécialistes ou généralistes - avec les établissements de santé demeure indispensable. En effet, cette coopération peut permettre d'éviter les ruptures de parcours pour les patients mais également d'assurer l'égalité d'accès aux soins des personnes notamment lors d'une situation sanitaire exceptionnelle. Ces professionnels peuvent être une ressource humaine importante et doivent pouvoir être mobilisés rapidement lorsque survient une situation sanitaire exceptionnelle. En outre, assurer le décloisonnement des structures - établissements de santé, médecine de ville, établissements médico-sociaux - semble indispensable pour certains acteurs, notamment l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) Provence-Alpes-Côte d'Azur¹⁰⁹.

B. L'existence d'outils de coopération, adaptables à la gestion des SSE

Dans un rapport publié en 2018 et intitulé « Renforcer le lien ville - hôpital »¹¹⁰, la fédération hospitalière de France (FHF) fait plusieurs propositions qui semblent également indispensables pour assurer une bonne gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Ainsi, la FHF propose de simplifier les échanges avec l'hôpital pour les libéraux, notamment avec une personne identifiée comme leur interlocuteur institutionnel (proposition n°3 de l'axe 1). De plus, la FHF propose

¹⁰⁹ Livre blanc publié par l'URPS Paca à la suite de la crise de la Covid-19.

¹¹⁰ Fédération Hospitalière de France, rapport « Renforcer le lien ville - hôpital », 2018.

également de mettre à profit le foncier hospitalier pour les collectifs de soins (MSP, centres de santé).

§2. Des liens indispensables afin d'améliorer la gestion des SSE

A. Une coopération permettant une organisation préalable

La coopération entre les professionnels de santé libéraux, qu'ils exercent dans un collectif de soins ou non, avec les établissements de santé peut permettre d'assurer une organisation, de prévoir dans le cadre d'un plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles, une organisation adaptée. Ce plan pourrait être déclenché par les ARS ou par les acteurs eux-mêmes lorsqu'ils le considèrent nécessaire. De même, la création d'un plan blanc ambulatoire pourrait faciliter la rencontre des professionnels de santé afin de prévoir ensemble l'organisation des acteurs dans le cadre d'une SSE.

B. La création indispensable d'outils de communication en matière de SSE

La création d'outils de communication entre les établissements de santé et la médecine de ville semble également indispensable. Il s'agit notamment d'un système d'information interopérable qui permettrait aux médecins hospitaliers d'échanger avec d'autres professionnels de santé rapidement. De plus, la communication des professionnels pourrait également se faire par l'intermédiaire des URPS ou d'un interlocuteur dont le rôle serait d'assurer la coordination des actions des professionnels.

SECTION 2. Les enjeux d'une coopération entre les acteurs et leurs liens avec les ARS

§1. L'indispensable coordination des acteurs de la ville pour assurer la fluidité des parcours

A. La coordination indispensable de la médecine de ville lors d'une SSE

La médecine de ville doit pouvoir se coordonner sur le territoire. La territorialisation de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles nécessite que l'ensemble des acteurs se coordonnent. Afin d'assurer cette coordination entre la médecine de ville, plusieurs acteurs peuvent être mobilisés. Ainsi, les URPS peuvent participer à la coordination des acteurs en assurant par exemple une

permanence téléphonique permettant de répondre à l'ensemble des questions des professionnels. De même, les plateformes territoriales d'appuis peuvent également être mobilisées lors d'une SSE.

B. Le recensement des professionnels de santé libéraux lors d'une SSE

L'ensemble des professionnels libéraux doit pouvoir être mobilisé lors d'une situation sanitaire exceptionnelle. Dès lors, une liste exhaustive de l'ensemble des médecins généralistes sur un territoire doit être disponible pour les établissements de santé et les professionnels libéraux. De même, une liste des professionnels de santé pourrait également être utile en cas de SSE et notamment des infirmiers ou aides-soignants. Ces listes devraient pouvoir être actualisées de façon annuelle et gérées par les ARS.

§2. Assurer la liaison des ARS avec les professionnels libéraux

A. Un lien nécessaire à la coordination des acteurs sur le territoire

Assurer la liaison des ARS avec l'ensemble des professionnels libéraux apparaît également nécessaire. En effet, ces professionnels ne disposent pas encore d'un interlocuteur direct dans les agences régionales de santé, ce qui peut entraver l'action des professionnels et la réponse territoriale à la SSE.

