

---

# Schéma Régional de Prévention de Martinique 2011-2014

## Volet Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires

---

*Version soumise à consultation du 29 novembre 2011*

<b>Introduction</b>	page 4
<b>I – Etat des lieux</b>	page 5
<b>I.1 – Les urgences sanitaires en Martinique</b>	
Des risques majeurs	page 5
risques géologiques	page 5
risques météorologiques	page 5
risques industriels	page 5
risques liés aux grands rassemblements	page 5
des couts élevés	page 5
Des risques infectieux	page 6
risque endémo-épidémique	page 6
risques liés aux pathologies émergentes	page 6
Des risques environnementaux	page 7
Conséquences des mouvements sociaux	page 8
<b>I.2 – La réponse aux urgences sanitaires</b>	page 9
Les réseaux de mesure et de surveillance	page 9
La surveillance de l'état de santé	page 9
La surveillance de l'environnement	page 10
La surveillance des risques majeurs naturels	page 10
La mise en œuvre du Règlement Sanitaire International	page 11
La surveillance vétérinaire	page 11
Les organisations à l'œuvre pour répondre aux urgences sanitaires	page 12
Le protocole Préfet – ARS	page 12
La plateforme de veille et de sécurité sanitaire	page 13
La cellule de crise sanitaire et la régionale d'appui	page 14
Le système d'astreinte	page 15
Le collège zonal	page 16
Les partenaires extérieurs	page 16
Les plans et programmes de réponse	page 17
le PRAGSUS	page 17
les plans santé	page 17
les plans de secours dans le secteur du médico-social	page 18
le PSAGE dengue	page 18
les plans interministériels	page 19
L'évaluation de la réponse	page 20
Les rapports d'investigation des signalements	page 20
Les publications	page 20
Les retours d'expériences	page 20
L'évolution des déterminants	page 20
<b>1.3– Les axes de progrès</b>	page 21

<b>2 – Les objectifs 2011-2014 en matière d’urgences sanitaires</b>	page 22
<b>Objectif général n° 1 : Avant l’urgence sanitaire, se préparer</b>	page 22
objectif opérationnel 1.1 : mieux connaître la nature des évènements porteurs de risque de santé publique en Martinique.	page 22
objectif opérationnel 1.2 : développer des outils d’analyse et d’anticipation	page 23
objectif opérationnel 1.3 : préparer l’ARS à mieux répondre aux urgences	page 23
objectif opérationnel 1.4 : Veiller à une bonne articulation entre l’ARS et ses partenaires	page 25
objectif opérationnel 1.5 : renforcer la gestion zonale des alertes	page 26
objectif opérationnel 1.6 : actualiser les plans de secours santé (et volets santé)	page 27
objectif opérationnel 1.7 : mettre à jour les plans de secours médico-social	page 28
objectif opérationnel 1.8 : développer le signalement	page 28
objectif opérationnel 1.9 : développer les réseaux de surveillance	page 29
objectif opérationnel 1.10 : Mettre en œuvre le nouveau règlement sanitaire international	page 30
objectif opérationnel 1.11 : faire des exercices	page 30
<b>Objectif général n° 2 : Pendant l’urgence sanitaire, réagir vite et efficacement</b>	page 31
Objectif opérationnel 2.1 : détecter de façon précoce, sensible et spécifique les évènements de santé porteurs d’urgence sanitaire	page 31
Objectif opérationnel 2.2 : évaluer de façon structurée les signaux sanitaire, leur ampleur et calibrer la réponse	page 32
Objectif opérationnel 2.3 : lancer rapidement l’alerte	page 34
Objectif 2.4 : gérer de façon coordonnée et proportionnée la réponse sans compromettre la capacité à gérer les autres situations	page 36
<b>Objectif général n° 3 : Après l’urgence, évaluer et prévenir</b>	page 39
Objectif 3.1 : Systématiser la production de rapports écrits et partager la connaissance	page 39
Objectif 3.2 : Engager une évaluation régulière des procédures et des organisations	page 39
Objectif 3.3 : Agir sur les déterminants à l’origine de l’alerte	page 40
<b>Annexes</b>	
Tableau de synthèse des objectifs et des actions	page 41
Méthodologie d’élaboration du VAGUSAN	page 45
Acronymes	page 46

# Introduction

La loi Hôpital Patients Santé et Territoire du 21 Juillet 2009 a modifié et précisé le périmètre des responsabilités en matière de veille et de gestion des alertes de santé publique.

Elle a confié à l'Agence Régionale de Santé une mission essentielle de préparation, d'évaluation, de détection des événements ayant des conséquences sur la santé publique et de coordination des acteurs de la santé et du médico-social tout en réaffirmant le leadership du Préfet dans la mobilisation de la réponse dès lors qu'elle est interministérielle ou constitue un trouble à l'ordre public.

Le Volet Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN) du Schéma Régional de Prévention (SRP), prévu à l'article 118 de la Loi a donc pour objet de rappeler les enjeux qui existent en Martinique, en matière de risque sanitaire impliquant une réponse urgente, mais également de fixer pour la période 2011-2014, les objectifs de progrès à atteindre pour que l'action publique apporte à chacun les garanties qu'il est en droit d'attendre en matière de protection, de prise en charge, d'information dans le domaine des urgences sanitaire, dans un souci permanent de respect des droits et d'usage rigoureux des fonds publics.

Cependant, si le VAGUSAN couvre le champ des urgences sanitaires, il ne mentionne pas la stratégie de réponse vis-à-vis des risques pour la santé, dont l'expression se manifeste sur le long terme, ou à faible dose, comme certains risques liés à l'environnement (chlordécone, déchets, habitat insalubre, bruit...) ou liés à des comportements individuels (nutrition, addictions...). La stratégie de réponse à ces risques sanitaires relève d'avantage d'action de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de mise en œuvre d'actions réglementaires ou de prise en charge déclinées au travers du volet prévention du SRP, voire du SROS, du SROSM ou du PRSE.

La question des urgences sanitaires est aigue en Martinique car elle y est régulièrement confrontée ou soumise à des menaces importantes, qu'elles soient liées à des événements naturels, épidémiques voire sociaux et qui peuvent conduire à une désorganisation du système de santé (rupture d'approvisionnement en matériels, fluide, insuffisance de personnels), des ruptures dans l'approvisionnement des produits de première nécessité (eau, aliments, énergie, produits de santé) voire engendrent un afflux massif ou prolongé de victimes.

C'est non seulement une île volcanique et sismique, soumise au risque de cyclone majeur, mais également au climat tropical favorable au développement de maladies vectorielles et le carrefour de nombreux échanges de biens et de personnes propices à la propagation rapide d'épidémies. Qui plus est la Martinique est située à proximité d'îles voisines, qui, soumises à des risques analogues, pourraient voir leur système de santé débordé et demander l'assistance rapide de la Martinique. Le séisme qui s'est déroulé à Haïti en janvier 2010 et a fortement mobilisé les acteurs de santé de Martinique, en est la démonstration récente.

Son caractère insulaire la rend de surcroît vulnérable, puisque tout déploiement de moyen supplémentaire pour répondre à une urgence sanitaire est tributaire des renforts venant de métropole ou d'îles voisines, représentant des délais et des coûts parfois importants et une logistique complexe. Ainsi, plus que dans la plupart des régions de métropole, la Martinique doit, par la force des choses, développer l'anticipation, la préparation, la détection et la gestion des urgences sanitaires.

L'élaboration d'un document de cadrage traitant des modalités de surveillance, d'alerte et de gestion des urgences sanitaire en Martinique est donc essentiel et le PRAGSUS (programme régional d'alerte et de gestion des situations d'urgence) élaboré à la suite de la loi de santé publique d'août 2004 en constitue le premier pan.

L'expérience accumulée par les acteurs de santé en Martinique au gré des crises successives ou à partir des réflexions menées dans le cadre du PRAGSUS ont permis de tester et d'éprouver des initiatives, des organisations, des moyens de détection, d'alerte, de prise en charge ou encore des mécanismes de collaboration qu'il s'agit d'accompagner, de valoriser et de structurer. C'est l'esprit qui a animé l'élaboration du VAGUSAN.

# I – ETAT DES LIEUX

## I.1 – Les urgences sanitaires en Martinique

Le diagnostic mené dans le cadre du Projet Régional Stratégique de Santé décrit les urgences sanitaires qui existent en Martinique, notamment dans les domaines des risques majeurs, des risques infectieux, des risques liés à l'environnement. A ces risques peuvent s'ajouter les conséquences indirectes liées à des mouvements sociaux de grande ampleur et qui peuvent engendrer des urgences sanitaires. Par ailleurs, les moyens déployés pour faire face à ces urgences sanitaires sont en général massifs, extrêmement coûteux et ont un impact parfois à long terme, pénalisant les organisations ou la capacité du système de santé à répondre à ses obligations quotidiennes.

### Des risques majeurs :

- **risques géologiques**

La Martinique est une région hautement sismique, puisque chaque année environ 550 à 800 secousses sont enregistrées dont environ 10 sont ressenties. Un exercice réalisé en novembre 2008 de simulation d'un séisme d'intensité 7 au large de la Martinique a mis en évidence le besoin de prise en charge sous 6 heures de :

- 260 personnes décédées
- 340 urgences absolues
- 1 750 urgences relatives
- 70 830 personnes sans abri.

Or, les capacités de prise en charge de victimes au sein des établissements de santé en Martinique seraient limitées à 10 voire 20 urgences absolues et 30 à 40 urgences relatives et cela dans l'hypothèse d'établissements fonctionnels. Cependant, à cette insuffisance de prise en charge des victimes s'ajoute l'incertitude sur la capacité des principaux établissements de santé à résister à un tel séisme.

Au risque sismique est également associé le risque de Tsunami, vis-à-vis duquel l'exercice réalisé en avril 2011 a mis en évidence des délais de réaction extrêmement courts (à peine une heure pour donner l'alerte et mettre en sécurité les biens et les personnes), et un manque de connaissance sur l'impact d'un tel phénomène sur les établissements sanitaires et médico-sociaux de Martinique.

Enfin, la présence du volcan actif la Pelée, au nord est de la Martinique constitue une menace pour plus de 40 000 personnes vivant directement sur ses flancs, voire conduire à de fortes perturbation du trafic aérien en cas de dissémination de poussières comme ce fut le cas, lors de l'éruption du volcan de l'île de Montserrat en 2009.

- **risques météorologiques**

La Martinique est également une région cyclonique, qui connaît en moyenne 1 ouragan tous les 4 ans et 1 ouragan de forte intensité tous les 10 ans. Le cyclone Dean d'août 2007 a été particulièrement destructeur et a lourdement impacté à court terme l'approvisionnement en eau, électricité, en produits de santé, mais s'est également traduit quelques semaines plus tard par un accroissement marqué des cas de leptospirose, liés à la prolifération soudaine de rongeurs.

Par ailleurs, le climat tropical et humide se traduit chaque année par plusieurs alertes précipitations, qui génèrent des débordements de cours d'eau, des glissements de terrain. Par exemple, de fortes précipitations observées en mai 2009 ont conduit à la rupture d'une canalisation principale d'adduction d'eau potable alimentant 1/3 de la population ou encore l'inondation et l'évacuation en urgence de l'hôpital du Saint Esprit et de la maison de retraite du François.

- **risques industriels**

Même s'il existe moins de sites industriels en Martinique que dans la plupart des régions, la présence de 6 installations classées SEVESO, crée un risque qu'il importe de prendre en compte. Par ailleurs, le transport de matières dangereuses, en particulier d'hydrocarbures, ou le passage au large de la Martinique de containers pouvant contenir des produits toxiques constituent des risques de pollution de l'environnement, voire d'atteinte à la santé. Enfin, le trafic aérien intense impose d'anticiper les conséquences d'un crash aérien.

- **risques liés aux grands rassemblements**

Les grands rassemblements comme le Tour des Yoles ou le Carnaval qui concentrent parfois plusieurs dizaines de milliers de personnes imposent de prendre en compte le risque de panique dans les mouvements de foules, voire la prise en charge de victimes en grands nombres ou le risque d'infection alimentaire collectif. Cependant, certaines manifestations (ex : coupe du monde de Cricket en 2007) peuvent rassembler de nombreuses personnes originaires de plusieurs pays, voire régions du monde, où sévissent des maladies encore inconnues dans nos régions (ex : chikungunya, encéphalite japonaise...). L'arrivée massive de ces personnes dans nos régions peut être à l'origine de l'introduction ou de la réintroduction de ces germes. Il est donc indispensable de pouvoir disposer de dispositifs de surveillance suffisamment sensibles, dédiés à ce type d'évènements et capables d'identifier toute émergence de ces pathologies.

- **des coûts élevés**

Si le principe selon lequel en situation d'urgence, tous les moyens possibles doivent être mobilisés ne peut être contesté, il est cependant nécessaire d'avoir en tête le coût induit par cette mobilisation qui ne doit pas obérer la capacité du système de santé de prise en charge ordinaire des patients ou celle à agir lors de la crise suivante. Ainsi, pour faire face à la crise d'Haïti, le CHU de Fort de France a mobilisé des équipements et des professionnels très importants, ce qui a conduit à une dépense de 712 615 €, non prise en charge au titre de la T2A. De même le CH du Carbet a engagé une dépense non recouvrée de plus de 80 000 € pour la prise en charge de ces patients, notamment en orthopédie notamment. Sans remettre en cause, l'opportunité d'engager des professionnels et des moyens extraordinaires lorsque la situation l'exige, il est nécessaire de planifier les conditions de leur prise en charge et s'assurer qu'ils ne dégradent pas le système de santé.

#### ↳ Des risques infectieux :

De nombreuses pathologies sont endémo-épidémiques en Martinique, et constituent, de par leur morbidité, mortalité et coûts des problèmes de santé publique réels. A ces pathologies s'ajoutent le risque d'introduction de pathologies dites émergentes potentiellement graves, qui pourraient devenir épidémiques compte tenu des conditions environnementales, vectorielles ou d'insuffisance d'immunité des populations.

