

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

Volet relatif à la veille, l'alerte et la gestion
des urgences sanitaires

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016



Groupe de travail du VAGUSAN

B. Blay	Représentant des Biologistes de Laboratoires
B. Fraytag	DDPP13
C. Callens	ARS Paca DT84
C. German Labaume	Observatoire communal de santé Martigues
C. Linget	LABM hôpital de Salon
C. Six	CIRE InVS - ARS Paca
Dr Aguir	Médecin Santé scolaire 13
Dr Dreksler	SCHS Nice
Dr E. Lafont	ARS Paca
Dr F. Charlet	ARS Paca
Dr G. Viudes	ORU Paca
Dr H. Lansade	ARS Paca
Dr Hayeck	Centre anti poisons 13
Dr J. Collomb	Conseil Général 13
Dr J. Saos	Conseil général 06
Dr JL Duponchel	ARS Paca
Dr M Corcostegui	Conseil général 06
Dr Micallef	CEIP (pharmaco vigilance)
Dr P. Baraize	SCHS Marseille
Dr P. Grenier-Tisserand	ARS Paca / DT 04
Dr P. Malfait	CIRE InVS - ARS Paca
Dr Pascale Bruno	CHU Nice - Département de santé publique
Dr Puget	Conseiller NRBC (AP-HM)
Dr S. Veyrat	Représentant SZDS - ARS Paca
Dr Salletaz	URML Paca
Dr Taudou	Conseiller technique de rectorat
F. Franke	CIRE InVS - ARS Paca
G. Carrara	LABM 13
J. Durant	infirmière conseillère technique rectorat Aix Marseille
JC Delarozière	ARLIN
Mme Dalbésio	Infirmière de santé scolaire
P. Weicherding	ARS Paca
Pr Brouqui	APHM Marseille - Référent infectiologie
Pr Dellamonica	CHU Nice - Infectiologie
Pr Fournier	AP-HM
Pr Richet	AP-HM
S. Cavalli	SRAL
V. Bourgeois	Chargée de communication ARS

* : Sont surlignés les rédacteurs du plan

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	5
2	ETAT DES LIEUX.....	7
2.1	Les risques sanitaires en PACA.....	7
2.1.1	Emergences et réémergences.....	7
2.1.1.1	<i>Chikungunya, Dengue.....</i>	7
2.1.1.2	<i>Epidémie de Rougeole dans la région PACA.....</i>	9
2.1.1.3	<i>Baignades et Ostreopsis ovata.....</i>	10
2.1.1.4	<i>Infections liées aux soins et BMR.....</i>	11
2.1.2	Spécificités régionales.....	12
2.1.2.1	<i>Tuberculose, disparité et multi résistance.....</i>	12
2.1.2.2	<i>Légionellose.....</i>	13
2.1.2.3	<i>Pollution atmosphérique urbaine et industrielle.....</i>	14
2.1.2.4	<i>Risques naturels.....</i>	15
2.1.2.5	<i>Risques technologiques.....</i>	15
2.1.2.6	<i>Risques en lien avec la circulation internationale des biens et des personnes.....</i>	16
2.2	Organisation régionale de la veille et de la réponse aux urgences sanitaires - Dispositifs de surveillance et de lutte.....	16
2.2.1	Organisation de la veille et de la réponse aux urgences.....	16
2.2.1.1	<i>Champ d'intervention de l'ARS Paca en matière de veille et de sécurité sanitaire.....</i>	16
2.2.1.2	<i>Fonctionnement actuel de la plateforme régionale de veille et de gestion sanitaire.....</i>	17
2.2.1.3	<i>Formations - séminaires.....</i>	18
2.2.1.4	<i>Continuité des activités de veille et de gestion des alertes sanitaires par la CVAGS.....</i>	19
2.2.1.5	<i>Protocoles passés avec les préfets de département.....</i>	20
2.2.2	Outils de gestion et de surveillance.....	20
2.2.2.1	<i>Système d'information de la plateforme.....</i>	20
2.2.2.2	<i>Systèmes de surveillance.....</i>	21
2.2.2.3	<i>Autres outils.....</i>	24
2.2.3	Outils de gestion et de surveillance en santé environnementale.....	25
2.2.3.1	<i>Missions de l'ARS en santé environnementale.....</i>	25
2.2.3.2	<i>Système d'information en santé environnementale.....</i>	25
2.2.4	Mise en œuvre du Règlement sanitaire international.....	26
2.2.5	Gestion des urgences sanitaires et organisation en cas de situations exceptionnelles.....	26
2.2.5.1	<i>Hors situation exceptionnelle.....</i>	26
2.2.5.2	<i>En situation exceptionnelle.....</i>	27
3	OBJECTIFS.....	29
3.1	Développer le signalement et améliorer sa qualité.....	29
3.1.1	Fédérer les partenaires.....	30
3.1.2	Adapter les systèmes de surveillance et en développer de nouveaux.....	30
3.1.3	Améliorer et simplifier les outils de signalements.....	31

3.1.4	Améliorer la qualité du signalement en vue d'une meilleure gestion.....	31
3.2	Développer la communication sur les urgences sanitaires	32
3.2.1	Communication à l'attention des professionnels de santé et institutionnels.....	32
3.2.2	Communication grand public.....	33
3.2.3	Communication interne ARS.....	34
3.3	Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale	34
3.3.1	Principes	34
3.3.2	Evolution de l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire en PACA	36
3.4	Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes	37
3.4.1	Référentiel du traitement des signaux – Cadre conceptuel.....	37
3.4.1.1	<i>Principe</i>	37
3.4.1.2	<i>Objectif</i>	37
3.4.1.3	<i>Fonctionnement</i>	39
3.4.2	Axe de développements d'outils.....	40
3.4.2.1	<i>Outils</i>	40
3.4.2.2	<i>Formations</i>	41
3.5	Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires et des situations exceptionnelles	41
3.5.1	Hors situation de crise.....	41
3.5.2	Préparation et gestion des situations exceptionnelles.....	42
4	MODALITES D'EVALUATION	44
5	CONCLUSION	44
6	ANNEXES	45
	Annexe 1 - Bilan du Pragsus	45
	Annexe 2 - Cartes risques naturels et sites d'implantation des établissements SEVESO en région PACA (Source CARTOPAS 2010 – DREAL).....	47
	Annexe 3 – Plate-forme de veille et d'urgence sanitaires.....	50
	Annexe 4 - Protocoles Préfets – ARS	55
	Annexe 5 - Caractéristiques des différents systèmes d'information en santé-environnementale.....	81
	Annexe 6 - Secret médical, signalement des maladies et investigations épidémiologiques ..	85
	Annexe 7 - Définitions retenues pour le cadre conceptuel	86
	Annexe 8 - Algorithme du RSI	87

1 Introduction

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit dans le cadre de la planification régionale de la politique de santé un projet régional de santé (PRS) constitué :

- d'un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région
- de Schémas régionaux de mise en œuvre dont le schéma régional de prévention
- de Programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas.

Le schéma régional de prévention (SRP) inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il est construit autour de deux volets :

- un volet relatif à la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN)
- un volet relatif à la prévention et à la promotion de la santé, et à la santé environnementale (PPS).

La thématique santé environnementale est prise en compte dans chacun des deux volets du SRP.

La veille et la sécurité sanitaires constituent des enjeux importants, car elles sont le révélateur et un des meilleurs marqueurs de la qualité de l'offre de santé publique apportée dans une région. Elles sont aussi très fortement attendues par la population.

Cet objectif de qualité et de sécurité sanitaires a pour finalité non seulement de poursuivre l'amélioration de l'état de santé de la population mais aussi de la préserver des menaces et des risques sanitaires qui pèsent sur elle.

L'enjeu, à travers ce document d'orientation et de programmation, est d'améliorer l'efficacité de la veille et de la gestion des urgences sanitaires en PACA, pour anticiper et mieux protéger les personnes qui y résident.

L'objectif du VAGUSAN décliné par l'ARS, est d'améliorer l'efficacité de la veille et des urgences sanitaires, en développant le signalement, en renforçant la qualité de réception et de traitement des signaux sanitaires, en poursuivant sa capacité à agir et réagir, tous les jours de l'année, grâce à :

- une plus grande professionnalisation des personnes en charge de la veille,
- une continuité de la réception et du traitement des signaux dans le temps,
- une capacité d'actions et d'expertise renforcées en cas de crise sanitaires,
- un effort accru dans le domaine de la formation, de l'harmonisation des procédures et des systèmes d'information,
- un appui permanent par la mobilisation des compétences d'évaluation, d'investigation et d'expertises des autorités nationales (ministère de la santé et agences sanitaires, dont l'Institut de veille Sanitaire).

Le contenu du VAGUSAN est fortement encadré, au moins dans sa structuration, par le Guide méthodologique national (Schéma régional de prévention – Guide méthodologique – 4 novembre 2010).

Le contenu des objectifs a fait l'objet d'exposés et d'échanges au cours des quatre réunions du groupe de travail techniques. La rédaction des cinq objectifs prévus dans le guide méthodologique a été assurée par des rédacteurs choisis au sein du département VSS de l'ARS. Afin d'assurer une continuité avec le plan antérieur de veille sanitaire (PRAGSUS), la Cire Sud (grâce à son coordonnateur, le Dr MALFAIT) qui en était le pilote, a été totalement impliquée dans le travail d'élaboration.

Par rapport au plan précédent, le VAGUSAN se place dans un contexte épidémiologique et institutionnel fortement renouvelé. L'introduction de pathologies vectorielles telles que le chikungunya et la dengue, l'apparition de nouvelles souches de germes antibio-résistants (Bacille de Koch, *Acinetobacter*, Entérobactéries...), la survenue d'épidémies liées à des maladies que l'on croyait éradiquées ou en voie de l'être (rougeole, oreillons, ...) constituent autant de changements importants. L'InVS et la DGS ont, d'ailleurs, pris en compte cette donnée nouvelle dans le document révisé en mars 2011 « La veille et l'alerte sanitaires en France ».

Eminemment transversaux à l'ensemble du PRS et au sein des schémas sectoriels et de leurs programmes, les risques sanitaires sont de deux ordres principaux et sont retenus, pour le VAGUSAN, dans cette acception générale :

- des risques à évolution lente liés à l'environnement (pollution de l'air, des sols et de l'eau**) et aux modes de vie (consommation de tabac et d'alcool, comportements à risques, refus de la vaccination, qualité nutritionnelle, sédentarité...), sources souvent d'inégalités, avec des zones d'expositions cumulées,
- des risques à diffusion rapide (sans compter les menaces terroristes -NRBC-) qui s'amplifient, comme l'apparition de nouveaux agents pathogènes, l'apparition ou la résurgence de maladies infectieuses (grippe A/H1N1 ou SRAS..) ou liés à une couverture vaccinale insuffisante (rougeole) et/ou des situations de précarité (tuberculose,...), l'aggravation des conséquences sanitaires des catastrophes naturelles ou des accidents industriels en lien avec une urbanisation non ou mal maîtrisée.

Le VAGUSAN propose dans les cinq axes formalisés par le guide méthodologique des objectifs et sous objectifs, adaptés à la situation régionale.

Certains objectifs sont partagés avec les autres schémas sectoriels du PRS.

Un développement important des relations avec les partenaires extérieurs sera recherché que ce soit en vue des remontées de signalement, mais aussi pour la diffusion des retours d'information. Parallèlement, l'information et la sensibilisation du public aux risques sanitaires constitueront un objectif important.

Car, si la gestion de la VSS est une affaire de spécialistes, structurés dans un département de VSS dédié, formés et qualifiés au sein d'une filière métiers consacrée à la sécurité sanitaire, son application est transversale (elle concerne toutes les autres directions et délégations départementales de l'ARS, quel que soit son niveau d'intervention zonal, régional ou départemental) ; mais aussi, tous ses partenaires (autorités préfectorales, professionnels et établissements de santé, médico-social, autres services de l'Etat, assurance maladie, collectivités locales et territoriales, structures associatives, population...).

Cette culture de la prévention et de la gestion du risque qui doit être largement diffusée est bien l'affaire de tous.

***Pour ce qui concerne, les risques environnementaux, l'organisation Mondiale de la Santé estime à environ 15 % les pertes de santé liées à l'environnement dans les pays de l'Europe de l'Ouest.*

La santé environnementale est à la fois une des cinq préoccupations majeures de santé publique pour lesquelles l'élaboration d'un plan d'actions national (PNSE, décliné dans notre région au sein du PRSE de deuxième génération) est prévu tous les cinq ans dans la loi de santé publique du 9 août 2004. Elle est, aussi, un thème écologique central du Grenelle de l'environnement.

Les actions en santé environnementale s'inscrivent dans une démarche globale de protection de la santé, en suivant trois objectifs principaux :

- mieux connaître les dangers pesant sur l'environnement et la santé humaine, afin de prendre des mesures pour prévenir ou limiter les risques,
- réduire les conséquences des pollutions sur la santé, pour la protéger de façon durable,
- informer, former et sensibiliser (dès le plus jeune âge) sur la qualité des milieux et sur les risques sanitaires liés à leur dégradation.

Quatre axes prioritaires sont portés :

- la prévention et la gestion des risques pour la santé humaine liée à l'eau,
- la protection de la santé dans les espaces clos,
- la protection de la santé dans l'environnement extérieur,
- l'amélioration des connaissances.

2 Etat des lieux

L'état des lieux est structuré selon trois axes principaux :

- Dans un premier temps, un bilan des actions menées dans le cadre du Plan relatif à l'alerte et à la gestion des urgences sanitaires (Pragsus) est réalisé (voir annexe 1) et analyse les points forts mais aussi les manques et retards dans la réalisation des actions prévues.
- Sont présentés ci-dessous les principaux risques sanitaires dans la région. Il ne s'agit pas de d'établir une liste exhaustive des risques comme celle réalisée dans le Pragsus mais d'insister sur les risques émergents et ré-émergents et sur les problèmes sanitaires spécifiques à la région.
- Sont décrites enfin les actions menées dans le cadre de l'organisation de la veille sanitaire dans la région en abordant les outils développés dans ce sens ainsi que les actions et dispositifs de surveillance innovants mis en place durant ces cinq dernières années.

2.1 Les risques sanitaires en PACA

La région PACA a connu une actualité sanitaire riche (arboviroses, augmentation des cas de rougeole, signalement d'évènements indésirables graves dans les établissements sanitaires et médico-sociaux) au cours des dernières années. Par ailleurs, existent des risques de survenue d'évènements naturels (météorologiques ou sismiques), technologiques (sites Seveso ou barrages, etc.) ou anthropiques (importance du tourisme et des flux de populations, accidents d'aviation, routiers ou ferroviaires, etc.), ayant eu ou pouvant avoir un impact sanitaire grave.

Cela montre, s'il en est besoin, l'importance de rester vigilant, d'anticiper par une préparation en amont, d'agir de façon réactive, permanente, adaptée et coordonnée, enfin d'être mobilisés (parfois dans la durée), en cas de situation exceptionnelle pouvant conduire à une crise sanitaire majeure.

Il a été préféré de ne pas refaire un inventaire précis des risques comme celui réalisé dans le Pragsus ou dans l'ORSEC des départements ou zonal, mais d'aborder uniquement les risques émergents et ré-émergents et les problèmes sanitaires spécifiques à la région.

2.1.1 Emergences et réémergences

2.1.1.1 Chikungunya, Dengue

Le moustique *Aedes albopictus*, initialement présent dans un secteur géographiquement limité au littoral méditerranéen des départements des Alpes-Maritimes (depuis 2004), de Haute-Corse (en 2006), de Corse du Sud et du Var (en 2007), a brutalement étendu son territoire en 2009 à l'arrière pays de ces départements. Les densités vectorielles observées sont parfois importantes. L'*Aedes albopictus* s'est implanté en septembre 2009 dans les Bouches-du-Rhône dans deux quartiers de Marseille. En 2010, c'est l'ensemble des Bouches-du-Rhône et une partie des Alpes-de-Haute-Provence qui étaient touchés. Les conditions climatiques, l'urbanisation importante de ces départements et le développement des axes routiers sur le littoral méditerranéen sont des facteurs favorables à l'extension de l'implantation de ce moustique à tout le sud de la France.

En métropole, dans des conditions environnementales favorables (température, humidité, écologie), la présence simultanée de cas importés de chikungunya ou de dengue en phase virémique et du vecteur, est susceptible d'induire une chaîne de transmission locale et des cas autochtones. Ceci a été confirmé en 2010.

En effet, dans les départements d'implantation du moustique *Aedes Albopictus*, a été mis en place un dispositif de signalement accéléré de cas suspects de chikungunya et de dengue, sans attendre leur confirmation biologique. Chaque cas suspect est à signaler aux autorités sanitaires régionales avec

l'envoi en parallèle d'un prélèvement permettant aux centres nationaux de références des arboviroses de confirmer ou non ce cas. Ceci permet à l'Entente interdépartementale méditerranéenne (EID) de réaliser une prospection aux lieux de vie des cas et de mettre en place si besoin des actions de démolition.

Au cours de la saison 2010, l'extension géographique d'implantation du moustique *Aedes albopictus*, ainsi que la survenue d'une épidémie majeure de dengue dans les Antilles, ont entraîné la multiplication de signalements de cas suspects de dengue importés (plus de 600 cas sur l'inter-région) et la survenue de deux cas autochtones dans le département des Alpes-Maritimes. De même, deux cas autochtones de chikungunya sont survenus dans le département du Var malgré le faible nombre de cas importés d'infection à virus chikungunya observés en 2010 (n=4).

Par ailleurs, la région est aussi confrontée à d'autres arboviroses susceptibles d'entraîner l'apparition de cas groupés : les fièvres West-Nile et Toscana. La mise en évidence de cas humains de fièvre du virus West Nile dans les années 1962-1965 et la réémergence d'infections dues à ce virus parmi les populations équine et aviaire en Camargue en 2000 et 2004 rend possible la survenue de foyers épidémiques humains. En 2003, sept cas humains et quatre cas équine ont été détectés dans l'est du département du Var alors que depuis 2004, aucun cas humain ne l'a été.

Des enseignements ont été tirés de la mise en place de ces dispositifs.

- Le dispositif de surveillance a été élaboré puis adapté et amélioré chaque année pour permettre une détection la plus précoce possible des cas suspects ainsi que la confirmation ou non du diagnostic. Ce système s'appuie sur la déclaration obligatoire, une surveillance accélérée là où s'avère nécessaire de favoriser la réactivité du système et un système de rattrapage national des diagnostics de laboratoires visant à récupérer des cas qui auraient pu échapper au dispositif. Il est complété par un outil de partage des informations entre les acteurs chargés du suivi des cas (ARS, InVS et CNT) permettant un suivi en temps réel des informations entre les acteurs.
- L'extension régionale de l'implantation du moustique à amené les autorités sanitaires, en PACA, à harmoniser et coordonner les actions de surveillance, de prévention et de lutte contre la survenue de cas, dans un cadre régional de pilotage opérationnel à l'échelle du département (dès 2010, une nouvelle gouvernance du dispositif a été organisée). L'expérience acquise en Paca et Corse permettra une mise en place rapide et adaptée du dispositif dans d'autres régions.
- L'information des professionnels de santé était réalisée sur un mode individuel pour chaque cas importé. La survenue de cas autochtone a permis de tester de nouvelles modalités d'information et de mobilisation des professionnels de santé, médecins en particulier, à la détection précoce de cas. La diffusion ciblée de message aux médecins par téléphone a ainsi montré son efficacité dans cette mobilisation.
- Des modalités de sensibilisations novatrices ont été testées comme l'information générale du public (message radio, plaquettes d'informations, films courts), animations scolaires...

Voies de progrès

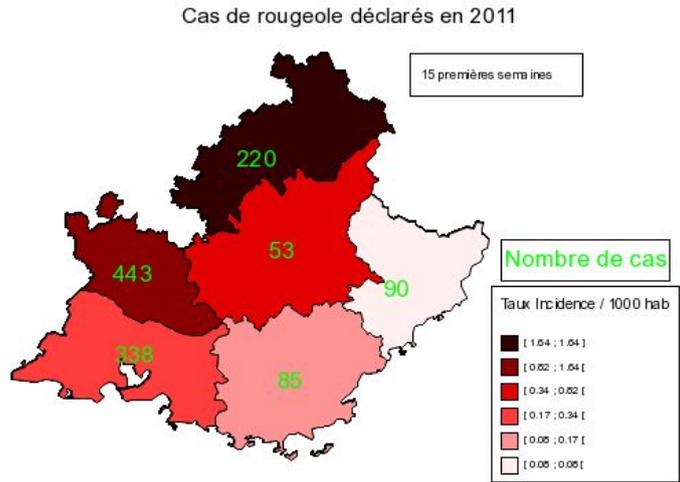
Il est apparu nécessaire :

- de développer les actions d'informations auprès des professionnels de santé et d'améliorer l'ergonomie des outils informatiques mis en place afin de les tourner davantage vers l'aide à la gestion ;
- de renforcer les actions de sensibilisation menées principalement à travers les media pour parvenir à modifier les comportements du grand public, mais aussi au travers d'actions spécifiques ;
- de continuer l'harmonisation des dispositifs à l'échelon régional (arrêtés préfectoraux, plans départementaux, modalités de sensibilisations des professionnels...).

2.1.1.2 Epidémie de Rougeole dans la région PACA

L'épidémie de rougeole qui sévit en France depuis début 2008 avec une intensification de la circulation du virus début 2010 n'a pas épargné la région Paca avec 497 cas déclarés en 2010 et 849 sur les trois premiers mois de l'année 2011 (carte 1).

Carte 1 - Cas de rougeole signalés au cours des 15 premières semaines de l'année 2011 en Paca



La distribution des cas n'est pas homogène et les départements du nord de la région présentent un taux d'incidence sensiblement plus élevé (carte 1).

La surveillance de l'épidémie de rougeole au travers des **données des services d'urgences** produisant des résumés de passages aux urgences (RPU) codés (23 services des urgences de la région PACA) confirme les tendances observées par les MDO (fig 1).

Fig 1 - Nombre de passages aux urgences pour rougeole par semaine, Paca, 01/2010 – 03/ 2011

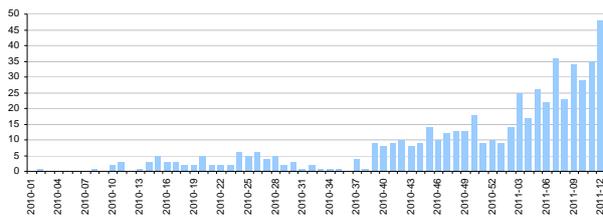
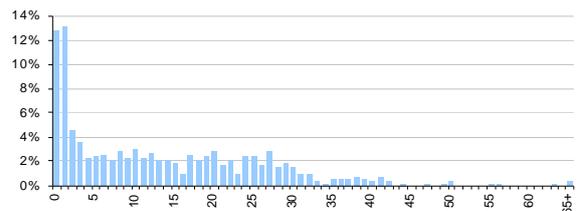


Fig 2 - Répartition des passages aux urgences pour rougeole par âge, Paca, 4/01/2010 – 27/03/2011



Le ratio (H/F) est de 1,1 (291/258). L'âge moyen des cas est de 13,1 ans (étendue : 0 - 66 ans). Les moins de 15 ans représentent 60 % des passages (figure 2). Chez les adultes, ce sont les personnes de 20-29 ans qui sont particulièrement atteinte (20 % des cas).

Parmi les cas de rougeole, on note plusieurs cas compliqués d'**encéphalite** et de nombreux cas compliqués de **pneumopathie**.

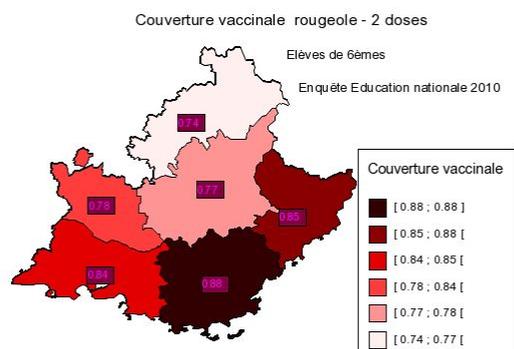
Il est intéressant de confronter les données de l'épidémie à la couverture vaccinale. En France, l'objectif de couverture vaccinale à 24 mois est de 95% au moins pour la première dose et de 80% au moins pour la deuxième dose.

La couverture vaccinale des enfants estimée à partir des **certificats de santé du 24^{ème} mois** est en légère augmentation entre 2004 et 2007, mais elle reste encore en dessous de la cible qui est nécessaire à l'interruption de la circulation du virus de la rougeole (Tableau 1).

Tableau 1 | Couverture vaccinale rougeole «1 dose» à l'âge de 24 mois (en %), certificats de santé du 24^{ème} mois

	2004	2007
France métropolitaine	87,5	90,1
Région Paca		
Alpes-de-Haute-Provence	67,3	
Hautes-Alpes		
Alpes-Maritimes	88,6	91,5
Bouches-du-Rhône	83,6	88,5
Var	82,1	87,4
Vaucluse		

(source : Drees, InVS)



Dans le cadre de la mise en place d'actions préventives pour l'amélioration de la couverture vaccinale contre la rougeole, le Ministère de l'Education nationale a organisé au cours du dernier trimestre 2010 une vérification des statuts vaccinaux pour la rougeole pour les élèves de 6^{ème} et de 2^{nde} de l'enseignement public. Les résultats pour les 2 académies de la région Paca pour les 6èmes sont présentés dans la carte ci-dessus. On constate de grandes disparités de couverture vaccinale d'un département à l'autre avec une constance dans le temps (identique entre élèves de 6^{ème} et de 2^{nde}).

Les voies de progrès

Cet épisode a montré que malgré les efforts d'information et de sensibilisation, tant auprès des professionnels de santé que du public, l'information a du mal à passer et que les actions de vaccinations autour des cas ont du mal à se mettre en place en faveur de la population, comme auprès des professionnels de santé, eux-mêmes.

Cet épisode a montré la place importante du médecin traitant dans la mise en œuvre de la politique vaccinale mais aussi les difficultés à lancer des actions de vaccination collective, qui, dans certains cas, peuvent s'avérer indispensables. Malgré des sollicitations de la DGS en provenance de plusieurs régions, il n'y pas eu d'action d'ampleur nationale de lancée. Localement, ce type d'action nécessite une préparation très en amont.

Dans le même ordre d'idée, malgré la présence avérée d'une épidémie en France, les dispositions de la circulaire du 4/11/2009 ont tardé à être adaptées par le niveau national. Il en est de même pour la fiche de notification de la rougeole. Celle-ci n'est pas configurée pour participer à la gestion tel que préconisé dans la circulaire du 04/11/2009; avec notamment la recherche de sujets contacts à risques et la fréquentation de collectivité.

Enfin, l'ARS, depuis le premier semestre 2011, a installé et anime un comité de pilotage régional, composé des principaux partenaires concernés (assurance maladie, collectivités locales, professionnels et établissements de santé, administrations d l'État, structures associatives) pour déterminer et mettre en œuvre une politique vaccinale, dynamisée et coordonnée.

2.1.1.3 Baignades et *Ostreopsis ovata*

L'ARS assure le contrôle sanitaire des 480 sites de baignade qui vise à garantir à travers des analyses bactériologiques et des contrôles de terrain que les eaux sont propices à la baignade et à informer le public de cette qualité.

Des actions sont engagées avec les communes gestionnaires des plages afin d'éviter que la mise en œuvre de la nouvelle réglementation issue d'une directive de 2006 ne conduise à des déclassements de baignades en raison d'une qualité insuffisante de leurs eaux.

D'autre part, une action spécifique complémentaire a été engagée par l'ARS ces dernières années suite au signalement de la présence ponctuelle d'*Ostreopsis ovata*.

Ostreopsis ovata est une algue microscopique unicellulaire, produisant une toxine particulière dite palytoxine, qui vit habituellement dans les eaux chaudes des mers tropicales. Lorsque la concentration dans l'eau de mer d'*Ostreopsis ovata* est importante, l'inhalation d'aérosols marins contaminés (exposition par voie respiratoire) peut provoquer des effets sanitaires tels que : rhume, toux, fièvre, difficultés respiratoires et irritations de la bouche, de la gorge et des yeux. Des éruptions cutanées (rougeurs et démangeaisons), qui surviennent rapidement après contact direct de la peau avec de l'eau de mer contaminée, ont également été observées. Enfin, dans les pays tropicaux, des intoxications alimentaires par des coquillages ou des poissons contaminés par la palytoxine d'*Ostreopsis ovata* (exposition par voie orale) ont été décrites

Ostreopsis ovata a été repérée pour la première fois dans les eaux tempérées en 2003 en Grèce et en Espagne. L'inhalation d'embruns marins contaminés a été responsable d'une épidémie en 2005 à Gênes avec admission aux urgences de 225 personnes et 20 hospitalisations (syndromes respiratoires fébriles et irritations cutanées). En septembre 2006 à Marseille, des baigneurs et plongeurs fréquentant une calanque des îles du Frioul ont présenté des symptômes en liens avec *Ostreopsis*. Depuis 2007, la Direction Générale de la Santé a mis en œuvre un dispositif associant une surveillance épidémiologique et environnementale, ainsi qu'une gestion préventive du risque lié à la présence d'*Ostreopsis* dans les eaux de baignade.

Ce dispositif couvre le littoral méditerranéen et fait intervenir des partenaires tels que l'Ifremer, le Centre Antipoison de Marseille, les agences régionales de santé et les Cire Sud et Languedoc-Roussillon. Une Cellule d'Aide à la Décision, associant experts, évaluateurs et gestionnaires du risque, propose des mesures de prévention aux maires et aux Préfets concernés. Si la surveillance environnementale a montré que de nombreux blooms sont survenus en 2008 sur le littoral des Bouches-du-Rhône, du Var et des Alpes-Maritimes, le nombre de cas humains observés est resté cependant limité. La symptomatologie observée chez les baigneurs exposés à *Ostreopsis* était bénigne et bien moins marquée que celles liées aux méduses.