B. Les outils pour assurer cette liaison entre professionnels libéraux et ARS

Pour assurer cette liaison fonctionnelle entre les agences régionales de santé et les professionnels libéraux, la fonction d'interlocuteur permanent pourrait être créée dans chaque territoire de santé défini par les ARS. Ainsi, un interlocuteur pourrait avoir un rôle en situation normale d'accompagnement des professionnels dans la mise en place d'actions de coordination et pourrait également aider à l'organisation et à la préparation d'un plan blanc ambulatoire. En situation exceptionnelle, il pourrait établir un lien direct entre les professionnels de son territoire et l'ARS.

La gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle en France fait donc appel à de multiples acteurs. Le niveau central reste celui qui est le plus structuré au niveau juridique. Les modalités de coordination des différents niveaux - central, zonal, régional - sont prévues dans des instructions ministérielles. Toutefois, bien que les établissements publics de santé bénéficient également d'un cadre juridique des SSE relativement structuré, les modalités de leur coordination avec les autres acteurs de la santé, et notamment les professionnels de santé libéraux sont encore peu développées. Enfin, l'organisation des collectifs de soins pour faire face aux SSE reste très limitée et mériterait largement une préparation des professionnels, en dehors du développement professionnel continu.

La crise sanitaire due au Covid-19 qui a commencé en mars 2020 aura peut-être pour effet une nouvelle législation visant à l'organisation des SSE au niveau local. Pour faire face aux éventuelles crises sanitaires qui interviendront dans les prochaines années, cette législation paraîtrait opportune.

Bibliographie

1. Ouvrages généraux

- BECK U., La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité, Paris, Aubier, 2001.
- CORNU G., Vocabulaire juridique, PUF coll. Quadrige, 8e éd, 2007, 1152 p.
- Dictionnaire de l'Académie française (en ligne : <http://www.academie-francaise.fr/le-dictionnaire/la-9e-edition>)
- LAHELLEC C., Risques et crises alimentaires, Lavoisier, 474 p.
- LASCOUMES P., *et al.*, Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique, Seuil, 2001, 368 p.
- MOQUET-ANGER M-L., Droit hospitalier, 5 ème éd, LGDJ Lextenso, 2018, 576 p.
- RAIMONDEAU J., L'épreuve de santé publique, Presse de l'EHESP, 3e éd, 2018, 250 p.
- TABUTEAU D., Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé, Odile Jacob, 2013, 304 p.

2. Ouvrages spéciaux

— Guides et plans

- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles, 2014, 75 p.
- Ministère des solidarités et de la santé, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, 2019, 219 p.
- Ministère des solidarités et de la santé, Guide méthodologique, « préparation au risque épidémique Covid-19 », 2020, 37 p.
- Ministère des solidarités et de la santé, Guide méthodologique, « préparation à la phase épidémique de Covid-19 », 2020, 47 p.
- Ministère des solidarités et de la santé, Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale », n°850/SGDSN/PSE/PSN 2011, 77 p.
- Ministère des solidarités et de la santé, Plan national de prévention et de lutte « maladie à virus ebola », n°600/SGDSN/PSE/PSN 2014, 61 p.

— Livre blanc

- Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale, 2008, 341 p.

— Modules de l'EHESP

- VAN DER LINDE, *et al*, « Conceptualiser la gestion d'une SSE dans le cadre d'un GHT », 2018, 31 p.

3. Textes officiels

— Textes à valeur constitutionnelle

- Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789.
- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.
- Constitution du 4 octobre 1958.

— Lois

- Loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, JORF n°55 du 6 mars 2007 page 4224, texte n°8.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, J.O. n°0167, du 22 juillet 2009.
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO. n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1.
- Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, JORF n°0072 du 24 mars 2020.

— Décrets

- Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L 741-1 à L 741-5 du code de la sécurité intérieure.

- Décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgences médico-psychologiques pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

— Arrêté

- Arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence, JORF n°304 du 31 décembre 2005.

— Circulaires

- Lettre-circulaire n°DGS/DUS/2007/354 du 21 septembre 2007 relative au dispositif centralisé de réception et de gestion des alertes par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports : centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS).
- Circulaire relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures, n°5567/SG, 02 janvier 2012.
- Circulaire interministérielle n°DGS/DUS/DGSCGC/2013/374 du 26 septembre 2013 relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires.

— Instructions

- Instruction n°DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- Instruction n°2014-153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- Instruction n°DGOS/GHT/2017/310 du 6 novembre 2017 relative à l'appel à projets pour la mise en oeuvre des projets médico-soignants partagés des GHT.