- **risque endémo-épidémique**

La dernière épidémie de dengue en 2010, a été à l'origine de plus de 40.000 cas, 640 hospitalisations et 18 décès. Il s'agit d'une épidémie majeure et historique tant par son ampleur que par sa gravité. Or la dengue est devenue endémo-épidémique, c'est-à-dire que l'apparition d'épidémie de grande ampleur est devenue cyclique.

Autre maladie endémo-épidémique en Martinique : la leptospirose. L'impact de cette maladie en Martinique est bien supérieur à celui observé en France métropolitaine tant en terme de morbidité que de mortalité. En effet, les taux d'incidence observés en Martinique entre 1991 et 2000 oscillent autour d'une moyenne de 13 cas pour 100 000 habitants (minimum à 7‰ en 1994 et maximum à 20 ‰ en 1996), alors que le taux maximal observé en France métropolitaine (Région des Ardennes) est de 7,8 pour 100 000 habitants.

Des pathologies plus « classiques » comme la tuberculose ou les infections sexuellement transmissibles ont une incidence particulièrement élevée ou connaissent une recrudescence récente, notamment auprès des populations immigrées ou se traduisent de plus en plus par des phénomènes de résistances aux traitements.

Enfin, la rougeole n'est plus présente dans la zone Amérique de l'OMS, dont fait partie la Martinique cependant le risque de réintroduction de la maladie doit être surveillé attentivement, d'autant que la couverture vaccinale est insuffisante et que de nombreux voyageurs en provenance de zones épidémiques arrivent régulièrement en Martinique.

- **risques liés aux pathologies émergentes**

De par sa position géographique et/ou de la spécificité de son environnement tropical, la Martinique est potentiellement exposée à des maladies émergentes. L'épidémie de grippe A(H1N1)2009 a commencé dans un pays proche de la Martinique (Mexique) et s'est rapidement propagée aux pays voisins et à tout l'arc Caribéen. Cette épidémie de grippe A(H1N1) a touché la Martinique et la Guadeloupe, 2 mois avant la France métropolitaine.

La présence du vecteur *Aedes Aegypti*, capable de transmettre efficacement le virus du Chikungunya, combinée au risque d'introduction du virus sur le territoire, fait de cette arbovirose une maladie potentiellement émergente sur le territoire. Si ce virus s'implante sur le territoire de la Martinique, le risque de survenue d'une épidémie de grande ampleur est réel, compte tenu du niveau d'immunité de la population qui est proche de zéro.

Autre maladie émergente, la fièvre West-Nile (FWN). Le virus responsable de cette maladie a été introduit aux USA en 1999. Entre 1999 et 2010, 29 981 cas de FWN ont été enregistrés aux USA, dont 1162 décès (source CDC). Aujourd'hui, en Martinique, un plan de surveillance des formes graves chez l'homme est en place et n'a pas mis en évidence de cas humain. Il n'existe pas de plan de réponse vis-à-vis d'une épidémie liée au virus du West Nile.

Par ailleurs, certaines pathologies considérées comme extrêmement rares mais mortelles ont récemment été observées en Martinique ou en Guadeloupe, comme la mélioïdose, la méningite amibienne à *Naegleria Fowleri* ou l'histoplasme et les investigations menées n'ont pas pu déterminer de facteur explicatif de la maladie ou de raison de croire qu'elle ne pouvait pas se reproduire, puisque les conditions environnementales étaient favorables au développement des germes responsables.

L'accroissement récent dans les hôpitaux de pathologies résistantes aux antibiotiques (ABRI : *Acinetobacter Baumannii* résistant à l'Imipénem) traduit la nécessité de rappeler aux équipes soignantes l'application stricte des pratiques de base en matière de lutte contre les infections nosocomiales, ainsi que l'adaptation des prescriptions de traitement antibiotique pour prévenir les résistances. Qui plus est, l'introduction de germes résistants peut être amplifiée par la prise en charge d'évacuations sanitaires en provenance de régions de la Caraïbe où la prévention de l'antibio-résistance est moins prise en compte.

#### Des risques environnementaux :

L'approvisionnement de la population en eau potable reste vulnérable, puisque plus de 95% de l'eau distribuée est prélevée dans les cours d'eau et qu'ils sont sensibles aux variations de précipitations. Ainsi, si en période ordinaire, les besoins sont satisfaits, avec un volume d'environ 110 000 m<sup>3</sup>/j prélevé aisément pour la production d'eau potable, ce volume devient inférieur aux besoins en période de carême, avec moins de 90 000 m<sup>3</sup>/j disponible. A cela s'ajoute la nécessité de préserver la biodiversité dans les cours d'eau et par conséquent de maintenir un débit minimum biologique de 20% du débit minimum. Il existe donc à chaque période de carême, un risque de rupture d'approvisionnement en eau potable par défaut de volume disponible.

Les réseaux de distribution sont également vulnérables, puisqu'en cas de rupture de canalisation certains secteurs sont privés d'eau, faute d'interconnexions. Ainsi, en mai 2009, la rupture d'une canalisation principale dans le secteur Nord Est de l'île a privé d'eau pratiquement 1/3 de la population pendant plusieurs jours et certains quartiers pendant plusieurs semaines.

Malgré la densité du trafic et l'existence d'installations de production d'électricité utilisant des matières fossiles, les relevés de la qualité de l'air effectués par l'association Madinair ne traduisent pas une qualité particulièrement dégradée de la qualité de l'air, pour les paramètres indicateur de pollution industrielle ou de transports. En revanche, les paramètres poussières (PM10) et poussières fines (PM2.5) sont plus problématiques puisque le seuil d'information du public a été dépassé pendant 10 jours en 2009 et le seuil d'alerte atteint pendant

2 jours. La raison est vraisemblablement liée aux poussières de sable en provenance du Sahara. Une première approche de l'impact sanitaire a conclu à un risque comparable à celui lié à des poussières d'origine automobile ou industrielle. Cependant, la rareté des événements conduisant à un dépassement des seuils en matière de poussières, associée à une population exposée relativement faible rend difficile une évaluation précise de l'impact de ces événements météorologiques.

#### ↳ Conséquences des mouvements sociaux

Les nombreux mouvements sociaux qui affectent la Martinique peuvent rapidement se répercuter sur la vie quotidienne et le système de santé. Ainsi les grèves dans l'approvisionnement en électricité imposent de prendre en considération la situation des patients à haut risque vital à domicile, tributaires d'appareils électriques, les grèves dans le fret se traduisent sous quelques jours en tension dans l'approvisionnement en produits de santé (médicaments, air liquide, chlore...), les grèves dans l'approvisionnement en carburant créent rapidement des difficultés à garantir les soins à domicile des personnes isolées dépendantes.

Ces mouvements sociaux imposent de prévoir des modes de fonctionnement dégradés des établissements, des alternatives, des solutions de recours, voire des réquisitions.

## I.2 – La réponse aux urgences sanitaires

Les dispositifs de réponse aux urgences sanitaires actuellement en œuvre sont nombreux et diversifiés puisqu'ils :

- intègrent différents types de risques (risques majeurs, risques infectieux, risques environnementaux),
- reposent sur des dispositifs de surveillance diversifiés (spécifiques ou non, environnementaux...) et
- s'articulent autour d'organisations et d'outils de planification nombreux.

Pourtant, certains champs de la surveillance restent insuffisamment couverts, en particulier s'agissant de l'activité hospitalière. Des organisations nouvelles méritent d'être consolidées, notamment suite à la réforme générale des politiques publiques et la création des Agences Régionales de Santé. Enfin, les outils de planification ont besoin pour certains d'entre eux d'être actualisés, voire regroupés autour de schémas d'organisation socles lorsqu'il existe des analogies.

### I.2.1 Les réseaux de mesure et de surveillance

#### ➤ *La surveillance de l'état de santé*

Comme cela a été mentionné dans le diagnostic du programme stratégique, le dispositif de surveillance épidémiologique est basé, en Martinique, sur plusieurs acteurs :

- un réseau de 52 médecins sentinelles qui permet de disposer chaque semaine de données de surveillance sur les maladies endémo-épidémiques telle que la dengue.
- un réseau de laboratoire hospitaliers et de ville qui transmettent de façon régulière des données sur les pathologies surveillées en routine (dengue, grippe...)
- les services d'urgences hospitalières qui en cas d'épidémie transmettent à l'ARS, des données (nombre de passages aux urgences, nombre d'hospitalisations après passages...). Cependant le dispositif de surveillance en lien avec les services d'urgences hospitalières n'est pas pérenne et n'est actif qu'en cas d'épidémie. Il est impossible de suivre en routine certaines pathologies à partir de ces services. Il est donc important que des systèmes de surveillance basés sur l'activité de ces services puissent être développés (réseau OSCOUR) .
- Dispositif national de surveillance des Maladies à déclaration obligatoire (MDO) : tout médecin ou biologiste est tenu de déclarer rapidement à l'ARS toute pathologie inscrite dans la liste nationale des MDO. Les fiches de DO (déclaration obligatoire) recueillies localement sont analysées et peuvent donner lieu à des investigations en urgence (ex : cas de rougeole). De même un bilan annuel de ces données est réalisé chaque année par la Cire Antilles Guyane et diffusé aux partenaires. Si certaines MDO donnent lieu à un signalement et l'enregistrement dans Voozalerte, ce n'est pas le cas systématiquement, en particulier pour celles n'entraînant pas de mesure de gestion ou encadrées dans un dispositif dédié (tuberculose, SIDA...).
- La surveillance de la mortalité, basée sur une analyse systématique de tous les certificats de décès transmis à l'ARS par les services d'état civil des mairies. Certains décès liés à des pathologies spécifiques à la Martinique (dengue, leptospirose...) sont plus particulièrement surveillés, notamment en période d'épidémie. Cependant, la question se pose de l'opportunité d'avoir une surveillance pérenne de la mortalité, au regard du temps de saisie et de traitement consacré ou bien si celle-ci doit être mise en œuvre en situation de risque épidémique.
- La Martinique ne possède pas de Centre anti poison et de Toxicovigilance (CAPTV) sur son territoire. Elle bénéficie d'un accès 24h/24 à la réponse téléphonique à l'urgence assurée par le CAPTV de Paris. Les données recueillies à ce niveau, bien que fragmentaires montrent qu'il existe de fortes spécificités des expositions humaines aux toxiques aux Antilles et des intoxications humaines comme la surreprésentation des expositions aux agents phytopharmaceutiques et des accidents de la vie courante chez les jeunes enfants. Ceci appelle au développement prochain d'un centre de toxicovigilance antillais.
- La surveillance des infections nosocomiales liées à des bactéries multirésistantes: le dispositif national est décliné en Martinique, en lien avec les Equipes opérationnelles d'Hygiène (EOH) des établissements, de l'ARLIN, le CCLIN de Bordeaux et l'ARS. L'ARS est destinataire de tous les signalements émis par les établissements et assiste les EOH et l'ARLIN ; à leur demande, pour la

mise en œuvre des mesures de gestion. Cependant, la question se pose de considérer ou non ces situations comme relevant de signaux sanitaires et d'intervenir dans la démarche d'investigation des signaux menées par les établissements.

Si ces différents réseaux de surveillance permettent de suivre l'évolution des pathologies endémo-épidémique en Martinique, ils ne sont pas adaptés pour identifier l'introduction d'une maladie émergente. Il est donc important que la culture du signalement soit développée auprès de tous les partenaires jouant un rôle dans le dispositif de veille sanitaire (médecins généralistes, biologistes, Centre 15, SDIS...).

De même l'insuffisance ou le retard de signalement peut conduire à l'extension d'un phénomène épidémique ou rendre plus complexe la mise en œuvre des mesures de gestion. Plusieurs exemples peuvent être cités :

- signalement d'un cas de rougeole : la mise en œuvre d'une vaccination à visée prophylactique des personnes en contact avec le cas de rougeole est envisageable dans les 48h suivant le contact ; au delà, le traitement alternatif comprend des risques de complication voire est inutile.
- Signalement d'un cas confirmé de dengue : au début de l'apparition de foyers de dengue, une action de lutte anti-vectorielle menée rapidement permet de stopper l'extension du foyer
- Signalement de cas groupés d'infections respiratoires dans un établissement médico-social : le signalement rapide permet d'apporter un appui à l'établissement dans la mise en place des mesures barrières et éviter la contamination d'autres patients.

Il est donc essentiel que le signalement soit réactif et le plus exhaustif possible.

#### ➤ **La surveillance de l'environnement**

Comme dans la plupart des régions, il existe des dispositifs multiples de surveillance d'indicateurs de l'environnement dont l'évolution défavorable pourrait conduire à une urgence sanitaire.

Ainsi la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine, des eaux de loisirs ou de l'air sont surveillés en routine, dans un cadre réglementaire organisé. Les prestations de prélèvement et d'analyses sont confiées à des laboratoires agréés par le Ministère de la santé et retenus dans le cadre d'une procédure de marchés publics.

L'ensemble des données de surveillance de la qualité des eaux alimente des systèmes d'informations gérés au niveau de l'ARS : SISE Eaux et SISE Baignades.

Pourtant la qualité des sources de bord de route, régulièrement consommées alors que la plupart sont contaminées ne fait l'objet d'aucune surveillance organisée. De même, certains polluants atmosphériques localisés, comme ceux liés à l'activité des carrières ou l'épandage aérien de pesticides méritent d'être suivis de façon plus approfondie.

L'état des cours d'eau et les niveaux des nappes phréatiques font l'objet d'une surveillance régulière afin de suivre les risques de pénurie en approvisionnement en eau potable.

La Martinique dispose également d'un dispositif de surveillance entomologique afin de connaître le degré d'extension et la densité de moustiques vecteurs de maladies comme la dengue, le chikungunya, le paludisme ou la fièvre du West Nile. Des démarches sont engagées pour améliorer la valeur prédictive des indicateurs entomologiques et environnementaux dans la survenue des épidémies vectorielles, car en l'état actuel, les indicateurs et modèles existants sont nécessaires, mais pas suffisants pour prédire une épidémie ou son évolution.

#### ➤ **La surveillance des risques majeurs naturels**

La Montagne Pelée fait l'objet d'une surveillance permanente de l'activité volcanique, au niveau de l'Observatoire Volcanologique et Sismique du Morne des Cadets et il existe un ensemble d'indicateurs permettant en principe d'alerter plusieurs heures voire jours avant d'un risque d'éruption. En revanche, même si l'activité sismique est mesurée en continu, peu ou pratiquement aucun indicateur ne permet de prévoir un séisme majeur.