Compte tenu de la persistance d'inconnues, sur les causes de survenue de blooms d'*Ostreopsis* et sur les niveaux de concentration dans l'eau de mer de cette algue pouvant présenter un risque pour la santé, cette surveillance exploratoire a évolué entre 2007 et 2010. Cette surveillance balnéaire a été associée à des actions de recherche notamment sur le risque toxique alimentaire (bioaccumulation de palytoxine et dérivés dans les produits de la mer et particulièrement les oursins).

Les voies de progrès dans ce domaine se situent :

- d'une part dans une amélioration des connaissances par des organismes de recherche (Ifremer...) pour mieux appréhender notamment les modalités de survenue des blooms,
- d'autre part, dans la mobilisation des élus et la sensibilisation du public (processus d'information des baigneurs et plongeurs, voire d'interdiction des plages).

2.1.1.4 Infections liées aux soins et BMR

On est confronté au cours des dernières années à une diffusion progressive des BMR dans la population hospitalière et en communauté, *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), Entérobactérie avec Beta-lactamase à spectre élargi (EBLSE). La fréquence des EBLSE augmente et, avec l'augmentation de l'utilisation des carbapénèmes, on voit l'émergence de souches avec carbapénémases.

Les voies de progrès consistent à améliorer la prescription des antibiotiques pour limiter l'apparition de résistances majeures et ensuite de souches avec carbapénémases.

La mise en place du Plan régional de maîtrise d'une épidémie (ARS + ARLIN) doit permettre le recensement des infections et des colonisations, de suivre le développement des épidémies avec les données des CNR, d'apporter un appui sur place avec notamment vérification des règles d'hygiène. L'amélioration des critères de signalement devrait contribuer à faciliter le signalement. La dématérialisation du signalement devrait aller dans le même sens.

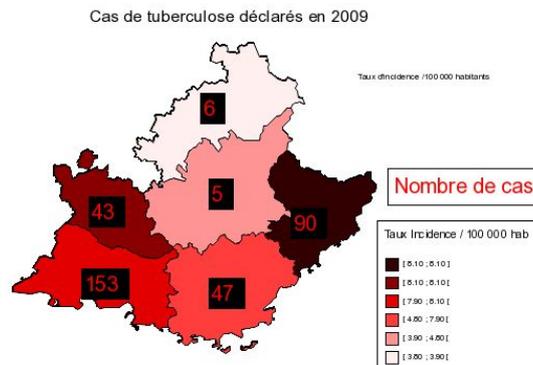
2.1.2 Spécificités régionales

2.1.2.1 Tuberculose, disparité et multi résistance

En 2009, en PACA, le taux d'incidence des cas de tuberculose déclarés est de 7,97 pour 100 000 habitants (344 cas) contre 9,9 en France métropolitaine. Le Haut conseil de la santé publique préconise d'atteindre en 5 ans en métropole (hors Ile –de-France) une incidence moyenne de 6 cas pour 100 000 habitants. Il préconise également d'atteindre 85 % de succès thérapeutiques chez les patients de moins de 60 ans traités pour tuberculose maladie en luttant contre la faible observance du traitement (afin de prévenir les rechutes et la sélection de bacilles résistants).

La région PACA présente par ailleurs plusieurs points faibles :

- des disparités territoriales importantes (en 2009, le taux d'incidence de la tuberculose déclarée qui était de 3,8/100 000 habitants dans les Hautes Alpes atteignait dans les Alpes maritimes 8,4 pour 100 000 habitants et dans les 1ers, 2ème et 3ème arrondissements de Marseille, elle se situait entre 25 et 50 pour 100 000 habitants),
- des disparités selon le statut socio-économique, certains groupes sociaux étant particulièrement à risque : les migrants originaires de pays en forte incidence, les personnes précaires, les personnes sans toit, les populations incarcérées.



Depuis quelques années, les professionnels de santé assistent à une constante augmentation des formes de tuberculoses Multi-résistantes et Ultra-résistantes aux traitements antibiotiques. Pour les malades concernés, la prise en charge est plus difficile et la mortalité plus élevée (20 à 40 % selon les séries). Ces résistances ont aussi un impact sur l'épidémiologie de la maladie. Il y aurait près de 70 000 cas de tuberculose multi-résistante en Europe dont 95 % se situent en Europe orientale.

Pour la prise en charge, l'isolement « air » est nécessaire pendant toute la durée de la période de contagiosité et la durée d'hospitalisation moyenne actuelle est supérieure à 90 jours par patient.

Le département des Alpes-Maritimes connaît une situation particulière ; le taux d'incidence de tuberculose y est supérieur à la moyenne nationale (11,8 en 2010). Entre 2002 et 2010, 19 nouveaux cas de cette pathologie ont été diagnostiqués dans les Alpes maritimes et hospitalisés, pour la plupart, au Centre Hospitalier Universitaire de Nice, en court séjour. La situation en 2011 paraît tout aussi préoccupante, puisque déjà 7 cas de tuberculoses résistantes sont recensés.

Au niveau organisationnel le CLAT 06 est identifié par la plupart des partenaires médico-sociaux comme « référent de la lutte antituberculeuse ». Ceci permet d'obtenir rapidement les signalements des cas de tuberculose et particulièrement, les suspects de résistance et de décider, après enquête, d'un protocole de prise en charge adapté. Ce protocole est rendu possible grâce à l'implication de l'ARS, des autres CLAT, du CNR mycobactéries, de la DGS, de l'InVS et des centres hospitaliers.

La collaboration existante entre les laboratoires de bactériologie privés et hospitaliers et le CLAT 06 facilite également la rapidité d'intervention. L'ouverture en 2011 du laboratoire de confinement de type L3 sur Nice a raccourci le délai de diagnostic et facilité l'accès aux méthodes de biologie moléculaire (identification rapide du *Mycobacterium tuberculosis* et du profil des résistances des souches).

Voies de progrès

Le dépistage et la prise en charge des tuberculoses Multi et Ultra-résistantes dans la région pose actuellement plusieurs problèmes qu'il convient d'essayer de résoudre :

- l'absence de dispositif standardisé et informatisé d'échange des résultats des dépistages entre les différents CLAT engendre des pertes de temps et de données,
- en raison notamment de la durée des traitements et de l'absence de couverture sociale pour la plupart de ces patients récemment arrivés en France, le nombre de perdus de vue sous traitement est important ainsi que le nombre de rechutes pour rupture thérapeutique,
- la capacité de lits d'isolement est insuffisante en PACA (6 lits en Maladies infectieuses à l'Hôpital Nord de Marseille et 1 lit au CHU de Nice); la création ou la transformation de lits existants dans un service de soins de suite pourrait répondre aux besoins spécifiques de la prise en charge de ces malades.

2.1.2.2 Légionellose

Depuis que cette maladie bactérienne transmise par voie respiratoire est à déclaration obligatoire, une hausse continue des cas de légionellose déclarés a été notée en France atteignant un pic en 2005, avec un taux d'incidence annuel de 2,5/100 000 habitants. Depuis, on note une diminution continue des cas déclarés.

La région Paca a vu la même tendance survenir, avec un pic également en 2005 et un taux d'incidence cependant supérieur à 3,4/100000 habitants. Parmi les départements de la région, on notait que le département des Alpes-Maritimes ressortait particulièrement avec 76 cas déclarés cette année-là et un taux d'incidence près de 3 fois supérieur aux taux d'incidence national (7/100000 habitants en 2005)¹. Plusieurs cas groupés ont été investigués durant les années 2005 à 2007 mais aucun facteur d'exposition commun n'a été trouvé lors de chacune des investigations, hormis une exposition potentielle à des tours aéro-réfrigérantes (TAR) par voie humide. Malgré divers éléments épidémiologiques permettant de maintenir l'hypothèse d'une contamination par une ou plusieurs TAR (concentration dans le temps, zone géographique limitée et absence d'autre facteur de risque retrouvé), leur implication n'a jamais pu être confirmée biologiquement.

Face à cette incidence très élevée, des actions d'information et de sensibilisation associant la DRIRE et la DDASS avaient été menées auprès des gestionnaires de TAR. L'incidence de cette maladie a fortement baissé pour atteindre une incidence de 2,5/100 000 en 2008 (27 cas).

Cependant, l'année 2010 a vu à nouveau une très forte augmentation des cas déclarés en Paca, essentiellement due au département des Alpes-Maritimes avec 77 cas signalés dans ce département et un taux voisin de celui de 2005. Il s'avère ainsi que des progrès sont possibles notamment dans le département des Alpes maritimes mais nécessitent une action continue dans le temps et dont l'impact peut être suivi par les données de la surveillance.

¹ Bulletin de veille sanitaire n°1, janvier 2010. Maladies à déclaration obligatoire – Données 2008 – Provence-Alpes-Côte d'Azur. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, janvier 2010, 4 p. consulté le 19/05/11

2.1.2.3 Pollution atmosphérique urbaine et industrielle

Les émissions atmosphériques en région Paca sont supérieures à la moyenne nationale, de plus de 10% pour le dioxyde d'azote (transports), le dioxyde de soufre et les composés organiques volatils (COV) de source majoritairement industrielle. Les émissions de poussières fines et ultrafines (PM Matière Particulaire : PM10 - inférieures à 10µm et PM2,5 – inférieures à 2,5 µm) sont également supérieures à la moyenne nationale (de l'ordre de 10%). La région PACA est également classée dans les 5 régions les plus fortement émettrices de métaux lourds. Les origines de ces émissions sont à la fois les zones urbaines denses (Marseille, Aix, Nice, Toulon, Avignon), des zones industrielles fortement émettrices (Etang de Berre) et un tissu routier important.

On observe en conséquence en région Paca de fréquents dépassements des seuils de pollution pour les paramètres dioxyde de soufre (industries), oxydes d'azote (routes), particules (habitat, routes et industries), ozone (routes et industries). La pollution par l'ozone impacte une grande partie du territoire régional; en particulier lorsque la situation météorologique stable empêche la dispersion des polluants primaires issus des panaches émis dans les zones urbaines et industrielles du sud de la région avant le transfert, jusqu'aux régions préalpines, de masses d'air polluées par les polluants secondaires.

Les principales contaminations et troubles potentiellement générés par les activités humaines, industrielles, liés aux transports, aux menaces qui pèsent sur la ressource en eau, aux déchets sont prioritaires, en termes de prévention et de lutte.

Au niveau de la pollution atmosphérique, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a enregistré en 2009 trente jours d'épisodes de pollution à l'ozone, ce qui la place loin devant les autres régions de France.

La région Paca se situe toujours en tête du palmarès national, soit deux fois plus qu'en Rhône-Alpes et quatre fois plus qu'en Ile-de-France.

A lui seul, le département des Bouches-du-Rhône, qui concentre de grands centres urbains et le pôle industriel de Fos-sur-Mer, est "responsable de plus de 50% des émissions polluantes de Paca". L'ozone et les autres composés qui l'accompagnent en cas de pic sont agressifs et irritants pour les voies respiratoires et peuvent provoquer l'apparition de nombreux symptômes comme l'inflammation des bronches, l'irritation de la gorge et des yeux ou encore des crises d'asthme.

Les normes de qualité de l'air pour les particules ne peuvent être respectées dans de nombreux territoires de la région. La commission européenne vient d'engager une action contentieuse à l'encontre de la France devant la cour de justice de l'union européenne en raison de ce non respect des normes de qualité de l'air, notamment en Paca.

La zone de Fos – Etang de Berre, peuplée d'environ 300 000 habitants, est la zone industrielle la plus importante de la région Paca, regroupant d'importants complexes pétrochimiques et sidérurgiques. Elle concentre plus de 70 % des établissements Seveso II de la région Paca (43 sur 60 établissements). Il résulte de cette industrialisation, accompagnée d'une forte urbanisation, une altération de la qualité de l'air se caractérisant par de nombreux pics de pollution, mais aussi des niveaux de fond préoccupants. Il existe une demande importante de la population, des associations et des élus de cette zone sur l'impact de la pollution atmosphérique sur son état de santé.

En 2006, la Cire a évalué les enjeux de la pollution atmosphérique dans la zone concernée, ainsi que l'implication et les attentes des différents acteurs dans le domaine. Deux études ont ensuite été lancées pour tenter de répondre aux questionnements posés :

- une étude de panel structurée autour du réseau régional de surveillance des odeurs coordonné par Airfobep, association de surveillance de la qualité de l'air (Asqaa) pour l'Ouest des Bouches-du-Rhône ;
- l'étude descriptive à partir des bases PMSI des établissements de santé analysant géographiquement les hospitalisations pour des pathologies connues pour être en lien avec la pollution atmosphérique (cardiaques, respiratoires, cancers) suivant des zones de pollution contrastées, déterminées en partenariat avec Airfobep. Un comité technique incluant les parties prenantes (représentants des riverains, association de médecins, médecins hospitaliers experts, Airfobep, Agence régionale de santé (ARS) et Cire) a été mis en place.

En raison de la problématique sensible de ce sujet, la Cire continuera à s'investir fortement avec en particulier 2 projets qui sont envisagés à la suite de ces études :

- le premier dérive directement de la problématique de la zone de Fos – Etang de Berre et vise à élaborer, à partir des données des urgences collectées dans le cadre du système Oscour (analyse des résumés de passage aux urgences), des indicateurs de suivi des pathologies respiratoires et cardiaques sur la zone de Fos-Etang de Berre ;
- le deuxième projet est une étude prospective visant à mieux caractériser les cas de cancer du rein et de la vessie, puis des leucémies aigües de l'adulte dans le département des Bouches-du-Rhône. La Cire Sud a déjà participé à une investigation des signalements de clusters de cancers du rein ou de leucémies dans ce département. En l'absence de registre des cancers, l'identification des cas reste assez difficile. La fréquence élevée de ces cancers est par ailleurs assez souvent évoquée par les associations de riverains et les travailleurs des différents complexes industriels situés autour de l'Etang de Berre..

Par ailleurs, la Cire participe aux évaluations des risques sanitaires réalisées dans d'autres zones de la région Paca (vallée du Paillon à Nice) et a actualisé les données d'impact sanitaire de la pollution atmosphérique d'origine urbaine sur 5 grandes zones urbaines de la région, en collaboration avec les deux Asqaa, Airfobep et Atmo-Paca.

2.1.2.4 *Risques naturels*

La région Paca est une des régions françaises les plus concernées par les risques naturels. Toutes les communes de la région sont soumises à au moins un risque potentiel d'inondation, de mouvement de terrain, de feu de forêt, d'avalanche ou de séisme. Plus de 40 % des communes cumulent quatre risques et plus de 10 %, cinq risques² (carte en annexe 1). Outre les facteurs liés à l'urbanisation, le climat favorise la survenue d'inondations (pluies brutales et abondantes en automne notamment). La sécheresse estivale, les vents, la présence d'une végétation fortement inflammable, le relief favorisent quant à eux les risques de feu de forêt.

Les départements côtiers sont principalement concernés par le risque de feu de forêt, la vallée du Rhône et la bande côtière par celui d'inondation, les Alpes-Maritimes par le risque de séisme et les secteurs alpins par le risque de mouvements de terrain et d'avalanche. Certains bassins de risques, exposés à la survenue de divers aléas, présentent des enjeux importants en termes de population et de voies de communication : zone côtière des Alpes-Maritimes, zone de Marseille dans les Bouches-du-Rhône, zone de Toulon dans le Var notamment.

Les inondations qui ont entraîné 29 décès dans le département du Var en juin 2010 illustrent bien la permanence de ces risques. Il faut d'ailleurs souligner que les impacts des catastrophes naturelles sont somatiques mais aussi psychologiques et sociaux, troubles qui peuvent persister plusieurs années après l'événement.

2.1.2.5 *Risques technologiques*

La problématique des risques technologiques est particulièrement présente dans la zone de l'étang de Berre qui, comme précisé antérieurement, concentre plus de 70 % des établissements Seveso II (carte en annexe 1). En juin 2010, la DREAL recensait pour la région PACA, 57 établissements classés par la Directive SEVESO seuil hauts³. Dans le département des Bouches-du-Rhône, 9 % de la population sont concernés par un Plan particulier d'intervention. Sur la période 1997-2003, 315 accidents industriels ont été recensés en Paca par le Ministère de l'Intérieur dont 151 ont entraîné un rejet de matières dangereuses ou polluantes, 17 ont nécessité l'évacuation de riverains, 14 ont blessé des civils et 6 ont entraîné un décès (6 personnes décédées au total sur cette période).

² Source « CARTOPAS 2010 » - DREAL Paca http://www.paca.ecologie.gouv.fr/docHTML/cartopas/cartes_cartopas.htm

³ en droit français, soumis à "autorisation avec servitudes

Les impacts sanitaires potentiels liés aux accidents industriels et technologiques peuvent être très importants comme dans le cas des fuites accidentelles de toxiques (avec des expositions directes et des risques majeurs pour la population selon la nature du produit ou indirectes par transfert aérien, contamination de la chaîne alimentaire ou hydrique), comme dans le cas des explosions avec des impacts psychosociaux durables.

2.1.2.6 Risques en lien avec la circulation internationale des biens et des personnes

Avec l'intensification des échanges, le risque de propagation internationale des maladies est pleinement d'actualité, avec le SRAS, les risques de grippe à virus hautement pathogène ou d'arboviroses, les maladies transmissibles par des moustiques vecteurs, et, tout récemment, les gastro-entérites à souche d'E. Coli productrice de shigatoxines.

La région Paca, qui constitue un lieu de transit important de biens et de personnes en raison de ses nombreuses infrastructures portuaires et aéroportuaires, est très concernée par la mise en application du nouveau règlement sanitaire international (RSI), qui vise à limiter ce risque de propagation.

Le point d'entrée maritime désigné à l'OMS est actuellement, en zone Sud, le Grand port maritime de Marseille (de La Ciotat à Port Saint Louis du Rhône). Les autres ports de commerce sont Toulon et Nice. De nombreux ports de plaisance, d'importance variable, caractérisent la cote provençale : Hyères, Bandol, La Ciotat , Fréjus, Antibes, Cannes etc.

S'agissant du trafic respectif des deux aéroports de Marseille Provence et de Nice Côte d'Azur, ils représentent :

- Pour Marseille en 2010 : 7 522 167 passagers (+3,2 %) , 122 087 mouvements , 52 179 tonnes de fret (+7 %) ;
- Pour Nice Cote d'Azur : 9 800 000 passagers en 2009.

Il existe également dans la région un aéroport important à Toulon-Hyères.

2.2 Organisation régionale de la veille et de la réponse aux urgences sanitaires - Dispositifs de surveillance et de lutte

La création de l'ARS a offert l'opportunité de repenser l'organisation de la veille, de l'alerte ainsi que des dispositifs de surveillance. Les actions initiées dans ce cadre ont été nombreuses, anticipées dès le début de l'année 2010, en continuité avec les actions précédentes développées par la PRAGUS et sont encore en cours de développement, voire naissantes pour certaines. Elles concernent les deux aspects suivants :

- l'organisation au sein de l'ARS pour détecter et traiter les événements sanitaires,
- les nouveaux outils de gestion et de surveillance.

2.2.1 Organisation de la veille et de la réponse aux urgences

2.2.1.1 Champ d'intervention de l'ARS Paca en matière de veille et de sécurité sanitaire

Les ARS ont le statut d'établissement public de l'État à caractère administratif et sont, à ce titre, dotées de la personnalité morale, de l'autonomie de gestion et de personnels propres. Depuis le 1^{er} avril 2010, elles regroupent en une seule entité plusieurs structures chargées auparavant des politiques de santé

dans les régions et les départements. Elles rassemblent au niveau régional des ressources de l'État et de l'Assurance maladie. Chaque ARS peut mettre en place des délégations territoriales.

Elles organisent la veille sanitaire et contribuent à la réponse aux urgences et à la gestion des situations de crise dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent. Conformément à l'article L.1413-15 du Code de santé publique (CSP), les ARS reçoivent les signaux sanitaires en provenance des services de l'État et des collectivités territoriales, de leurs établissements publics, des établissements de santé publics et privés, du service de santé des armées, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des services de secours ainsi que de tout professionnel de santé. Le directeur général de l'ARS porte alors ce signalement à la connaissance de l'InVS et du préfet de département et/ou de zone.

Les protocoles signés par les DG d'ARS avec les préfets de départements et de zone imposent une veille et une information réciproque des services des préfectures et de l'ARS en cas d'évènement sanitaire significatif susceptible de générer des troubles à l'ordre public.

2.2.1.2 *Fonctionnement actuel de la plateforme régionale de veille et de gestion sanitaire*

Une note du Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, du Haut fonctionnaire de défense et de sécurité⁴⁽¹⁾ et du Directeur général de la santé, datée du 20 avril 2010 a recommandé une organisation de la veille au plan régional.

Selon cette note, un centre de réception et de régulation des signaux doit mettre à disposition une équipe professionnelle dédiée et en place un système :

- coordonné et unifié de veille, d'alerte et de gestion des crises sanitaires au sein de la région Paca,
- capable d'être réactif 24h/24h et 7 jours sur 7,
- créé à partir d'un point unique focal sur l'ensemble de la région.

La Direction de la Santé Publique et Environnementale (DSPE) qui est l'une des quatre directions de l'ARS Paca est notamment composée du département de la Veille et de la Sécurité Sanitaire (VSS). Ce département comprend la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS), la Cire et la Cellule Régionale de Défense et Sécurité (CRDS), qui est en relation avec le service zonal de défense et de sécurité (SZDS).

Actuellement en région Paca, la plate forme régionale du siège constituée par le personnel de la CVAGS, de la CRDS et de la CIRE Sud est opérationnelle. Il s'agit d'une plateforme de réception, d'analyse et de traitement des signaux relatifs à l'alerte sanitaire, qui fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour l'ensemble de la région. De très nombreuses notes internes ont été établies et diffusées, en interne à l'ARS comme à nos partenaires dès le mois d'avril 2010 afin d'en faire connaître le fonctionnement.

Un groupe de travail transversal « plateforme régionale » s'est réuni pour définir les procédures de réception d'analyse et de gestion des signaux au sein de l'ARS. Ses conclusions ont été reprises dans une note de la direction de l'ARS (cf. annexe 3).

L'échelon départemental avec une équipe dédiée VSS reste le premier niveau de veille, d'alerte et de gestion des signaux sanitaires. Un appui technique du siège de l'ARS Paca peut être apporté aux délégations territoriales en termes de pilotage, d'expertise et de gestion directe si besoin. A noter que le département VSS du siège assure la gestion VSS du département des Bouches-du-Rhône.

⁴ Le HFD est un conseiller du ministre, en charge de toutes les questions relatives à la défense, à la sécurité et aux questions de la vie économique. Un HFD est en poste dans tous les ministères. Cette fonction est assurée au ministère de la santé par l'actuel secrétaire du ministère: Mme Wargon

L'organisation de la plateforme garantit un point unique focal :

- Téléphone : 04 13 55 8000 (Ce numéro de téléphone est strictement réservé aux urgences sanitaires, il n'a pas à se substituer aux autres numéros de téléphone de l'ARS PACA)
- Adresse mel : ars13-alerte@ars.sante.fr
- N° de Fax : 04 13 55 83 44 (pour le moment concerne seulement le siège et la DT 13), autres N° de fax pour les autres DT.

2.2.1.3 Formations - séminaires

Les **Réunion d'échange de pratiques professionnelles** (REPP) consistent à offrir un lieu d'échanges et de partage d'expériences entre tous les acteurs de la veille sur les sujets récents ou particuliers. Elles sont ouvertes à tous les personnels (infirmières, ingénieurs, inspecteurs, médecins, secrétaires, techniciens, etc.) travaillant de près ou de loin dans le domaine de la veille sanitaire à l'ARS. Ces réunions ont lieu tous les 2 mois.

Les réunions du **Collège VSS, avec la présence systématique d'un représentant de santé environnement, au niveau du siège**, sont organisées tous les deux mois en alternance avec les REPP. Les objectifs du Collège, instance d'aide à la décision du DG de l'ARS dans ce domaine, sont de :

- construire ensemble une culture commune VSS,
- élaborer un mode de fonctionnement régional et interdépartemental en vue de mutualisation,
- organiser le fonctionnement de la plateforme régionale et le fonctionnement des outils ad hoc,
- mettre en place la plate forme régionale et le point unique focal,
- organiser le fonctionnement des astreintes,
- apporter un appui au DT si nécessaire,
- organiser les formations dans le champ de la VSS,
- valider les procédures de gestion par thème ou pathologie,
- contribuer à la communication VSS.

➤ Le **Collège Santé-Environnement**, instance technique d'aide à la décision du DG de l'ARS, se réunit une fois par mois.

Ses principaux objectifs sont de :

- proposer les axes de la politique régionale en Santé – Environnement,
- harmoniser les modalités d'intervention sur les différentes thématiques,
- élaborer des procédures communes,
- valider les propositions d'organisation issues des GREP,
- étudier les possibilités de mutualisation,
- définir la déclinaison régionale des nouveaux textes réglementaires,
- dresser des bilans d'activité sur les principales thématiques,
- fixer les priorités en matière de budget et de formation,
- déterminer les actions d'éducation sanitaire à privilégier,
- organiser l'astreinte régionalisée en SE.

2.2.1.4 Continuité des activités de veille et de gestion des alertes sanitaires par la CVAGS

➤ Pendant les jours et heures ouvrables

Le fonctionnement en heures ouvrées s'étend du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00.

Les appels sur le numéro d'urgence régional 04 13 55 8000 sont transférés automatiquement, pour gestion, vers le numéro dédié « réception des alertes » de chaque délégation territoriale de l'ARS Paca. En cas de non réponse (au bout de 8 à 10 sonneries) ou si la personne appelante veut joindre le siège (*service régional chargé de la Veille et de la Sécurité Sanitaires, basé à Marseille, au 132 boulevard de Paris*), l'appel est dirigé automatiquement vers un menu proposant à l'appelant le transfert vers le siège de l'ARS Paca.

➤ Hors heures ouvrables

Le fonctionnement hors heures ouvrées (de 18h00 à 8h30 en semaine et du vendredi soir au lundi matin + les jours fériés) est garanti par un système d'astreintes départementales, régionales et zonales.

Il existe actuellement plusieurs lignes d'astreintes hebdomadaires hors heures ouvrées :

- 1ère ligne : astreintes de premier niveau en Délégation territoriale,
- 2ème ligne, astreinte « techniques »:
 - médicale régionale qui associe 8 médecins VSS (3 au siège + 5 en DT),
 - astreinte Santé Environnement régionale assurée par les ingénieurs sanitaires du siège et des DT,
 - autres lignes d'astreintes : Zone, Cire.
- 3ème ligne, astreinte de Direction : Comex.

La Cire Sud assure des astreintes depuis début janvier 2011 pour les régions Paca et Corse. A terme, ces astreintes seront mutualisées avec la Cire Languedoc-Roussillon. Pour ce faire, des réunions régulières entre les deux Cire sont organisées afin d'en assurer la mise en place opérationnelle.

Une horloge informatique bascule automatiquement le serveur de réception des Délégations Territoriales de l'ARS PACA vers les standards des préfectures départementales, en fonction du choix du département opéré par l'appelant. La personne de garde au standard à la préfecture de chaque département transfère alors l'appel au cadre d'astreinte de premier niveau, pour gestion, dans chaque délégation territoriale de l'ARS Paca.

Si une personne veut joindre le siège (service régional de veille et de sécurité sanitaire, basé à Marseille) de l'ARS Paca, l'appel est dirigé vers un menu, qui bascule automatiquement vers le standard de la préfecture des Bouches-du-Rhône. Dans ce cas, le standard de la préfecture des Bouches-du-Rhône joint le cadre d'astreinte de la délégation territoriale 13 de l'ARS Paca. Le cadre d'astreinte de la Délégation Territoriale 13 de l'ARS Paca appelle alors le cadre d'astreinte du COMEX (équipe de direction) de l'ARS Paca, pour gestion.

➤ En cas de situation exceptionnelle et de crise

La participation de l'ARS au centre opérationnel départemental (COD), ou au centre opérationnel zonal renforcé (COZ), activé sur décision préfectorale, est acquise pour toute crise ayant un impact sanitaire, les effectifs de l'ARS étant alors temporairement placés pour emploi sous l'autorité du préfet, avec rappel du personnel si nécessaire. La contrainte pour les DT est de répondre rapidement en cas d'alerte sanitaire à la demande des préfets de département en vue notamment de la représentation de l'ARS au COD et pour le siège de rejoindre le COZ. La communication d'urgence relève du préfet gestionnaire de crise en lien avec le DG ARS et son service de communication avec la DT concernée.

2.2.1.5 *Protocoles passés avec les préfets de département*

Les 6 protocoles signés (voir annexe 4) sont relatifs aux modalités de coopération entre le représentant de l'Etat dans le département et l'ARS Paca (à compter de sa signature), pour une période de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

Les enjeux du dispositif sont :

- la gestion des hospitalisations sous contrainte,
- la santé environnementale,
- la veille, la sécurité et la police sanitaires, dont le volet sanitaire des plans,
- l'inspection et le contrôle, dans les conditions définies à l'article L.1435-7 du code de la santé publique,
- le service public de la permanence des soins.

Par ailleurs, il existe un protocole opérationnel entre le préfet de zone et le DG de l'ARS de zone, ainsi qu'une procédure opérationnelle de fonctionnement entre les trois ARS de la zone sud, permettant de définir le rôle et les missions des ARS notamment en période de crise.

Un comité régional de sécurité sanitaire a été créé, conformément aux dispositions législatives. Il est chargé, notamment, sous la présidence du préfet de région :

- d'examiner les projets et protocoles mis en place par l'agence régionale de santé et les préfets de département et leurs conditions de réalisation,
- d'échanger les informations sur la situation sanitaire de la région, la survenue d'évènements ou de risques susceptibles de porter atteinte à la santé de la population,
- de coordonner à l'échelle de la région la politique de sécurité sanitaire et de santé publique,
- de coordonner, à l'échelle de la région, les moyens mis en œuvre par l'agence régionale de santé pour l'exercice des compétences des préfets de département en application de l'article L 1435-1.

Pour préparer le CRSS, des comités de pilotage départementaux ont été organisés dans chaque département.