4. Articles de revues juridiques

- FESSLER J.M., « La gestion de crise », Gestions hospitalières, n°439, octobre 2004, p. 620

- BOURDON P., « La gestion des crises sanitaires et des catastrophes environnementales », Santé et environnement, RDSS 2019.
- « La souplesse a fait la force des CPTS durant la crise du Covid-19 », Hospimedia, 20/07/2020.

5. Rapports

— Rapports Sénat

- JEGOU J.-J., rapport d'information au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur la gestion par l'EPRUS des stocks de produits de santé constitués en cas d'attaque terroriste ou de pandémie, n°388, 2008, 89 p.
- KELLER F., rapport fait au nom de la Délégation sénatoriale à la prospective, « Les nouvelles menaces des maladies infectieuses émergentes », 5 juillet 2012, 232 p.
- LETARD V., FLANDRE H., LEPELTIER S., « La France et les Français face à la canicule : les leçons d'une crise », 391 p.
- MAUREY H. et LONGEOT J.F., rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par le groupe de travail sur les déserts médicaux, janvier 2020, 85 p.
- MAUREY H., rapport n°480 fait au nom de la commission d'enquête chargée d'évaluer l'intervention des services de l'État dans la gestion des conséquences environnementales, sanitaires et économiques de l'incendie de l'usine Lubrizol à Rouen, 2 juin 2020, 297 p.
- MILON A., rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'étude de la Cour des comptes relative à l'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale A, 2011, 67 p.

— Rapports Assemblée nationale

- GIRARD J.F., rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France, 2006, 110 p.
- VERAN O., « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte : essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public », décembre 2013, 28 p.

— Rapports IGAS

- DAGORN D., GIORGI D., MEUNIER A., rapport n°2019-O34R, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) », décembre 2019, 129 p.

— Rapport FHF

- Fédération Hospitalière de France (FHF), rapport « Renforcer le lien ville - hôpital », 2018, 34 p.

6. Dossier et articles de presse

- Ma Santé 2022, Un engagement collectif, Dossier de presse, 18 septembre 2018, 52 p.
- Ségur de la santé, Dossier de presse, juillet 2020, 125 p.
- « Etats-Unis : avec sa gestion de la crise sanitaire, « Donald Trump est maintenant en difficulté chez les plus de 65 ans », Le Monde, 01/07/2020.
- « Coronavirus. Le gouvernement fait évoluer son dispositif de gestion de crise », Ouest-France, 19/05/2020.
- « Coronavirus : les associations d'usagers de la santé, oubliées de la gestion de crise », Le Monde, 04/05/2020.
- « Qu'est-ce qu'une « crise » ? », Ousama Bouiss, 14/04/2020, The Conversation.

7. Sitographie

- Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
- Fédération Hospitalière de France : <https://www.fhf.fr/> (consulté en mai 2020).
- Hospimedia : <https://www.hospimedia.fr/> (consulté en mai 2020).
- Service public : service-public.fr (consulté en mai 2020).

Table des abréviations	5
Sommaire	7
Introduction	9
<u>Partie 1.</u>	
D'une gestion des SSE au niveau central et régional structurée	17
Titre I. —	
Un cadre national organisé autour de cellules de crise et impliquant de nombreux acteurs	18
<i>Chapitre 1. Une organisation gouvernementale structurée autour de cellules de crise</i>	18
SECTION 1. La cellule interministérielle de crise : une organisation indispensable	18
§1. Une cellule permettant la coordination du gouvernement et des cellules régionales	18
A. Une coordination gouvernementale nécessitée par une crise majeure	18
B. Une cellule nécessaire pour assurer une cohérence sur le territoire national	19
§2. Une efficacité reposant sur les capacités d'anticipation et de réactivité de ses membres	20
A. L'anticipation des conséquences de la crise : une fonction essentielle	20
B. Le traitement des informations et la réactivité des décideurs : deux fonctions déterminantes	20
SECTION 2. L'organisation gouvernementale propre aux SSE : le centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales et le centre de crise sanitaire	21
§1. LE CORRUSS : un centre opérationnel de gestion des alertes sanitaires permanent et nécessaire	21
A. Un centre de gestion des alertes sanitaires national indispensable	21
B. L'interlocuteur privilégié des instances régionales de gestion de crise	22
§2. Le centre de crise sanitaire : un centre exceptionnel mis en place en cas de crise majeure	22
A. Une activation exceptionnelle visant à coordonner l'action gouvernementale ...	22
B. ...suscitant des difficultés dans l'organisation des cellules de crise existantes	23