Le risque de tsunami est surveillé et centralisé au niveau d'un centre basé à Miami (Pacific Tsunami Warning Center : [www.ptwc.weather.gov](http://www.ptwc.weather.gov)), cependant les délais entre la transmission de l'alerte et l'arrivée du tsunami sont extrêmement courts (à peine 1 heure) comme l'a rappelé un exercice réalisé en avril 2011,.

Enfin, le risque météorologique ou associé (cyclone, précipitations, houle, glissements de terrains) est surveillé par Météo France et donne lieu à la diffusion large et rapide de bulletins d'alerte gradués en fonction de l'intensité du phénomène.

En tout état de cause si la réponse à ces phénomènes est interministérielle (l'ARS étant placée sous l'autorité du Préfet en pareille circonstance), la gestion des conséquences sur le système de santé constitue un des axes stratégiques et implique un travail de préparation important ainsi qu'une mise en alerte rapide.

#### ➤ ***La mise en œuvre du Règlement Sanitaire International***

L'accroissement exponentiel des flux de personnes et de biens mais également la rapidité de ces échanges ces dernières années s'accompagne également d'une transmission rapide des épidémies et des vecteurs. La surveillance des points d'entrée sur le territoire que sont les ports et aéroports internationaux constitue donc un enjeu important de maîtrise des épidémies. Ainsi, il existe des échanges réguliers avec les îles voisines de la Caraïbe, ainsi qu'avec l'Amérique du Sud où sévissent régulièrement des épidémies (paludisme, choléra en Haïti, fièvre jaune...). De même, chaque semaine en moyenne, plus de 150 personnes en provenance quasi directe de l'île de la Réunion (via une escale à Paris) arrivent en Martinique : compte tenu de l'existence en Martinique d'un moustique vecteur et de cas réguliers de Chikungunya à la Réunion, la probabilité d'introduction et d'implantation du virus Chikungunya en Martinique est réelle.

Au niveau du port et de l'aéroport de Fort de France s'exerce une mission de contrôle sanitaire aux frontières qui a pour vocation de surveiller et de vérifier l'absence de risque d'introduction de bien ou de personne porteur de maladie contagieuse listée dans la classification internationale, mais également de prodiguer des conseils sanitaires aux voyageurs.

Pour autant, la capacité de prise en charge de patients potentiellement contagieux au niveau de ces points d'entrée, comme le prévoit le RSI, n'est pas encore opérationnelle, tant en termes d'infrastructures (zones dites de quarantaine) que d'organisation (procédures d'acheminement des secours ; transmissions de données épidémiologiques entre pays).

#### ➤ ***La surveillance vétérinaire***

L'état de santé animale fait l'objet d'une surveillance réglementaire, afin de détecter les menaces d'épidémie dans les élevages (peste aviaire, fièvre catarrhale...) ou le risque de contamination de la chaîne alimentaire. Certaines pathologies animales sont transmissibles à l'homme (risque d'introduction de la rage auprès des chiens errants, West Nile...), pour autant la coopération entre la surveillance animale et la surveillance humaine n'est pas suffisamment formalisée. Si pour le virus West-Nile ou encore la leptospirose des travaux ont été menés de façon conjointe entre la santé animale et la santé humaine pour harmoniser les systèmes de signalements et de surveillance, un travail important reste à réaliser pour assurer un continuum entre ces deux mondes.

## I.2.2 – Les organisations à l’œuvre pour répondre aux urgences sanitaires

Parce que tous les évènements ayant un impact sur la santé publique ne sont pas forcément des urgences voire des crises sanitaires, l’organisation pour y faire face est graduelle et les acteurs impliqués dans la réponse sont différents.

Ainsi, certains évènements ayant un impact sanitaire modéré peuvent être traités par une équipe de l’Agence Régionale de Santé (la plateforme de veille sanitaire), d’autres au contraire, imposent une mobilisation élargie, jusqu’à celle coordonnée par le Préfet, qui dispose dans ce cadre, des moyens et compétences de l’Agence Régionale de la Santé, en application de l’article L1435-1 du Code de Santé Publique. Une réflexion a été menée pour classer les évènements de santé en 4 niveaux, comme le précise le tableau ci-dessous.

<b>Niveau d’alerte</b>	<b>Description de l’évènement</b>	<b>Exemple</b>	<b>Pilotage</b>	<b>Occurrence moyenne</b>
<b>1</b>	évènements sanitaires survenant au quotidien et directement traités en interne au sein de l’ARS, en liaison éventuelle avec ses partenaires santé habituels.	Maladies à déclaration obligatoire, TIAC, non conformités baignades	Agence Régionale de Santé	1 à plusieurs fois par semaine
<b>2</b>	évènements plus complexes qui dépassent l’expertise ARS, mais restent dans le champ santé et qui nécessitent un travail multidisciplinaire pouvant nécessiter de mobiliser des expertises (établissements hospitaliers, professionnels de santé...) et/ou d’autres structures contribuant à l’évaluation et à la gestion.	symptômes de type irritatifs au sein d’une collectivité (écoles, entreprises...).	Agence Régionale de Santé	1 à plusieurs fois par trimestre
<b>3</b>	Evènements qui dépassent le champ sanitaire et qui doivent être traités dans un cadre interministériel	épidémies de dengue	Préfet	Plus d’une fois par an
<b>4</b>	Evènements qui conduisent à une crise sanitaire, c’est-à-dire lorsque les capacités ordinaires de réponse sont dépassées et ne permettent pas d’assurer un retour à la situation normale. Ce type d’événement exceptionnel peut déclencher la mise en œuvre de moyens suprarégionaux, pouvant solliciter le niveau de la zone de défense et/ou le niveau national.	situations de catastrophes naturelles majeures qui peuvent déboucher rapidement sur une situation de crise.	Préfet, voire Ministres	Moins d’une fois par an

### **Le protocole Préfet – ARS**

Ce principe d’articulation entre l’ARS et le Préfet, en situation d’urgence a été traduit au travers d’un protocole signé le 30 septembre 2010, qui décrit notamment les obligations de moyens de l’ARS ainsi que les relations au niveau zonal.

Ce protocole prévoit ainsi l’obligation pour l’ARS de garantir au préfet à tout moment :

- la mobilisation des capacités d’expertise, les moyens humains, matériels mobilisables et opérationnels nécessaires à la gestion de chaque situation,
- un système d’astreinte et la venue à la préfecture dans un délai maximum d’une heure d’un représentant de l’Agence ayant une qualification adéquate,
- les données, informations et compétences nécessaires pour mobiliser les moyens sanitaires (cellule d’appui)
- la préparation des messages sanitaires de communication, d’outils de réquisition des professionnels de santé.

Le protocole décrit également le mode de collaboration entre le préfet et l'ARS en dehors des situations de crise, en particulier dans les champs suivants :

- la gestion des hospitalisations sous contrainte,
- la santé environnementale et la lutte anti-vectorielle,
- l'inspection et le contrôle, dans les conditions définies à l'article L 1435-7 du Code de Santé publique,
- l'organisation de la permanence des soins.

Compte tenu des évolutions réglementaires, par exemple en matière d'hospitalisation sans consentement ou des ajustements organisationnels nécessaires, en particulier suite à la parution du décret dit de coordination (n° 2010-344 du 31 mars 2010), il est prévu la création d'un comité de sécurité sanitaire (article R 1435-6 du code de santé publique) se réunissant au moins une fois par an pour évaluer le protocole et l'adapter.

### **La plateforme de veille et de sécurité sanitaire**

Au niveau de l'ARS, la réponse est également graduée en fonction des niveaux d'alerte comme le précise le tableau ci-dessous.

Niveau d'alerte	Organisation mise en œuvre	Pilotage au niveau de l'ARS
1	Plateforme de veille et d'alerte : investigation et mise en œuvre des premières mesures de gestion puis transmission au service concerné pour mise en œuvre des mesures correctives à plus long terme	DPVSS, puis Direction concernée
2	Plateforme de veille et d'alerte ou déclenchement de la cellule de crise sanitaire allégée (ou cellule régionale d'appui allégée : CRA allégée) , avec les directions métiers concernées selon la nature de l'évènement	DPVSS ou DGARS si activation de la Cellule de crise allégée
3	Déclenchement de la cellule de crise sanitaire et envoi si nécessaire d'un représentant de l'ARS en cellule de crise préfecture ou COD, activation de la Cellule régionale d'appui (CRA)	DGARS
4	Déclenchement de la cellule de crise sanitaire : envoi d'un représentant de l'ARS en COD, soutenu par la cellule régionale d'appui (CRA)	DGARS

Positionnée au sein de la Direction chargée de la prévention et de la veille sanitaire, la plateforme de veille et de sécurité sanitaire, composée de 11 agents (9 ARS et 2 Cire) est pluridisciplinaire : médecins, épidémiologistes, infirmières, techniciens, ingénieurs, adjoints sanitaires, adjoints administratifs, auxquels se joignent, en tant que de besoin des compétences en matière de pharmacie ou d'entomologie.

Sa vocation est de collecter l'ensemble des évènements pouvant avoir un impact sur la santé publique afin d'évaluer leur ampleur et de préparer la stratégie de réponse la plus adaptée. L'organisation de la plateforme, formalisée au travers d'un document partagé en juillet 2010 s'appuie sur un point focal unique de réception des signaux :

- téléphone : 0 820 202 752, opérationnel tous les jours de semaine de 8h à 17h et basculé automatiquement vers un numéro d'astreinte en dehors de ces horaires
- télécopie : 05 96 39 44 26
- messagerie : [ars972-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars972-alerte@ars.sante.fr)

En septembre 2010, ce point focal a été porté à la connaissance de l'ensemble des professionnels de santé, de l'environnement, des services de l'Etat et de façon générale à tout professionnel susceptible de signaler un événement sanitaire. Il constitue également le point de contact avec le Département des Urgences Sanitaires (DUS) du Ministère de la Santé.

Depuis avril 2010, 91 signaux validés ont été reçus à cette plateforme dont 13 relevaient d'alertes, cependant, certains signaux, notamment dans le domaine de l'environnement sont réceptionnés par d'autres circuits. Chaque signal collecté est vérifié, évalué et investigué selon la démarche standardisée (mentionnée dans l'ouvrage de référence l'alerte en France) et enregistré dans le système d'informations Voozalerte. L'équipe de la plateforme peut également être amenée à engager les premières mesures de gestion d'un événement sanitaire.



Plaque de présentation de la plateforme

On constate après un an de fonctionnement du centre de réception des appels, que certains événements ayant un impact potentiel sur la santé parviennent à l'ARS par des canaux « personne-dépendants ». C'est notamment le cas des incidents dans le domaine de l'environnement (dysfonctionnement d'un traitement de l'eau, pollution atmosphérique...) ou de certains signalements par des médecins sentinelles parvenant directement aux infirmières de la cellule de veille et de gestion des alertes sanitaires. De même, les alertes émanant des services préfectoraux (bulletins météo, mouvements sociaux importants...) ne sont pas systématiquement adressés à la plateforme.

A l'inverse, la plateforme est régulièrement sollicitée par le grand public pour des plaintes de voisinage relevant essentiellement du traitement par le Règlement Sanitaire départemental, alors que la plateforme est réservée aux professionnels.

### • **La cellule de crise sanitaire et la régionale d'appui**

Lorsqu'un événement sanitaire implique la mise en œuvre d'une réponse plus étendue (alertes de niveau 2 et plus), une organisation différente est mise en œuvre au niveau de l'ARS. Ce n'est plus simplement la plateforme qui gère l'événement, mais une cellule de crise sanitaire, d'abord allégée puis complète dirigée par la Direction générale. Selon les instructions ministérielles, cette cellule de crise se nomme cellule de crise sanitaire ou cellule régionale d'appui. Il est proposé, dans l'attente d'instructions ultérieures, de considérer que l'organisation générale mise en œuvre par l'ARS s'intitule cellule de crise sanitaire, qui se décompose en une représentation en COD et une base arrière positionnée à l'ARS désignée comme cellule régionale d'appui (CRA).

La cellule de crise de l'ARS réunit des représentants de l'ensemble des directions de l'Agence (sanitaire, médico-social, prévention, veille et sécurité sanitaire, GHR...) et a pour vocation d'assurer une organisation inter-service de la réponse mais également d'apporter un appui opérationnel au cadre représentant l'ARS au niveau du COD préfectoral.

La réflexion est en cours sur l'organisation de la cellule de crise, sa composition, sa mobilisation, ses équipements, mais s'appuiera sur les pratiques qui prévalent en situation d'urgence cyclonique.

Ainsi, chaque direction sera chargée d'une mission principale comme le récapitule le tableau ci-dessous :

Missions générales		Direction Responsable	Profil nécessaire en cellule d'appui	Profil nécessaire dans les services et effectifs minimum
<b>Suivi des établissements et suivi des personnes vulnérables</b> (maintenues à domicile ou à transférer vers les établissements)	De santé	Direction déléguée à la coordination des soins et de l'efficacité	Généraliste type inspecteur	2 secrétaires administratifs ou équivalent
	Médico-sociaux (sauf établissements intégrés aux établissements de santé)	Direction déléguée à l'Offre médico sociale	Généraliste type inspecteur	2 secrétaires administratifs ou équivalent
<b>Produits de santé</b>		Pharmacien	Généraliste santé type MISp ou IDE	PHIR et secrétariat
<b>Protection des biens et personnels de l'ARS</b>		Direction déléguée aux Ressources Humaines, Affaires Générales et Systèmes d'information	Généraliste type inspecteur	3 agents dont 2 au profil logistique, 1 au profil informatique
<b>Hygiène publique</b>	Eau, déchets	Direction de la Prévention de la Veille et Sécurité Sanitaire	Généraliste type ingénieur	3 techniciens sanitaires
<b>Epidémiologie</b>		CIRE	Epidémiologiste	
<b>Communication</b>	en interne et externe	Cabinet	Généraliste	Points d'information interne, messages de prévention et de protection vers population
<b>Coordination</b>		Direction de la Prévention de la Veille et Sécurité Sanitaire	Cadre de direction ou équivalent	
<b>Relations avec Zone de Défense Antilles au COD</b> <b>Mise en œuvre des plans de secours</b>		Défense et Sécurité Sanitaire de la DPVSS	Médecin référent et/ou Chargée de mission en Défense et Sécurité Sanitaire	
<b>Appui aux directions</b>		Direction Stratégie, MRICE	1 représentant par direction	Cadres administratifs et techniques
<b>Hémovigilance</b>			Conseiller médical	

### **Le système d'astreinte**

Pour respecter l'obligation de continuité de ses missions prévues notamment dans le protocole Préfet – ARS, ou en application de l'instruction du CNP du 22 juin 2011, l'ARS doit disposer d'un système d'astreinte opérationnel H24 et 7j/7.