En ce qui concerne la veille et sécurité sanitaire (dont le volet sanitaire des plans), les protocoles définissent les modalités de gestion des alertes et de crises sanitaires, dont les conditions de préparation de l'ARS à la cellule opérationnelle départementale.

Le Directeur général de l'ARS garantit une organisation sur 52 semaines, 24H/24 et 7j/7, permettant au Préfet de département de disposer à sa demande, dans le cadre de la veille et la sécurité sanitaires, des compétences de l'ARS, conformément aux modalités d'organisation décrites ci-après selon les trois étapes de la VSS : alerte, préparation et gestion. Une note de service du mois de septembre 2011 définit l'organisation de l'ARS en situation exceptionnelle.

2.2.2 **Outils de gestion et de surveillance**

2.2.2.1 *Système d'information de la plateforme*

Le nécessaire partage en temps réels des signaux et informations relatives à leur traitement entre les différents professionnels au sein de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires requiert la mise en place d'outils partagés de traitement des signaux⁵.

⁵ Note interministérielle du 20 avril 2010 ayant pour objet les principes d'organisation et de fonctionnement de la veille et de la gestion des urgences sanitaires dans les ARS

L'ARS Paca s'est dotée d'un système d'information régional partagé entre l'ensemble des agents contribuant au sein de l'ARS à la VSS, accessible par l'interface d'un portail Intranet, hébergé sur un serveur protégé de l'ARS, mettant à disposition les informations et les outils indispensables à l'activité de veille sanitaire. Le cœur de ce système d'information, dénommé Orages (Outil de recueil, d'analyse et de gestion des événements sanitaires) est dédié à l'enregistrement et au traitement des signalements et alertes sanitaires survenant sur son territoire. Le Portail de veille et Orages apporte un cadre commun à l'ensemble du personnel de la veille sanitaire de l'ARS pour la mise à disposition d'informations (alertes en cours, informations de surveillance...) et d'outils (annuaires, planning, procédures...) ainsi que l'enregistrement et le suivi des signaux reçus.

Cet outil a été conçu pour être conforme au cadre conceptuel et aux différentes étapes de traitement du signal. Orages a fait l'objet d'une déclaration Cnil (numéro : 1465981 v 0).

➤ Objectifs

Le portail de veille, et donc Orages, permet de :

- assurer l'enregistrement et la traçabilité des signaux sanitaires :
 - quantifier et valoriser l'activité de veille sanitaire
 - faciliter l'information des partenaires et des autorités sanitaires
 - permettre l'auto-évaluation des pratiques et alimenter les échanges d'expérience
 - répondre au risque médico-légal
- partager en temps réel au niveau régional les informations relatives aux signaux sanitaires (réception, validation, évaluation et gestion) :
 - permettre le fonctionnement mutualisé des équipes de veille sanitaire
 - permettre le fonctionnement de la plateforme régionale de veille sanitaire associant la cellule de veille et de gestion et la Cire
 - détecter de manière précoce des événements de santé ne pouvant être mis en évidence que par le recoupement d'informations
 - contribuer à l'analyse de la portée (départementale, régionale, suprarégionale) d'un signal sanitaire
 - faciliter l'information des personnels d'astreinte
- faciliter la gestion d'un événement sanitaire de portée régionale ou dépassant les capacités d'intervention d'un département :
 - assurer une circulation en temps réel des informations concernant la gestion de l'évènement sanitaire (main courante, fichiers liés au signal)
 - faciliter la rétro-information des autorités et des partenaires sur les mesures de gestion prises
- faciliter l'accès aux informations et aux outils utiles à la veille sanitaire.

En test en région Paca à partir de décembre 2009 suite à des présentations et démonstrations aux ARS Paca et Corse (siège et DT ; environ 100 personnes informées), le passage en production a été effectif en décembre 2010.

2.2.2.2 *Systèmes de surveillance*

La Cire Sud assure le relais entre l'ARS et le siège de l'InVS dans le fonctionnement et l'utilisation de systèmes de surveillance nationaux (surveillance de la grippe, de cas groupés de rougeole, d'IRA en établissements pour personnes âgées...) et développe des systèmes spécifiques de surveillance régionaux. Les dispositifs sont nombreux et ont été décrits dans le Pragsus. Sont décrits ci-dessous des exemples de ce qui a été développé depuis.

➤ **Système de surveillance non spécifique**

En juin 2005, la Cire Sud a mis en place pour les régions Paca et Corse un système de surveillance non spécifique basé sur un réseau de partenaires pérenne. Il s'intègre dans le dispositif national de surveillance SurSaUD (système de surveillance des urgences et des décès) développé par l'InVS, qui recueille des données détaillées permettant en particulier le suivi d'indicateurs syndromiques. Ces données proviennent des services des urgences (résumé de passage aux urgences) et des associations SOS Médecins. L'analyse de la mortalité se fait grâce aux données de mortalité transmises par l'Insee. La surveillance en temps réel des causes médicales de décès repose sur la certification électronique initiée par l'Inserm en 2004, dispositif encore très peu utilisé, ayant vocation à être progressivement élargi à tous les médecins afin de disposer à terme d'une surveillance des causes médicales de décès intégrée dans SurSaUD.

Ce système de surveillance non spécifique constitue le socle de la veille sanitaire régionale, adaptable à toutes situations particulières comme notamment lors des plans canicule, lors d'épidémies hivernales et dernièrement lors des inondations survenues dans le Var.

Les objectifs du projet sont :

- de fédérer autour de ce système de surveillance un réseau de partenaires pérenne ;
- de participer à tout système de surveillance spécifique mise en place dans le cadre de plans, d'événements exceptionnels ou lors d'épidémies ;
- d'identifier précocement des événements sanitaires pouvant nécessiter une réponse adaptée.

Des indicateurs de mortalité, de morbidité et d'activité, collectés par les partenaires du système, sont analysés au quotidien. Des informations « qualitatives » sont aussi sollicitées de manière à obtenir des informations sur tout indicateur sanitaire jugé anormal.

Les partenaires de la surveillance non spécifique sont :

- l'Observatoire régional des urgences Paca (ORU Paca) ;
- les principaux états civils informatisés des régions Paca et Corse ;
- les Samu des régions Paca et Corse ;
- les Services d'urgences et hospitaliers des régions Paca et Corse ;
- les associations SOS Médecins d'Aix-en-Provence, Ajaccio, Avignon, Cannes, Gardanne-Trets, Marseille, Nice, Toulon-Fréjus ;
- le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) des Bouches-du-Rhône et le Bataillon des marins pompiers de Marseille (BMPM) ;
- l'Association réseau bronchiolite asthme mucoviscidose Paca (ARBAM Paca) ;
- la régie municipale des pompes funèbres de Marseille.

➤ **Animation de réseaux : surveillance des IRA et GEA dans les EHPA**

Du fait de la fragilité des personnes âgées et du risque de transmission croisée en collectivité, les pathologies à risque épidémique représentent un problème majeur de santé publique dans les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA). Pour prévenir et contrôler ce risque, des outils adaptés à différentes pathologies ciblées (Infections Respiratoires Aiguës, Gastro-entérites aiguës, gale) ont été développés par un groupe de travail régional composé de la Cire Sud, l'Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin) de la région Paca et l'ARS Paca.

Il s'agit d'aider les structures à mettre en place une surveillance associée à une aide à la gestion et de développer la culture du signalement. Ce projet est en place depuis 6 ans pour les infections respiratoires aiguës basses et évalué annuellement grâce à un outil de partage des informations. En 2011, le projet a été étendu aux GEA dans certaines régions pilotes dont Paca. Des actions spécifiques sont conduites notamment dans les EHPA afin d'aider les équipes médicales et soignantes à identifier

le plus précocement possible la survenue d'épisode d'infections aiguës respiratoires basses et de gastro-entérites aiguës. Le signalement précoce des premiers cas permet de limiter l'extension de l'épidémie en sollicitant si nécessaire des appuis extérieurs (équipe Clin de l'établissement de santé de proximité, l'Arlin, la Cire, l'ARS ...).

➤ **Surveillance du chikungunya et de la dengue**

En France métropolitaine, la notification obligatoire à l'InVS des cas confirmés de dengue et de chikungunya (importés et autochtones) a été instaurée le 24 avril 2006.

Dans les départements d'implantation du vecteur *Aedes albopictus*, du 1^{er} mai au 30 novembre, s'ajoute un dispositif local de signalement accéléré des cas suspects de dengue et de chikungunya mis en œuvre par les DT-ARS (délégations territoriales départementales de l'Agence régionale de santé) des départements impactés par *Aedes albopictus* et coordonné par la Cire Sud. Ce dispositif de détection précoce des cas permet l'activation et l'intervention rapide des services de lutte antivectorielle directement autour de ces cas suspects pour éviter la transmission de ces virus. Ces interventions focales sont complétées par la mise en œuvre d'une surveillance entomologique renforcée et des actions de lutte antivectorielle (LAV) de fond.

Ce dispositif de détection précoce a été basé sur l'expérience acquise de la surveillance des infections à virus WestNile, puis élargie en 2007 au virus Toscana et en 2010 au virus Usutu. Ces dispositifs sont activés chaque saison estivale et automnale.

➤ **Surveillance des événements sanitaires liés à la présence d'*Ostreopsis ovata* dans les eaux méditerranéennes**

Le dispositif de surveillance épidémiologique et environnementale couvre les 9 départements du littoral méditerranéen. Il est activé chaque année du 15 juin au 15 septembre.

La surveillance des effets sanitaires liés à l'exposition à *Ostreopsis ovata* est centrée sur le CAP de Marseille. A cette surveillance humaine s'associe une surveillance environnementale expérimentale sur quelques points de prélèvement balnéaire et sur des zones où des dépassements ont été identifiés les années précédentes. Les signalements (sanitaires et/ou environnementaux) proviennent des postes de secours des plages, des centres et écoles de plongée, des préleveurs d'eau (contrôle sanitaire), des professionnels de santé et des pharmacies du littoral.

➤ **Surveillance des infections nosocomiales**

Il existe un consensus au sein de la communauté médicale sur l'absolue nécessité de détecter le plus rapidement possible les événements infectieux émergents afin de les contrôler et de les prévenir. Cependant, les responsables du signalement au sein de l'Institut de Veille Sanitaire dans leur rapport publié dans le BEH du 26 avril 2011 notent qu'il est indispensable de favoriser l'adhésion des établissements de santé au système d'alerte en l'améliorant⁶.

Les causes du sous-signalement sont connues. Elles incluent le caractère vague des définitions des événements à signaler comme le caractère rare ou particulier de l'évènement au niveau local, régional et national; les conséquences médico-légales du signalement; le fait que les interventions des pouvoirs publics ressemblent plus à des contrôles qu'à de l'assistance et la lenteur voire l'absence de la rétro-information.

Dans d'autres pays, comme les Etats Unis, dans le domaine de la résistance aux antibiotiques, des systèmes d'alerte comprenant des listes d'évènements sentinelles dont la détection doit déclencher une intervention ont été élaborées⁷.

⁶ Jean-Michel Thiolet, Isabelle Poujol, Sophie Vaux, Sophie Alleaume, Bruno Coignard. Le signalement des infections nosocomiales : un outil pour la détection et le suivi des infections émergentes en établissements de santé en France BEH 26 avril 2011 / n° 15-16-17

⁷ Richet H, Mohammed J, McDonald LC, Jarvis WR. Building communication networks: international network for the study and prevention of emerging antimicrobial resistance

Dans la liste des évènements devant faire l'objet d'un signalement, certains ne posent pas de problèmes d'interprétation ou d'utilisation telles que les infections causées par des germes présents dans l'eau ou l'air environnant ou liées à l'utilisation d'un dispositif médical pour ne citer que deux exemples. Beaucoup plus problématiques sont les infections nosocomiales ayant un caractère rare ou particulier par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales ou nationales du fait de la nature ou des caractéristiques de l'agent pathogène en cause ou de son profil de résistance aux agents anti-infectieux qui nécessitent pour être détectées la possession ou l'accès à des données épidémiologiques.

Or, ni la majorité des laboratoires de microbiologie, ni la communauté médicale ne sont préparés à gérer les évènements émergents. Cette préparation implique en effet que les évènements susceptibles de survenir soient connus, que les laboratoires aient la capacité de détecter rapidement les phénomènes émergents (augmentation de virulence ou apparition de nouveaux caractères de résistance aux antibiotiques) et puissent effectuer des dépistages de colonisation. Il faut également que les facteurs de risque d'émergence puissent être analysés et que les mesures de contrôle et de prévention à mettre en place soient connues. Compte tenu de l'hétérogénéité des établissements de santé en termes de ressources et de compétences, il est essentiel qu'ils puissent avoir accès à une **assistance microbiologique et épidémiologique** en sachant que des expertises existent dans la région PACA qui pourrait être mise à la disposition de l'ARS et des établissements de soins.

En France, les activités de surveillance, de signalement et de contrôle/prévention sont dissociées, ce qui nuit à l'efficacité du dispositif de lutte contre les infections associées aux soins. Ainsi, dans le domaine de la résistance aux antibiotiques, l'émergence de carbapénèmases au sein des entérobactéries (*K. pneumoniae*, *E. coli*...) posera un problème de santé publique majeure dans la mesure où des bactéries virulentes deviendront résistantes à presque tous les antibiotiques. Il est important de noter que ces carbapénèmases ne s'installent pas dans le vide mais chez des souches déjà productrices de bêta-lactamases à spectre élargi (BLSE). Pour éviter de se trouver confronté à une épidémie gravissime d'infections à entérobactéries productrices de carbapénèmases, il est impératif de contrôler les infections causées par des souches productrices de BLSE. Il n'est bien sûr pas question de signaler les infections causées par ces souches (beaucoup trop nombreuses) mais il paraît indispensable d'inciter les établissements de santé de la région à **mettre en place des programmes de surveillance** comme outil d'évaluation des mesures de prévention.

2.2.2.3 Autres outils

➤ Outils destinés aux astreintes

La Cire Sud a développé un ensemble d'outils destinés aux astreintes (administratives et techniques)... Ces outils sont aussi opérationnels en dehors des astreintes.

Le choix des thématiques prioritaires a été fait suite à un inventaire des signalements rencontrés en astreintes et de leur fréquence. Les thèmes développés sont :

- les infections invasives à méningocoques (IIM) ;
- les cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) basses en Ehpa (démarche commune aux principales étiologies et spécificités par étiologie (grippe, pneumocoque, légionellose, coqueluche) ;
- la légionellose ;
- la rougeole ;
- les cas groupés de gastroentérites aiguës (GEA) et les toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) ;
- les arboviroses (Chikungunya/dengue)

Les services santé environnement ont élaborés des fiches de réactions et des documents de référence pour les principales alertes susceptibles de survenir pendant les périodes d'astreinte : pollution d'eau distribuée ou embouteillée, effraction d'ouvrages, nuage toxique, pollution baignade, ...

Un « Share point », système d'information partagée et dédiée aux astreintes sera opérationnel pour la fin de l'année 2011.

➤ **Valise d'urgence Tiki-Wiki**

La Cire Sud participe avec les autres Cire à l'animation et la mise à jour du portail Internet (Tiki-wiki) hébergeant la valise de veille sanitaire en attendant une transition vers une gestion de l'outil par l'InVS Saint Maurice (DCAR) au cours de l'année 2011.

La valise de veille sanitaire Tiki-Wiki contient un ensemble de fiches réflexes pour aider à l'investigation et à la gestion d'un certain nombre d'événements de santé dans le champ des maladies infectieuses mais aussi dans celui de l'environnement.

2.2.3 Outils de gestion et de surveillance en santé environnementale

2.2.3.1 Missions de l'ARS en santé environnementale

Dans les domaines de la santé environnementale, l'ARS assure des missions qui lui sont propres et des missions conduites pour le compte de l'Etat dans le cadre des protocoles Préfets-ARS.

La majeure partie de ces missions, notamment celles, de contrôle des règles d'hygiène, d'élaboration d'avis sanitaires dans le cadre de procédures, d'évaluation des risques et de recommandation de gestion en cas de plaintes ou d'exposition de la population à des pollutions environnementales, d'actions de prévention en santé environnementale, contribuent à la veille sanitaire.

L'ARS planifie, programme et met en œuvre la surveillance sanitaire de l'environnement, en particulier des eaux d'alimentation, des eaux de loisirs, de l'air extérieur et intérieur, de l'habitat, des sols, des déchets, de l'exposition au bruit, aux rayonnements ionisants et non ionisants,... et des autres compartiments de l'environnement présumés porter atteinte à la santé humaine.

L'ARS tient un rôle central dans le recueil des informations liées aux risques environnementaux, leur traitement, l'analyse de ces signaux, le dimensionnement de la réponse à y apporter ainsi que sa mise en œuvre concrète. Son positionnement est sur ce champ particulier, ses services santé environnement étant à la fois collecteurs et producteurs de signaux.

Enfin, l'ARS concourt également à l'obligation des Etats de remonter à l'Union Européenne les bilans sur la qualité de l'eau de consommations, des baignades, ... et fournit au ministère de la santé les données qui lui sont nécessaires pour définir sa politique en la matière.

2.2.3.2 Système d'information en santé environnementale

L'ARS dispose de plusieurs systèmes d'information en santé environnementale dont certains ont été développés localement. Il s'agit principalement des applications décrites ci-après (voir en annexe 5 les précisions sur les caractéristiques de ces différents systèmes d'information).

- **SISE eaux** qui permet la gestion des données administratives, techniques et analytiques de la distribution des eaux destinées à la consommation humaine et leur exploitation à différents échelons géographiques: communal, départemental, régional, bassin hydrographique et national.

- **SISE thermalisme** qui correspond au volet de Sise eaux consacré aux eaux minérales naturelles utilisées dans le thermalisme.

- **SISE baignades** qui intègre tous les résultats analytiques du contrôle sanitaire des eaux de baignade et permet d'établir des bilans par site / commune / département ainsi que d'assurer l'information du public.

- **SISE piscines** qui a pour but la gestion des résultats analytiques du contrôle sanitaire des eaux de piscines (plus de 4500 en Paca).

- **@riane** (ex ORHEP): la base de données de l'Observatoire Régional de l'Habitat de l'Etat et de ses Partenaires (ORHEP) a été créée et développée en région PACA. Cette application centrée sur le saturnisme et l'insalubrité des habitats et associant de nombreux partenaires départementaux a servi de base à la nouvelle application nationale sur l'habitat du ministère de la santé baptisée @riane.

- **SISE ERSEI** permet la mise en commun des données collectées lors des évaluations des risques sanitaires faisant l'objet d'un examen par les ARS.

- **Base Amiante** qui a pour but la gestion des données Amiante relatives aux établissements sanitaires et médico-sociaux. Cette base régionale sera déployée par l'ARS Paca courant 2011

- **SIROCO** qui constitue le système de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone.

2.2.4 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international

Le nouveau Règlement sanitaire international (RSI) (adopté le 23 mai 2005 par la 58ème Assemblée mondiale de la santé et remplaçant celui de 1969) vise principalement à prévenir l'extension d'un danger pour la santé publique, en particulier les maladies transmissibles, par des actions proportionnées. Il comporte les innovations suivantes :

- un champ de notification plus large introduisant la notion d'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI), c'est à dire intégrant les maladies infectieuses existantes, émergentes ou réurgentes, ainsi que les situations d'urgence sanitaire liées à des phénomènes environnementaux, industriels ou terroristes ; cette notification d'USPPI appartient à la directrice de l'OMS qui la prononce en fonction de l'argumentaire apporté ;
- une réactivité accrue par la mise en place d'un « point focal national », interlocuteur de l'OMS 24h/24 ;
- la possibilité d'échanges bilatéraux immédiats entre un Etat membre et l'OMS, et la capacité pour cette dernière d'émettre des recommandations temporaires ou permanentes même sans l'accord d'un Etat membre.

Désormais, tout signalement d'événement sanitaire, susceptible d'entraîner une menace pour la santé publique (maladies infectieuses existantes, émergentes ou réurgentes, situations d'urgence sanitaire liées à des phénomènes environnementaux, industriels ou terroristes) détecté dans une zone portuaire ou aéroportuaire de trafic international ou à bord d'un navire ou d'un aéronef effectuant un voyage international est à adresser à la plate forme régionale.

L'analyse des données et les investigations suite à l'alerte permettront d'éliminer un risque sanitaire transmissible ou de soupçonner un événement sanitaire susceptible de constituer une urgence de santé publique de portée locale mettant en danger les autres passagers, l'équipage, la population et l'environnement du port d'escale et pouvant évoluer vers une dissémination nationale et internationale.

2.2.5 Gestion des urgences sanitaires et organisation en cas de situations exceptionnelles

2.2.5.1 Hors situation exceptionnelle

Actuellement, la réception, l'analyse et la gestion des signaux sont assurées en département principalement par les infirmières de santé publique avec l'appui d'un médecin, en lien, selon la nature du signal reçu, avec les service Santé-Environnement et les équipes « offre de soins et autonomie ».

Même si les pratiques sont peu différentes (notamment en présence de cadre réglementaire – circulaire), il n'y a pas de procédure de gestion qui s'applique sur l'ensemble des départements. Une amorce d'homogénéisation des pratiques est réalisée grâce à des réunions d'échanges de pratiques

(collège santé –environnement pour le domaine concerné) qui réunissent des représentants des différentes délégations territoriales (ex DDASS).

La notion d'urgence sanitaire découle de l'analyse qui est faite à la réception du signal : gravité intrinsèque du signal, nature de la population concernée, importance quantitative de la population touchée A titre d'exemple, le signalement d'un cas d'infection invasive à méningocoque ou la contamination d'une personne par un germe multirésistant dans un établissement de santé peuvent constituer des situations d'urgence sanitaire nécessitant une gestion sans délai de la situation. Ces situations d'urgence sanitaire ne débouchent pas systématiquement vers des situations de tensions exceptionnelles voire de crise sanitaire. Dans quelques cas particuliers, elles peuvent cependant évoluer vers une gestion exceptionnelle, soit parce que les mesures mises en œuvre sont tardives et/ou inefficaces (par exemple, diffusion d'une épidémie intra ou inter hospitalière à *Clostridium difficile*), soit parce que le système de surveillance permet d'identifier une situation épidémiologique particulière (par exemple, multiplication de cas d'infection invasive à méningocoque sur un territoire circonscrit pouvant conduire à mettre en œuvre une stratégie ciblée de vaccination comme cela fut le cas en janvier et février 2007 à Barcelonnette).

2.2.5.2 *En situation exceptionnelle*

Les dispositifs mis en œuvre ces dernières années dans le cadre de la préparation et la gestion des situations exceptionnelles concernent un certain nombre d'acteurs du domaine sanitaire et social. Certains de ces dispositifs s'inscrivent dans le domaine réglementaire.

Les **établissements de santé** ont pour obligation de disposer d'un **plan blanc d'établissement**. Cet outil doit permettre à un établissement de santé de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Révisé chaque année, le plan blanc d'établissement définit notamment :

- Les modalités de son déclenchement et de sa levée ;
- Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
- Des modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'orientation des victimes ;
- Les modalités de communication interne et externe ;
- Un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
- Un plan de confinement de l'établissement ;
- Un plan d'évacuation de l'établissement ;
- Des mesures spécifiques pour les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (annexes NRBC) ;
- Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

Plus récemment, depuis août 2009, dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins, les établissements de santé doivent développer un **plan local de gestion d'une épidémie**. Ce plan local doit prévoir l'organisation spécifique à mettre en œuvre au sein de l'établissement en cas d'identification d'un risque épidémique. Pour des raisons de cohérence, ce plan local doit s'inscrire dans le cadre du plan blanc de l'établissement notamment dans l'annexe portant sur les risques biologiques.

Les **établissements médico-sociaux** ont quant à eux l'obligation, suite aux conséquences de la canicule en 2003, de mettre en place un **plan bleu d'établissement**. Initialement prévu dans le cadre de l'organisation estivale pour éviter les conséquences d'un nouvel épisode climatique extrême, le plan bleu est devenu depuis 2006 un outil global d'organisation pour répondre à une situation exceptionnelle au sein de l'établissement. Au même titre que les établissements de santé, le plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins demande aux établissements médico-sociaux de renforcer le plan local de gestion d'une épidémie.

Ces dernières années, des actions spécifiques ont été conduites notamment dans les **établissements d'hébergement pour personnes âgées** afin d'aider les équipes médicales et soignantes à identifier le plus précocement possible la survenue d'**épisode d'infections aiguës respiratoires basses et de gastro-entérites aiguës**. Le signalement précoce des premiers cas permet de limiter l'extension de l'épidémie en sollicitant si nécessaire des appuis extérieurs (équipe Clin de l'établissement de santé de proximité, l'Arlin, la Cire, l'ARS ...).

Le **plan blanc élargi** est un outil mis en œuvre par le représentant de l'Etat dans le département en cas d'afflux de patients ou de victimes dans un contexte où l'organisation sanitaire habituelle est dépassée ou susceptible de l'être. Dans ce cadre, le représentant de l'Etat dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social. Il informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé, le service d'aide médicale urgente et les services d'urgences territorialement compétents et les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement de ce plan. Ces plans blancs élargis ont vocation à constituer le volet sanitaire des dispositifs ORSEC départementaux.

Depuis 2007, **l'établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS)**, établissement public administratif, est chargé de mettre en place un corps de réserve sanitaire et de gérer les stocks stratégiques et tactiques du programme civil de défense (PCD) et la logistique d'approvisionnement des produits pharmaceutiques nécessaires en vue de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves sur le territoire national ou à l'étranger. Le corps de réserve sanitaire a pour objet de compléter, en cas d'événements excédant leurs moyens habituels, ceux mis en œuvre dans le cadre de leurs missions par les services de l'Etat, des collectivités territoriales et des autres personnes participant à des missions de sécurité civile. Ce corps de réserve est constitué de professionnels et anciens professionnels de santé (notamment médecins retraités) et d'autres personnes répondant à des conditions d'activité, d'expérience professionnelle ou de niveau de formation fixées, en tant que de besoin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile. La réserve sanitaire comprend une réserve d'intervention et une réserve de renfort. Une des conséquences favorables de l'épisode « Pandémie grippale 2009 » est d'avoir fait connaître l'existence de cette réserve sanitaire puisque des volontaires ayant participé à la campagne de vaccination Grippe A H1N1 se sont fait enregistrer en 2010 dans cette réserve sanitaire.

Enfin, différents **plans d'organisation sanitaire** en cas de survenue d'évènements exceptionnels ou de crises sanitaires complètent le dispositif dont, à titre d'exemple, le plan anti dissémination dengue et chikungunya, le plan Variole, le plan Pandémie grippale ...

Ces différents plans prévoient généralement des niveaux de risque et/ou d'action. Certains de ces niveaux correspondent à des périodes où seule la veille et la surveillance sont de mise. Certains niveaux correspondent à la gestion des premiers cas, généralement dans le cadre des dispositifs habituels de prise en charge de patients, certaines procédures pouvant être renforcées selon la nature du risque. Enfin, les niveaux supérieurs correspondent à des situations de tension du dispositif de prise en charge (ambulatoire et/ou hospitalier) et à la mise en œuvre de procédures plus ou moins dégradées dans les domaines de la surveillance et/ou de la prise en charge du fait d'une augmentation du nombre de cas suspects et de patients. Ils mobilisent des médicaments et produits de santé spécifiques participant de la réponse, pour partie pré positionnés à partir du stock national (PCD).

3 Objectifs

Comme annoncé en introduction, l'objectif du VAGUSAN décliné par l'ARS Paca est d'améliorer l'efficacité de la veille et des urgences sanitaires, en développant le signalement, en renforçant la qualité de réception et de traitement des signaux sanitaires, en poursuivant sa capacité à agir et réagir. Le contenu du VAGUSAN est fortement encadré dans sa structuration, par le Guide méthodologique national qui prévoit 5 objectifs généraux :

1. Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale
2. Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes
3. Développer le signalement et améliorer sa qualité
4. Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires et des situations exceptionnelles
5. Développer la communication sur les urgences sanitaires

Pendant, les exposés et échanges tenus au sein du groupe de travail technique régional ont fait ressortir la volonté d'ouverture des actions vers les partenaires de l'ARS. Ainsi, dans ce cadre, les objectifs généraux ont été priorisés en privilégiant les axes visant à développer les signalements et la communication auprès des partenaires. Des objectifs spécifiques ont été définis pour chacun d'eux et sont présentés ci-après.

Les objectifs opérationnels feront l'objet de fiches actions.

3.1 Développer le signalement et améliorer sa qualité

Toute absence ou retard de signalement peut avoir des conséquences néfastes pour la sécurité sanitaire. Un signalement rapide peut permettre notamment d'éviter des cas secondaires et limiter ou empêcher l'extension d'une épidémie. On peut citer plusieurs exemples pratiques d'actions menées suite à des signalements.

- Signaler un cas de méningite à méningocoque permet à l'ARS de veiller à ce que les personnes qui ont été en contact avec la personne malade ont bénéficié de toute l'information nécessaire ainsi que des mesures de prophylaxie antibiotique (Avec le médecin, il y a un travail de recherche des cas contacts, d'information et de conseil personnalisés des personnes concernées et de leur entourage, des professionnels de santé, d'organisation de l'antibioprophylaxie, et dans certains cas de la vaccination).
- Déclarer un cas de légionellose permet à l'ARS d'en rechercher les causes (les principales sources de contamination étant les circuits de distribution d'eau chaude, les systèmes de climatisation, les tours aéroréfrigérantes, les circuits de refroidissement industriel, les eaux thermales, les bassins et fontaines) et de les corriger pour éviter que d'autres personnes ne soient contaminées.
- Signaler à l'ARS tout cas suspect de dengue et de chikungunya est essentiel pour permettre d'éviter, qu'au contact des vecteurs, d'autres personnes soient à leur tour touchées.
- Signaler la survenue plusieurs cas d'infection liés à des germes multi résistants dans un établissement de santé est indispensable pour pouvoir s'assurer que les mesures d'hygiène et de protection des autres patients sont assurées et pour éviter que d'autres établissements ne soient concernés.
- Signaler tout événement sanitaire inhabituel permettant de mettre en place les actions de prise en charge des patients et de contrôle ainsi que d'investigation. L'exemple de la survenue de syndromes collectifs inexplicables (parmi lesquels on retrouve les syndromes des bâtiments malsains), pour lesquels un nombre non négligeable de ces phénomènes ne trouve pas d'explication fondée sur une interaction simple entre environnement physicochimique et processus biologique, montre l'intérêt d'un signalement rapide permettant une coordination rapide des intervenants et une démarche précoce d'investigation.