<i>Chapitre 2. Une multitude d’instances nationales compétentes en matière de SSE</i>	25
SECTION 1. Une gestion des SSE en difficulté de par la pluralité d’instances compétentes	25
§1. La pluralité des instances compétentes en matière de gestion des SSE, un frein à l’efficacité	25
A. De nombreuses agences compétentes conduisant à une perte d’efficacité	25
B. La complexité induite par la diversité des ministères compétents en matière de sécurité sanitaire	26
§2. Des outils de planification au niveau national méritant d’être étoffés	26
A. Des plans nationales peu nombreux participant à la préparation des SSE	26
B. Une absence de plans nationaux pour les scénarios catastrophes	27
SECTION 2. Une organisation de gestion de crise en constante mutation	28
§1. La suppression de l’établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires	28
A. Un établissement aux fonctions indispensables pour la gestion des crises	28
B. La disparition de l’EPRUS et l’attribution de ses fonctions à une autre agence	28
§2. Une réussite de la gestion de crise reposant largement sur la communication	29
A. De la difficulté des pouvoirs publics à communiquer en temps de crise	29
B. Une communication de crise devant viser l’ensemble de la population	29
Titre II. —	
Un cadre zonal et régional planifié, reposant majoritairement sur les ARS et les préfets	32
<i>Chapitre 1. Une organisation planifiée reposant sur l’élargissement des pouvoirs des préfets</i>	32
SECTION 1. La planification, une aide à la décision en temps de situation sanitaire exceptionnelle	32
§1. Un plan adapté aux particularités des régions et établi en lien avec le plan ORSEC	32
A. Un dispositif établi sur la base de l’analyse territoriale des risques	32
B. Un plan régional permettant le recensement des ressources matérielles et humaines	33

§2. Un dispositif complété par les plans de renfort	34
A. Un schéma complété par le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires	34
B. Un schéma complété par le plan blanc élargi	34
 SECTION 2. Une planification complétée par l'élargissement des pouvoirs des préfets et en lien avec le plan ORSEC	 35
 §1. L'élargissement des pouvoirs du préfet en SSE	 35
A. Les pouvoirs de police du préfet adaptés à la SSE	35
B. Les attributions générales du préfet de zone en matière de gestion de crise	36
 §2. L'organisation générale des secours en SSE	 36
A. Les plans ORSEC : l'organisation des secours au niveau départemental et zonal	36
B. Les plans ORSEC nécessairement en liaison avec le schéma ORSAN	37

Chapitre 2. Une gestion reposant sur les ARS et critiquée pour l'absence de représentation des usagers

SECTION 1. Le rôle central des agences régionales de santé dans la gestion des SSE	39
 §1. Les ARS et les ARS de zone : une différenciation inopérante ?	 39
A. Des compétences partagées entre les ARS et les ARS de zone	39
B. Le rôle complémentaire et néanmoins nécessaire de l'ARS de zone	40
 §2. La mise en oeuvre de protocoles de communication entre les acteurs régionaux	 40
A. Le principe d'information réciproque : un principe permettant de coordonner l'action des acteurs régionaux	40
B. L'établissement de protocoles de communication avec le niveau national	40

SECTION 2. La composition des cellules de décision en temps de crise : l'absence des représentants d'usagers	41
§1. Les décideurs en temps de crise : l'absence frappante des représentants des usagers	41
A. Des cellules de crise essentiellement composées de professionnels de gestion de crise	41
B. Une absence des représentants d'usagers particulièrement remarquée lors de la crise du Covid-19	41
§2. Les conséquences de l'absence de représentants des usagers dans les cellules de crise	42
A. La remise en cause de la légitimité des décisions et l'absence de prise en compte des situations particulières	42
B. Vers la création d'un comité de liaison avec la société ?	42

Partie 2.

... à une gestion territoriale et locale dépourvue de structuration

Titre I. Une gestion propre aux établissements de santé faisant intervenir partiellement les GHT	46
<i>Chapitre 1.</i> Une organisation hiérarchisée reposant sur la planification de la gestion des SSE	46
SECTION 1. Un rôle différent des établissements de santé en fonction de leur capacité et les conséquences d'une SSE sur leur fonctionnement	46
§1. Une classification des établissements de santé induisant un rôle différent	46
A. Des classifications reposant sur les caractéristiques des SSE	46
B. Un rôle différent accordé aux établissements en fonction de leur capacité	47
§2. Une classification ancienne ne prenant pas en compte les inégalités territoriales de santé	47
A. Une classification ancienne des établissements de santé élaborée au niveau national	47
B. L'absence de prise en compte des inégalités territoriales de santé	48