Dans la configuration actuelle, il existe une astreinte générale de semaine assurée par les membres de direction et une astreinte générale de week-end, portée par les autres cadres, appuyée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011 par une astreinte médicale assurée par les médecins et pharmaciens. La CIRE Antilles-Guyane assure également une astreinte commune à la Martinique, Guadeloupe et Guyane en matière d'épidémiologie.

Il n'existe pas en l'état actuel d'astreinte technique en santé environnement compte tenu de l'effectif en ingénieurs. Néanmoins, cette situation a vocation à évoluer avec la mise en œuvre d'un dispositif global d'astreinte tel que prévu par l'instruction du CNP et reposant sur :

- une astreinte généraliste, recevant l'ensemble des signaux,
- une astreinte de direction, ayant pouvoir décisionnel,
- une astreinte technique de second niveau médicale,
- une astreinte technique de second niveau environnementale.

Une formation des cadres d'astreinte a été réalisée en juin 2011. L'objectif de cette formation était de présenter les bases minimales utiles pour le traitement initial d'un signal. Divers outils tels que Voozalerte ou encore Tiki-Wiki ont été présentés. C'est surtout la démarche de réception et de vérification d'un signal qui a été mise en avant ; l'objectif de cette formation n'étant pas de transformer les cadres d'astreintes de l'ARS en spécialistes de la veille sanitaire mais de leur donner la démarche et les outils dont ils peuvent avoir besoin lors des astreintes. Cette formation initiale devra être complétée par des « travaux pratiques » avec des études de cas en situation. De même, les fiches Tiki Wiki proviennent d'un travail national qu'il est nécessaire d'adapter aux acteurs et aux problématiques locales, mais également de renforcer vis-à-vis des aspects gestion.

### . **Le collège zonal**

L'agence Régionale de Santé de Martinique est également ARS de zone de défense Antilles et assume une responsabilité en matière de coordination des moyens sanitaires déployés au niveau de la Martinique et de la Guadeloupe. En application de l'article R 1311-25 du code de la défense, le Directeur général de l'ARS est membre du comité de défense de zone et doit apporter son appui au Préfet de zone dans la gestion des crises majeures. Alors que le constat est unanime sur le fait que les capacités de réponses individuelles de la Martinique ou de la Guadeloupe sont insuffisantes en situation de crise, la démarche de coordination et d'articulation des moyens de réponses entre les deux îles, ainsi que des documents de planification reste balbutiante. Si la légitimité institutionnelle de l'ARS de Martinique en matière de coordination de la réponse sanitaire est reconnue par les textes, la portée de cette compétence est floue et pourrait être considérée comme une forme d'ingérence dans l'organisation des moyens sanitaires déployés par la Guadeloupe. De même, l'action de coordination zonale de l'ARS manque de crédibilité si elle ne s'inscrit pas dans un processus de coordination plus large de défense entre les préfets.

Ainsi, en l'absence de liens formalisés de collaboration entre l'ARS de Guadeloupe et de Martinique en matière de préparation et d'organisation des moyens sanitaires en situation de crise, les missions du conseiller sanitaire de zone ne peuvent s'exprimer pleinement et se concentrent essentiellement sur la Martinique.

### . **Les partenaires extérieurs**

La réponse aux situations d'alerte s'organise également avec les partenaires extérieurs et en premier lieu avec les services du préfet. Lorsqu'un événement relève d'une crise potentielle, le préfet déclenche un Centre Opérationnel de Défense, au sein duquel, l'ARS est représentée par un agent polyvalent qui coordonne la cellule santé entraide. L'organisation générale de la réponse est définie dans le document ORSEC en cours de refonte, ainsi que dans le « mémento pour l'activation d'un dispositif de gestion de crise », mis à jour en mai 2011 par la Préfecture.

Pour autant, il reste certains points à affiner, en particulier les circuits d'information et les processus de décision en interministériel, le rôle de l'ARS vis-à-vis du SAMU et de la DJSCS. De même il est nécessaire de s'assurer qu'un certain nombre d'agents de l'ARS sont en capacité d'utiliser et d'alimenter le système d'informations SYNERGI utilisé en pareille circonstance.

Les établissements de santé disposent également d'une organisation adaptée aux situations de crise, cependant, compte tenu des mutations ou des évolutions de services, l'actualisation de la liste des interlocuteurs référents ainsi que leurs coordonnées est difficile à maintenir à jour. De même, certains équipements stratégiques (lots PSM, vaccins, équipements NRBC, comprimés d'iode stable...) placés auprès des établissements de santé ou des grossistes répartiteurs en pharmacie sont stockés dans des conditions insatisfaisantes et sans cadre formel précis (responsabilité de déploiement, de mise à jour, de destruction, de prise en charge financière...). S'agissant de matériels coûteux, parfois fragiles, périssables, ayant des dates limites d'utilisation, il est nécessaire d'améliorer les conditions de stockage, de suivi ou de renouvellement, mais également de préciser au travers de documents (conventions, contrats, protocoles...) les modalités de leur stockage et de déploiement.

Conformément à l'instruction ministérielle n° 2010-312 du 17 juin 2010, les ARS doivent s'articuler à la fois avec les préfets, mais aussi avec leur ministère de tutelle dans la réponse aux urgences sanitaires. Le point d'entrée unique du Ministère de la Santé en la matière est le Département des Urgences Sanitaires (DUS) qui assure la centralisation des alertes et apporte son concours pour leur gestion. Le DUS s'appuie sur un centre opérationnel de réception et de régulation (CORRUS), opérationnel 24h/24, ainsi que sur l'Etablissement de Préparation de la réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) qui est en capacité de mobiliser les renforts humains et logistiques pour appuyer les moyens déployés localement. C'est l'EPRUS qui organise par exemple le déploiement des stocks de comprimés d'iode en cas de menace de contamination radioactive, des vaccins en cas de pandémie, etc.

Au regard des délais de mobilisation de ces moyens exceptionnels (plus de 24h depuis la métropole), une démarche est en cours pour déployer une partie des moyens stratégiques de l'EPRUS au plus près du terrain (lot PSM, équipements NRBC, stocks iode...). Il est nécessaire de formaliser les liens et les responsabilités entre l'EPRUS et l'ARS dans le domaine de la gestion de ces équipements stratégiques ainsi que la mobilisation de la réserve sanitaire.

Enfin, de plus en plus les Organisations Non Gouvernementales, comme la Croix Rouge, sont impliquées dans la réponse aux situations de crise et disposent d'une capacité logistique sur place à intégrer. Une formalisation des partenariats mérite d'être examinée.

### **I.2.3 – Les plans et programmes de réponse**

#### **➤ le PRAGSUS**

La loi de santé publique d'août 2004 a été à l'origine d'avancées significatives en matière de veille sanitaire. Elle a permis de clarifier le concept de veille sanitaire, de préciser les actions qui y sont rattachées, d'améliorer les articulations entre les différents acteurs et de professionnaliser les différents métiers attachés à cette mission. Ces avancées ont pu être réalisées grâce entre-autre, au Plan relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire (Pragsus) . Il a permis de clarifier au sein de la veille sanitaire, deux dimensions qui, en pratique, ont été souvent confondues : d'une part, la surveillance - l'évaluation de la menace de santé publique et l'alerte, et d'autre part, la réponse à mettre en œuvre pour faire face à une alerte de santé publique. Néanmoins, sur le terrain, cette distinction était encore trop souvent perçue comme théorique ou artificielle parce qu'au plan organisationnel, la veille sanitaire est un continuum allant de l'évaluation à la réponse. En réalité, la veille sanitaire comporte deux temps, chacun d'entre eux devant mobiliser des expertises diverses, certes complémentaires mais spécifiques. Le volet veille et alerte du PRAGSUS de Martinique a été rédigé en juin 2006 par un groupe projet, piloté par la Cire Antilles-Guyane. Ce document a permis, d'une part de bien définir les rôles et missions des acteurs impliqués dans le volet veille et alerte et d'autre part de définir, sur la base d'un bilan préliminaire, les thématiques prioritaires sur lesquels la DSDS et la Cire Antilles-Guyane, devaient concentrer leurs efforts en matière de veille sanitaire. La plupart de ces thématiques sont toujours d'actualité et incluses dans le programme d'activité pluriannuel de la Cire.

#### **➤ les plans santé**

Le Code de santé publique (article L 3131-7) prévoit l'obligation pour tout établissement de santé d'établir un plan blanc décrivant les organisations et moyens mis en œuvre pour faire face à une situation exceptionnelle ou pour faire face à un afflux massif de victimes. Il s'agit également pour l'établissement de connaître les risques auxquels il est soumis (séisme, rupture d'approvisionnement en énergie, ...) et de prévoir des organisations adaptées à ces risques.

L'ARS n'a qu'une faible lisibilité sur le degré de réalisation des plans blancs, mais surtout d'une analyse qualitative de ces plans : sont-ils complets, adaptés, réalistes ? L'exercice Tsunami mené en avril 2011 a fourni comme enseignement l'absence de prise en compte de cet enjeu dans les plans blancs.

Lorsqu'un événement sanitaire grave conduit au dépassement des capacités de réponse d'un ou plusieurs établissements de santé, malgré le déclenchement d'un plan blanc, le Préfet peut déclencher un plan blanc élargi

afin d'organiser une réponse interhospitalière coordonnée, mais aussi de réquisitionner des moyens sanitaires supplémentaires. En Martinique, un plan blanc élargi a été élaboré et approuvé par arrêté préfectoral le 23 octobre 2009, mais celui-ci mérite d'être actualisé régulièrement et de surcroît reconfiguré au vu de la restructuration de l'offre de soins en cours. Qui plus est un nouveau guide d'élaboration des plans blancs sera diffusé en début d'année 2012.

Pour répondre à la pandémie grippale, un plan pandémie a été rédigé et a défini l'organisation de la campagne de vaccination. Même si le résultat de la campagne de vaccination n'a pas été à la hauteur de l'enjeu et des moyens engagés, il a néanmoins été riche d'enseignements. En effet, l'identification de centres de vaccination, l'organisation de la logistique d'acheminement et de dispensation des vaccins, les outils d'information du public, les mécanismes de traçabilité ou la mobilisation des professionnels de santé sont des éléments qui méritent d'être valorisés, voire transposés à d'autres dispositifs. La remise en un temps court et à un grand nombre de personnes de comprimés d'iode stable en cas d'exposition à des particules d'iode radioactive, d'antibiotiques à large spectre en cas de menace biologique, de masques de protection en cas d'épidémie... répondent finalement à des principes d'organisation analogues et pourraient être réfléchis au travers d'un plan global de remise en grand nombre de produits de santé en dehors des officines de pharmacie.

### ➤ *les plans de secours dans le secteur du médico-social*

A l'instar des établissements de santé, les établissements médico-sociaux, plus particulièrement ceux avec hébergement accueillent des publics vulnérables peuvent être confrontés à des alertes voire des situations exceptionnelles qui doivent être anticipées. En l'état actuel, l'existence de plans de secours internes à ces établissements (plans bleus) est très incertaine ; l'ARS ne dispose pas d'une vision précise sur l'existence de tels documents dans chaque établissement ni d'une analyse qualitative de leur contenu. Il est donc nécessaire de rappeler à ces établissements leurs obligations en la matière, de réaliser une analyse qualitative de ces plans, assurer une homogénéité et si possible une articulation cohérente entre les plans des différents établissements.

### ➤ *le PSAGE dengue*

Depuis juillet 2006, la Martinique a adopté un Programme de Surveillance, d'Alerte et de Gestion des épidémies de dengue (Psage Dengue). Celui-ci a été signé par le Préfet, le Conseil Général, l'association des Maires, l'InVS, la DSDS, l'ARH, les établissements publics hospitaliers, les forces armées, l'URML, Le Conseil de l'Ordre des Médecins, l'Union des Biologistes ... Le Psage dengue poursuit un double objectif de :

- contractualiser le rôle et les missions que chacun des partenaires impliqués dans la lutte contre la dengue s'engagent à tenir ;
- fournir les outils nécessaires pour la conduite des différentes actions du programme dans les domaines de la surveillance épidémiologique et entomologique, de la démoustication, de la communication et de la prise en charge des malades.

Le Psage dengue a également pour objectif d'intégrer les activités de surveillance épidémiologique et de réponse de santé publique dans le cadre Programme relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgences sanitaires (Pragsus). Ce principe a été explicitement recommandé par la division des maladies à transmission vectorielle du « Center for Disease Control and Prevention (CDC) » d'Atlanta.

Le Psage propose une graduation des stratégies de surveillance et de contrôle de la dengue en Martinique, selon le risque épidémique, évalué à partir des résultats de la surveillance épidémiologique. Les stratégies devant être mise en place sont déclinées selon les quatre principaux domaines d'activité :

- (1) Surveillance et investigations épidémiologiques et entomologiques ;
- (2) Lutte contre les moustiques (lutte insecticide et mobilisation sociale) ;
- (3) Communication : information des professionnels de santé, des responsables politiques et administratifs (Préfecture, DSDS, Conseil Général, Maires, Centres hospitaliers), information grand public ;
- (4) Prise en charge médicale par le système de soins.

De même, le PSAGE institue le principe de collèges d'experts (comité d'experts des maladies infectieuses et émergentes: CEMIE) du monde de la santé, qui fournit à un collège de décideurs (cellule de gestion), des avis et des propositions ayant fait l'objet d'un consensus préalable.