Ainsi, il faut développer la culture du signalement en particulier au sein des professionnels de santé libéraux et hospitaliers. Pour cela, il est nécessaire de favoriser la notion d'appartenance à un réseau, avec des objectifs de santé publique, mais aussi de structurer les dispositifs de surveillance et les adapter pour assurer une bonne réactivité et qualité d'information collectée. Par ailleurs, il faut viser à faciliter en pratique la démarche et pour cela agir sur les outils en les améliorant et les simplifiant.

Les actions proposées sont ainsi orientées sur les quatre axes de travail suivant.

3.1.1 Fédérer les partenaires

Plusieurs actions seront développées :

- Formaliser des partenariats avec les professionnels de santé libéraux et avec les institutionnels et collectifs, notamment la DRAAF ; l'Education nationale, les Universités, la DREAL, la DIRECTTE, les DDPP, les conseils généraux, les mairies, les ordres professionnels, l'URPS, les associations, les réseaux sentinelles de citoyens...afin de favoriser les partenariats et échanges rapides d'information ;
- Développer les relais de compétences : il s'agit ici de s'appuyer sur les corps intermédiaires de professionnels de santé pouvant jouer un rôle moteur de transmission de connaissance et de sensibilisation, qu'ils soient institutionnels (Education nationale, PMI...) ou non (Melière, Gepie, Grog...)
- Favoriser la création de réseaux (médecine du travail...) ou s'appuyer sur des réseaux « métiers » : EHPAD, réanimateurs, maisons médicales, urgentistes, SOS, laboratoires d'analyses et instituts de recherche, infectiologues, professionnels de soins des UCSA ...
- Développer des partenariats spécifiques avec notamment le futur Institut hospitalo-universitaire sur les maladies infectieuses à Marseille (IHU), afin de détecter précocement des signaux infectieux.

3.1.2 Adapter les systèmes de surveillance et en développer de nouveaux

Il s'agit ici de disposer d'outils de surveillance performants et adaptables permettant de détecter précocement des événements de santé pouvant représenter une menace pour la santé publique, mais aussi de fournir un état de la situation sanitaire en cas d'alerte. On retrouve différentes actions comme :

- Développer et adapter des dispositifs de surveillance et de gestion pour répondre aux émergences ou réémergences (arbovirose, infections nosocomiales) ; à ce titre, la surveillance des IRA et des GEA sera élargie aux établissements pour handicapés ;
- Renforcer les dispositifs non spécifiques : ce renforcement portera d'une part sur un élargissement des partenaires participant au dispositif en intégrant les maisons médicales pluridisciplinaires et les associations de médecine d'urgence libérale (venant compléter l'intégration déjà effective des associations SOS médecins) et, d'autre part, par l'enrichissement des informations collectées) ;
- Renforcer nos capacités de diagnostic pour mieux repérer et prendre en charge les pathologies pour lesquelles aucune étiologie n'a été retrouvée (exemple les encéphalites fébriles pour lesquelles 50% ne sont pas étiquetées) ;
- Favoriser l'approche populationnelle et territoriale pour détecter des incidences particulières de pathologies dans des zones et des groupes cibles (détenus, migrants, SDF, zones industrielles, etc.).

3.1.3 Améliorer et simplifier les outils de signalements

Il s'agit ici de rendre plus simple et pratique les modalités de signalement notamment aux professionnels de santé. Parmi les actions retenues :

- Proposer un lieu unique (Internet) centralisant les informations sur une maladie ou une exposition et les modalités de signalement (portail accessible à partir du site de l'ARS)
- Accuser réception des signalements : une partie importante des signalements fait l'objet d'investigations complémentaires et donc d'appels aux déclarants. Néanmoins pour toutes autres, il pourrait facilement être mis en place un envoi systématique d'accusé réception qui confirmerait à l'envoyeur la bonne réception de son signalement.
- Garantir la confidentialité des recueils d'informations conformément à la réglementation et informer sur l'accès aux données médicales dans le cadre des enquêtes épidémiologiques. Les médecins et laboratoires déclarants sont soucieux du respect du secret médical d'une part mais semblent peu familier avec les levées du secret médical dans le cadre des investigations épidémiologiques. Un point sur la réglementation sur ce sujet (voir annexe 6) devra être diffusé largement pour informer et rassurer les déclarants.
- Simplifier et adapter les fiches de déclaration des MDO, en particulier en cas d'alerte. Les fiches de notifications font l'objet d'un arrêté et d'un avis CNIL. De ce fait, toute modification ne peut que s'avérer complexe et longue à obtenir. Néanmoins, la dématérialisation (à venir, voir ci-dessous) ne peut qu'aider à plus de souplesse. Il est essentiel pour faciliter le signalement et en améliorer la qualité que tous les renseignements demandés soient pertinents.
- Dématérialiser les MDO. La dématérialisation des notifications apparaît comme un élément de simplification important permettant de faciliter le signalement par les praticiens. Malheureusement, à courte échéance, seuls les signalements des infections nosocomiales pourraient bénéficier d'une dématérialisation (début 2012). Dans le cadre des actions du PRS, il conviendrait de participer aux études pilotes et, au moins, de faire part de ce souhait aux responsables du ministère de la santé et de l'InVS.
- Poursuivre et amplifier la dématérialisation des certificats de décès en particulier dans tous les établissements sanitaires et médico-sociaux pour en améliorer la qualité et la rapidité de transmission.

3.1.4 Améliorer la qualité du signalement en vue d'une meilleure gestion

Les actions de cet axe recoupent celles des axes précédents mais sa mise en avant constitue une volonté de marquer l'importance de l'amélioration de la qualité des signaux transmis.

- Améliorer la qualité du signalement des risques émergents provenant des pôles de recherche et/ou de références (laboratoires de microbiologie, services d'infectiologie...).
- Améliorer la réponse aux événements inhabituels avec mise en place de procédures de réponses adaptées basées sur des intervenants « référents » dans le domaine.
- Les CPOM signés avec les Maisons de santé pluridisciplinaires prendront en compte la composante veille sanitaire. Cet élément fera partie des critères de qualité.
- Pour les infections nosocomiales, il est proposé de constituer un groupe d'experts en microbiologique, épidémiologique et hygiénique au niveau de la région PACA assisté par des responsables de laboratoires de microbiologie publics et privés ainsi que des hygiénistes hospitaliers représentatifs des différents types d'établissement de soins de la région en vue de
 - l'élaboration et la mise à jour d'une liste d'évènements sentinelles devant faire l'objet d'un signalement et de protocoles de confirmation de l'existence du caractère de résistance ou de virulence à réaliser par le laboratoire local ou par un laboratoire de référence régional ou national ;
 - l'établissement de protocoles de dépistage des colonisations, de contrôle et de prévention ainsi que de surveillance.

3.2 Développer la communication sur les urgences sanitaires

Dans le domaine de la Veille et la sécurité sanitaire, la communication est partie liée à la gestion. En période de crise, les actions de gestion devront s'accompagner d'une communication compréhensible et transparente.

Cette communication devra s'appuyer sur des bases techniques solides. Elle devra aussi être portée par des porte-paroles légitimes et reconnus par leurs pairs en fonction des thématiques.

Principes :

- La communication vers les cibles est à moduler suivant les profils : médecins libéraux, hospitaliers, établissements de santé, élus, représentants d'usagers, jeunes, etc.
- L'information doit avoir une présentation adaptée à la cible ; par exemple, un travail en focus groups avec les professionnels concernés pourrait être un instrument utile.
- L'utilisation de relais dédiés est préconisée, que ce soit en interne (les responsables de proximité) en externe (les associations, municipalités, URPS, conseil de l'ordre).

Objectifs :

- Faire connaître les missions de veille et d'alerte de l'ARS.
- Faire connaître les principaux risques sanitaires dans notre région.
- Faire connaître les modalités de réponse (le signalement pour les PS, les premiers gestes pour le grand public).
- « Coller » à l'actualité et informer les cibles.
- Informer en temps réel en cas de crise.

3.2.1 Communication à l'attention des professionnels de santé et institutionnels

Principes

- La communication auprès des professionnels de santé devra s'attacher plus particulièrement à faire « entrer dans la boucle » les libéraux.
- Un effort sera fait afin de fournir l'information au bon moment avec modulation éventuelle en phase d'épidémie et aussi répondre aux une attentes des déclarants en lui fournissant une information qui présente de l'intérêt et une utilité dans sa pratique professionnelle ;
- La plateforme régionale de réception des appels cherchera à mieux se faire connaître avec des exemples pratiques et en précisant « Quoi déclarer » ;
- Une amélioration de la rétro-information aux signalant (qualité, rapidité) sera recherchée.

Objectifs

- Faire remonter les signalements, à bon escient.
- Envoyer des alertes de manière rapide et efficace.

Démarches stratégiques

- Faire preuve de pédagogie sur le signalement : faire comprendre son fonctionnement.
- Expliquer de façon pratico-pratique les procédures de signalements.
- Interpeler les PS dans une préoccupation de santé publique : en quoi le signalement améliore la santé de leur patient et plus largement de la population.

Exemples d'actions

- Informer sur les risques et la VSS
 - Site internet
 - Papiers : Bulletins de veille sanitaire, veille-hebdo
 - Journées spécifiques régionales thématiques
 - Mise sur site des liens avec les autres sites partenaires (CG, CPAM, mairies)
 - Mise en ligne de bilans d'activité (CLAT, CIDAG, CPAM)
 - Communications régulières dans la presse,
 - Utiliser les publications des partenaires pour transmettre les informations (URPS, médecins Martigues, communications ORU, Sociétés savantes...)

Des comités de pilotage régionaux visant à assurer une coordination des actions et de la communication seront mis en place sur les thèmes qui le nécessiteront (vaccination, lutte contre dengue et chikungunya, lutte contre les épidémies à germes multi-résistants...).

- Informer les partenaires lors d'une alerte ou d'une crise en temps réel
 - Information téléphonique, SMS, mails sous réserve de disposer de répertoire des coordonnées des professionnels de santé pour diffusion d'informations ciblées ;
 - Communications presse, radio et TV.
- Prise de contact avec les web masters des établissements de santé pour diffuser informations ou alertes via leur Intranet.

3.2.2 Communication grand public

Principes

- Le public est une cible nouvelle dans la communication sur les risques sanitaires. Les communications en temps de crise ont marqué les esprits (ex grippe, chikungunya, dengue,...). Il faudra veiller à maîtriser une information sanitaire potentiellement anxiogène et à conserver notre « capital confiance ».
- Elle s'appuie sur les relais classiques (médias, site internet, réseaux sociaux) et sur des actions de proximité en lien avec les acteurs de la prévention (professionnels de santé, professionnels de l'éducation à la santé, service civique, etc...).
- Des communications spécifiques seront réalisées afin préparer la population à adopter des comportements adaptés aux crises sanitaires, susceptibles de durer et lui permettre d'adhérer aux actions qui sont proposées.

Objectifs

- Informer la population sur les risques sanitaires spécifiques à notre région
- Favoriser l'appropriation des bons réflexes (premiers gestes et mesures de protection, orientation dans le système de santé le cas échéants).

Démarches stratégiques

- Valoriser l'action sensibilisation à la VSS en termes de santé publique : qu'avons-nous à gagner à être vigilants ?
- Expliquer de façon simple et pédagogique les mesures à adopter.
- Rassurer sur la capacité du système de santé à faire face aux urgences et crises sanitaires.

Exemples d'action

- Conférences de presse.
- Mobilisation des réseaux sociaux.
- Simulations vidéos sur le web.
- Actions d'éducation à la santé dans les écoles, les associations, les centres culturels, etc.

3.2.3 Communication interne ARS

Principes

- La veille et la sécurité sanitaire est l'affaire de tous
- Chaque agent peut être interpellé en période de tension ou de crise sanitaire par son entourage, l'agence doit veiller à ce que tous les agents soient informés des situations de crises, des procédures internes et des réponses sanitaires.
- Les cadres de proximité peuvent avoir un rôle à jouer pour désigner dans leurs services les personnels qui pourraient être formés à fournir une réponse de premier niveau aux sollicitations externes.

Objectifs

- Informer les agents sur les risques sanitaires spécifiques à notre région.
- Favoriser l'appropriation des bonnes réflexes (premiers gestes et mesures de protection, orientation dans le système de santé le cas échéants).
- Permettre aux agents de répondre aux sollicitations externes.

Démarche stratégique

- Information par les canaux de communication internes
- Formation aux premiers gestes (cf premier secours).

Exemples d'actions

- Sites Intranet
- Notre ARS
- Envoie d'info factuelles par messageries : ARS-13 alerte, ARS-PACA-VSS...ARS-PACA-CIRE
- Bulletin hebdomadaire VSS (veille boîte mail : ARS13-alerte + veille SI : Orages)
- Bulletin épidémiologique Cire
- Collèges métier VSS pour développer la culture VSS avec participation d'un IGS ou d'un membre de PPS selon la thématique, Collège médecins et infirmières
- S'appuyer sur les RH (relais managers et session de formation).

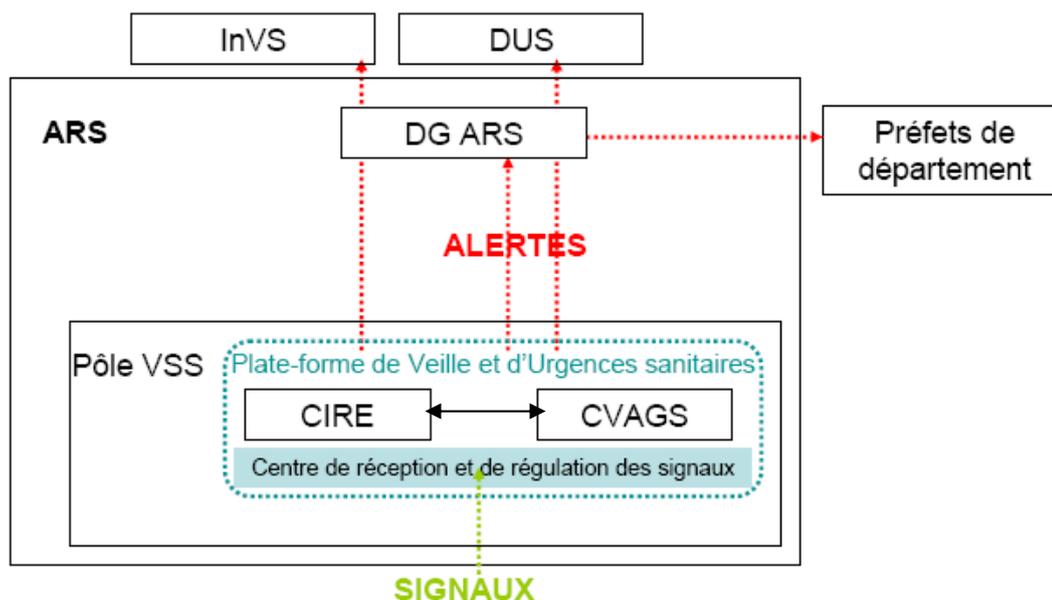
3.3 Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale

3.3.1 Principes

Le principe recommandé au plan national et repris en Paca sera poursuivi avec le développement d'un dispositif de veille et de sécurité sanitaire et environnementale articulé, au niveau régional, autour d'une plateforme fonctionnelle de veille et d'urgences sanitaires regroupant la CVAGS et la Cire.

Ce dispositif centralisé doit permettre d'améliorer l'efficacité de la veille et de la réponse aux urgences sanitaires en renforçant la qualité de réception et de traitement des signaux, grâce à :

- une identification et professionnalisation des personnes en charge de la veille ;
- une continuité de la réception et du traitement des signaux dans le temps ;
- un appui permanent de l'InVS pour l'évaluation et l'investigation ;
- un appui permanent du DUS de la DGS pour la gestion.



Pour organiser la veille sanitaire en région, en particulier de la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaire, les actions initiées seront poursuivies en améliorant :

- l'articulation entre la CVAGS et la Cire ;
- l'articulation entre les différents niveaux de l'ARS (siège régional - Délégations territoriales) et les différents départements au sein du siège, les Préfets de départements et de zone et le niveau national (DGS, InVS...) ;
- l'organisation en cas d'alerte.

La répartition des rôles entre CVAGS et Cire est déterminée par la note du 20 avril 2010 du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGM) relative à la veille et aux urgences sanitaires dans les ARS⁸.

Au sein de la plate-forme, la CVAGS :

- assure la réception de l'ensemble des signaux : signalements d'évènements (y compris Maladies à déclaration obligatoire) et signaux issus des différents systèmes de surveillance ;
- vérifie, valide les signaux et les transmet au directeur général de l'ARS avec le soutien et l'expertise de la Cire pour leur évaluation, en particulier, dans les situations non protocolisées ;
- assure la gestion des signalements selon les procédures en vigueur ;
- prépare les outils de gestion des situations urgentes (conduites à tenir, fiches réflexes notamment) ;
- assure au besoin le lien avec l'administration centrale et, au besoin, avec le niveau zonal dans le cadre de la gestion des alertes.

En lien avec la Cellule régionale de défense et de sécurité (CRDS), l'équipe de la CVAGS apporte son appui à la préparation des plans (pandémie, NRBC, plans blancs élargis...) ;

⁸ Note interministérielle du 20 avril 2010 ayant pour objet les principes d'organisation et de fonctionnement de la veille et de la gestion des urgences sanitaires dans les ARS

Pour sa part, la Cire :

- est destinataire de l'ensemble des signaux reçus par la CVAGS ;
- peut contribuer à la validation des signaux à la demande de la CVAGS ;
- garantit l'évaluation des situations qui le nécessitent sur sollicitation de la CVAGS ou par auto saisine ;
- prépare les outils d'investigation des signaux et d'analyse du risque (conduites à tenir, fiches réflexes notamment) ;
- effectue l'analyse des données issues des systèmes de surveillance de l'InVS régionalisés et transmet à la CVAGS les alertes qui en sont issues ;
- assure le lien avec les départements scientifiques de l'InVS, en tant que de besoin, dans le cadre de l'évaluation des menaces.

3.3.2 Evolution de l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire en PACA

Tout en respectant les principes édictés dans la note du 20 avril 2010, l'ARS PACA doit tenir compte des contraintes géographiques propres à la région et de la collaboration étroite existante avec l'équipe de la CRDS.

Afin de définir les modalités de réception, d'analyse et de gestion des signaux et des alertes dans la région, le directeur de l'ARS a mandaté un groupe de travail. Celui-ci a rendu ses travaux en avril 2010. Les conclusions de ce groupe ont fait l'objet d'une note du directeur (PJ).

Il prévoit des modalités adaptées suivant les types de signaux. Le recentrage vers le point focal concernera

- les signalements secondaires concernant les Vigilances
- les signalements d'Infections nosocomiales ;
- les signalements d'Evènements indésirables graves liés à des soins ;
- les signalements de Maladies à déclaration obligatoire ;
- les signalements de Maladies infectieuses autres que les maladies à déclaration obligatoire ;
- les signalements de Risques infectieux en établissements médico-sociaux ;
- les signalements d'autres maladies ;
- les signalements en lien avec l'application du RSI.

Concernant les autres types de signaux (cf ci-dessous), les points d'entrée actuels sont maintenus :

- Produits de santé défectueux (autres que ceux traités dans le cadre des vigilances) ;
- Evènements indésirables et situations exceptionnelles ou dramatiques affectant la santé des personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux ;
- Surveillance de la qualité des facteurs environnementaux ;
- Situations affectant l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé ;
- Situations affectant l'organisation et le fonctionnement des établissements médico-sociaux ;
- Fugues des patients hospitalisés sous contrainte.

Les modalités opérationnelles de mise en œuvre seront définies d'ici la fin de l'année 2011, tenant compte des moyens (humains, logistiques, en système d'information) à disposition au sein de l'ARS avec rédaction de fiche spécifique pour chaque famille homogène de signalement.

3.4 Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes

L'homogénéisation du dispositif de veille sanitaire et de traitement des alertes dans la région implique :

- l'utilisation de référentiels (nationaux ou régionaux) et de procédures ;
- la mise à disposition d'outils communs à l'ensemble du personnel en charge de la veille sanitaire et du traitement des alertes à l'ARS (siège et DT) pour les heures ouvrées et non ouvrées ;
- la formation du personnel en charge de la veille sanitaire et du traitement des alertes à l'ARS (siège et DT) sur les référentiels, les procédures et les outils.

3.4.1 Référentiel du traitement des signaux – Cadre conceptuel

Ce référentiel est extrait du rapport « La veille et l'alerte sanitaires en France » rédigé par l'InVS⁹ et actualisé en 2011.

3.4.1.1 Principe

La prise en compte des risques sanitaires s'appuie sur une organisation de la veille sanitaire incluant :

- des systèmes de surveillance qui reposent sur la collecte régulière d'information structurée avec productions d'indicateurs définis a priori ;
- un dispositif de veille permettant le recueil et l'analyse de signaux divers.

Les systèmes de surveillance s'adressent aux risques connus, identifiés comme prioritaires. Il peut s'agir d'indicateurs produits par un système de surveillance ou d'alerte, y compris les vigilances, collectant des données soit sur l'état de santé d'une population, soit sur des milieux de vie ou des produits.

Le dispositif de veille permet le recueil d'évènements inhabituels de santé pouvant représenter une menace pour la santé publique et non pris en compte par les systèmes de surveillance reposant sur la collecte d'indicateurs. Il peut aussi s'agir d'évènements de toute nature ou origine, associés à une menace pour la santé publique.

3.4.1.2 Objectif

L'objectif est de permettre une réponse rapide sous forme d'actions basées sur les évidences scientifiques et destinées à limiter l'impact de la menace détectée sur la santé des groupes de population concernés.

Pour cela une articulation entre la veille, l'alerte et la gestion est indispensable. Cette articulation implique la mise en place d'une organisation et de procédures standardisées comprenant les actions suivantes :

- recueil de signaux de différentes natures ;
- vérification d'informations ;
- analyse de données sanitaires et/ou environnementales ;
- mise en œuvre de moyens de diagnostic étiologique ;

⁹ La veille et l'alerte sanitaires en France. InVS. 2011.

- investigation des situations, notamment d'épisodes épidémiques ;
- transmission de messages d'alerte au niveau adapté ;
- mise en place de mesures de gestion ;
- évaluation, notamment sous la forme de retour d'expérience.

Le système organise, en routine, les échanges entre les différents acteurs concernés et/ou issus de professions ou d'institutions différentes dans le but de faciliter l'ensemble des actions de santé publique.

Au-delà de son objectif premier, ce dispositif doit être articulé avec celui de la promotion de la santé publique.

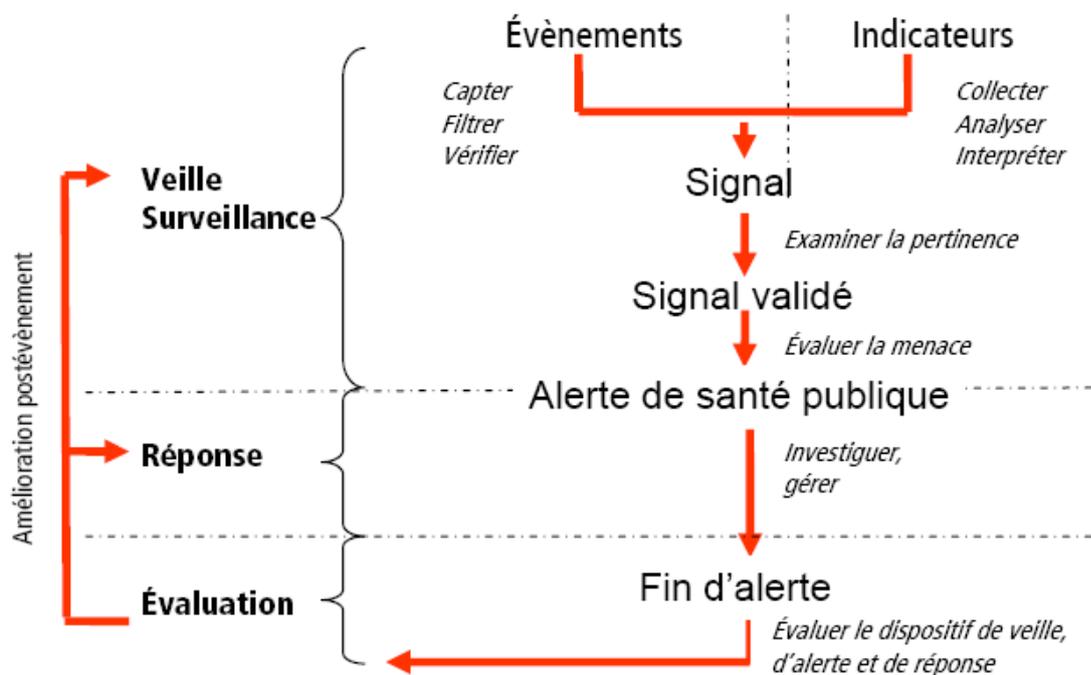
Le cadre conceptuel (Figure 1) expose les principales étapes de la veille sanitaire dans le but de les analyser de manière générique. Ces étapes correspondent dans la réalité à des situations complexes pour lesquelles des jugements nuancés devront être portés en prenant en compte plusieurs types de paramètres.

Les définitions relatives au cadre conceptuel sont données en annexe 7.

Le schéma comporte deux entrées :

- les événements de santé ;
- les indicateurs.

Figure 1 – Cadre conceptuel des activités de veille, d'alerte et de réponse



3.4.1.3 *Fonctionnement*

Les trois étapes de la veille sanitaire pour le déclenchement de l'alerte sont :

- la réception des signaux (événement ou indicateur) ;
- la validation des signaux (vérification de l'existence de l'évènement ET examen de la pertinence d'un signal) ;
- l'évaluation de la menace et le déclenchement de l'alerte.

Suite au déclenchement d'une alerte, l'évènement sort du champ de la veille pour entrer dans le champ de la réponse qui comprend deux démarches interactives : mise en place de mesures de gestion et investigations complémentaires.

Réception des signaux

La qualité des informations recueillies dès cette étape est gage de la qualité et de l'adaptation des réponses ultérieures.

Pour la réception des signaux d'évènements, elle nécessite un recueil systématisé s'appuyant sur un support informatisé. Aucun appel ne doit être perdu, ce qui nécessite une continuité de la réponse 24 heures/24 et 7 jours/7. Pour les signaux émanant des systèmes de surveillance, une analyse régulière des données est nécessaire avec un rythme adapté en fonction des caractéristiques de la maladie.

Validation des signaux

Cette étape concerne le signalement des évènements qui génère une grande quantité de signaux hétérogènes de par leur nature, leur origine et leur qualité mais s'applique tout autant à la surveillance des indicateurs.

L'étape de validation inclut :

- une première étape de vérification du signal qui consiste à confirmer l'existence de l'évènement ou la découverte d'une variation de l'indicateur à l'origine du signalement et à recouper les informations par d'autres sources (confirmation de critères de définition de cas ou mesure d'une exposition par d'autres méthodes, par exemple).
- une deuxième étape de filtrage des signaux qui élimine les signaux non pertinents comme signaux sanitaires car hors champ de la santé publique (maladie animale non transmissible à l'homme, par exemple).

Évaluation de la menace et déclenchement de l'alerte

Un signal, même validé, ne représente pas toujours une alerte au sens d'une menace pour la santé des populations. Cette menace potentielle doit être évaluée et sa portée régionale, nationale ou internationale caractérisée pour adapter les mesures de gestion de l'évènement.

Les différents critères d'évaluation d'une menace en santé publique sont donnés en annexe 8.

Dès que la menace est confirmée, l'alerte doit être déclenchée par l'ARS auprès des autorités compétentes pour agir. La portée de l'alerte conditionne le niveau de diffusion de l'information.

De l'alerte à la réponse : investigation et mesures de gestion

Dans le cas où l'alerte est validée, il convient d'organiser le passage de la veille à la réponse qui comprend deux étapes à réaliser simultanément : l'investigation complémentaire et la mise en œuvre de mesures de gestion.

L'investigation complémentaire a pour but de décrire et d'analyser le plus précisément possible la situation. Ses conclusions permettent de mieux cibler les mesures de gestion appropriées pour réduire l'impact de l'alerte.

Les mesures de gestion peuvent être prises ou adaptées à tout moment du processus : dès suspicion de la menace, lors de la validation de l'alerte et tout au long des investigations.

3.4.2 Axe de développements d'outils

3.4.2.1 Outils

➤ Portail de veille – Orages

La formalisation et de la structuration de la plateforme de réception des signaux s'appuie sur la disponibilité d'outils, parmi lesquels le « Portail de veille régional » facilitant le traitement et le partage des informations. L'organisation mise en place autour du Portail de veille doit permettre :

- l'administration du contenu de ce portail,
- la prise en compte des remarques des utilisateurs (références des bugs et des souhaits d'évolution),
- la mise à disposition d'un guide des bonnes pratiques et d'un guide d'utilisation de l'outil.

L'administration du portail de veille (et d'Orages) est assurée par la Cire Sud et les CVAGS Paca et Corse. En complément, un administrateur devra être désigné dans chaque DT. La Cire Sud est chargé de centraliser les bugs constatés par les utilisateurs et leurs souhaits d'évolution.

Un groupe de travail interrégional Paca-Corse a été créé afin d'échanger sur l'outil et pour prioriser les demandes d'évolution. Ce groupe devra se réunir 2 à 3 fois par an. Des échanges plus fréquents devront être organisés au sein de la VSS afin de compléter et mettre à jour le guide des bonnes pratiques.