SECTION 2. Les plans des établissements de santé visant à la préparation d'une SSE	48
§1. Une obligation légale nécessitant une élaboration préalable	48
A. Une obligation légale des établissements de santé	48
B. Une élaboration tenant compte des objectifs fixés par les ARS dans le plan ORSAN	48
§2. Un plan gradué et déclenché en fonction de la situation	49
A. Deux niveaux d'action correspondant à la gravité de la situation	49
B. L'obligation d'activer le plan tout en choisissant le niveau adapté	49
<i>Chapitre 2. Une gestion n'incluant pas encore suffisamment les GHT</i>	52
SECTION 1. Les enjeux d'une gestion des SSE au niveau des GHT et leur mise en oeuvre au sein des projets médicaux partagés	52
§1. Les enjeux d'une réponse aux SSE au niveau des GHT	52
A. L'obligation pour les établissements publics de santé d'adhérer à un GHT	52
B. L'intérêt d'une réponse aux SSE au niveau des groupements hospitaliers de territoire	52
§2. La réponse aux SSE prévue dans le projet médical partagé	53
A. La réponse aux SSE obligatoirement prévue dans le projet médical partagé	53
B. Des approfondissements attendus en terme de réponse aux SSE des GHT	53
SECTION 2. Les limites à dépasser pour renforcer la gestion des SSE au niveau des GHT	54
§1. Des contraintes géographiques et juridiques pouvant entraver l'action des groupements	54
A. Un regroupement à l'initiative des acteurs	54
B. Des difficultés reposant dans l'absence de personnalité juridique des GHT	54
§2. Des difficultés induites par l'absence de certains acteurs au sein du GHT	55
A. L'absence de certains établissements de santé	55
B. L'absence des professionnels de santé libéraux	55

Titre II. L'absence d'organisation de gestion des SSE par les collectifs de soins libéraux	57
<i>Chapitre 1. Les enjeux d'une gestion territoriale des SSE</i>	57
SECTION 1. Les enjeux liés à la gestion des SSE par les collectifs de soins	57
§1. Améliorer la gestion des SSE grâce aux collectifs de soins et aux plateformes territoriales d'appui	57
A. Préparer les collectifs de soins à la gestion des SSE	57
B. Coordonner l'action des professionnels de santé grâce aux plateformes territoriales d'appui	58
§2. Renforcer le nombre de collectifs de soins et améliorer la préparation des professionnels	58
A. Renforcer le nombre de collectifs de soins	58
B. Former et préparer les professionnels à la gestion des SSE	59
SECTION 2. Les limites à la gestion des SSE par les collectifs de soins	59
§1. Les limites à la constitution d'un collectif de soins : le financement et la volonté des libéraux de se regrouper	59
A. L'absence de financement prévu pour la gestion des SSE	59
B. Des collectifs de soins reposant sur la volonté des professionnels	59
§2. L'absence de liens conventionnels avec les établissements de santé	60
A. Envisager la création d'un plan blanc ambulatoire	60
B. Vers une obligation de lien entre établissements de santé et CPTS ?	60
<i>Chapitre 2. L'amélioration indispensable de la coopération ville - hôpital en matière de SSE</i>	
SECTION 1. Assurer la coordination des structures de santé pour améliorer la gestion des SSE	62
§1. Les outils de la coopération ville - hôpital à renforcer en matière de SSE	62
A. Les enjeux d'une coopération entre la ville et l'hôpital lors d'une SSE	62
B. L'existence d'outils de coopération, adaptables à la gestion des SSE	62

§2. Des liens indispensables afin d'améliorer la gestion des SSE	63
A. Une coopération permettant une organisation préalable	63
B. La création indispensable d'outils de communication en matière de SSE	63
SECTION 2. Les enjeux d'une coopération entre les acteurs et leurs liens avec les ARS	63
§1. L'indispensable coordination des acteurs de la ville pour assurer la fluidité des parcours	63
A. La coordination indispensable de la médecine de ville lors d'une SSE	63
B. Le recensement des professionnels de santé libéraux lors d'une SSE	64
§2. Assurer la liaison des ARS avec les professionnels libéraux	64
A. Un lien nécessaire à la coordination des acteurs sur le territoire	64
B. Les outils pour assurer cette liaison entre professionnels libéraux et ARS	64
Conclusion	65
Bibliographie	67
Table des matières	72