Cette démarche globale du PSAGE maintenant validée pour la dengue devra progressivement être étendue à d'autres pathologies transmissibles prioritaires, dont le Chikungunya

#### ➤ *les plans interministériels*

L'organisation interministérielle existante en matière de planification des moyens de réponse aux situations exceptionnelles est en cours de refonte au regard de l'évaluation des crises passées, mais aussi de la réorganisation des services de l'Etat. Ainsi, les plans ORSEC, NRBC, pandémie grippale, iode... portés par le Préfet sont actuellement en cours de réécriture dans une perspective de simplification des procédures, de plus grande lisibilité et d'adaptabilité des organisations, autour d'une ossature commune (ORSEC) et d'annexes thématiques (cyclone, ...). L'ARS a d'ores et déjà apporté sa contribution à la réécriture de ces documents qui restent à finaliser, à actualiser régulièrement et à tester au travers d'exercices.

## **I.2.4 – L'évaluation de la réponse**

Chaque situation de crise, chaque exercice, chaque investigation d'un événement sanitaire nouveau est riche d'enseignements, que ce soit pour l'amélioration des pratiques, l'adaptation des organisations ou attirer l'attention sur de nouveaux risques.

### **➤ *Les rapports d'investigation des signalements***

La pratique est désormais acquise par les membres de la plateforme que chaque événement sanitaire donnant lieu à intervention est intégré dans l'outil Voozalerte, conduit à la rédaction d'un rapport de synthèse diffusé aux partenaires institutionnels impliqués dans la réponse. Il peut s'agir de rapports d'investigation de TIAC, de cas de légionellose, etc. Cette pratique garantit une traçabilité des actions engagées et formalise les engagements pris.

### **➤ *Les publications***

Lorsque l'événement sanitaire est plutôt inhabituel, ou spécifique dans son mode de gestion, une publication est faite, au travers notamment du Bulletin de Veille Sanitaire (BVS) Antilles Guyane, largement diffusé, y compris auprès des médias locaux. Ce fut le cas par exemple, à la suite d'un épisode de syndrome irritatif collectif à l'école d'infirmières du à une prolifération de puces dans des nids d'oiseaux, les investigations menées à la suite d'un décès par mélioïdose ou encore la mise en œuvre du programme de santé des Jardins Familiaux (Jafa) contaminés par le chlordécone.

L'objectif est de partager la connaissance, de valoriser des démarches et de constituer des référentiels partagés, utiles à la gestion d'épisodes futurs.

### **➤ *Les retours d'expériences***

Plusieurs fois par an, que ce soit au travers d'exercices de sécurité civile (cyclone, tsunami, crash aérien...) ou bien à la suite d'événements réels, la réalisation d'un retour d'expérience est menée. Cette pratique a permis de faire évoluer les organisations, en particulier elle a aidé à construire l'organisation de la Cellule Régionale d'Appui, ou bien contribué à dégager des crédits permettant de disposer de matériel stratégique de secours, en cours d'acquisition.

Le retour d'expérience sur l'épidémie de dengue de 2010 a permis d'identifier les fragilités ou les réussites dans la coordination des acteurs, la prise en charge des patients ou la communication auprès du grand public.

Pour autant, la démarche de retour d'expérience qui vise notamment à préconiser des changements d'organisation doit éviter certains travers. En effet, il faut veiller à ne pas formuler des préconisations trop formelles qui ne sont pas suivies d'effet car trop coûteuses ou trop complexes à mettre en œuvre, ou encore à superposer de nouvelles procédures adaptées à l'événement à des procédures existantes. Il vaut mieux privilégier des organisations et des procédures généralistes qui puissent répondre à la plupart des événements et permettent une meilleure appropriation des principes par les acteurs.

### **➤ *L'évolution des déterminants***

Le retour d'expérience a aussi comme intérêt de déterminer, au regard des échecs et des réussites, les facteurs sur lesquels il convient d'agir pour réduire l'impact de l'alerte sanitaire : renforcement de la surveillance, adaptation des contrôles, mise en œuvre de mesures de régulation spécifiques (police), évolution des comportements individuels (prévention), communication spécifique et généraliste. Ainsi, l'épidémie de dengue de 2010 a eu comme conséquence de réinvestir l'action publique dans la lutte contre les déchets, notamment les dépôts sauvages ou les Véhicules Hors d'Usage (VHU), mais également de réfléchir à une stratégie globale de communication adaptée aux différentes phases épidémiques et visant à faire évoluer les comportements du grand public vis-à-vis des gîtes à moustiques.

## I.3 – Les axes de progrès

Même si les dispositifs de réponse aux urgences sanitaires actuellement en œuvre sont nombreux et diversifiés, il est nécessaire de s'assurer qu'ils sont sensibles, exhaustifs et réactifs s'agissant de la surveillance, actualisés et opérationnels s'agissant des outils de planification ou des organisations de crise.

En effet, certains champs de la surveillance restent insuffisamment couverts, en particulier celle de l'activité hospitalière. Des organisations nouvelles méritent d'être consolidées, notamment suite à la réforme générale des politiques publiques et la création des Agences Régionales de Santé. Enfin, des outils de planification méritent d'être actualisés voire regroupés autour d'organisations solides lorsqu'il existe des analogies.

Il ressort donc de l'analyse de l'existant un certain nombre d'axes de progrès, qui structurent l'organisation future de la veille sanitaire en Martinique :

### ↳ **Avant l'urgence sanitaire, se préparer**

- mieux connaître la nature des événements porteurs de risque de santé publique, développer la connaissance, les outils d'analyses et d'anticipation
- se préparer à répondre de façon adaptée, anticiper, planifier les organisations, les procédures à mettre en œuvre en situation d'alerte
- développer le signalement
- faire des exercices

### ↳ **Pendant l'urgence sanitaire, réagir vite et efficacement**

- détecter de façon précoce, sensible et spécifique les événements de santé porteurs d'urgence sanitaire
- développer les réseaux de surveillance
- évaluer de façon structurée les signaux sanitaires, leur ampleur et calibrer une réponse adaptée
- lancer rapidement l'alerte, organiser les messages, les circuits de diffusion, prévoir des stratégies de communication
- gérer de façon coordonnée et proportionnée la réponse sans compromettre la capacité à gérer les autres situations

### ↳ **Après l'urgence, évaluer et prévenir**

- tirer les enseignements des urgences, organiser des retours d'expérience, publier des bilans, partager la connaissance
- évaluer l'efficacité des actions
- adapter les organisations, les procédures, les outils
- améliorer la formation et l'information en matière d'urgences sanitaires,
- agir sur les déterminants à l'origine de l'alerte : développer la prévention, adapter les outils de contrôle, de mesure, réglementer

# II – LES OBJECTIFS

## 2011-2014 EN MATIERE D'URGENTES SANITAIRES

L'analyse des pratiques actuelles en matière de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires et leur articulation avec le champ de la prévention a permis d'identifier des voies de progrès, mais aussi des initiatives et une expérience acquise en Martinique dans ce champ à valoriser.

Le VAGUSAN du Schéma régional de Prévention de Martinique fixe pour la période 2011-2014 un certain nombre d'objectifs organisationnels, reposant sur 3 principes :

- 1 – Avant l'urgence, se préparer
- 2 – Pendant l'urgence, réagir vite et efficacement
- 3 – Après l'urgence, évaluer et prévenir

Chaque objectif fera l'objet d'une fiche action, précisant les responsabilités, l'impact financier et les échéanciers détaillés.

### **Objectif général n° 1 : Avant l'urgence sanitaire, se préparer**

- **objectif opérationnel 1.1 : mieux connaître la nature des évènements porteurs de risque de santé publique en Martinique.**

*Indicateur : nombre d'outils ou de documents produits apportant une meilleure connaissance sur les évènements porteurs de risque de santé*

Certains évènements porteurs de risque sanitaire parfois élevé sont attendus en Martinique (épidémie de dengue, épidémie de chikungunya, tsunami...), pour autant la connaissance précise de leur traduction reste insuffisante.

Dans le domaine des risques majeurs, s'il existe de nombreuses cartographies des risques en Martinique, issues des travaux menés dans le cadre des Plans de Prévention des Risques (PPR), il n'existe pas au niveau de l'ARS d'outil cartographique permettant de savoir, pour les établissements de santé ou médico-sociaux quelle est la nature des risques auxquels ils sont exposés. Par ailleurs, l'inventaire de la vulnérabilité sismique des établissements recevant du public n'est pas encore achevée. Il est donc nécessaire de synthétiser les données disponibles concernant les établissements sanitaires ou médico-sociaux, afin de connaître, par exemple lors d'une alerte météorologique pour fortes pluies, quels établissements seront les plus sensibles. Une démarche analogue peut être envisagée pour ce qui concerne les patients à haut risque vital. Dans le domaine des risques infectieux, une meilleure connaissance des facteurs de risques spécifiques à la leptospirose permettra d'adapter les supports de prévention.

De façon plus générale, il est utile de s'associer aux travaux menés dans le cadre de l'analyse de l'impact du changement climatique.

- **objectif opérationnel 1.2 : développer des outils d'analyse et d'anticipation**

**Indicateur** : nombre d'outils cartographiques développés et nombre de personnes formées à l'utilisation d'outils cartographiques.

Le développement d'applications ou de modélisations sur des outils comme les systèmes d'informations géographiques peuvent contribuer à une meilleure lisibilité sur l'évolution d'une épidémie, la détection de foyers à risque, de « points noirs environnementaux », d'identification des zones d'impact d'une pollution. De même, la cartographie actualisée des établissements et structures sanitaires ou médico-sociales sensibles constitue un outil d'aide à la décision précieux en situation d'alerte. Il paraît donc utile d'accroître le nombre d'agents en capacité de manier ces outils et de disposer de couches d'informations géographiques supplémentaires.

De même, certaines études ont examiné une corrélation possible entre les niveaux de précipitations et la densité de moustiques vecteurs de la dengue. Le développement d'outils d'anticipation de ce type est à encourager, afin de mieux adapter la réponse et réagir plus efficacement.

- **objectif opérationnel 1.3 : préparer l'ARS à mieux répondre aux urgences**

**Indicateur** : % de procédures actualisées au niveau de l'ARS régissant l'organisation en situation d'urgence.

Comme rappelé dans le précédent chapitre, il est envisagé une gradation en 4 niveaux des alertes sanitaires et un principe d'organisation et de gestion associé. Il existe deux organisations chargées de répondre aux alertes : plateforme pour les alertes de niveau 1 à 2 et Cellule Régionale d'Appui (CRA – ayant vocation à évoluer vers une Cellule de Crise Sanitaire) pour les alertes de niveau 2 à 4.

La plateforme repose sur une organisation s'apparentant à un service, avec des procédures, des agents dédiés, des rencontres régulières, un système d'informations (Voozalerte), un point de contact unique (téléphone et messagerie), tandis que la Cellule Régionale d'Appui relève d'avantage de l'organisation en mode projet, avec une composition variable, des représentants venant de toutes les directions de l'ARS, des modalités de rencontre adaptées à l'événement, un système d'information (Synergi) ainsi que des points de contacts différents.

Il est d'une part nécessaire de s'assurer que ce principe d'organisation graduelle est pertinent et ne sollicite pas de façon inutile l'ensemble des individus et permette de garantir la continuité des activités de veille et de gestion des alertes sanitaires. Les principes de l'organisation de la plateforme de Martinique ont été décrits et validés dans un document datant de septembre 2010.



Document d'organisation de la plateforme ARS Martinique - Septembre 2010

Après un peu plus d'une année de fonctionnement, il est nécessaire de faire une évaluation du fonctionnement de la plateforme de veille et de gestion des alertes sanitaires, notamment concernant les points suivants, afin d'adapter les organisations à ce qui paraît le plus pragmatique :

- pertinence de la répartition théorique des missions CIRE/CVAGS dans le fonctionnement quotidien de la plateforme,
- pertinence et dimensionnement de l'organisation retenue pour réceptionner les signaux et les traiter,
- qualité de la chaîne de traitement des signaux, depuis la réception à la mise en œuvre des mesures de gestion et de prévention,
- fonctionnement managérial d'une organisation fonctionnelle comprenant un pilotage conjoint ARS-CIRE,
- capacité à mobiliser rapidement des compétences extérieures (pharmacie, hémovigilance, entomologie, NRBC...),
- capacité à assurer une bascule efficace avec le système d'astreinte,
- positionnement des missions de surveillance et de contrôle réglementaires (MDO, CSF, infections nosocomiales...) n'entraînant pas de signaux, mais positionnées au sein de la plateforme.
- l'opportunité d'impliquer la plateforme dans les investigations menées par les équipes opérationnelles d'hygiène en cas d'infection liée au soin.

Si la création de la plateforme a permis de structurer la veille sanitaire, il est nécessaire d'engager la structuration de la gestion de crise et sa préparation, en plaçant l'ARS au cœur du dispositif de mobilisation des moyens de santé en région.

Ainsi, pour ce qui concerne les alertes de niveau 2 et plus, il est nécessaire de stabiliser des principes d'organisation, en particulier :

- la structuration d'une organisation au sein de l'ARS dédiée à la réponse aux situations exceptionnelles (Cellule de crise sanitaire, cellule régionale d'appui, plan de continuité d'activité),
- les modalités de bascule d'une organisation plateforme à une organisation de crise (de type CRA ou cellule de crise sanitaire),
- la définition des circuits de transmissions des alertes, en interne et auprès des partenaires,
- les conditions de mobilisation des matériels stratégiques et des moyens de réponse des établissements, en relation avec l'EPRUS
- les conditions de mobilisation des professionnels de santé, en particulier la réserve sanitaire
- la standardisation des volets sanitaires des plans de secours (ORSEC, plans iode, plan blanc élargi...)
- la formation des professionnels de santé à la réponse aux situations de crise
- la consolidation du dispositif de défense et de sécurité (protection du secret défense, sécurité des systèmes d'information...)

La réflexion engagée dans le cadre de la préparation de la réponse aux cyclones a permis de dégager les axes d'une organisation générale de l'ARS en situation de crise. Le travail mené dans le cadre des retours d'expériences autour des différentes crises ou exercices a également pu mettre en lumière les grandes similitudes dans l'organisation générale de la réponse et le besoin de flexibilité.