Un comité des utilisateurs des régions utilisatrices de l'outil (16 à ce jour) se réunit régulièrement pour discuter des évolutions sur l'utilisation et sur les fonctionnalités de l'outil.

Un guide d'utilisation du Portail de veille et un guide des bonnes pratiques Orages sont mis à disposition des utilisateurs. Le guide des bonnes pratiques aborde :

- les différents droits d'accès ;
- les règles de nommage et de remplissage des fiches ;
- la notion de confidentialité (chaque utilisateur d'Orages doit signer une charte d'utilisation) ;
- le périmètre d'utilisation de l'application ;
- les différentes étapes du traitement d'un signal ;
- le classement des signaux validés en alerte (présentation pratique de la démarche en complément du simple cadre conceptuel) ;
- les situations particulières ou complexes.

Un groupe de travail national s'inscrivant dans la mise en place du schéma directeur des systèmes d'information a établi et décrit les principales fonctions nécessaires à la gestion de la VSS en ARS.

Deux axes principaux sont à ce jour proposés :

- faire évoluer Orages comme outil central de gestion de la VSS dans toutes ses composantes,
- le rendre interopérable avec les systèmes d'information existants (voir annexes).

➤ Elaboration des Procédures

Par lettre de mission du 23 octobre 2010, le DG de l'ARS a décidé l'élaboration d'un Guide des procédures, considérant qu'il s'agit d'une nécessité et d'une priorité pour l'agence.

L'objectif est de disposer d'une description des procédures simple, pragmatique et permettant à chacun de mieux mener ses activités et connaître son rôle.

L'ensemble des procédures est destiné à être formalisé sous un format unique comportant notamment un logigramme Bizagi®. L'accès se fera via un portail unique interne à l'ARS. Une priorisation dans l'élaboration de ces procédures est à établir dans chaque domaine.

Pour faire face aux situations exceptionnelles et urgences sanitaires (incluant la gestion des hospitalisations sans consentement), les procédures, fiches réflexes et conduites à tenir, seront établies ou mises à jour et mises à la disposition des agents en charge de ces questions.

3.4.2.2 Formations

Le développement d'un véritable programme de formation adapté à la veille et sécurité sanitaire sera élaboré tant en interne qu'en externe.

Ainsi en interne, plusieurs initiatives seront poursuivies ou renforcées telles :

- les réunions d'échanges et de pratiques professionnelles (REPP) qui permettent à tous les membres de l'ARS dont l'activité est en lien avec la veille sanitaire d'échanger leurs expériences et améliorer et harmoniser les actions,
- les collègues métiers qui viseront à renforcer les procédures harmonisées et proposer les actions de formation,
- les sessions de formations des personnels de la veille sanitaire et de toutes celles et tous ceux qui sont amenés à réaliser des astreintes, tant sur les outils (utilisation d'Orages, élaboration de procédures) que sur les problématiques spécifiques (légionellose, entomologie...).

En externe, la participation aux séminaires et colloques devra être établi comme une priorité pour les personnels. Ceux-ci devant faire face à des pathologies et expositions en constante évolution, il s'avère essentiel de maintenir une professionnalisation et une forte compétence des équipes. De même, la professionnalisation passe par des échanges externes avec un large réseau de santé publique. Tout ceci nécessite une véritable politique et stratégie de formation incluant la participation aux colloques et séminaires.

3.5 Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires et des situations exceptionnelles

3.5.1 Hors situation de crise

L'organisation territoriale retenue au sein de l'ARS recherche un équilibre entre mutualisation interdépartementale et présence au plus près de l'événement pour assurer une gestion des situations d'urgence sanitaire la plus optimale possible. Afin d'améliorer l'opérationnalité des équipes des délégations territoriales et du siège de l'ARS mais également afin de renforcer les nécessaires liens avec les partenaires en charge de la gestion de ces situations d'urgences des actions seront développées selon les trois axes suivants :

Assurer une homogénéité de procédures et des outils de gestion :

- Elaborer des procédures communes dans la région, accessibles par tous, modifiables facilement avec accès unique (portail Procédures). La mise à disposition d'outils de gestion partagés facilitera la mutualisation régionale et contribuera à renforcer la gestion interdépartementale en cas d'urgence sanitaire.
- Renforcer les possibilités d'échanges de pratiques (utilisation de vidéoconférence).
- Systématiser la saisie des signalements sur le serveur « Orages » et réalisation par ce biais de bilan épidémiologiques et d'analyse des pratiques. L'utilisation de la main courante annexée à l'outil « Orages » pour y inscrire les étapes de la gestion de l'événement sera privilégiée.

- Les signaux environnementaux présentent des spécificités qui obligent à un tri préalable avant leur remontée à la plateforme régionale afin d'éviter son engorgement. Pour ce faire, le maintien de la capacité de traitement des signaux au niveau départemental apparaît nécessaire en termes d'efficacité et de sécurité. Ces signaux continueront d'être majoritairement réceptionnés, évalués, validés et traités en DT qui ont la charge d'assurer au plus près la surveillance des facteurs environnementaux. L'harmonisation des procédures sera activement poursuivie. Seuls les signaux inscrits sur une liste positive seront saisis dans « Orages ». En fonction de l'importance du signal et de son enjeu, il fera en outre l'objet d'un signalement immédiat via ARS13 Alerte. L'information sur les signaux de routine ou correspondant à des risques sanitaires à cinétique lente sera assurée à intervalles réguliers par des bilans ou des synthèses.

Améliorer les outils de gestion :

- Faire évoluer les outils afin que, de simple outils d'enregistrement des signalements, ils deviennent des aides à la gestion (par exemple, en situation de signalement de cas de rougeole, intégrer les points particulier à prendre en compte comme la survenue de cas en collectivité, de population à risque particulier, de survenue de cas chez des professionnels de santé ...).
- Emettre automatiquement les fiches de notification ou les fiches de liaison à partir des outils d'investigation (TIAC, Chikungunya, Dengue).
- Améliorer l'information du signalant et des partenaires concernés par l'événement et par sa gestion par l'envoi par messagerie électronique de points de situation périodiques (exportation de tout ou partie de la main courante).
- Développer des outils d'information rapide sur la survenue d'un événement et sur sa gestion avec notamment les professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, biologistes ...).

Elaborer des bilans régionalisés réguliers de la gestion des évènements sanitaires :

- Procéder à des analyses et des synthèses régulières des principaux types de signaux et alertes
- Partager régulièrement avec tous les partenaires les bilans et retours d'expérience en fin de gestion des évènements.

3.5.2 Préparation et gestion des situations exceptionnelles

Afin de faire face au mieux à la survenue de situations exceptionnelles voire de crises sanitaires, l'accent sera mis sur l'anticipation et sur la préparation à la survenue de tels évènements. Les outils de gestion mis en place au quotidien seront privilégiés et dans la mesure du possible renforcés. En situation exceptionnelle, l'ARS Paca s'organise pour assurer un appui aux équipes opérationnelles en créant des cellules d'appui départementales au sein des délégations territoriales et/ou la cellule régionale d'appui et/ou par la cellule zonale d'appui. La cellule régionale d'appui est initialement mise en œuvre par l'équipe de la CRDS appuyée en tant que de besoin par l'équipe de la CVAGS. Selon la nature de l'événement (ampleur, durée ...) les effectifs seront renforcés par les autres services et directions de l'ARS Paca.

Les principaux axes de travail retenus dans le cadre de la préparation à la gestion de situations exceptionnelles sont les suivants :

- Développer des fiches opérationnelles dans les plans blancs d'établissements sanitaires et des plans bleus des établissements médico-sociaux.
- Développer des exercices afin de faire vivre ces plans et se doter d'une véritable politique d'exercices « Santé ».
- Développer des outils de connaissance des disponibilités opérationnelles de prise en charge hospitalière en situation exceptionnelle (articulation du Plan blanc élargi et du Répertoire opérationnel des ressources mis en œuvre dans la région par l'ORU-Paca).

- Harmoniser des plans blancs élargis départementaux et constituer une base de données régionales et opérationnelles (ébauche d'un plan blanc élargi régional). Inscrire ces PBE dans le cadre du dispositif ORSEC (départemental et zonal) en tant que volet sanitaire de la réponse.
- Relancer la formation zonale et locale des acteurs du champ sanitaire sur les risques NRBC, menaces et crises sanitaires et intégrer le thème spécifique santé dans les formations sécurité civile.
- Inciter les établissements de santé à élaborer leur plan local de lutte contre une épidémie et développer un plan régional de lutte contre les épidémies.
- Dans le même esprit, constituer l'ébauche d'une harmonisation zonale des bases de données régionales et partager un système d'information géographique. En effet, en situation de crise, le pilotage des dispositifs de l'Etat est assuré par le représentant de l'Etat du département lorsque l'événement ne concerne qu'un département, et par la préfet de zone si plusieurs départements sont concernés par l'événement. Si l'échelon régional n'existe pas, en termes de gestion de crise, dans l'organisation territoriale de l'Etat, l'organisation régionale sanitaire dont l'ARS est le garant doit trouver les moyens de se mettre à la disposition des représentants de l'Etat conformément aux protocoles signés avec ces derniers.
- Développer une organisation qui prenne en compte les moyens nécessaires à la protection et à la prise en charge sanitaire des populations en dehors des établissements de santé et les établissements médico-sociaux en cas de situation exceptionnelle ou en cas de crise, en associant les acteurs sanitaires (professionnels libéraux et salariés) et extra-sanitaires (information, organisation logistique en cas de distribution de produits de santé en population, mise en œuvre de structures ad hoc de vaccination de grande ampleur ...).

4 Modalités d'évaluation

Des indicateurs d'évaluation sont définis dans chacune des 11 fiches action déclinant les objectifs du Vagusan.

5 Conclusion

Du fait des changements épidémiologiques récents dans la région et des modifications institutionnelles importantes, l'élaboration du VAGUSAN constitue une opportunité pour adapter la veille et la sécurité sanitaire au nouveau contexte en impliquant l'ensemble des partenaires dans ce domaine. L'ouverture vers l'extérieur constitue un point fort de ce schéma.

Grace au travail de tous les membres du groupe de travail (qu'ils en soient tous remerciés), dans un délai très court, le présent document a pu être élaboré. Il présente un état des lieux de la situation actuelle en dégagant les voies de progrès. Sur cette base et à partir des cinq axes donnés par le guide méthodologique national, les objectifs relativement détaillés sont définis. Ils concernent l'organisation interne de l'ARS mais aussi et surtout les modalités de collaboration avec les partenaires extérieurs.

Ce travail qui est soumis aux différentes instances de concertation, est décliné en 11 fiches d'action qui permettent de reprendre les différents objectifs avec pour chacun la méthode à suivre, les moyens à dégager et le calendrier prévisionnel. Ces actions sont destinées à être mises en place au cours des 5 années à venir.

6 Annexes

Annexe 1 - Bilan du Pragsus

L'article 19 de la loi relative à la politique de santé publique prévoyait l'inclusion d'un « volet relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire » dans le Plan régional de santé publique (PRSP). Suivant la circulaire du 24 septembre 2004, relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du PRSP, le document de cadrage¹⁰ élaboré par l'InVS a servi de base aux réflexions et à l'élaboration de propositions sur l'organisation et le développement des systèmes de surveillance.

Le Comité technique régional et interdépartemental (CTRI) de la région PACA a demandé à la Cire Sud de rédiger la partie de ce plan consacrée à l'alerte et à la cellule de gestion des risques exceptionnels (GRE) de la DRASS PACA de rédiger la partie gestion des situations d'urgence sanitaire.

Un groupe projet régional, constitué de membres de la DRASS, de l'ARH et des DDASS de la région, a rédigé en 2005-2006 le Pragsus qui abordait l'alerte et la gestion des urgences sanitaires au sein de l'administration de la santé dans la région.

La première étape du Vagusan a consisté à réaliser l'inventaire des ressources et de l'organisation de l'alerte sanitaire et de la gestion en Paca suite aux préconisations et actions menées dans le cadre du Pragsus en Paca.

Rappel des objectifs

Deux axes stratégiques avaient été retenus : organiser la veille sanitaire et le traitement des alertes sanitaires et disposer de plans opérationnels de réponse à la menace sanitaire.

Le 1^{er} axe se déclinait en trois objectifs :

- structurer le dispositif de veille sanitaire et de traitement des alertes dans les départements et la région (démarche recommandée dans le document de cadrage national pour la préparation du volet alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire et reprise après un état des lieux en DDASS) ;
- développer les actions de formation des personnels en charge de la veille sanitaire et du traitement des alertes (objectif découlant de l'objectif précédent) ;
- développer, renforcer et adapter les systèmes de surveillance (valoriser les signalements des maladies à déclaration obligatoire (MDO) ; développer la surveillance non spécifique (SNS), décliner les surveillances nationales en région et développer les surveillances spécifiques à la région).

Le 2^{ème} axe se déclinait en deux objectifs

- évaluer l'impact sanitaire des risques identifiés (inventorier les aléas identifiés sur la région et évaluer les enjeux sur la population et les établissements sanitaires, créer un système d'information géographique (SIG) ;
- vérifier l'opérationnalité des plans de réponse à la menace sanitaire (les plans et exercices).

¹⁰ L'alerte sanitaire en France - Principes et organisation. Institut de veille sanitaire, mai 2005. http://www.invs.sante.fr/publications/2005/prsp/rapport_prsp.pdf consulté le 06/06/06.

Bilans des actions menées dans le cadre du Pragus

Points forts

Parmi les points forts ressort plusieurs éléments importants.

- Etat des lieux initial réalisé sur la région
Le travail initié a représenté une première étape de la réalisation d'un état des lieux permettant de prioriser les activités de veille sanitaire dans la région. Il a montré que les DDASS s'étaient organisées pour répondre aux objectifs de veille sanitaire tout en révélant les contraintes et difficultés pour y faire face.
- Partages d'expériences entre acteurs (REPP...)
Le Pragus a permis de montrer l'intérêt d'un partage d'expériences entre acteurs de la veille et poussé à améliorer et harmoniser les réponses aux alertes et urgences sanitaires.
- Développement d'outils de partage d'information (anticipation des ARS):
Plusieurs outils de surveillance et de gestion ont pu être mis en place, anticipant la création des ARS. L'élaboration d'outils de suivi de maladies spécifiques à la région (arboviroses, Ostreopsis) a permis de répondre aux exigences de prévention, de suivi et de gestion.
- Dynamique dans le domaine de la surveillance en région et développement de partenariats
Le Pragus a permis d'initier une dynamique dans le domaine de la surveillance des maladies et des expositions et de fédérer des réseaux de surveillance dans une démarche commune (ORU, urgentistes, réanimateurs, instituts de recherche...). Ainsi ont été développés des systèmes de surveillances axés sur les pathologies émergentes, répondant aux exigences de réactivité et d'efficacité de la réponse (ex : gestion des arboviroses), mais aussi d'amélioration des connaissances (ex : gestion des Ostreopsis).
- Système non spécifique (urgences, décès, SOS Médecins)
De la même façon, ce programme a établi une dynamique importante de développement d'un dispositif de surveillance non spécifique basé sur de nombreux acteurs, dont les services d'urgences hospitaliers, les Samu, les associations SOS médecins, les états civils et d'autres partenaires.
- Reconnaissance nationale de l'intérêt de la régionalisation
Ce programme a permis une reconnaissance de l'intérêt régional dans sa capacité de surveillance et de gestion (grippe, MDO...).

Point faibles

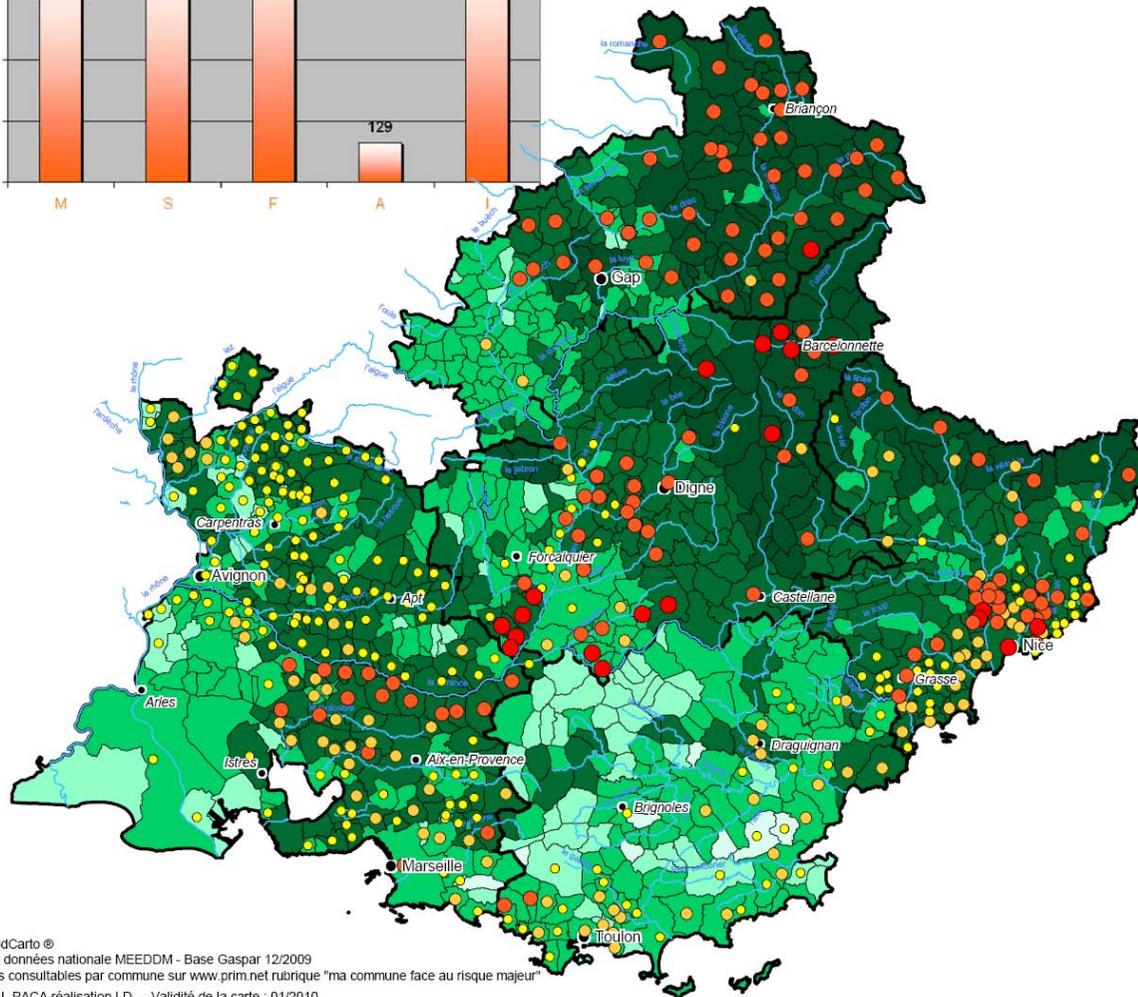
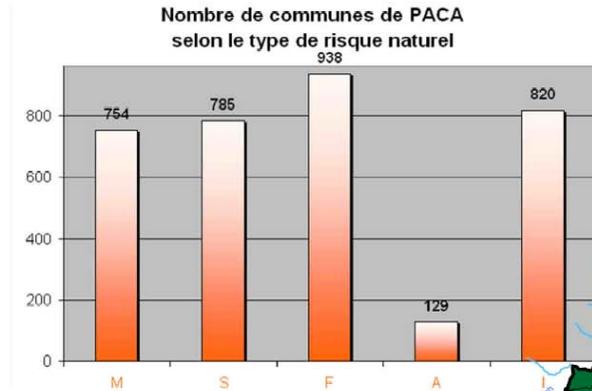
Ce programme a cependant révélé de nombreuses faiblesses.

- Objectifs trop orientés en « interne »
Ce plan, trop centré vers l'organisation interne (DDASS, DRASS et ARH), a montré des faiblesses dans sa capacité à être élargi vers les partenaires « extérieurs », non inclus, en amont, dans son élaboration et sa construction. Si des actions tournées vers l'extérieur ont été réalisées, elles l'ont été dans un cadre spécifique (arboviroses...). Ainsi, il avait été retenu d'élargir le Pragus aux partenaires directs de la veille sanitaire non inclus initialement ;
- Peu d'avancées sur l'objectif spécifique d'organisation de la veille en région
Le dispositif de veille reposait sur une organisation départementale et il s'est révélé difficile de disposer d'actions « standardisées » en région. Des outils communs et harmonisés ont été discutés et utilisés en département. Cependant, ceux-ci sont restés spécifiques et limités. L'organisation de la veille et de la gestion est restée départementale ; la Cire ayant des missions axées sur la surveillance et l'alerte n'était peut être pas la plus adaptée pour organiser la veille en région.
- Objectifs de gestion très limités et orientés essentiellement sur les « crises » majeures
De même que pour la veille sanitaire, la gestion s'est appuyée sur un service orienté vers la crise, qui n'a pas su fédérer les DDASS dans une démarche de gestion régionalisée des alertes.

**Annexe 2 - Cartes risques naturels et sites d'implantation
des établissements SEVESO en région PACA
(Source CARTOPAS 2010 – DREAL)**

Bilan des risques naturels encourus par les communes et leur couverture PPR

Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur



Nombre de types de risques naturels par commune (et Nbr total de communes concernées sur PACA)

- 1 (8)
- 2 (80)
- 3 (344)
- 4 (429)
- 5 (102)

Nombre de risques couverts par les PPR quel que soit le stade du PPR (prescrit ou approuvé)

- 1
- 2
- 3
- 4

- Préfecture
- sous préfecture

— Limites de département

~ Cours d'eau

0 75 km

Les types de risques pris en compte dans le calcul sont, pour la région PACA :

- M - risque mouvement de terrain
- S - risque séisme
- F - risque feux de forêts
- A - risque avalanche
- I - risque inondation

Toutes les communes de la région PACA sont soumises à au moins un risque naturel et environ 10 % des communes sont soumises à la totalité des 5 risques.

La région PACA compte 963 communes.

Etablissements soumis aux dispositions de la directive européenne "SEVESO"

Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur

Les établissements soumis à la directive SEVESO II

Etablissements AS comprenant les établissements dits "SEVESO seuil haut" :

ils utilisent ou stockent des substances dangereuses et doivent faire l'objet d'un plan de prévention des risques technologiques (PPRT) et d'un Plan Particulier d'Intervention (PPI).

Etablissements dits "seuil bas" :

les quantités de matières dangereuses présentes dans l'installation sont moins importantes que pour les établissements AS, ils ne doivent pas faire l'objet d'un PPRT, le PPI n'est pas obligatoire pour ces établissements.

Tous les établissements SEVESO sont des ICPE (installations classées pour la protection de l'Environnement) sauf les stockages souterrains classifiés en seuil haut mais soumis à une réglementation française particulière (code minier). Ces derniers doivent faire l'objet d'un PPRT et d'un PPI.

Seuil risque SEVESO:

▽ seuil bas (23)

△ seuil haut (59) dont 4 stockages souterrains :

Type de risque par entreprise

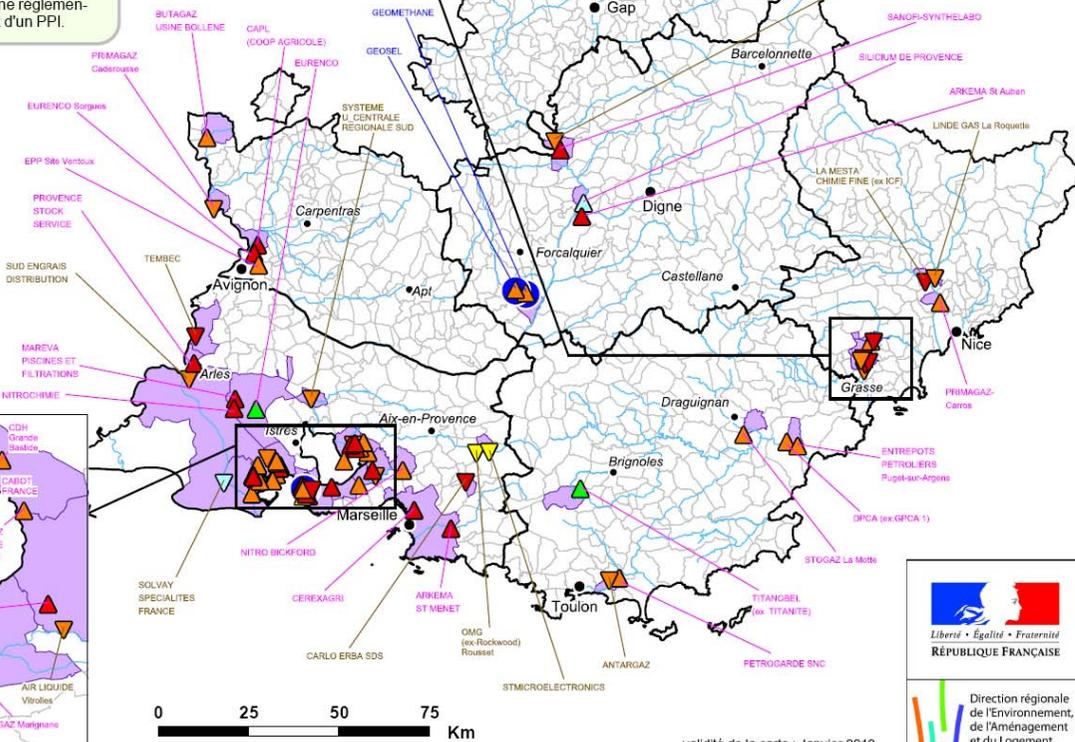
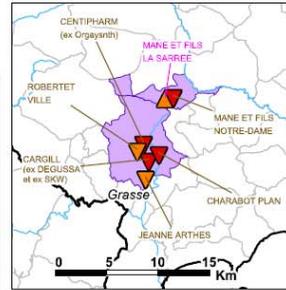
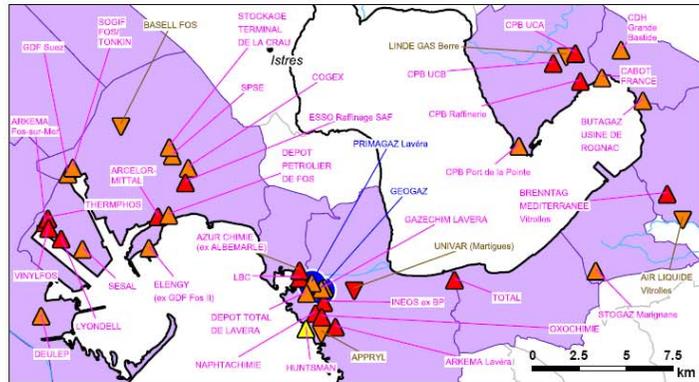


E : Risque d'explosion (risque de brûlure ou de blessure par projection d'éclats).
I : Risque d'incendie (risque de brûlure et d'asphyxie).
G : Risque d'émission de gaz toxiques (risque de nausées, d'intoxication).

- Préfecture
- Sous-préfecture

— Limites de département
— Limites de commune

— Cours d'eau



RÔLE DE LA DREAL

Les DREAL sont investies d'un rôle majeur dans la prévention des risques technologiques.

A partir de l'analyse et de la critique des études de dangers qui font l'objet de révisions quinquennales, remises par les exploitants, la DREAL :

- rédige les prescriptions spécifiques imposées à l'exploitant par voie d'arrêté préfectoral en vue de réduire l'occurrence et la gravité d'éventuels incidents, à un niveau aussi bas que possible dans des conditions techniques et économiquement acceptables : règles d'aménagement, consignes d'exploitation, moyens de surveillance et de contrôle, des installations, dispositifs de sécurité,
- réalise des visites d'inspection périodiques (à minima annuelle) pour contrôler la bonne application de ces dispositions et, le cas échéant, les modifier pour améliorer le niveau de sûreté de l'établissement.

Les établissements classés Seveso font l'objet d'un recensement triennal, réalisé par la DREAL.

validité de la carte : Janvier 2010

© IGN Bdcarto © DREAL PACA Réalisation CB (RT1_seveso.wor);
Visitez notre site internet : www.paca.developpement-durable.gouv.fr



Annexe 3 - Plate-forme de veille et d'urgence sanitaires



Note n°5 DIR-2011 à l'attention des membres du CODIR de l'ARS PACA

Service émetteur / DSPE

Suivi du dossier : Savail MC
Marie-christine.savail@ars.sante.fr
W:\VSS\VAGUSAN\Rédaction
Vagusan\VagusanPaca 20 finalisée corrigée.doc

Tél. : 04 13 55 83 51
Fax : 04 13 55 80 40

PJ :1 « éléments de réponse aux observations formulées par les DT »

Objet : Plate-forme de veille et d'urgence sanitaires

Au début de l'été 2010, j'avais missionné un groupe de travail chargé de proposer un cadre d'intervention cohérent, permettant de construire les articulations entre les différentes directions de l'ARS nécessaires à la convergence des signaux vers la plate-forme régionale de veille et d'urgence sanitaires.

Ce groupe a, récemment, rendu ses travaux. Ils ont fait l'objet d'une restitution suivie d'échanges au cours des PRE-CODIR des 5 et 19 avril 2011.

J'estime que ce temps consacré à la réflexion était indispensable, car la veille et la sécurité sanitaire est une mission complexe et ambitieuse, compte tenu du caractère stratégique qu'elle occupe dans la gestion des crises, mais également dans la prévention et les mesures d'anticipation.

La sécurité sanitaire est un enjeu majeur pour notre région. C'est un révélateur et un des meilleurs marqueurs de la sécurité et de la qualité de l'offre de santé publique apportée dans notre région.

Cet objectif de qualité et de sécurité sanitaires a pour finalité, non seulement de poursuivre l'amélioration de l'état de santé de la population, mais aussi et surtout, de la préserver des menaces et des risques sanitaires, qui pèsent sur elle.

J'ai rappelé, à de nombreuses occasions, que la prévention et la gestion des risques sanitaires étaient bien « l'affaire de tous ». Ce principe s'applique à l'ensemble des services de l'ARS, mais également à nos partenaires et à nos structures sous contrôle.

Cette culture de la gestion du risque, partagée de tous, est essentielle.

Depuis sa création, l'ARS PACA dispose d'une plate-forme de veille et d'urgence sanitaires, dont l'activité et l'opérationnalité sont effectives.

Cette plate-forme est armée 7 jours sur 7 /H 24. Elle est joignable à partir d'un numéro de téléphone unique (N° 04 13 55 8000) et d'une adresse mël unique (ars13-alerte@ars.sante.fr).

Pendant les heures non ouvrées, un système d'astreinte (une astreinte de 1^{er} niveau en délégation territoriale, deux astreintes techniques régionalisées, l'une médicale, l'autre en santé environnementale, ainsi qu'une astreinte COMEX) permet de maintenir la continuité de la réception et du traitement des signalements.

Les émetteurs de signalements ont été informés de cette organisation fonctionnelle, qui repose sur des équipes de « la veille sanitaire » en place tant au siège qu'en délégations territoriales.

Les protocoles de fonctionnement avec les autorités préfectorales de la région et de la zone, le protocole de fonctionnement entre les trois ARS de la zone sud, ainsi que de nombreuses instructions diffusées à l'attention des DT, mais aussi auprès des déclarants par l'intermédiaire des DT, ont formalisé les circuits à respecter.

En fonction de la nature et/ou de l'ampleur des événements, toutes les directions de l'ARS peuvent concourir au traitement de la situation en sus des personnels dédiés spécifiquement à la veille sanitaire.

Au niveau du siège, l'organisation est structurée autour de quatre entités rattachées à la DSPE, dont les fonctions sont complémentaires :

- La cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) ;
- La cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE Sud, compétente pour les régions PACA et Corse, rattachée scientifiquement à l'INVS, et placée sous l'autorité administrative de l'ARS PACA) ;
- La cellule régionale de défense et sécurité (CRDS) ;
- Le service zonal de défense et de sécurité (rattaché fonctionnellement à la DSPE).

Les deux premières entités, qui ont développé des liens de collaboration très étroits, interviennent dans le domaine de la réception, de la validation et de la gestion des signaux. Les liaisons avec la CRDS sont également très fortes, cette dernière étant plus particulièrement chargée de coordonner la préparation des plans (plans blancs, NRBC...), et de mettre au point les outils de gestion des situations de crise.

La dimension zonale est nécessaire, car un certain nombre d'outils de programmation et de gestion de crise dépasse le cadre strictement régional, et nécessite une coordination des trois régions de la zone sud (Languedoc-Roussillon, Corse et PACA).

Dans cette phase initiale de démarrage de l'ARS, nous nous sommes organisés pour garantir la continuité (temporelle et territoriale) du traitement des signaux H 24 - 7 jours sur 7, et je salue l'engagement et la mobilisation de toutes celles et tous ceux qui au siège et en DT ont contribué à cette organisation.

Nous avons également privilégié un système capable d'assurer les transitions indispensables avec les organisations antérieures, en maintenant les délégations territoriales comme point d'entrée de la majorité des signalements.

Cet état de fait a été objectivé par le groupe de travail qui a analysé, par grandes familles homogènes, les différentes étapes du processus de traitement d'un signal, à savoir : réception, vérification, évaluation, et gestion des effets indésirables. C'est en effet autour de ces quatre étapes que s'ordonnent les missions concourant à la gestion d'une alerte, soit :

- Garantir la permanence de la réception des signaux ;
- Assurer la continuité du traitement des signaux ;
- Assurer l'enregistrement et la traçabilité des signaux ;
- Informer le DG ARS et l'administration centrale, en cas de déclenchement d'une alerte ;
- Mettre en œuvre les mesures de gestion appropriées en réponse aux alertes et crises sanitaires.

Quinze familles homogènes ont pu être identifiées, ce qui témoigne de l'extrême diversité des signaux à laquelle nous sommes confrontés quotidiennement.

Sur la base des travaux ainsi menés, j'ai pu tirer un certain nombre de conclusions, qui le moment venu, devrait être enrichi par les apports du volet VAGUSAN du schéma de prévention.

Ces conclusions m'amènent à arrêter pour l'ARS PACA les principes et le schéma d'organisation suivants :

Même si jusqu'à présent nous avons pu faire la preuve de notre efficacité, les travaux du groupe font apparaître des points de fragilité que l'on ne peut méconnaître.

Je souhaite donc faire évoluer notre organisation, en recentrant sur le point focal régional (DSPE) la réception, la régulation des signalements, ainsi que l'information de la direction générale et des autorités nationales. Il reste entendu que les mesures de gestion des effets indésirables de l'évènement continueront à être prises au niveau des délégations territoriales (sauf pour la DT des BDR), avec l'appui si nécessaire des directions « métiers » du siège.

Ce recentrage doit nous permettre d'aller vers un schéma d'organisation plus conforme aux orientations nationales (*Cf : circulaire du 20 avril 2010 relative à la veille et urgences sanitaires dans les ARS*), à savoir :

- ✚ Un centre de réception et de régulation des signaux, support technique de la plate-forme régionale, constituant :
 - Le lieu d'administration des signaux entrants ;
 - Le point de départ de la transmission des alertes au niveau national.

- ✚ Une plate-forme régionale de veille et d'urgence sanitaires constituant une organisation fonctionnelle, articulée autour d'une équipe de permanents de la veille sanitaire qui bénéficie en tant que de besoin de la collaboration des personnels techniques compétents des autres services de l'ARS, tant en analyse et évaluation des signaux réceptionnés, qu'en gestion des mesures de contrôle.

Au delà du respect du cadre réglementaire, le recentrage permettra de rendre le dispositif actuel plus robuste et de l'adapter aux contraintes existantes.

Il est essentiel de mieux structurer notre organisation autour d'un pôle régionalisé de la veille et sécurité sanitaire, associant les équipes du siège et des délégations territoriales dans un fonctionnement mutualisé des compétences et des procédures.

Avec un point d'entrée unique des signaux permettant de mieux maîtriser les flux d'information et de mieux appréhender les signaux dit « faibles », ce pôle régionalisé renforcera les capacités d'anticipation et d'action de l'ARS, et donnera davantage de moyens pour exercer un pilotage avisé de la politique de veille et sécurité sanitaires.

Bien entendu, les compétences et les moyens dédiés à la veille et sécurité sanitaires au siège et dans les délégations territoriales seront adaptés à cette nouvelle organisation entre direction et DT. Il s'agit de consolider notre organisation, en la rendant moins fragile et moins dépendante des aléas dans un contexte de moyens contraints.

L'objectif est d'optimiser le fonctionnement des équipes actuellement en place au siège et dans les DT, en organisant le partage des fonctions entre les différents effecteurs dans la chaîne de traitement des signalements, et en recherchant des économies d'échelle sur les fonctions qui peuvent s'affranchir de la proximité de terrain, et qui sont le plus aisément susceptibles d'être recentrées au niveau régional.

A partir du moment où le rôle de chacun est bien défini, et sous réserve de disposer des moyens techniques adéquats, toutes les conditions sont alors réunies pour assurer l'efficacité et la réactivité de la réponse.

Si nous réussissons dans cet objectif, l'efficacité de la veille et de la gestion des urgences sanitaires devrait être renforcée grâce à :

- Une plus grande professionnalisation des personnels en charge de la veille et sécurité sanitaire;
- Une continuité de la réception et du traitement des signaux dans le temps (dans un continuum veille/alerte/gestion des crises) ;
- Une capacité d'action et d'expertise renforcée en cas de crises sanitaires ;
- Un effort accru dans le domaine de la formation, de l'harmonisation des procédures et des systèmes d'information ;
- Un appui permanent par la mobilisation des compétences d'évaluation, d'investigation et d'expertise des autorités nationales (ministère de la santé et agences sanitaires, dont l'institut national de la veille sanitaire).

Je souligne que ces choix devraient placer les délégations territoriales en meilleure position pour se consacrer davantage à l'animation territoriale.

Par ailleurs, je rappelle que les directives ministérielles (*Cf : note du 17 juin 2010 relative aux relations entre l'ARS et le niveau national dans le cadre d'alertes sanitaires*) définissent comme suit les trois catégories devant être signalées au niveau national :

- **Alertes** : événements susceptibles d'avoir des conséquences graves sur la santé des personnes (en lien avec des risques anthropiques ou naturels), sur le fonctionnement du secteur sanitaire ou médico-social ainsi que celles présentant un caractère inhabituel ou susceptibles d'avoir un retentissement particulier ;

- **Situations affectant le fonctionnement de l'ARS ou celui des établissements de santé ou médico-sociaux de son ressort** : conséquences d'un événement, rassemblement ou manifestation susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de réponse ou l'organisation du système de soins, mobilisation des services de l'ARS placés pour emploi auprès des préfets de département, dysfonctionnements majeurs observés dans les établissements de santé ou médico-sociaux, fugue de patient hospitalisé d'office ou traité sous contrainte... ;

- **Indicateurs d'activités** : indicateurs d'activité permettant d'apprécier, notamment, les tensions observées au sein du système de soins ou de constituer une aide au pilotage dans le cadre des plans nationaux (plan national canicule par exemple) ou des situations exceptionnelles.

Ce cadre réglementaire confère au point focal régional un périmètre extrêmement ouvert, dont le noyau dur est cependant constitué par la catégorie des alertes sanitaires intégrant principalement les risques infectieux.

Les événements se rapportant aux catégories 2 et 3 peuvent avoir un lien très distendu, voire inexistant avec la présence d'une menace sanitaire, néanmoins la remontée d'information est exigée par les autorités nationales compte tenu du retentissement de l'événement, lequel peut constituer soit un trouble à l'ordre public, soit représenter une information jugée inquiétante par la population ou les médias, soit constituer un indicateur significatif de dysfonctionnement du système de santé ou médico-social, soit enfin avoir des conséquences sociétales ou économiques majeures.

Dans l'immédiat, je souhaite limiter le recentrage vers le point focal aux familles homogènes concernées par la catégorie des alertes, à savoir (*Cf : fiches établies par le groupe de travail*) :

- Vigilances (signalement secondaire) ;
- Infections nosocomiales ;
- Evènements indésirables graves liés à des soins ;
- Maladies à déclaration obligatoire ;
- Maladies infectieuses autres que les maladies à déclaration obligatoire ;
- Risques infectieux en établissements médico-sociaux ;
- Autres maladies ;
- RSI.

Pour les autres catégories de signalements, les points d'entrée actuels sont maintenus, afin de ne pas désorganiser les dispositifs spécifiques de gestion de ce type d'événements pendant la première phase de recentrage.

Pour ces derniers, seul s'impose le renforcement des circuits d'information entre l'effecteur responsable de la réception de l'événement et le point focal régional, afin de sécuriser les remontées d'information vers le DG ARS et les autorités nationales, et de mieux analyser les « signaux faibles » susceptibles d'évoluer vers une alerte sanitaire.

Ces catégories sont les suivantes (*Cf : fiches établies par le groupe de travail*) :

- Produits de santé défectueux (autres que ceux traités dans le cadre des vigilances) ;
- Evènements indésirables et situations exceptionnelles ou dramatiques affectant la santé des personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux ;
- Surveillance de la qualité des facteurs environnementaux ;
- Situations affectant l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé ;
- Situations affectant l'organisation et le fonctionnement des établissements médico-sociaux ;
- Fugues des patients hospitalisés sous contrainte.

Je confie le pilotage de l'organisation mutualisée et coordonnée de la veille et sécurité sanitaire (VSS) de l'ARS PACA à la DSPE, qui bénéficiera de l'appui des autres directions «métiers» du siège et des délégués territoriaux, lesquels conservent évidemment l'autorité hiérarchique sur les agents affectés auprès d'eux, ainsi que la responsabilité du fonctionnement de leur délégation et la responsabilité d'administrer les moyens dont ils disposent.

Afin d'aboutir à une déclinaison effective de la nouvelle organisation, je demande au collège VSS, composé de représentants de la DSPE et des DT, de proposer un calendrier précis et des modalités opérationnelles de mise en œuvre, au regard des conditions de réalisation propres à chaque système de surveillance, qui ont été définies par le groupe de travail et synthétisées sous forme de fiches spécifiques se rapportant à chaque famille homogène de signalement.

A compter de la publication de cette note, l'année 2011 devra être considérée comme une période de préparation pour une mise en œuvre des premières mesures de recentrage vers le point focal tout début 2012.

Le collège VSS présentera en PRE-CODIR ses propositions, au fur et à mesure de l'avancée de ses travaux. Une première restitution devra intervenir à un PRE-CODIR de la rentrée et au plus tard avant la mi-octobre 2011.

Je vous remercie de l'attention portée à cette note.

Signé D. Deroubaix

Annexe 4 - Protocoles Préfets – ARS



PREFECTURE DU DEPARTEMENT

Protocole départemental relatif aux modalités de coopération entre le représentant de l'État dans le département des Bouches du Rhône et l'Agence Régionale de la Santé de PACA.

Vu le code de la défense ;

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L.1435-1, L 1435-2, L 1435-7 ;

Vu la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, et notamment l'article 34 ;

Vu la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile ;

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

Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004, modifié relatif aux pouvoirs des Préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;

Vu le décret n° 2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC ;

Vu le décret n° 2010-224 du 4 mars 2010 relatif aux pouvoirs des Préfets de zone de défense et de sécurité ;

Vu le décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre les représentants de l'Etat dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'agence régionale de santé pour l'application des articles L. 1435-1, L. 1435-2 et L. 1435-7 du code de la santé publique ;

Vu la circulaire conjointe du 11 janvier 2010 du ministère de l'intérieur, de l'outre mer et des collectivités territoriales, et du ministère de la santé et des sports relative à l'application de l'article 3111-11 du code de la santé publique ;

Vu la note du 20 avril 2010 du ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, du ministre de la santé et des sports relative à la mise en place d'une plate-forme régionale de veille et d'urgence sanitaire ;

Vu le protocole provisoire relatif aux modalités de coopération entre le représentant de l'Etat dans le département des Bouches du Rhône et l'ARS PACA en date du 19 avril 2010.

Préambule

L'Agence Régionale de Santé réalise pour le représentant de l'État dans le département, dans les conditions prévues aux articles L 1435-1 et L 1435- 7 du code de la santé publique, les prestations y compris d'inspection, nécessaires à l'exercice de ses compétences, dans les domaines de la veille, de la sécurité et des polices sanitaires, de la salubrité et de l'hygiène publiques.

Pour la mise en œuvre de ses attributions, au titre du code de la santé publique, le représentant de l'Etat dans le département des Bouches du Rhône est assisté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé de PACA, auquel il peut déléguer sa signature, et, en cas d'absence ou d'empêchement, aux agents placés sous son autorité, dans les conditions prévues à l'article L 1435-1 du code de la santé publique.

Ces attributions sont réalisées sous la responsabilité du Directeur Général de l'Agence, hors les cas, visés aux articles L 1435-1 et L 1435 -2, où les services de l'Agence Régionale de Santé sont placées pour emploi sous l'autorité du Préfet de département ou du Préfet de zone.

Le Directeur Général de l'ARS est responsable de la mise en œuvre des moyens dont il dispose.

Le DG ARS informe le Préfet :

Des moyens mis en œuvre pour répondre à ses demandes,

Des éventuelles difficultés rencontrées,

Des résultats de l'intervention.

Il est associé à la réalisation des politiques publiques, dont le représentant de l'Etat a la charge, pour toute question relative à la santé humaine.

Il garantit une permanence permettant au représentant de l'Etat d'assurer, H24, 7 jours sur 7 ses missions.

Le Directeur Général de l'Agence et le représentant de l'Etat s'informent mutuellement et sans délai de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un trouble à l'ordre public, dont ils ont connaissance.

Le représentant de l'Etat dans le département fait connaître au Directeur Général de l'ARS tous les éléments utiles à l'accomplissement de ses missions de contrôle sanitaire et d'inspection prévues à l'article L 1431-2 du code de la santé publique, ou de toute mission d'inspection, de contrôle ou d'expertise en santé, dont il a demandé la mise en œuvre.

Il communique au Directeur Général de l'Agence les déclarations obligatoires, dont il est destinataire en application du présent code.

Le Directeur Général de l'ARS est associé à l'élaboration des plans de sécurité et défense civile, et participe, à la demande du représentant de l'Etat dans le département, à la cellule opérationnelle départementale.

Sous l'autorité du Directeur Général de l'ARS, le Délégué Territorial Départemental, est le correspondant de proximité du représentant de l'Etat.

Article 1

Les enjeux du dispositif.

Compte tenu des missions et enjeux suivants, au regard des besoins et attentes de la population dans la région et le département, qui doivent avoir une réponse immédiate dès la mise en place juridique de l'ARS PACA, les cinq domaines suivants sont précisés, dans ce protocole départemental :

La gestion des hospitalisations sans consentement **(1)** ;

La santé environnementale **(2)** ;

La veille, la sécurité et la police sanitaires, dont le volet sanitaire des plans **(3)** ;

L'inspection et le contrôle, dans les conditions définies à l'article L.1435-7 du code de la santé publique **(4)** ;

Le service public de la permanence des soins **(5)**.

Pour chaque domaine, sont, principalement, définis :

Les matières et les conditions dans lesquelles le DGARS dispose d'une délégation de signature du représentant de l'Etat, **(a)** ;

La liste des arrêtés et décisions pris par le représentant de l'Etat dont la préparation est assurée par le DG de l'ARS **(b)** ;

Les modalités d'association de l'ARS à la mise en œuvre des politiques dont le représentant de l'Etat à la charge **(c)**;

Les modalités de gestion des alertes et de crises sanitaires, dont les conditions de participation de l'ARS à la cellule opérationnelle départementale **(d)**

Les modalités d'information entre DGARS et le Préfet, notamment sur les moyens mis en place par l'ARS pour répondre aux demandes des Préfets **(e)** ;

Les modalités d'association du DGARS à la préparation et à l'exécution des mesures concourant à la sécurité et défense civile **(f)** ;

Les autres domaines, tels que « santé publique et politique de la ville », « santé et emploi », « santé et sports », « santé et travail », « santé et politique de la ville »... feront l'objet d'avenants ultérieurs ou de conventions spécifiques.

D'ores et déjà, pour le département des Bouches du Rhône, l'ARS s'associera et apportera son expertise sanitaire aux travaux, pilotés par le Préfet à l'Egalité des Chances, pour le compte du Préfet de département, tels que définis dans le cadre de la « gouvernance » de la cohésion sociale et des six groupes de travail pilotés, pour le compte du Préfet, par les services de l'État désignés :

De l'hébergement au logement,

Prévention et lutte contre l'Habitat insalubre,

Prévention et lutte contre les discriminations,

Parcours vers l'emploi,

Politique de la ville et rénovation urbaine,

Politiques éducatives.

Article 2

Les domaines concernés : un objectif important de coordination et de réponse efficiente.

1) La gestion des hospitalisations sans consentement

Délégation de signature du préfet au DGARS ou à son représentant pour :

Transmission à l'intéressé(e) des arrêtés préfectoraux le(la) concernant en cas d'hospitalisation sous contrainte, de maintien, de transfert ou de levée (article L3211-3 du code de la santé publique) ;

Courriers aux procureurs de la république du siège de l'établissement d'hospitalisation et du domicile de toute personne hospitalisée sur demande d'un tiers (article L 3212-5 du code de la santé publique) ;

Courriers adressés au procureur de la république près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, au maire du domicile et à la famille de la personne hospitalisée relatifs à une hospitalisation d'office, à un renouvellement et à toute sortie (article L 3213-9 du code de la santé publique).

Préparation des actes et décisions par le DGARS (via le Délégué Départemental Territorial) pour le compte du Préfet de département, suivants :

Arrêté portant hospitalisation d'office, selon l'article L 3213-1 ;

Arrêté portant hospitalisation d'office, suite à une mesure provisoire du maire, selon l'article L 3213-2 ;

Arrêté portant maintien de la mesure d'hospitalisation d'office pour une période de trois mois puis pour une période de six mois renouvelable, selon l'article L 3213-4

Arrêté mettant fin à la mesure provisoire du maire, selon l'article L 3213-2 ;

Arrêté mettant fin à une mesure d'hospitalisation d'office, selon l'article L 3213-5 ;

Arrêté provisoire d'hospitalisation d'office, selon l'article L 3213-6 ;

Arrêté confirmant l'arrêté provisoire d'hospitalisation d'office, selon l'article L 3213-6 ;

Arrêté portant hospitalisation d'office, selon l'article L 3213-7, suite à un classement sans suite, une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental ;

Arrêté mettant fin à une hospitalisation d'office intervenue dans le cadre de l'article L 3213-7 ;

Arrêté et décisions prises dans le cadre des dispositions du code de procédure pénale, suite à relaxe, non lieu et Ho judiciaire ;

Arrêté portant hospitalisation d'un détenu selon les dispositions de l'article D398 ;

Arrêté portant hospitalisation d'un détenu dans une unité spécialement aménagée, selon l'article L 3214-3 ;

Arrêté portant maintien de l'hospitalisation d'un détenu dans une unité spécialement aménagée, selon l'article L 3214-4 ;

Arrêté portant suspension provisoire à une demande de levée d'hospitalisation à la demande d'un tiers, selon l'article L 3212 -9 ;

Arrêté et décisions relatives aux accords ou refus liées aux sorties et congés d'essai, selon l'article L3211-11 ;

Arrêté portant réintégration immédiate en établissement de santé d'un patient en sortie d'essai, selon l'article L 3211-11 ;

Arrêté portant transfert inter départemental en hospitalisation d'office ;

Arrêté portant transfert en hospitalisation d'office (transfert sortant) et placement en UMD (unité pour malades difficiles) ;

Arrêté portant admission en hospitalisation d'office par transfert (transfert entrant) ;

Arrêté portant admission pour réintégration en hospitalisation d'office dans le département d'origine (cas des retours d'unités pour malades difficiles) ;

Désignation d'un psychiatre, de deux représentants d'associations de familles de malades mentaux et de personnes malades, d'un médecin généraliste dans les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques article L 3223-2 ;

Fixation de la liste des membres de la commission des hospitalisations psychiatriques, conformément à l'article L 3223-1 ;

Fin des fonctions et remplacement des membres de la commission des hospitalisations psychiatriques conformément à l'article 3223-2 ;

Fixation du siège de la commission des hospitalisations psychiatriques conformément à l'article 3223-7 ;

Information de la commission des hospitalisations psychiatriques de toutes les hospitalisations sans consentement, leur renouvellement et leur levée conformément à l'article 3223-8.

Mise en place d'une commission départementale de suivi du dispositif des hospitalisations sans consentement dans le département.

Animée par le Délégué Départemental Territorial de l'ARS, et présidée par le Préfet de département ou son représentant, elle fait un point du dispositif dans le département (au moins annuel : bilan/enjeux et perspectives), en associant les principaux partenaires concernés.

Cette commission départementale aura, aussi, pour objectif d'harmoniser, progressivement la gestion des procédures et des pratiques, dans le respect des compétences de chacun. Les travaux et réflexions de la commission départementale seront synthétisés par le Délégué Territorial Départemental, et présentés, au moins une fois par an, à la conférence régionale de sécurité sanitaire, dans l'objectif d'harmonisation régionale.

A l'initiative de la commission départementale, le comité des « sages » institué dans le département des Bouches du Rhône et composé de praticiens hospitaliers compétents dans le domaine de la psychiatrie, pourra être saisi, à la demande du Préfet ou du Délégué Territorial Départemental, pour donner un avis, pour tout patient ou situation « difficiles », dans ce domaine.

Le protocole départemental sur le traitement et le signalement des fugues et évènements indésirables des patients en hospitalisation sans consentement pourra, en tant que de besoin, faire l'objet d'actualisation.

En outre, le Délégué Départemental Territorial de l'ARS assure le secrétariat de la commission départementale d'hospitalisation psychiatrique, dont un compte rendu est adressé au représentant de l'Etat dans le département.

Système d'information partagée

Le DGARS, via le Délégué Départemental Territorial, dispose des informations disponibles sur le logiciel du ministère de la santé « HOPSY ».

Grâce à cette base de données nationale du ministère de la santé, un bilan annuel statistique et quantitatif des patients (présenté à la commission départementale de suivi, créée à cet effet) sera porté à la connaissance du Préfet.

Le Préfet s'engage également à transmettre toute information portée à sa connaissance, utile pour la gestion du dispositif.

De la même façon, le Délégué Territorial Départemental donnera au Préfet, et à sa demande, les informations sur les patients sous HSC, détenteurs d'armes, dans le cadre de la réglementation en vigueur.

La gestion de la procédure

Elle sera réalisée pour le compte du Préfet (soit par délégation de signature, soit en actes préparatoires des arrêtés préfectoraux) par le Délégué Territorial Départemental H 24, et 7 jours sur 7 (dans le cadre des dispositions réglementaires et législatives en vigueur et du dispositif d'astreintes, tel que décrit à l'article 4).

Les documents seront partagés et transmis, dans la plupart des cas, sous supports informatiques adéquats.

Les services de la préfecture et des sous préfectures, ainsi que ceux de l'ARS s'engagent au maximum à les rendre compatibles, en respectant les conditions de sécurité, telles que décrites à l'article 3.

De même, le représentant de l'Etat s'engage à assurer une permanence de « signataires » des arrêtés et décisions, pour H24 et 7 jours sur 7, tout au long de l'année.

2) La santé environnementale

a) Domaines et conditions dans lesquelles le DGARS dispose d'une délégation de signature du représentant de l'Etat dans le département

A l'exception des arrêtés mentionnés au b) ci dessous, qui demeurent de la compétence du représentant de l'Etat dans le département, délégation est donnée au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de PACA pour instruire, préparer, signer et suivre au nom du représentant de l'Etat dans le département tous les actes administratifs et décisions relatifs au contrôle administratif et technique des règles d'hygiène au sens des articles L 1311-1 et L 1311-2 du code de la santé publique.

En cas d'absence ou d'empêchement du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, la délégation qui lui est conférée pourra être déléguée aux agents placés sous son autorité hiérarchique, dans leurs domaines de compétence respectifs.

Dans les différents domaines concernés par la délégation de signature accordée au DGARS, l'information du Préfet de département s'exercera conformément aux dispositions prévues par le code de la santé publique.

Protection sanitaire de l'environnement et contrôle des règles d'hygiène

Contrôle administratif et technique des règles d'hygiène au sens des articles L 1311-1 et L 1311-2 du code de la santé publique, en vue de préserver la santé de l'homme notamment en matière :

de prévention des maladies transmissibles ;

de salubrité des habitations, des agglomérations et de tous les milieux de vie de l'homme ;

d'alimentation en eau destinée à la consommation humaine ;

d'exercice d'activités non soumises à la législation sur les installations classées pour la protection de l'environnement ;

d'évacuation, de traitement, d'élimination et d'utilisation des eaux usées et des déchets ;

de lutte contre les bruits de voisinage et la pollution atmosphérique d'origine domestique ;

Mesures de gestion en cas d'urgence sanitaire notamment en cas de danger ponctuel imminent pour la santé publique, en application de l'article L. 1311-4 du code de la santé publique ;

Contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, procédures d'autorisations, propositions de mesures correctives, interdiction, information relatives aux EDCH, en application des articles L 1321-1 à L 1321-10 et R 1321-1 à R 1321-68 et D1321-103 à 105 du code de la santé publique ;

Contrôle sanitaire des eaux conditionnées (art R.1321-69 à 93 du code de la santé publique) ;

Contrôle sanitaire des eaux minérales naturelles, à leur protection et les usages qui en sont faits (art L1322-1 à L1322-13 du code de la santé publique) ;

Vérification de la salubrité des habitations et des agglomérations, conformément aux dispositions des articles L 1311-4, L 1331-22 à L 1331-31, L 1336-2, L 1336-4 du code de la santé publique ;

Lutte contre le saturnisme infantile, en application des articles L 1334-1 à L 1334-13 et R 1334-1 à R 1334-13 du code de la santé publique ;

Contrôle de l'application de la gestion du risque amiante dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, en application des articles L 1334-1 à L 1334-13 et R 1334-1 à R 1334-13 du code de la santé publique ;

Lutte contre la légionellose, notamment dans les réseaux d'eau (art. R.1321-23 du code de la santé publique) et contrôle des systèmes d'aéro-réfrigération susceptibles de générer des aérosols (non ICPE) (art. L 1335-2-1) ;

Contrôle sanitaire des piscines et baignades ouvertes au public, en application des articles L 1332-1 à L 1332-9 et D1332-1 à D 1332-42 du code de la santé publique ;

Contrôle des nuisances sonores, en application des articles R 1334-31 à R 1334-3 et articles R 1337-6 à R 1337-10-2 du code de la santé publique ;

Contrôle des déchets dont les déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés, en application des articles R 1335-1 à R 1335-8 du code de la santé publique ;

Contrôle des pollutions atmosphériques, à l'intérieur et à l'extérieur de l'habitat, (notamment lutte contre l'ambrosie) en application des articles L 1335-1 et L 1335-2 du code la santé publique ;

Lutte contre le radon à l'intérieur de l'habitat (art R1333-15 du code de la santé publique) ;

Lutte anti-vectorielle (article 1^{er} -2° de la loi N°64-1246 du 16 décembre 1964 modifiée).

b) Liste des arrêtés et décisions pris par le représentant de l'Etat dont la préparation est assurée par le DG de l'ARS

Les arrêtés pris en application des articles du code de la santé publique mentionnés ci-après sont soumis à la signature du Préfet, représentant de l'Etat dans le département.

Ces arrêtés sont préparés par les services de l'Agence Régionale de Santé de Provence Alpes Côte d'Azur.

Mesures d'urgence (tous domaines confondus)

- Arrêté portant exécution immédiate, des mesures prescrites, en cas de danger ponctuel imminent pour la santé publique, pris en application de l'article L 1311-4 du code de la santé publique (Exemple : arrêté de mise en demeure si risque CO avec inaction du propriétaire) ;

- Arrêtés (L 1311-2) complétant les décrets mentionnés au L 1311-1 du code de la santé publique ayant pour objet d'édicter des dispositions particulières en vue d'assurer la protection de la santé publique dans le département (Exemples : arrêté préfectoral « bruit »; arrêtés mettant en place des opérations de démoustication).