Ainsi, le document cadre d'organisation de l'ARS en situation de crise doit être générique et constitué d'une ossature standardisée qui précise les principes communs et les champs de mission de chaque direction (suivi des établissements sanitaires, protection des biens et des personnels de l'ARS, communication...), ainsi que des annexes spécifiques à chaque risque (cyclone, précipitations, tsunami...), détaillant le cas échéant certaines missions.

Ce document doit également définir les modalités d'articulation de l'ARS avec ses partenaires et notamment les liaisons entre le représentant en COD et sa base arrière, la Cellule Régionale d'Appui.

Cette organisation doit aussi reposer sur une logistique, des équipements, en particulier la désignation de cellules de crises dédiées et disposant de moyens de communication adaptés (téléphone, fax, ordinateurs, messagerie, cartes...) et facilement mobilisables. De même, la cellule de crise ou la CRA doit pouvoir disposer d'outils, comme un système d'informations partagé et connu des individus (type Synergi), un dispositif d'alerte rapide des agents et des partenaires (messagerie, centrale SMS...) de listes de contacts à jour (annuaires), de document types (tableaux de remontées de données, communiqués de presse type...) et de permanences organisées.



### Disposition Spécifique du Plan ORSEC : Volet sanitaire du Plan Cyclone Agence Régionale de Santé



Version V 17- Juillet 2011

Plateforme Veille et Sécurité Sanitaire

Il est également nécessaire que l'ensemble des agents de l'ARS susceptibles d'être impliqués dans la gestion des alertes, soient régulièrement formés, ou au moins sensibilisés afin d'être rapidement opérationnels.

Pour garantir la permanence de la capacité de réponse de l'ARS, il est nécessaire d'organiser un système d'astreinte robuste, permettant de mobiliser rapidement des compétences diverses, mais disposant également d'outils nomades (accès internet, fax virtuel...) et de fiches réflexes actualisées (valise Tikiwiki adaptée). Ce système d'astreinte doit reposer sur une astreinte généraliste, point focal et en capacité de traiter les urgences administratives (hospitalisation sans consentement), mais également de recueillir les informations nécessaires pour cerner un signal sanitaire. En cas de besoin, cette astreinte généraliste doit pouvoir être appuyée par une astreinte décisionnelle ayant autorité pour mobiliser des moyens extraordinaires et une astreinte technique (environnement et santé) pour prendre en charge les signaux plus complexes.

Compte tenu du caractère sensible de certaines informations, ou du fait que certains établissements de santé constituent des opérateurs d'importance vitale (OIV), il est nécessaire que l'ARS puisse :

- accompagner la mise en place du dispositif global de sécurité des installations vitales,
- garantir qu'un nombre suffisant d'agents identifiés soient habilités confidentiel défense ou secret défense.
- Assurer la sécurité des systèmes d'informations

#### - **objectif opérationnel 1.4 : Veiller à une bonne articulation entre l'ARS et ses partenaires**

**Indicateur** : % de plans interministériels disposant d'un volet santé actualisé

En situation d'urgence de niveau 3 ou 4, le pilotage des moyens de réponse appartient au Préfet, à qui l'ARS met à disposition ses moyens. En application du protocole préfet-ARS signé en septembre 2010, un comité de sécurité sanitaire doit se réunir au moins de façon annuelle, pour examiner les adaptations nécessaires à l'organisation de la réponse.

En outre, avec la réforme des politiques publiques et la refonte des plans ORSEC, le rôle de l'ARS en cellule de crise préfecture est en phase de changement.

Désormais, l'ARS doit coordonner la cellule regroupant le SAMU et la DDJSCS, mais il reste de nombreux ajustements à régler, comme :

- l'autorité du représentant de l'ARS en COD sur le SAMU ou la DDJSCS en situation de crise,
- la participation de l'ARS au sein d'autres cellules, notamment de commandement ou celle chargée de l'alimentation, l'approvisionnement en eau, la collecte des déchets...
- les équipements et accès mis à disposition en COD et ceux devant être fournis par l'ARS
- les circuits d'informations entre le niveau local et national, entre le COD et la CRA, etc.

De même, il est nécessaire de préparer à l'avance certains outils comme les procédures de réquisition de professionnels de santé ou d'équipement, ainsi que les modalités de règlement a posteriori de ces réquisitions

Il est également indispensable de disposer d'une liste actualisée des référents nominatifs (et pas simplement des directeurs) dans les établissements, les communes, des administrations et des principaux partenaires. Ces listes incluent les téléphones fixes, portables, satellites lorsqu'ils existent, les messageries et les fax. Ce travail doit faire l'objet d'une actualisation au moins annuelle.

Vis-à-vis de ses partenaires du monde de la santé et du médico-social, l'ARS doit renforcer son rôle de pilotage, en relation avec l'EPRUS, en particulier en :

- constituant une réserve sanitaire, c'est-à-dire recenser les professionnels de santé susceptibles d'intervenir en situation de crise et définir les modalités de leur mobilisation. Il s'agit donc de sensibiliser les professionnels de santé à ce dispositif, constituer un volant de professionnels mobilisables, assurer leur formation régulière...
  - maîtrisant la gestion des équipements tactiques (NRBC, lots PSM...) et des stocks stratégiques (iode, vaccins, antidotes...), placés auprès des établissements de santé. Il s'agit donc de disposer des stocks actualisés d'équipements, de conventionner avec les établissements de santé ou les grossistes pour leur stockage, leur maintenance, leur mobilisation en situation de crise.
- **objectif opérationnel 1.5 : renforcer la gestion zonale des alertes**

**Indicateur** : définition d'un cadre conventionnel entre ARS Martinique et Guadeloupe en matière des gestion zonale des alertes

Comme l'ont démontré en 2010 la gestion du séisme en Haïti ou l'épidémie de dengue, la réponse, en particulier au regard des moyens de secours nécessite une articulation entre la Guadeloupe et la Martinique, voire la Guyane. C'est pourquoi, en parallèle de la démarche de coordination entre le Préfet de Martinique et celui de la Guadeloupe, il faut envisager de rendre lisible l'échelon zonal en identifiant dans un premier lieu des chantiers prioritaires communs aux ARS de Martinique et de Guadeloupe (actualisation des plans de secours, mutualisation des équipements stratégiques ...), et en formalisant des procédures d'échanges entre les ARS. De même, il faut examiner les modalités de coopération et de coordination avec l'ARS de Guyane. Une convention doit ainsi être rédigée entre l'ARS de Martinique (ARS de zone) et l'ARS de Guadeloupe définissant en particulier :

- l'organisation zonale et régionale de la réponse aux situations de crise (articulation COD, COZ)
- la répartition des missions entre les ARS (répartition des moyens de réponse, formations, planification, collège zonal)
- les modalités de mobilisation des moyens interrégionaux (établissements, laboratoires biotox, professionnels...)

- **objectif opérationnel 1.6 : actualiser les plans de secours santé (et volets santé)**

**Indicateur** : % de plans de secours actualisés chaque année.

La réglementation prévoit l'obligation pour les établissements sanitaires ou médico-sociaux de disposer d'un plan de secours (plan blanc pour les établissements de santé, plans bleus pour les établissements médico-sociaux) destiné à décrire les moyens et procédures mises en œuvre par l'établissement pour répondre à un afflux massif de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Il est cependant nécessaire de s'assurer que

ces plans existent, qu'ils soient partagés et opérationnels, mais surtout qu'une réponse en mode dégradé ne mette pas en cause l'accessibilité à des soins adaptés, en cas d'urgence sanitaire, pour les personnes handicapées ou en perte d'autonomie, ou les plus éloignées géographiquement des structures de soins.

Il faut donc s'assurer d'une part que chaque établissement dispose d'un plan de secours et d'autre part réaliser un examen qualitatif de ces plans, en particulier des principaux établissements. De même, la préparation des établissements repose aussi sur l'existence d'équipements de secours opérationnels (groupes électrogènes, réserves en eau, aliments, produits de santé, moyens de communication en mode dégradé...) et de procédures internes adaptées.

Le Plan Blanc élargi a pour vocation de définir l'organisation globale de la réponse sanitaire face à un événement majeur impliquant une réponse articulée entre l'ensemble des établissements et professionnels de santé. Le plan blanc élargi actuel mérite d'être profondément revu, afin qu'il soit plus opérationnel, mais qu'il intègre désormais la réorganisation de l'offre de soins prévue par le Projet médical de territoire et le déplacement de certains soins. De même, il doit répertorier de façon précise les capacités de prise en charge au vu des autorisations de lits, les moyens d'intervention disponibles au sein des établissements ou des professionnels de santé, notamment les transports sanitaires ; ces données changeantes doivent être régulièrement actualisées. La constitution de stocks stratégiques de santé (lots PSM notamment) ainsi que ses conditions de déploiement doivent également figurer dans le plan blanc élargi. De même, l'obligation réglementaire d'une actualisation annuelle du plan blanc élargi et d'une présentation régulière aux URPS doit être appliquée.

L'expérience a prouvé que, rapidement et même en dehors de situation de catastrophe, les capacités de réponse d'un établissement pouvaient être dépassées et qu'il fallait organiser les modalités de renforts, que ce soit en effectifs ou en matériels. Ces renforts doivent s'envisager entre les établissements de santé de Martinique, mais aussi, lorsque cela est possible avec la médecine de ville ou les établissements de santé de Guadeloupe et de Guyane. Il est nécessaire d'intégrer dans la réflexion les modalités de coopération entre les DFA en matière de déploiement des réserves sanitaire.

De même, les modalités de renforts ou de déploiement de capacités extraordinaires ne sont pas systématiquement engagées dans le cadre d'un plan blanc élargi, notamment parce qu'il a des conséquences financières fortes : les réquisitions sont faites par le Préfet, qui en assume ensuite le coût, alors qu'en dehors d'un plan blanc élargi, la dépense est prise en charge par l'assurance maladie, ou directement par les établissements de santé sur fonds propres. Certaines interventions n'entrant pas dans la nomenclature T2A, voire n'étant pas compensées par des dotations spécifiques aux établissements, elles engendrent les déficits de ces derniers.

Il est donc nécessaire d'examiner au préalable le contexte juridique et financier d'engagement de moyens sanitaires extraordinaires et notamment les outils de contrôle (par l'ARS par exemple), pour éviter également des dépenses non recouvrées a posteriori (par les établissements ou les professionnels).

Les plans interministériels disposant d'un volet santé doivent également être actualisés régulièrement (ORSEC, pandémie, variole, iode...) dans une optique de les rendre plus flexibles et opérationnels pour s'adapter aux évolutions et aux imprévus. Ainsi, il faudra privilégier des plans avec une architecture standardisée, qui fixent des principes d'organisation, qui donnent des outils plutôt que des documents de procédures très détaillés qui risquent d'être rapidement obsolètes et compliqués à assimiler par les intervenants, en situation de tension. Ainsi, que ce soit pour la distribution de comprimés d'iode, d'antidotes ou l'organisation de campagnes de vaccination, les principes d'organisation comportent de nombreuses analogies.

Cette réalité doit conduire à réfléchir à la rédaction d'un plan global de distribution de produits de santé à un grand nombre s'appuyant sur des sites répartis sur le territoire et préalablement identifiés, des opérateurs (grossistes répartiteurs, réserve sanitaire...), des procédures de traçabilité, des stratégies de communication, etc. Selon l'antidote à distribuer, l'urgence et les capacités à sécuriser, les sites peuvent être des pharmacies référentes, ou bien des centres pouvant accueillir un grand nombre, à l'instar des centres de vaccination.

Le PSAGE est un document évolutif qui doit s'enrichir des expériences accumulées, notamment lors des épidémies précédentes. Ainsi, l'épidémie de 2010, la plus importante en durée et en ampleur a été riche en enseignements.

Elle a permis de mettre en lumière les points forts et les points faibles du dispositif à la fois au niveau de la surveillance , mais également la gestion ou la coordination des acteurs. Ainsi le dispositif de surveillance hospitalière et de prise en charge des cas de dengue a montré ses limites et sera revu. Les stratégies diagnostics ont évolué, notamment avec l'introduction de nouveaux tests ; ces changements seront également inclus de la nouvelle version du PSAGE. Plus important encore, l'épidémie de 2010 a montré qu'il est indispensable de disposer d'une stratégie de communication callée sur les différentes phases du Psage. Ce dernier aspect est un des principaux chantiers pour l'amélioration du Psage dengue de la Martinique.

#### **objectif opérationnel 1.7 : mettre à jour les plans de secours médico-social**

**Indicateur :** % d'établissements médico-sociaux avec hébergement disposant d'un plan de secours évalué par l'ARS.

Compte tenu des publics fragiles qu'ils hébergent et de la probabilité pour les établissements du secteur médico-social à avoir faire face à une alerte voire une crise, il est nécessaire de :

- rappeler à ces établissements l'obligation d'élaborer un plan de secours (plans bleus), identifiant les menaces qui pèsent et les moyens envisagés pour y faire face
- faire une analyse qualitative des plans élaborés par les établissements et s'assurer de leur caractère opérationnel
- garantir une homogénéité entre les plans élaborés par les établissements
- garantir une articulation cohérente entre les stratégies mises en œuvres dans les plans par les établissements.

#### **objectif opérationnel 1.8 : développer le signalement**

**Indicateur :** évolution du nombre de signalements arrivant au centre de réception et évolution du % de signalements arrivant au centre de réception donnant lieu à une alerte.

Parce qu'il existe encore des signalements parvenant à l'ARS qui sont encore personne-dépendants, il est nécessaire de renforcer le message auprès des déclarants potentiels que le centre de réception des signaux est le point d'entrée principal de transmission des évènements à impact potentiel sur la santé. Il importe de mobiliser régulièrement en ce sens les administrations (Préfecture, SDIS, éducation nationale, DEAL, DDAF...) ainsi que les partenaires principaux de l'ARS (professionnels de santé, laboratoires, distributeurs d'eau...).