Sécurité sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, (publiques et privées)

- Arrêté portant déclaration d'utilité publique des travaux de dérivation ou de prélèvement de captages d'eau potable et de mise en œuvre des périmètres de protection, en application de l'article L 1321-2 du code de la santé publique ;

- Arrêté portant autorisation d'utiliser une ressource en eau pour la production, la distribution d'eau destinée à la consommation humaine (publiques et privées) ;

- Arrêté autorisant la production, la distribution et le conditionnement de l'eau destinée à la consommation humaine, en application des articles L 1321-7-I du code de la santé publique et R.1321-6 à R.1321-8 ou autorisation temporaire à titre exceptionnel (R 1321-9) ;

- Arrêté autorisant l'exploitation et la reconnaissance d'une source d'eau minérale naturelle, le conditionnement de l'eau, son utilisation à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal, sa distribution en buvette publique, en application de l'article L 1322-1 à L.1322-13 du code de la santé publique ;

- Arrêté autorisant exceptionnellement l'utilisation d'une eau brute non conforme ou accordant une dérogation à la distribution d'eau non-conforme. Arrêté portant dérogation aux limites de qualité des eaux douces superficielles destinées à la production d'eau potable (R 1321-40 à R 1321-42) ;

- Arrêté ou décision permettant d'imposer des analyses complémentaires à la personne responsable de la distribution d'eau ou au propriétaire pour les réseaux intérieurs dans le cadre du code de la santé publique (R 1321-17 et 18) ;

- Arrêté portant dérogation aux limites de qualité des eaux distribuées (R 1321-31 à R 1321-36) ;

- Arrêté définissant les conditions de prise en compte de la surveillance exercée par la personne responsable de la production et de la distribution (R 1321-24) ;

- Arrêté ou mise en demeure du Préfet auprès de la personne responsable de la distribution d'eau si la distribution présente un risque pour la santé, pour prendre les mesures correctives ou restreindre ou interrompre la distribution de l'eau (R 1321-28 et 29) ;

- Arrêté pour la gestion des dérogations aux valeurs limites de qualité, la prolongation de délais pour l'application des valeurs limites de qualité (art 51 du décret n°2001-1220), articles R1321-31 à R1321-36, R1321-40 à R1321-42 du code de la santé publique ;

- Arrêté portant autorisation de l'utilisation d'eau prélevée dans le milieu naturel, R.1321-6 à R1321-11 dont fixation des paramètres des eaux superficielles (art R.1321-38 à R1321-39), des installations de conditionnement d'eau (autre que minérale naturelle) et de glace alimentaire (art R1321-60) ;

- Arrêté pour la gestion des dérogations aux valeurs limites de qualité R1321-31 à R1321-36, R1321-40, R1321-41 et R1321-42, la prolongation de délais pour l'application des valeurs limites de qualité (art 51 du décret n°2001-1220), l'obligation de nettoyage annuel des réservoirs (art R1321-53) ;

- Arrêté portant autorisation d'importation d'eaux conditionnées autres que les eaux minérales (R 1321-96) ;

- Arrêté réglementant des travaux dans le périmètre de protection d'une eau minérale naturelle, en application des articles L 1322-4 et suivants du code de la santé publique.

Sécurité sanitaire des piscines et baignades

Piscines

- Arrêté fixant selon le type d'installation, la nature et la fréquence des analyses de la surveillance de la qualité des eaux (D 1332-12 – piscines et baignades aménagées) ;

- Arrêté autorisant, après avis du CODERST, l'utilisation d'eau d'une autre origine que le réseau public pour l'alimentation en eau des bassins des piscines, en application des articles L 1332-8 et D 1332-4 du code de la santé publique ;

- Arrêté portant interdiction ou limitation de l'utilisation d'un établissement (D 1332-13).

Baignades

- Arrêté interdisant temporairement ou définitivement une zone de baignade si atteinte à la santé ou à la sécurité des personnes, ou mise en demeure de respecter les normes, en application des articles L1332-4 (sans préjudice des pouvoirs de police spéciale dévolus aux maires (notamment par le décret N°2008-990 du 18 septembre 2008) ou en application de l'article L 2215-1 du code de la santé publique).

Salubrité des zones de pêche de loisirs et de pêche à pied

- Arrêté d'interdiction de consommation et de commercialisation de la pêche de loisirs et de la pêche de coquillages issus des zones non classées (articles L 1311-1 et suivants du code de la santé publique).

Salubrité des immeubles et des agglomérations – Lutte contre le plomb et l'amiante

Salubrité

Sans avis préalable du Comité Départemental d'Evaluation des Risques Sanitaires et Technologiques (CODERST):

- Arrêté, en cas d'urgence, notamment de danger imminent pour la santé publique, ordonnant l'exécution immédiate des mesures prescrites par les règles d'hygiène, notamment en matière d'habitat (art. L. 1311-4) ;
- Arrêté pris sur rapport motivé de l'ARS mettant en demeure la personne, qui a mis à disposition aux fins d'habitation des locaux impropres à l'habitation (caves, sous-sols, combles...), de faire cesser la situation dans un délai fixé (art. L. 1331-22) ;
- Arrêté pris sur rapport motivé de l'ARS mettant en demeure la personne, qui a mis à disposition aux fins d'habitation des locaux dans des conditions qui conduisent manifestement à leur sur-occupation, de faire cesser la situation dans un délai fixé (art. L. 1331-23) ;
- Arrêté, pris sur rapport motivé de l'ARS, en cas de danger imminent pour la santé ou la sécurité des occupants lié à la situation d'insalubrité d'un immeuble, mettant en demeure le propriétaire (ou l'exploitant) de prendre les mesures propres à faire cesser ce danger dans un délai fixé (art. L. 1331-26-1).

Avec avis préalable du CODERST :

- Arrêté enjoignant à la personne qui met à disposition ou qui a l'usage de locaux de rendre leur utilisation conforme afin de faire cesser un danger pour la santé ou la sécurité des occupants pris sur présentation par l'ARS de son rapport motivé au CODERST et avis favorable du CODERST (art. L. 1331-24) ;
- Arrêté déclarant à l'intérieur d'un périmètre l'insalubrité des locaux et installations utilisés aux fins d'habitation, mais impropres à cet objet pour des raisons d'hygiène, de salubrité ou de sécurité pris sur présentation par l'ARS de son rapport motivé au CODERST et avis favorable du CODERST (art. L. 1331-25) ;
- Arrêté déclarant l'insalubrité d'un immeuble (ou groupe d'immeubles, îlot ou groupes d'îlots), bâti ou non, vacant ou non, constituant par lui-même ou par les conditions d'occupation ou d'exploitation un danger pour la santé des occupants ou des voisins pris sur présentation par l'ARS de son rapport motivé au CODERST et avis favorable du CODERST (art. L. 1331-26 à 32).

Lutte contre la présence de plomb

- Arrêté ou mise en demeure visant à notifier au propriétaire ou à l'exploitant la réalisation dans un délai fixé de travaux de suppression du risque lié à des revêtements dégradés contenant du plomb ;
- Arrêté ou prescription de mesures conservatoires, voire arrêt du chantier si des travaux entraînent un risque d'exposition au plomb pour occupants d'un immeuble ou population environnante (L 1334-11).

Amiante

- Arrêté portant prorogation de travaux de confinement ou retrait des flocages, calorifugeage et faux-plafonds contenant de l'amiante (R 1334 -19).

Rayonnements non ionisants

- Arrêté ou décision de prescription de la réalisation de mesures de champs électromagnétiques (L1333-21).

Lutte contre les moustiques

- Arrêté définissant les zones de lutte contre les moustiques pris en application de l'alinéa 2° de l'article 1er de la loi modifiée n° 64-1246 du 16 décembre 1964.

Déchets d'activités de soins

- Arrêté portant dérogation aux prescriptions du Règlement Sanitaire Départemental, pour l'installation de traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux par banalisation.

Autres dispositions

- Arrêtés d'habilitation d'agents des Services Communaux d'Hygiène et de Santé pour le constat d'infractions aux dispositions du livre III du code de la santé publique;

- Dérogation au règlement sanitaire départemental.

c) Modalités d'association de l'ARS à la mise en œuvre des politiques dont le représentant de l'Etat à la charge

Les services de l'Agence Régionale de Santé contribuent à la mise en œuvre des politiques dont le représentant de l'Etat a la charge suivant les modalités décrites ci-dessous :

L'ARS est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques environnementales qui peuvent avoir un impact sur la santé des populations ;

L'ARS s'assure de la mise en cohérence des actions de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène menées par les services communaux d'hygiène et de santé, avec les actions menées par l'agence dans ces domaines ;

L'ARS est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat indigne. Elle participe notamment au comité de pilotage présidé par le Préfet ou son représentant ;

L'ARS est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre la pollution atmosphérique extérieure et intérieure aux locaux ;

L'ARS est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des documents de planification urbaine ;

L'ARS fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine, en application de l'article L. 1435-1 du code de la santé publique, et notamment :

Dossiers d'autorisations d'installations classées pour la protection de l'environnement, carrières, dépôts, sites et sols pollués ;

Dossiers soumis à autorisation au titre de la loi sur l'eau ;

Dossiers d'autorisation de création et dossiers d'autorisation de rejets et prélèvements d'eau d'installations nucléaires de base ;

Dossiers de demande de création ou d'extension de chambres funéraires, de crématorium, de cimetières en milieu urbain.

L'ARS est représentée dans les commissions locales et peut participer aux groupes de travail commun avec d'autres services de l'Etat et éventuellement d'autres partenaires publics ou privés selon les sujets, dans les programmes suivants :

Plan régional santé-environnement (volet du PRS) ;

Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) ;

Schémas d'aménagement et de gestion des eaux (SAGE) ;

Plan départemental d'élimination des déchets ;

Programme d'action directive nitrates ;

Plan régional déchets dangereux dont déchets d'activités de soins à risques infectieux ;

Schéma Régional Climat Air Energie (remplaçant le plan régional de la qualité de l'air) ;

Plan de Protection de l'Atmosphère ;

Plan « Eco phyto 2008 ».

L'ARS est représentée dans les commissions où sa présence est prévue réglementairement, dont le Conseil Départemental de l'Environnement, des Risques Sanitaires et Technologiques (CODERST). Elle peut, par ailleurs, participer aux commissions, ci après, pour lesquelles sa présence n'est pas requise par un texte :

Commissions locales d'information et de surveillance, pour les installations classées pour la protection de l'environnement et les installations nucléaires de base ;

Commission départementale de la nature, des paysages et des sites, formation spécialisée des carrières ;

Commission plénière du droit au logement opposable (DALO) ;

Mission inter-service de l'eau (MISE) ;

Commission départementale du suivi de l'élaboration des cartes de bruit et des plans de prévention du bruit dans l'environnement.

d) Les modalités de gestion des alertes et de crises sanitaires

L'ARS participe à l'élaboration, la diffusion et la promotion des plans d'intervention en cas de crise sanitaire (risques majeurs, plan ORSEC, PPI, plan eau potable, ...) ;

L'ARS participe à la gestion des risques exceptionnels et des crises sanitaires par des actions de prévention, l'alerte et l'information, l'aide à la décision ... ;

L'ARS organise la réponse aux alertes sanitaires, en assure la gestion et la traçabilité (eau potable, risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques, risques émergents, risques naturels, accidents, ...) ;

L'ARS met à disposition ses personnels qualifiés en santé environnementale (ingénieurs et techniciens) et participe en tant que de besoin à la cellule opérationnelle départementale.

3) La Veille, la sécurité et la gestion des crises sanitaires.

Définition de la veille et de la sécurité sanitaires

On entend par, veille et sécurité sanitaires, l'ensemble des activités suivantes :

La collecte et l'analyse en continu de signaux pouvant représenter un risque pour la santé publique, dans une perspective d'anticipation, d'alerte, et d'action précoce. Ces signaux peuvent être issus :

de systèmes de surveillance épidémiologique ou environnementaux ;

d'évènements signalés par toute organisation sociale (association...) ou administrative, voire par des particuliers. Ces signaux sont alors captés et filtrés par un dispositif adapté ;

Les actions sanitaires de prévention (maladies infectieuses, mesures environnementales, médicaments ...) en population générale ou en collectivité ;

La mise en œuvre des mesures curatives visant à la protection des populations contre les risques liés aux milieux ou modes de vie (salubrité des milieux de vie, alimentation en eau destinée à la consommation humaine ...) ;

L'élaboration et le suivi du PRAGUS (volet du PRS) et l'animation d'une politique sur les vigilances (dont les investigations et le suivi des infections nosocomiales avec le C-Clin sud-est) ;

La mise en place et le suivi d'une documentation, l'élaboration de fiches de protocoles et leur actualisation, l'élaboration des volets sanitaires des plans d'urgence ;

L'information régulière sur la situation sanitaire et les données épidémiologiques (dont le suivi des bulletins de décès) à destination notamment des Préfets et des différents partenaires.

Le Directeur Général de l'ARS garantit une organisation sur 52 semaines, 24H/24 et 7j/7, qui permette au Préfet de département de disposer à sa demande, dans le cadre de la veille et la sécurité sanitaires, des compétences de l'ARS, conformément aux modalités d'organisation décrites ci-après **selon les 3 étapes de la VSS : préparation, alerte et gestion.**

La préparation

La veille et sécurité sanitaires comportent une dimension importante de préparation en amont des étapes d'alerte et de gestion.

Le Directeur Général de l'ARS met en place une organisation régionalisée de préparation et de suivi de l'ensemble des procédures et des plans (volet sanitaire des plans) afin d'assurer un appui à leur mise en cohérence.

Le Directeur Général de l'ARS s'engage à participer aux exercices de sécurité et défense civile, et à former, à la demande des Préfets, et avec l'accord du DG de l'ARS, tout agent des services de l'État, à la gestion des crises sanitaires.

L'alerte

Une alerte est déclenchée par le Directeur Général de l'ARS auprès du Préfet de département après la vérification et analyse par ses services des événements, des indicateurs sanitaires, des signaux environnementaux et des données d'autres origines (données Météo, statistiques de décès, indicateurs de pollution, etc....) collectés en routine. En effet, l'enregistrement d'un signal nécessite qu'il soit qualifié, son potentiel de dangerosité apprécié et, au besoin, que des investigations complémentaires soient menées sur la possibilité d'induire une crise sanitaire, avant de déclencher une alerte.

Surveillance des événements : signaux sanitaires comme les Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO), les cas groupés dans un délai et un espace restreints ou « clusters » (maladies infectieuses ou non) les événements indésirables dans un établissement de santé, les événements NRBC, les événements environnementaux, etc....

Surveillance des indicateurs : données recueillies en permanence comme les capacités en lits disponibles des établissements de santé (ES), ou celles provenant du dispositif « Sursaud » (surveillance sanitaires des urgences et des décès), le degré de préparation des plans d'urgence sanitaires, les chiffres d'infections nosocomiales, etc....

Le Directeur général de l'ARS met en place en interne une permanence régionale de réception et d'analyse des signaux et de décision et de diffusion d'alerte utilisable 24H/24 et 7j/7.

Il s'agit d'une plate-forme régionale dotée des outils, annuaires et procédures utilisables en astreinte et des personnels administratifs et techniques formés et compétents.

La gestion

La gestion d'une situation ou d'un événement à conséquence sanitaire pour la population fait référence à deux types de situations qui, même si elles peuvent différer dans leur importance, ne peuvent être séparées et constituent un continuum :

Gestions à procédures « protocolisées » comme les maladies à déclaration obligatoire (MDO), les volets sanitaires des études d'impact, les intoxications au CO...;

Gestions à procédures non « protocolisées », comme les cas groupés de maladies infectieuses en collectivité, l'exposition de populations à un milieu contaminé, les clusters de cancers ... ;

Gestion d'une situation exceptionnelle, soit par sa nature en particulier NRBC, soit par l'importance de l'évènement.

Le Directeur Général de l'ARS garantit dans ce cadre, un pilotage régional, sous sa responsabilité, par le biais d'une équipe régionalisée composée de personnels administratifs et techniques formés et compétents, en astreinte 24H/24 et 7j/7 afin :

D'assurer au Préfet un déclenchement et une mise en place immédiate des mesures et des procédures de gestion pour chaque situation ;

De mettre à disposition du Préfet les capacités d'expertise, les moyens humains et matériels mobilisables et opérationnels nécessaires à la gestion de chaque situation ;

De doter le Préfet des données, informations et compétences nécessaires pour :

mobiliser les moyens adaptés, en particulier les réseaux sanitaires

rédiger et diffuser, en lien avec les instances locales et nationales, les messages sanitaires de communication adaptés et cohérents,

D'assurer la présence d'un représentant du directeur de l'ARS au sein de la cellule opérationnelle départementale ;

De rendre compte des bilans de retour d'expérience réalisés lors des alertes survenues et de leur exploitation en vue de proposer, le cas échéant, des nouvelles solutions.

Délégation de signature du représentant de l'Etat dans le département au DGARS :

Vaccinations.

- L3111-8 Obligation de vaccination antivariolique en cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie ;

- R3111-11 Ajournement des vaccinations en cas d'épidémie ;

- D3111-20 Mise en œuvre de mesures sanitaires lorsqu'un cas de variole est confirmé.

Autres mesures de lutte.

- R3114-9 Lutte anti-vectorielle - Prescription de mesures de prospection, traitement, travaux et contrôles ;

- R3114-11 Dératisation et désinsectisation des navires - Autorisation d'utiliser les produits ;

- R3114-16/21/22 Dératisation et désinsectisation des navires - Contrôle dans le cadre du contrôle sanitaire aux frontières.

Lutte contre la propagation internationale des maladies*.

- L3115-1 Habilitation de différents agents du ministère si nécessaire pour effectuer le contrôle sanitaire aux frontières, possibilité de confier le contrôle technique et la délivrance des certificats à des personnes ou des organismes agréés ;

- L3115-2 En cas de voyage international les exploitants informent les clients des risques pour la santé publique constatés par les autorités sanitaires dans les lieux de destination.

Menaces sanitaires graves-Dispositions applicables aux réservistes sanitaires

- L3131-7 Information du SAMU du département et des collectivités territoriales du déclenchement d'un ou plusieurs plans blancs ;

- L3131-8 Possibilité de procéder à des réquisitions nécessaires ;

- R3131-7 Le Préfet arrête le plan blanc élargi.

Règles d'emploi de la réserve

- L3134-2 Affectation des réservistes par le représentant de l'Etat.

* **S'agissant du contrôle sanitaire aux frontières**, il est précisé que ces missions, réalisées sous l'autorité du Préfet, sont coordonnées par l'Agence Régionale de Santé qui met en œuvre les activités de veille, de réponse aux urgences, d'inspection et de contrôle, dans le cadre du Règlement Sanitaire International.

4) L'inspection et le contrôle visée au dernier alinéa de l'article L 1435-7

Le DG de l'ARS a la responsabilité d'arrêter le programme annuel de contrôle des établissements, services et structures sanitaires et médico-sociaux, y compris sur le volet maltraitance. Il le fait, après avoir recueilli les propositions du Préfet de département, et dans le respect des priorités nationales et de celles inscrites au Programme Régional de Santé.

Sur le rapport d'un agent exerçant, sous son autorité, des missions d'inspection et de contrôle, au titre des articles L 1435-7 et L 1421-1 du code de la santé publique, le DGARS signale au

représentant de l'Etat dans le département toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de sa compétence.

Le DGARS communique notamment l'ensemble des éléments du rapport qui permettront au représentant de l'Etat dans le département d'asseoir sa décision, dans son champ de compétence. Ils conviennent de se concerter pour coordonner leur action.

Le Préfet a la responsabilité d'arrêter le programme annuel de contrôle des établissements et services sociaux, et peut faire appel aux moyens de l'ARS lorsqu'un contrôle dans ce domaine nécessite la mobilisation de compétences techniques spécifiques uniquement détenues par l'ARS.

Dans le cas d'une inspection à diligenter en urgence, le représentant de l'Etat dans le département avise le DGARS de la nature du besoin, des compétences à mobiliser, et lui communique les éléments en sa possession permettant de préparer utilement l'inspection. Le DGARS informe en retour le représentant de l'Etat dans le département du nom et qualité des personnes qu'il missionne pour exercer l'inspection, ainsi que du planning établi pour la réaliser.

5) Service public de la permanence des soins

Modalités d'organisation du service public de la permanence des soins :

Conformément aux dispositions de l'article L 1435-5 du Code de la Santé Publique, les modalités d'organisation de la mission de service public de permanence des soins, sont élaborées dans le département en concertation avec les représentants des professionnels de santé et arrêtées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé et ce après avoir sollicité l'avis du représentant de l'Etat dans le département.

Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS)

La participation de l'ARS à cette instance sera conforme aux textes réglementaires qui sont à paraître prochainement.

Réquisitions

En application de l'art. L6314-1 du code de la santé publique, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mission de service public de permanence des soins.

Article 3

Une nécessaire sécurité des systèmes d'information.

Chaque partie s'engage à garantir les droits d'accès aux données et ressources du système d'informations partagé entre elles (BAL, messagerie..) et veille à la sécurité physique et logique des données et à la régularité des opérations effectuées, en particulier par la mise en place de mécanismes d'authentification et de contrôle adéquats, et de procédures de sauvegarde.

Ces mécanismes permettent d'assurer que les utilisateurs des dites ressources, identifiés au préalable, du côté de l'ARS et du représentant de l'Etat, possèdent uniquement les droits qui leurs ont été octroyés.

Article 4

Une réponse permanente, professionnelle et de proximité pour l'ARS au bénéfice du représentant de l'Etat et des usagers.

Afin de répondre de façon active, réactive et coordonnée au niveau régional, notamment aux missions de veille et de sécurité sanitaire et d'hospitalisation sous contraintes, l'ARS se doit d'organiser une réponse H24, et 7 jours sur 7.

Un point d'entrée unique valable 24h/24 est mis en place par le Directeur Général de l'ARS, comportant :

Pendant les heures ouvrées (de 8h30 à 18h) :

un numéro de téléphone dédié à la veille et à la sécurité sanitaires : 04.91.00.51.18

une adresse messagerie BAL dédiée à la veille et à la sécurité sanitaires ars-paca-dt13-alerte@ars.sante.fr

Hors heures ouvrées (les soirs de semaine de 18h à 8h30, les WE et jours fériés), le représentant de l'Etat pourra joindre le cadre d'astreinte de l'ARS par l'intermédiaire du standard de la préfecture des Bouches du Rhône (04.91.15.60.00).

Trois niveaux d'astreinte sont organisés par l'ARS.

Premier niveau d'astreinte assuré par la Délégation Territoriale :

qui sera chargée de préparer les documents soumis à la signature des membres du corps préfectoral relevant du domaine des hospitalisations sans consentement,

qui traitera les demandes ou qui les orientera vers l'astreinte technique,

qui sera présent, en premier niveau, à la préfecture, lors du déclenchement d'une cellule opérationnelle départementale.

Le cadre d'astreinte aura aussi la responsabilité de rendre compte au DG de l'ARS et aux autorités nationales du ministère de la santé de tous événements exceptionnels, événements indésirables et graves, en lien avec le représentant de l'Etat ou directement sous son autorité dans les cas de mise sous emploi tels que visés aux articles L 1435-1 et L 1435-2 du code de la santé publique.

Deuxième niveau d'astreinte, dit « technique », réalisé hebdomadairement, par un médecin, un ingénieur ou technicien en santé environnementale. Compte tenu des délais nécessaires d'organisation et de logistique, cette astreinte technique régionale ne sera opérante qu'à la fin de l'année 2010, et sera mise en œuvre, en lien avec chaque Préfet. Dans l'attente, les organisations actuelles seront maintenues afin de garantir la continuité du service H 24, 7 Jours/7.

Les astreintes dites « techniques » sont complétées par l'astreinte de la CIRE (Cellule Interdépartementale et Régionale d'Epidémiologie), et par l'astreinte de l'ARS de Zone de Défense et de Sécurité.

Troisième niveau d'astreinte : dit de « direction », chaque membre du COMEX (comité exécutif de l'ARS) organisera à tour de rôle une astreinte hebdomadaire, qui relayera les demandes des autorités nationales aux autorités locales, et qui gèrera et tiendra informées les autorités nationales, au niveau régional, des situations et événements sanitaires les plus graves.

Le Directeur Général de l'ARS informera sans délai le Préfet de département de tout événement sanitaire grave présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public. A cet effet, le Préfet garantit au DGARS qu'il pourra joindre à tout moment un membre du corps préfectoral par l'intermédiaire du standard de la Préfecture (04.91.15.60.00).

Article 5

Une conférence régionale de sécurité sanitaire est créée.

Elle est composée des Préfets de départements de la région PACA, du DG de l'ARS et de ses représentants, dont un membre de la mission régionale de recherche et de développement en santé publique.

Le Préfet de région et le DG de l'ARS, en accord avec les Préfets de département, déterminent la périodicité selon laquelle la conférence régionale se réunit. Un rythme d'une réunion au moins une fois par an devra être respecté. Les réunions de cette conférence peuvent se tenir par tous moyens.

La conférence est en outre réunie, notamment en cas d'urgence, sur demande du Directeur Général de l'ARS ou de chacun des Préfets de départements de la région PACA.

Son secrétariat est assuré par la direction générale de l'ARS.

Elle est chargée, notamment, sous la présidence du Préfet de région :

D'examiner les projets et protocoles mis en place par l'Agence Régionale de Santé et les Préfets de département et leurs conditions de réalisation ;

D'échanger les informations sur la situation sanitaire de la région, la survenue d'évènements ou de risques susceptibles de porter atteinte à la santé de la population ;

De coordonner à l'échelle de la région la politique de sécurité sanitaire et de santé publique ;

De coordonner, à l'échelle de la région, les moyens mis en œuvre par l'Agence Régionale de Santé pour l'exercice des compétences des préfets de département en application de l'article L 1435 -1.

Une première réunion de la conférence régionale de sécurité sanitaire sera organisée avant la fin de l'année 2010.

Article 6

Dans le cadre des dispositions des articles L 1435-1 et L1435-2, le Directeur Général de l'ARS mettra à disposition, en permanence, son expertise technique et ses moyens de communication pour aider le représentant de l'État à communiquer à l'attention des medias, des élus, de tout partenaire dans le domaine de la sécurité sanitaire.

Dans le domaine de la sécurité sanitaire, le Préfet de département, en accord avec le DG de l'ARS ou de son représentant désigné, pourra proposer que la communication soit assurée par l'ARS directement (par tout moyen adapté, qui lui sera propre).

Les messages sanitaires de communication sont préparés par le Directeur Général de l'ARS, et transmis au Préfet de département, afin de déterminer conjointement quelle autorité communique dans ce cadre auprès du grand public, des médias, des élus et des professionnels de santé.

En situation de crise, le Préfet du département décide des principes et des modalités de communication.

Chacune des deux parties s'engage à :

- la discrétion de son personnel soumis au secret professionnel ;
- l'utilisation loyale des données et informations n'excédant pas les besoins ;
- la sécurité et la confidentialité des données et de l'information partagée.

Article 7

Ce protocole est établi pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction, à compter du 1^{er} juillet 2010.

Chaque signataire peut, à tout moment, demander la révision du protocole. La révision n'est effective qu'avec l'accord des deux signataires.

Chaque année, un bilan et une évaluation des protocoles départementaux seront réalisés par les représentants de l'Etat et par le Directeur Général de l'ARS, afin d'être présentés et examinés par la conférence sanitaire régionale de sécurité sanitaire.

Le bilan sera adressé chaque année par le Préfet de région aux ministères de l'intérieur et de la santé (secrétaires généraux).

La préparation du bilan annuel et le suivi des actions décidées par la conférence régionale, seront réalisées sous la forme d'un comité de pilotage et de suivi technique régional, animé par la direction de la santé publique et environnementale de l'ARS et par un représentant désigné par chaque Préfet de département. Les Délégués Territoriaux Départementaux de l'ARS participeront à ce comité de pilotage.

Article 8

Dispositions particulières

Les annexes, ci jointes, font partie intégrante du protocole :

Arrêté donnant délégation de signature du Préfet au DGARS ;

Tableau des permanences de semaine, de week-ends et de jours fériés de la Délégation Territoriale de l'ARS

Liste des contacts permettant de joindre l'ARS

Fait à MARSEILLE, le 4 août 2010

Signé **Le Préfet du département des Bouches du Rhône**

Signé **Le Directeur Général de l'ARS de PACA**

Annexe 5 - Caractéristiques des différents systèmes d'information en santé-environnementale

Au sein des services santé environnement de l'ARS, les systèmes d'information en santé environnement (SISE) sont utilisés en matière de veille et d'alerte mais également en matière de gestion (procédures, informations, bilans locaux / départementaux / régionaux / nationaux / européens, de communication, lors de crise...)

Les SISE ont d'abord concerné le domaine des eaux d'alimentation avec SISE eaux. Puis ils se sont élargis aux baignades (SISE baignades), plus récemment au thermalisme (SISE thermalisme), à l'habitat (ORHEP, Saturnins, @riane), aux rayonnements ionisants (Appliradon), aux volets sanitaire des études d'impact (SISE ERSEI), à la liste de laboratoires agréés par le ministère de la santé (AGRELAB).

Certains outils sont développés localement en Paca : ORHEP, Piscines, Amiante.

Toutes ces applications sont des outils structurant les actions des services santé environnement dans les domaines concernés. Le premier plan national santé environnement visait d'ailleurs au renforcement de ces outils dans son action 35 « améliorer les performances des systèmes d'information en santé environnement ».

Les **bases de données** ont été constituées par la capitalisation et la structuration des données issues de la veille, de la gestion des procédures et des pratiques des services départementaux. Les données proviennent en majeure partie de l'activité des services eux-mêmes :

- contrôle sanitaire des milieux (SISE eaux, baignades, thermalisme),
- signalements et procédures d'urgence (habitat, ORHEP, @riane),
- pratiques en matière de suivi des dossiers d'installations classées pour la protection de l'environnement (SISE ERSEI),
- données obligatoires transmises aux ARS (ORHEP, @riane, Appliradon).