Les pharmacies d'officine pourraient également être mobilisées comme relai du signalement. En effet les pharmaciens d'officine sont des acteurs importants des dispositifs de santé publique. Ils sont quotidiennement au contact des malades et sont susceptibles d'identifier, de façon précoce, un évènement de santé pouvant constituer une menace pour la santé publique. Ainsi, les actions visant à renforcer le signalement devront s'appuyer également sur ce corps de métier.

Il faut également envisager une nouvelle sensibilisation des professionnels de santé libéraux et hospitaliers avec diffusion de plaquettes de présentation de la plateforme (numéro unique pour signaler quoi..). L'opportunité de diffuser un Bulletin de Veille Sanitaire consacré à la veille et au signalement est également à étudier. De même, une présentation du dispositif de plateforme auprès des Union Représentatives des Professionnels de Santé est à envisager.

Pour éviter de passer à coté d'évènements susceptibles d'avoir un impact, il importe d'améliorer l'exhaustivité du signalement, ainsi que sa réactivité. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une transmission régulière de données de surveillance en provenance des laboratoires d'analyses médicales, en particulier de pathologies à extension rapide (dengue, viroses...) ou inhabituelles (chikungunya...).

De même, il faut envisager de systématiser le principe de rétroinformation individuelle du déclarant, pour qu'il ait connaissance des actions entreprises à la suite de son signalement et donner du sens à son implication.

Il est également important de garantir une transmission systématique et rapide des maladies à déclaration obligatoire, ainsi que des signalements d'infections liées aux soins, notamment causées par des bactéries résistantes.

Ainsi, il est nécessaire de porter à la connaissance des professionnels de santé les nouvelles modalités de signalement des MDO, et de s'assurer de la maîtrise par les établissements de la déclaration sur internet des infections nosocomiales (e-Sin)

L'efficacité d'un dispositif de signalement est également liée à sa simplicité et à l'intérêt qu'il peut représenter pour le professionnel déclarant. Il est important de donner du sens à sa démarche, par la mise en œuvre de mesures suite au signalement, en valorisant les données produites et en créant une notion d'appartenance à un réseau global. Ainsi, dans le cadre du réseau de médecins sentinelles, il est important de maintenir la démarche proactive qui consiste à appeler de façon hebdomadaire l'ensemble des médecins, de relayer leurs éventuelles demandes, et de leur adresser régulièrement des bulletins d'information épidémiologiques.

De même, pour les acteurs qui sont en dehors des réseaux de surveillance ou de veille, il est nécessaire d'assurer une rétro-information systématique, en particulier des actions mises en place (note de synthèse, rapport d'investigation....)

La sécurisation de la remontée des MDO vers l'ARS passe d'abord par un rappel à l'ensemble des professionnels de santé (médecins/biologistes) de la liste des MDO et des procédures de signalement et/ou de notification. Cette sensibilisation des professionnels de santé, s'inscrit dans la démarche plus globale de renforcement du dispositif de signalement. Elle doit s'accompagner, au niveau de l'ARS, d'une meilleure gestion des MDO. En effet, il est indispensable d'assurer une meilleure traçabilité de toutes les MDO, ne serait-ce que pour s'assurer que les mesures d'investigation et de gestion à mettre en place en urgence pour certaines MDO (ex : rougeole...), ont bien été réalisées. Pour ce faire, l'utilisation de l'outil Voozalerte pour le suivi des MDO devrait être plus systématique.

### **Objectif opérationnel 1.9 : développer les réseaux de surveillance**

#### ***Indicateur :***

Il est essentiel que des systèmes de surveillance basés sur l'activité de des services urgences hospitalières puissent être développés (réseau OSCOUR). Cela implique de dégager des budgets spécifiques pour équiper les services concernés et installer des modules de connexion au réseau OSCOUR. Lorsque ce dispositif homogène sera opérationnel, il sera nécessaire d'assurer une rétro information régulière des services émetteurs.

De plus, ce réseau de surveillance spécifique devra être étendu en incluant les maisons médicales de garde dont l'ouverture est prévue fin 2011-début 2012. La connexion de ces maisons médicales de garde viendra compléter le maillage du réseau de surveillance des urgences ambulatoires, déjà initié avec la connexion de SOS-Médecins Martinique depuis octobre 2009.

De même, il est utile d'examiner en période d'épidémie le niveau de tension de l'activité de médecine de ville, afin de connaître les capacités de renforts possibles vers l'hôpital.

Pour autant, le maintien de réseaux de surveillance et de veille actifs implique une animation constante, qui représente du temps, de même que l'exploitation de ces données de surveillance (certificats de décès par exemple). Il est donc nécessaire de travailler sur des outils ou des procédures simplifiées permettant d'éviter les doubles saisies et de gagner du temps.

De même, il est nécessaire de développer des systèmes de surveillance adaptés à des problématiques locales (par exemple la leptospirose, la recrudescence d'infections à bactéries résistantes...) ou de développer des systèmes de surveillance non spécifiques.

Même si le réseau de médecins sentinelles est bien implanté en Martinique, puisqu'il implique plus de 21% des médecins libéraux du département, cette répartition n'est pas homogène sur le territoire et il est opportun de renforcer la participation des médecins libéraux sur ces territoires déficitaires (notamment le François). Qui plus

est ce réseau mérite d'être régulièrement animé et il est opportun d'entreprendre des rencontres physiques et d'assurer une rétro-information régulière concernant les pathologies surveillées.

Les laboratoires de ville ou hospitaliers sont également des partenaires importants de la surveillance. Il paraît nécessaire de développer et animer un réseau de surveillance avec les laboratoires hospitaliers, en particulier pour recueillir des données en continu sur les pathologies à enjeu en Martinique, comme la dengue, la grippe, la fièvre du West Nile...

S'agissant des laboratoires de ville, la mise en place d'un dispositif de type Oscour mérite d'être examinée au moins dans sa faisabilité, afin de permettre une remontée régulière et automatisée de certains indicateurs prédéfinis (données MDO, dengue...). Des initiatives ont déjà été tentées mais ont été abandonnées faute de pilote disponible sur du long terme (projet EPI-LAB). Ces projets doivent être relancés et les causes de l'échec passé analysées car ils sont porteurs d'informations fiables, exhaustives et non personnes-dépendantes.

Une connaissance plus réactive de la situation épidémiologique des îles voisines de la Caraïbe (par exemple, en matière de dengue), permettrait de mieux adapter les mesures de contrôle aux frontières ou d'information des voyageurs. Cela implique la poursuite de la transmission de données de surveillance en routine, ainsi que sa formalisation, mais également l'identification de circuits d'information pour la diffusion d'alertes.

#### **objectif opérationnel 1.10 : Mettre en œuvre le nouveau règlement sanitaire international**

**Indicateur** : *taux de mise en œuvre des dispositions du RSI.*

Compte tenu de sa situation insulaire, de son éloignement avec la métropole et des échanges réguliers avec les pays de la Caraïbe (croisiéristes notamment), dont certains connaissent des flambées épidémiques (fièvre jaune, choléra, dengue...), la mise en œuvre des dispositions du Règlement Sanitaire International de 2005 s'inscrit dans la démarche globale du VAGUSAN : améliorer détection des situations à risque, la capacité de prise en charge rapide et la gestion des phénomènes épidémiques.

Ainsi, il est nécessaire de développer :

- les capacités techniques d'isolement et de prise en charge de voyageurs en grand nombre au niveau du port et de l'aéroport,
- une compétence reconnue (réglementairement) au niveau de l'ARS en matière d'inspection de navires et de délivrance de certificats sanitaires,
- les transmissions en routine d'informations à caractère épidémiologique entre les pays de la Caraïbe,
- la formalisation de la transmission des signalements de pathologies à potentiel épidémique entre les pays de la Caraïbe.

#### **objectif opérationnel 1.11 : faire des exercices**

**Indicateur** : *nombre d'exercices réalisés donnant lieu à un retour d'expérience écrit et partagé.*

Même si tout événement majeur impose par moment aux individus et aux organisations d'improviser, de s'adapter à des situations non prévues, le fait d'avoir réfléchi au préalable aux conséquences possibles de l'événement majeur, d'avoir éprouvé certains modes d'organisation, permet de s'adapter plus facilement. Il est donc essentiel de poursuivre le principe de réalisation régulière d'exercices et d'impliquer entièrement les équipes de l'ARS dans ceux menés par le service de protection civile.

## Objectif général n° 2 : Pendant l'urgence sanitaire, réagir vite et efficacement

### Objectif opérationnel 2.1 : détecter de façon précoce, sensible et spécifique les événements de santé porteurs d'urgence sanitaire

**Indicateur :** . nombre de personnes formées à l'outil Voozalerte

Il s'agit de garantir que le signalement d'un événement porteur d'urgence soit traité le plus rapidement possible, entre la collecte de l'information, son analyse et la mise en œuvre des moyens de réponse. Cela implique en particulier de :

- disposer d'un point centralisé de réception des signaux au niveau de l'ARS et d'éviter les circuits parallèles ou personne-dépendants, préjudiciables à une réponse rapide ou organisée,
- garantir un traitement standardisé de réception du signal et de collecte des informations minimales, pour éviter d'avoir des informations parcellaires ou trop détaillées et sans intérêt avec une gestion rapide,
- Organiser et identifier selon des plannings établis les personnes en charge de la réception des événements, pour s'assurer que le déclarant soit toujours en relation avec un interlocuteur formé,
- Garantir une continuité de la réception des signaux, y compris en dehors des horaires d'ouverture de l'ARS, car certains événements ne peuvent pas attendre pour être traités
- Garantir une traçabilité des signaux et un partage des données, pour éviter les informations notées sur une feuille volante ou analyser rétrospectivement ce qui s'est passé
- Garantir le déploiement d'une organisation en capacité d'évaluer rapidement la nature et l'ampleur de l'événement pour déterminer son niveau d'alerte.

Ainsi, il est nécessaire de rappeler en interne, vis-à-vis des partenaires ou auprès des réseaux de surveillance, le positionnement du centre de réception de la plateforme comme point unique de réception des signaux.

Le centre de réception des signaux doit suivre une démarche standardisée de réception des signaux basée sur la collecte d'informations minimales, mais essentielles pour organiser la suite. La saisine directement dans l'outil Voozalerte est préférable car elle liste des champs à renseigner.

Outre la permanence de la réception à garantir, il est nécessaire de pouvoir compter sur une groupe d'agents en capacité de vérifier, d'analyser et d'investiguer les signaux à tout moment. Cela signifie qu'un effectif minimum doit être mobilisable à tout moment comprenant au moins des compétences en matière d'épidémiologie, médicales ou paramédicales, environnementales et décisionnelles, voire avoir la capacité à mobiliser des compétences supplémentaires.

Cela impose également que ce dispositif soit opérationnel à tout moment, et par conséquent de garantir un cadre de réception standardisé 7j sur 7 et H24. Ainsi, les cadres d'astreinte (astreinte technique notamment) devront être en capacité d'assurer un traitement des signaux selon la même démarche standardisée, ce qui implique des formations ad hoc ainsi que la capacité à mobiliser des profils de compétences diverses et par conséquent d'apporter des adaptations au dispositif actuel d'astreinte. Enfin, les informations concernant chaque événement doivent pouvoir être partagés et notés par écrit, ce qui implique d'assurer une exhaustivité la meilleure possible

The screenshot shows the 'Voozalerte' interface for 'en cours de réception'. It features a progress bar with steps: 1 - Réception (selected), 2 - Vérification du signal, 3 - Evaluation du signal, 4 - Aide, 5 - Gestion du signal, and 6 - Clôture. The main form is titled '1 - Réception' and contains the following fields and options:

- Réception :** Enregistrer les informations précises sur la réception et l'origine du signal ainsi que les premiers éléments descriptifs.
- Réception par :** N° Signalement (972-3011-1087462)
- Date de saisie du signal :** [ ] [ ] [ ] [ ]
- Date de réception \* :** [ ] [ ] [ ] [ ]
- Heure de réception :** [ ] [ ]
- Sélectionner la personne :** [ ]
- Par (nom) \* :** Prénom [ ] Service [ ]
- Autres personnes ayant réceptionné :**  oui  non  (Annuler la sélection)
- Coordonnées de l'équipe :** Sélectionner la personne [ ]
- Si le déclarant n'est pas dans la liste, Saisissez les informations le concernant directement dans les champs ci-dessous.**
- Nom du déclarant \* :** [ ]
- Adresse :** [ ]
- Quai :** [ ]
- N° de téléphones \* :** [ ]
- Service :** [ ]
- Par :** [ ]
- Email :** [ ]
- Site de survenue :** [ ]
- Commune \* :** [ ]
- Plusieurs communes concernées :**  oui  non  (Annuler la sélection)
- Libellé du signal \* :** [ ]
- Le libellé du signal\* nature-commune-mois-année**
- Passage "En cours de vérification" :**  oui  non

Buttons at the bottom: Annuler, Suivant, Enregistrer.

**Objectif opérationnel 2.2 : évaluer de façon structurée les signaux sanitaire, leur ampleur et calibrer une réponse adaptée**

**Indicateur :** . nombre de personnes formées à l'outil Voozalerte

La vérification et l'évaluation de l'ampleur d'un événement doit se faire selon une démarche structurée et standardisée, reposant sur les préconisations de l'ouvrage de référence : « La veille et l'alerte sanitaires en France », de l'Institut de Veille Sanitaire. Ainsi, il est nécessaire de confirmer la nature de l'événement, de le confirmer auprès d'autres sources d'informations afin de s'assurer qu'il s'agit d'un signal à impact sanitaire potentiel.

Au niveau de l'ARS, cela implique de disposer de documents de procédures validées et suivies par les acteurs de la plateforme, voire de développer des référentiels partagés de traitement des signaux. En parallèle il est essentiel de garantir une formation régulière des agents à ces concepts et de réaliser régulièrement une évaluation qualitative des processus de traitement des signaux, afin d'affiner les organisations.