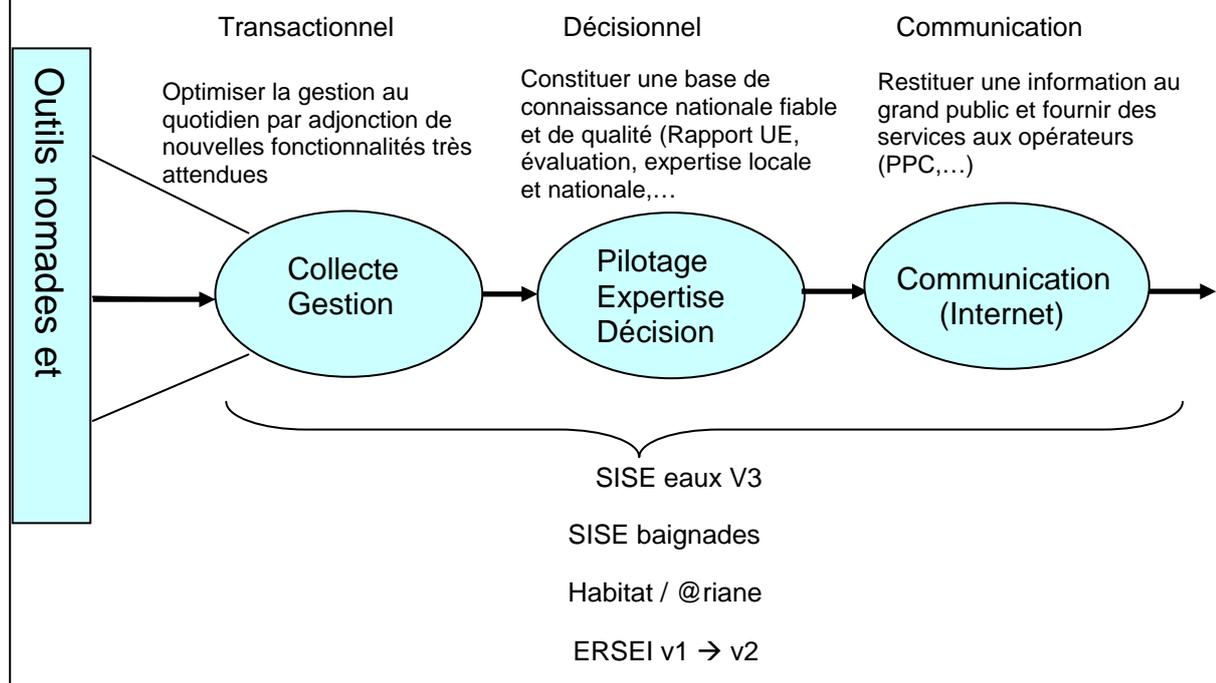
Ces données sont complétées par des informations provenant de systèmes de surveillance nationaux ou régionaux.

Les grands axes de développement proposés par le ministère de la santé pour ces dernières années concernent plus particulièrement:

- **le niveau transactionnel** : optimisation de la gestion au quotidien par adjonction de nouvelles fonctionnalités attendues,
- **le niveau décisionnel** : constitution d'une base de connaissance nationale fiable et de qualité (Rapport UE, évaluation, expertise locale et nationale,...),
- **la communication** : restitution d'informations au grand public et fourniture de services aux opérateurs.

Système d'Information Santé-Environnement

3 grands axes de développement



Le champ des systèmes d'information devrait être élargi aux autres domaines de la santé environnementale. La difficulté réside dans la centralisation des données présentes chez un grand nombre de partenaires / acteurs concernés par ces thématiques.

Ces systèmes doivent être valorisés et leur utilisation intensive maintenue. L'administration et la gestion technique de ces bases de données nécessitent de disposer des personnels compétents à la fois en technologies informatiques et dans les métiers de la santé environnementale.

➡ **Le RESE** (réseau d'échange en santé environnement) est un outil d'information et d'échange en santé environnement qui existe depuis 1998. Il centralise toutes les informations et le savoir nécessaires à l'action des services. Il s'est créé autour d'une communauté d'intérêt (les acteurs des politiques publiques en santé environnementale) qui l'alimente de façon d'autant plus dynamique qu'elle en retire un intérêt pour sa pratique quotidienne. Hébergé par l'ARS Languedoc Roussillon, son accès est national.

Une version Extranet a été créée en 2002 afin de permettre l'information des principaux partenaires du ministère dans le champ de la santé environnementale (ANSES¹¹, ASN¹²).

Les agents du ministère y ont également accès dans le cadre de leurs astreintes ou de déplacements extérieurs. Aujourd'hui, l'accès en est ouvert aux services communaux d'hygiène et de santé (SCHS). Environ 150 sur 200 ont fait une démarche pour y accéder ; notamment tous ceux de PACA.

¹¹ ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

¹² ASN : Autorité de sûreté nucléaire

Les principaux systèmes d'information en santé environnement

SISE eaux constitue la composante « eaux d'alimentation » du système d'information en santé environnement mis en place par le ministère chargé de la Santé. Il s'agit d'un système informatique cohérent de gestion des données administratives, techniques et analytiques de la distribution de l'eau potable en France. L'adoption d'un modèle de données unique permet l'exploitation des données à tous les échelons géographiques : communal, départemental, régional, bassin hydrographique et national.

Depuis 1994, le système est alimenté à partir des données recueillies par les services santé environnement dans le cadre de leur mission de contrôle sanitaire des eaux d'alimentation. Une procédure hebdomadaire automatique assure la mise à jour d'une base nationale, permettant ainsi un suivi permanent et actualisé de la qualité de l'eau distribuée sur l'ensemble du territoire. En 2009, la base nationale comportait la description de plus de 100 000 installations (installations de traitement, systèmes de distribution, captages) et de plus de 300 000 points de surveillance. Le nombre de résultats analytiques stockés était supérieur à 60 millions, correspondant à près de 4 millions de prélèvements. Chaque année, cette banque de données s'enrichit de plus de 300 000 prélèvements et de près de 8 millions de résultats paramétriques.

Cette base sert également à mettre à la disposition du public tous les résultats d'analyse sur un site national dédié.

SISE thermalisme correspond au volet de Sise eaux consacré aux eaux minérales naturelles utilisées dans le thermalisme.

SISE baignades intègre tous les résultats analytiques du contrôle des eaux de baignade (environ 3 200 points suivis dont 480 en Paca) organisé par les ARS. Cette application permet d'établir des bilans par site / commune / département et d'assurer l'information en temps réel des baigneurs via un site national dédié.

SISE piscines application détournée de Sise eaux ayant pour but la gestion des résultats analytiques du contrôle sanitaire des eaux de piscines (plus de 4500 en Paca).

@riane (ex ORHEP): la base de données Observatoire Régional de l'Habitat de l'Etat et de ses Partenaires (ORHEP) a été créée et développée en région PACA, essentiellement par la Ddass des Bouches-du-Rhône. Cette application centrée sur le saturnisme et l'insalubrité associe de nombreux partenaires départementaux (DDE, CAF,...) dont les données étaient insérées dans la base dont la Ddass était l'administrateur. Cette base de données était accessible en extranet par tous les partenaires, avec des droits d'accès spécifiques.

ORHEP a servi de base à la nouvelle application nationale sur l'habitat du ministère de la santé, baptisée @riane, qui en a repris les fonctionnalités. @riane est avant tout un dispositif d'aide à la conduite des procédures coercitives concernant le logement indigne. Il prend en charge les procédures de résorption de l'habitat insalubre, celles liées à la lutte contre le saturnisme dont l'exploitation des constats de risque d'exposition au plomb (CREP).

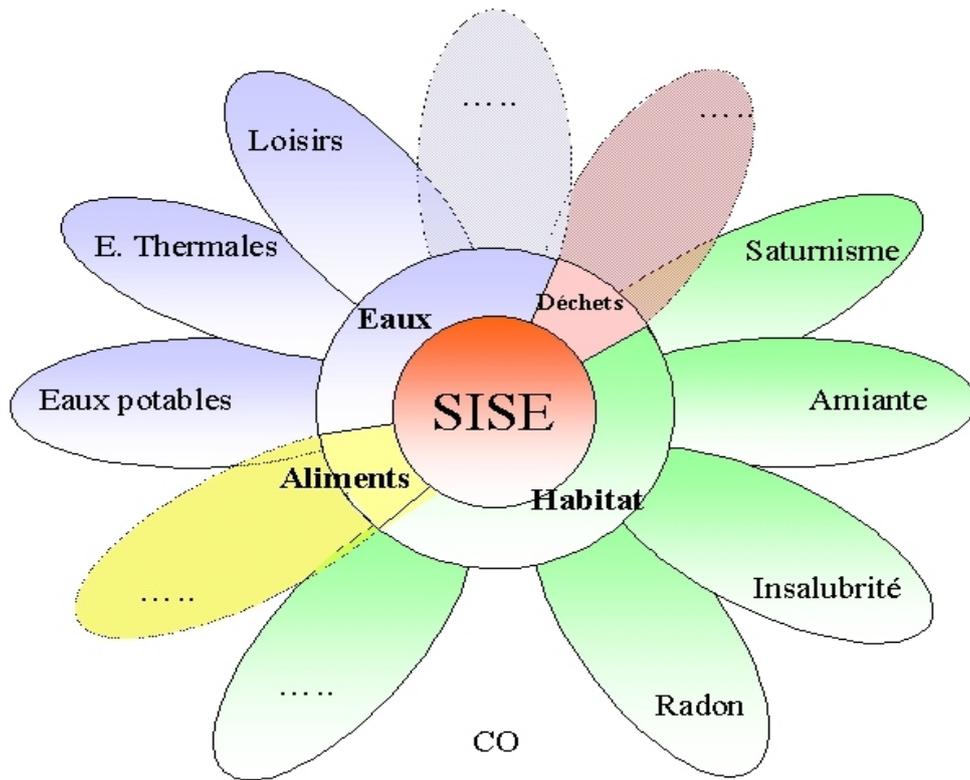
Il est prévu à terme d'élargir cette application aux mesures du radon et à l'amiante.

SISE ERSEI étend le système d'information en santé environnementale aux données collectées lors des évaluations des risques sanitaires faisant l'objet d'un examen par les ARS.

La mise en réseau de la base de données ainsi constituée permet l'amélioration des pratiques par la capitalisation de l'expérience acquise, l'optimisation du temps de traitement des dossiers, l'harmonisation des pratiques, un meilleur pilotage de cette activité par l'administration centrale, la valorisation de l'action des services.

Base Amiante qui a pour but la gestion des données Amiante relatives aux établissements sanitaires et médico-sociaux. Cette base régionale sera déployée par l'ARS Paca courant 2011.

SIROCO qui constitue le système de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone, avec pour objectifs d'informer les pouvoirs publics de l'ampleur du phénomène et des circonstances de survenue. La base, pilotée par l'InVS, est alimentée par les services locaux (ARS, SCHS et Centre antipoison et de toxicovigilance (CAPTV)) avec les résultats des enquêtes techniques et médicales réalisées suite aux signalements d'intoxications. Un bilan épidémiologique est ensuite réalisé au niveau régional par les Cire et CAPTV et au niveau national par l'InVS.



Annexe 6 - Secret médical, signalement des maladies et investigations épidémiologiques

Le secret médical est la règle

L'[article 226-13](#) du code pénal prévoit que : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende ».

Mais l'article 226-14 du code pénal prévoit que l'art 226-13 précité n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

Or, l'article L1413-15 indique que (...) tout professionnel de santé (est) tenu(.) de signaler sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée.

De même dans l'article L'art L1413-14 il est prévu que « Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé. »

D'après l'art L3113-1 « Font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires de biologie médicale publics et privés :

- 1° Les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale ;
- 2° Les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique. »

La garantie de la protection de l'anonymat des personnes et la sécurité des données sont au cœur de l'enjeu du nouveau dispositif de notification des maladies à déclaration obligatoire. Les modalités de protection de l'anonymat et des données du nouveau dispositif ont été autorisées par la CNIL (délibération n° 02-082 du 19 novembre 2002).

L'article R3113-4 modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 86](#) précise que « Nonobstant la notification prévue à l'[article R. 3113-2](#), les cas, avérés ou suspectés, de maladies ou d'anomalie biologique mentionnées au 1° de l'[article L. 3113-1](#) sont signalés sans délai par le médecin ou le responsable du service de biologie ou du laboratoire d'analyses de biologie médicale, public ou privé, au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence.

Le destinataire du signalement évalue la nécessité de mettre en place d'urgence des mesures de prévention individuelle et collective et, le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination ou de l'exposition.

Sur la demande du médecin destinataire du signalement, le **déclarant est tenu de lui fournir toute information nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'investigation et d'intervention, notamment l'identité et l'adresse du patient.**

Ces informations peuvent être transmises à d'autres professionnels lorsque leur intervention est indispensable pour la mise en œuvre des mesures de prévention individuelle et collective. Elles ne sont conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention. »

Annexe 7 - Définitions retenues pour le cadre conceptuel

Alerte de santé publique : signal validé pour lequel, après évaluation du risque, il a été considéré qu'il représente une menace pour la santé des populations et qui nécessite une réponse adaptée.

Données : ensemble des éléments permettant de construire et de caractériser un indicateur.

- **Collecter des données** : actions consistant à obtenir des informations sur la survenue d'évènements afin de générer des indicateurs ;
- **Analyser des données** : action consistant à caractériser et décrire les indicateurs de surveillance, à détecter des évènements ou des évolutions inhabituelles afin de reconnaître des phénomènes ou des caractéristiques anormales ou inhabituelles témoignant d'un risque potentiel pour la santé humaine ;
- **Interpréter des données** : action consistant à confirmer l'attribution du changement observé dans les données à un changement réel des caractéristiques de survenue des évènements.

Déclenchement de l'alerte : ensemble des actions entreprises pour informer les autorités compétentes en vue d'organiser la réponse.

Examen de la pertinence du signal : action consistant à confirmer que le signal est dans le champ de la santé publique.

Évaluation de la menace : action consistant à estimer l'impact potentiel du signal validé sur la santé des populations et ses déterminants, afin d'initier des actions de réponse.

Évènement de santé : survenue d'une maladie ou exposition à un agent pouvant avoir un impact sur la santé dans la collectivité dans laquelle cette maladie ou cette exposition survient.

Indicateur : mesure construite à partir de variables collectées dans le cadre d'un système de surveillance qui reflète l'état de santé d'un groupe de population, ou une exposition via les milieux en contact avec l'homme.

Investigation : action consistant à décrire et analyser la situation à l'origine de l'alerte afin d'identifier des options de gestions argumentées par l'observation et ainsi définir les actions de gestion appropriées.

Gestion d'une alerte de santé publique : ensemble d'actions coordonnées consistant à mettre en œuvre les mesures de santé publique appropriées afin de maîtriser l'alerte et de réduire son impact.

Réponse : ensemble des actions permettant de comprendre (investigation) et de réduire la menace (gestion) représentée par un signal validé.

Signal sanitaire : évènement de santé pouvant révéler une menace pour la santé publique.

Signal environnemental : situation d'exposition à un danger pouvant révéler une menace pour la santé publique.

Surveillance : collecte systématique et continue de données ainsi que leur analyse, leur interprétation et leur diffusion dans une perspective d'aide à la décision.

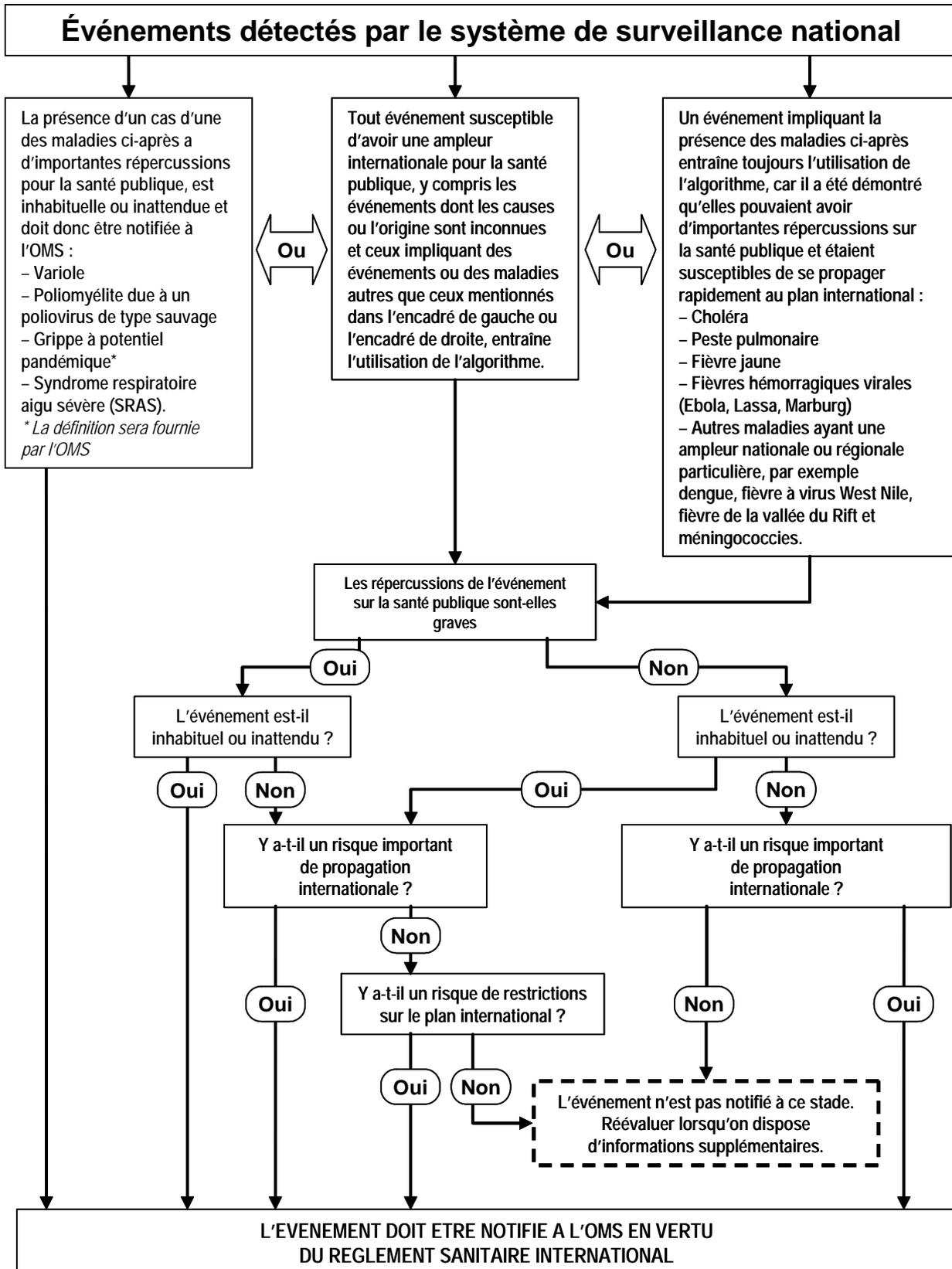
Validation d'un signal : vérification de l'existence de l'évènement ET examen de la pertinence d'un signal.

Veille sanitaire : ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un évènement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.

Vigilance : surveillance appliquée à la détection d'effets indésirables liés à l'utilisation de produits ou de matériels.

Annexe 8 - Algorithmes du RSI

INSTRUMENT DE DECISION PERMETTANT D'ÉVALUER ET DE NOTIFIER LES ÉVÉNEMENTS QUI PEUVENT CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTEE INTERNATIONALE



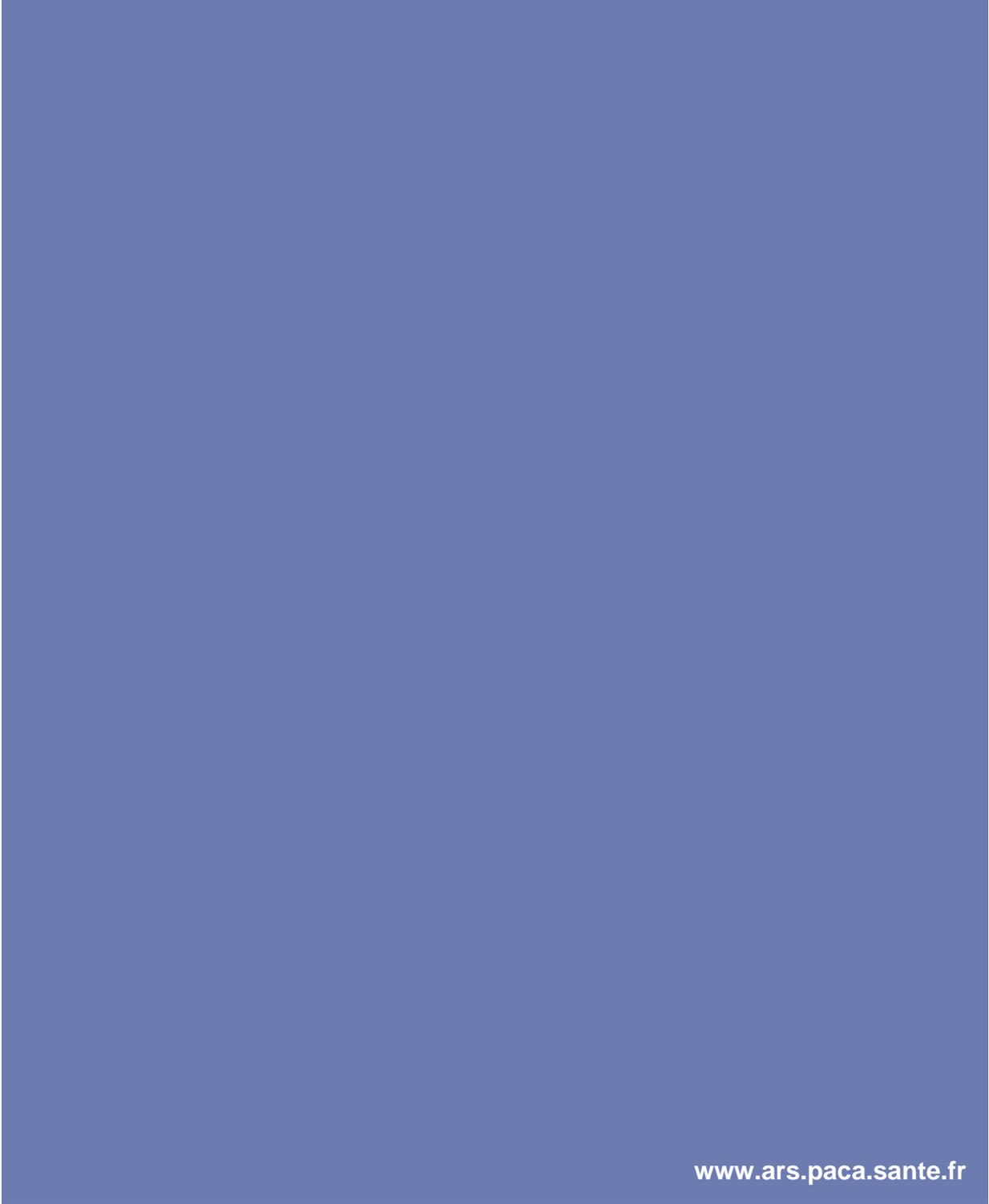
L'ÉVÉNEMENT REPOND-IL A DEUX AU MOINS DES CRITERES SUIVANTS ?

I. Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont-elles graves ?	
Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont-elles graves ?	1. <i>Le nombre de cas et/ou le nombre de décès pour ce type d'événement est-il élevé pour le lieu et la période considérés ?</i>
	2. <i>L'événement risque-t-il d'avoir d'importantes répercussions sur la santé publique ?</i> EXEMPLES DE CIRCONSTANCES POUVANT AVOIR D'IMPORTANTES RÉPERCUSSIONS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE : ✓ Événement causé par un agent pathogène ayant un fort potentiel épidémique (infectiosité de l'agent, taux de létalité élevé, voies de transmission multiples ou (porteur sain). ✓ Indication de l'échec du traitement (résistance nouvelle ou émergente aux antibiotiques, échec du vaccin, résistance aux antidotes ou échec des antidotes). ✓ L'événement constitue un risque important pour la santé publique, même si le nombre de cas recensés chez l'être humain est nul ou très faible. ✓ Cas signalés parmi le personnel de santé. ✓ Les populations à risque sont particulièrement vulnérables (réfugiés, couverture vaccinale insuffisante, enfants, personnes âgées, immunodéprimés, dénutris, etc.). ✓ Facteurs concomitants susceptibles d'entraver ou de retarder l'action (catastrophes naturelles, conflits armés, conditions météorologiques défavorables, foyers multiples dans le pays). ✓ L'événement survient dans une zone à forte densité de population. ✓ Dissémination dans l'environnement d'un agent chimique ou radionucléaire qui a contaminé ou risque de contaminer une population et/ou une vaste zone géographique.
	3. <i>Une aide extérieure est-elle nécessaire pour détecter, étudier, endiguer et maîtriser l'événement en cours, ou pour éviter de nouveaux cas ?</i> EXEMPLES DE CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES UNE AIDE PEUT ÊTRE NÉCESSAIRE : ✓ Ressources humaines, financières, matérielles ou techniques insuffisantes, en particulier : – moyens de laboratoire ou épidémiologiques insuffisants pour étudier l'événement (matériel, personnel, ressources financières) ; – manque d'antidotes, de médicaments et/ou de vaccins et/ou de matériel de protection, de décontamination ou de soutien pour satisfaire les besoins estimés ; – incapacité du système de surveillance existant à détecter de nouveaux cas.
	LES REPERCUSSIONS DE L'ÉVÉNEMENT SUR LA SANTÉ PUBLIQUE SONT-ELLES GRAVES ? Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 1, 2 ou 3 ci-dessus.
II. L'événement est-il inhabituel ou inattendu ?	
L'événement est-il inhabituel ou inattendu ?	4. <i>L'événement est-il inhabituel ?</i> EXEMPLES D'ÉVÉNEMENTS INHABITUELS : ✓ L'événement est causé par un agent inconnu (biologique, chimique ou radionucléaire), ou bien la source, le vecteur, la voie de transmission sont inhabituels ou inconnus. ✓ L'évolution des cas est plus grave que prévu (notamment le taux de létalité) ou s'accompagne de symptômes inhabituels. ✓ La survenue de l'événement est inhabituelle pour la zone, la saison ou la population.
	5. <i>L'événement est-il inattendu ?</i> EXEMPLES D'ÉVÉNEMENTS INATTENDUS : ✓ L'événement est causé par une maladie/un agent qui a déjà été éliminé(e) ou éradiqué(e) dans le pays ou qui n'a pas été signalé(e) précédemment, ou par une substance chimique dont l'utilisation a été interdite ou limitée au niveau national/international. ✓ Événement dont on sait ou dont on soupçonne qu'il résulte de la dissémination intentionnelle ou accidentelle d'un agent chimique, radionucléaire ou biologique.
	L'ÉVÉNEMENT EST-IL INHABITUUEL OU INATTENDU ? Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 4 ou 5 ci-dessus.

III. Y a-t-il un risque important de propagation internationale ?	
Y a-t-il un risque important de propagation internationale ?	6. <i>Y a-t-il des signes de lien épidémiologique avec des événements semblables dans d'autres pays ?</i>
	7. <i>Y a-t-il un facteur quelconque qui fasse craindre la possibilité d'un mouvement transfrontières de l'agent, du vecteur ou de l'hôte ?</i> EXEMPLES DE CIRCONSTANCES FAVORABLES À UNE PROPAGATION INTERNATIONALE : ✓ Quand il y a des signes de propagation locale, un cas indicateur (ou d'autres cas qui lui sont associés) : – ayant effectué un voyage international au cours du mois précédent (ou pendant une durée équivalant à la période d'incubation si l'agent pathogène est connu) ; ou – ayant participé à un rassemblement international (pèlerinage, manifestation sportive, conférence, etc.) ; ou – ayant eu un contact rapproché avec un voyageur international ou une population très mobile. ✓ Événement causé par la dissémination dans l'environnement (par exemple, dans l'air ou dans l'eau) d'un agent qui risque de franchir les frontières internationales. ✓ Événement survenant dans une zone de trafic international intense ayant une capacité limitée de contrôle sanitaire, de détection dans l'environnement ou de décontamination.
	Y A-T-IL UN RISQUE IMPORTANT DE PROPAGATION INTERNATIONALE ?
	Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 6 ou 7 ci-dessus.

IV. Y a-t-il un risque important de restrictions aux voyages ou aux échanges internationaux ?	
Y a-t-il un risque important de restrictions sur le plan international ?	8. <i>Des événements semblables survenus dans le passé ont-ils entraîné l'imposition de restrictions aux échanges et/ou aux voyages internationaux à l'encontre du pays affecté ?</i>
	9. <i>Soupçonne-t-on ou sait-on que la source est un produit alimentaire, de l'eau ou toute autre marchandise susceptibles d'être contaminés, qui ont été exportés dans d'autres pays ou importés d'autres pays ?</i>
	10. <i>L'événement s'est-il produit dans le cadre d'un rassemblement international ou dans une zone de tourisme international intense ?</i>
	11. <i>L'événement a-t-il suscité des demandes d'informations supplémentaires de la part de responsables étrangers ou de médias internationaux ?</i>
	Y A-T-IL UN RISQUE IMPORTANT DE RESTRICTIONS AUX ECHANGES OU AUX VOYAGES INTERNATIONAUX ? Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 8, 9, 10 ou 11 ci-dessus.

Les États Parties ayant répondu « oui » à la question de savoir si l'événement satisfait à deux des quatre critères (I-IV) énoncés ci-dessus doivent adresser une notification à l'OMS, en vertu de l'article 5 du Règlement sanitaire international.



www.ars.paca.sante.fr

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
132, boulevard de Paris - 13003 Marseille
Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03
Standard : 04 13 55 80 10