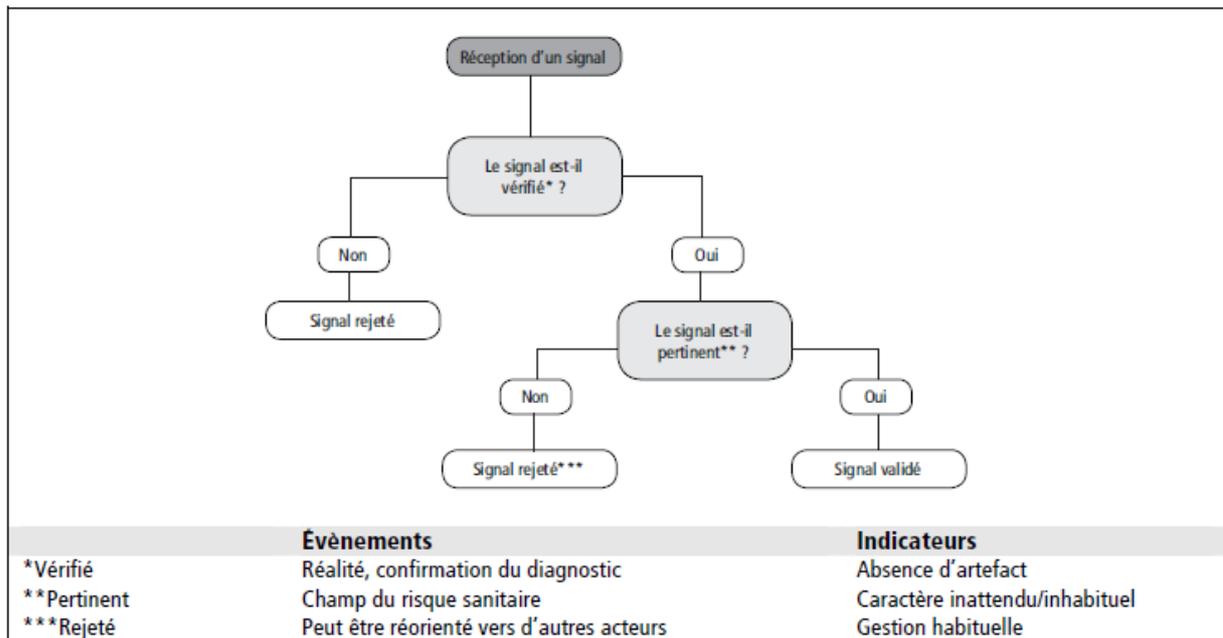


Schéma conceptuel de validation d'un signal (source : la veille et l'alerte sanitaires en France)

Une fois le signal confirmé et validé, il est nécessaire d'évaluer l'ampleur de la menace pour adapter les moyens de réponse. Cette étape essentielle doit permettre de décider rapidement du degré de mobilisation des acteurs et des moyens, tout en veillant à ne pas réagir de façon excessive ou à sous-évaluer une menace.

C'est une étape en général délicate car engager de façon trop fréquente des moyens humains, sanitaires et financiers importants sans mécanisme de régulation risque de banaliser l'alerte, la réactivité des organisations voire de créer des situations anxieuses injustifiées. Cela risque également d'obérer la capacité à répondre aux autres situations actuelles ou ultérieures. A contrario, engager des moyens insuffisants ou de façon trop tardive compromet la capacité à maîtriser l'extension d'un risque, par exemple une épidémie (dengue, rougeole...) et constitue une lourde responsabilité.

Il est donc essentiel d'avoir des outils partagés de cadrage permettant de calibrer la réponse et de graduer à la fois son degré d'urgence, le niveau de mobilisation des acteurs (en interne ou avec les partenaires...) et l'engagement de moyens extraordinaires. Cela implique l'élaboration, la diffusion et l'usage partagé de procédures d'organisation internes, mais également d'organiser régulièrement des formations à l'attention des acteurs potentiellement impliqués. Le suivi étape par étape de la saisie de données dans l'outil Voozalerte permet de balayer les questions à se poser afin d'évaluer l'ampleur du signal.

Il est essentiel que la plateforme joue pleinement son rôle dans l'évaluation du signal et la gestion en première intention pour éviter que ne s'instaurent des organisations au cas par cas, insuffisamment protocolisées. De même, la pratique d'analyse conjointe CIRE – CVAGS de chaque signal doit être systématique

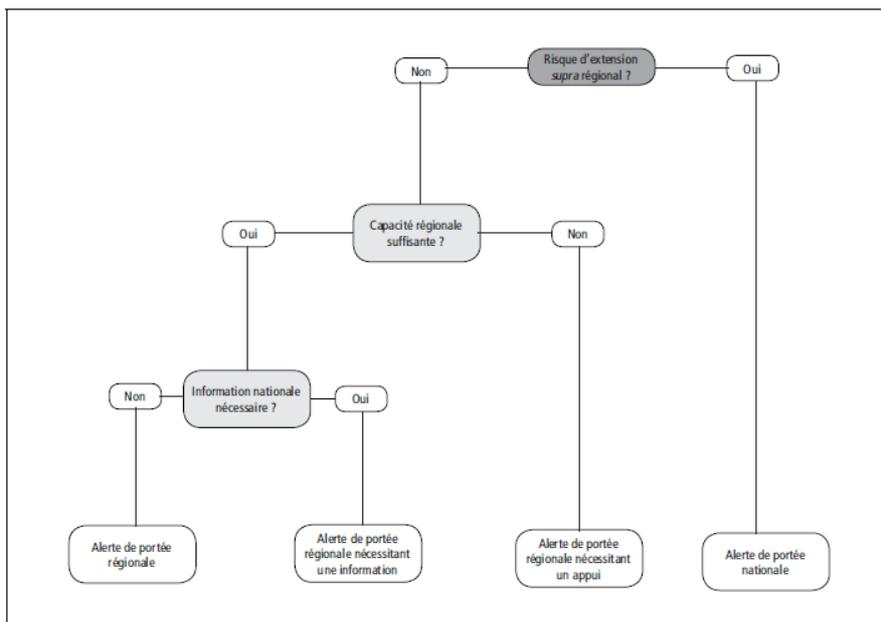


Schéma conceptuel d'évaluation de la menace (source : la veille et l'alerte sanitaires en France)

Afin de garantir la continuité de cette mission 7j/7, il est nécessaire que les cadres d'astreinte reçoivent une formation sur la réception des signaux, aient un accès à l'outil Voozalerte sur l'ordinateur d'astreinte (ou dans un premier temps le document type de réception des signaux) et soient ensuite en capacité de mobiliser une expertise technique (épidémiologique, médicale, environnementale...) pour évaluer l'ampleur du signal et calibrer la réponse.

Au niveau de la plateforme, il est nécessaire d'organiser régulièrement des études de cas sur différentes thématiques (légionelles, gale, TIAC, RSI...), portant à la fois sur les moyens d'investigation, mais aussi sur le cadre de la gestion (cadre réglementaire, connaissance des acteurs...).

Les membres de la plateforme étant des « généralistes » de l'évaluation des signaux, il est nécessaire de pouvoir garantir la capacité de mobilisation rapide d'expertises spécifiques, non seulement au niveau de l'ARS (entomologique, hémovigilance, pharmacovigilance), mais également en dehors (dans les établissements de santé, au niveau national, etc.) Cela implique de disposer de listes actualisées et partagées de contacts dans différents domaines d'expertises, mais également d'envisager les possibilités de renforts d'expertise dans les régions voisines (Guadeloupe et Guyane) et de maîtriser les modalités de recours aux experts nationaux.

Enfin, lorsque l'alerte est lancée, il est nécessaire que l'ARS se positionne comme régulateur de l'engagement des moyens sanitaires extraordinaires par les établissements.

Lorsque l'alerte justifie de la mise en œuvre d'un COD, le cadre de l'ARS présent doit pleinement jouer son rôle de tutelle vis-à-vis du monde hospitalier et examiner l'opportunité de mobiliser les moyens sanitaires exceptionnels, garantir les coopérations entre établissements, y compris avec le secteur privé et mobiliser de façon équilibrée les établissements et pas seulement le CHU de référence.

Lorsque l'alerte ne justifie pas la mise en place d'un COD (épidémie de dengue par exemple), l'ARS doit prendre l'initiative de réunir régulièrement les établissements et les professionnels du secteur libéral, par exemple dans la configuration d'un comité des décideurs (PSAGE dengue) pour examiner les moyens de réponse proportionnés à mettre en place.

### **Objectif opérationnel 2.3 : lancer rapidement l'alerte**

**Indicateur** : % de professionnels de santé pouvant recevoir un message d'alerte dans un délai d'une heure

Si l'événement de santé est de nature à constituer une alerte potentielle de santé publique, le lancement rapide d'une alerte doit reposer sur les préalables suivants :

- la possibilité de réunir rapidement une équipe inter-services, sous l'autorité de la direction générale, chargée de définir les rôles et les modalités de suivi,
- la définition de l'autorité administrative en charge de la communication (ARS ou Préfet),
- l'identification en amont du service en charge de la diffusion de l'alerte auprès des partenaires et/ou du grand public,
- l'identification en amont du ou des services en charge de répondre aux interrogations ou difficultés des partenaires alertés,
- l'identification rapide des acteurs chargés de porter les messages de communication en interne à l'ARS ou parmi les « sachant » du monde de la santé,
- l'existence des listes à jour des contacts institutionnels et/ou individuels à alerter par genre (établissements, professionnels, administrations, médias, associations...),
- la construction de messages au contenu clair, simple et non technique, présentant dans un premier temps les enjeux, la conduite à tenir et signalant les sources possibles d'informations complémentaires lorsqu'elles existent,
- l'utilisation d'outils permettant des envois en grand nombre (messagerie, SMS, fax...),
- la possibilité de générer et de diffuser rapidement des supports de communication de type flyers
- la maîtrise des messages potentiellement dissonants, notamment en provenance des experts
- la possibilité de faire appel aux nouveaux modes de communication (site Internet, réseaux sociaux...)
- des conventions de partenariats voire des accords de principe avec les médias locaux pour la diffusion de messages
- l'identification de relais territoriaux de communication ou de mobilisation sociale (professionnels relais, collectivités...)
- une pratique des agents à la communication en situation d'urgence (construction des messages, cibles, objectifs de la communication, identification des freins et des leviers...)
- la pratique régulière d'une communication à froid auprès des partenaires afin de créer les conditions d'acceptabilité d'une communication à chaud

De façon générale, lorsqu'un événement sanitaire est identifié comme relevant d'une alerte potentielle, le Directeur général réunit sans délai la CRA. Selon le document d'organisation de la CRA, chaque service connaît son rôle en matière de diffusion de l'alerte :

- la plateforme diffuse l'alerte aux établissements sanitaires, médico-sociaux, ainsi qu'aux professionnels de santé et selon les cas au Département des Urgences Sanitaires du Ministère de la Santé, ainsi qu'à l'InVS,
- les directions métiers (soins et médico-social) assurent le suivi des remontées des établissements et au traitement individuel suite au lancement de l'alerte
- la direction générale prend contact avec le Préfet pour décider de l'opportunité et du contenu de la communication grand public
- le cabinet alerte les agents chargés de participer à la réponse par le biais de la centrale d'appel Clever SMS et diffuse aux médias les communiqués

Cette organisation de principe qui a été actée au gré des alertes météorologiques successives (alertes jaunes ou oranges) doit être expérimentée et évaluée.

Le déclenchement rapide de la CRA implique que les procédures internes ou plans d'organisation (plans de secours....) soient rapidement accessibles et connus par l'ensemble des membres de la CRA et non pas dispersées

au sein des services ou stockés en un lieu non accessible (coffre). De même, cela implique que la logistique d'installation de la CRA (lignes téléphoniques, accès aux téléphones satellites, accès réseaux, secrétariat...) soit réactive et opérationnelle y compris en dehors des heures de fonctionnement ordinaires de l'ARS.

Il est nécessaire que la plateforme dispose de listes classifiées et actualisées des contacts auprès des établissements, des professionnels de santé, des administrations concernées, des relais territoriaux, des experts, etc. Une actualisation au moins annuelle est indispensable et des contacts directs auprès des interlocuteurs référents des établissements ou auprès des instances représentatives des professionnels de santé (URPS) sont parfois plus adaptées que l'extraction des données des bases (ADELI ou FINESS).

De même, ces listes de contacts doivent être mises à disposition du cadre d'astreinte, qui doit également pouvoir générer des envois fax en grand nombre ou faire appel à l'application Clever SMS.

Si la transmission d'une alerte par la CIRE à l'InVS se fait selon un document formalisé, il reste à construire celui permettant à l'ARS de tenir informé le Département des Urgences Sanitaires de la situation et de l'état d'avancement des mesures de gestion. Les données qui remontent par le réseau BACH (Bulletin d'Alerte des Capacités Hospitalières) constituent une première étape, mais il est nécessaire d'intégrer dans les procédures de gestion des alertes l'obligation d'information régulière du DUS.

Selon la classification des niveaux d'alerte arrêtée dans le protocole Préfet-ARS, l'autorité administrative ayant la responsabilité de la communication est déterminée (niveaux 1 à 2 : ARS, niveaux 3 à 4 : Préfet). Cependant, les frontières entre les niveaux sont parfois étroites et il est nécessaire d'assurer une bonne articulation entre le Préfet et l'ARS s'agissant de l'opportunité de communiquer. Qui plus est, même en alerte de niveau 3 ou 4 il peut être préférable pour le Préfet que l'ARS assure la communication technique tandis que le Préfet conserve la communication stratégique ou institutionnelle.

Plusieurs événements récents (dépôts massifs d'algues, épidémie de dengue...) ont révélé que la répartition des rôles n'est pas évidente et peut générer des crispations, surtout lorsqu'il est décidé de ne pas communiquer, ce qui conforte le principe d'une rétro-information rapide entre le Préfet et l'ARS et la nécessité d'affiner la répartition des rôles.

En situation de recrudescence saisonnière ou d'épidémie (grippe, dengue, bronchiolite...), une des principales difficultés est la diffusion rapide de support de communication indiquant les conduites à tenir, ainsi que les mesures de protection. Les outils de communication peuvent être des flyers, des affiches, des spots audios ou vidéos, ainsi que toutes les techniques de mobilisation communautaire. Cependant, le constat est qu'un délai minimum d'un mois est nécessaire entre la décision de réaliser ces supports et leur diffusion réelle.

Il s'agit dans un premier temps de concevoir le support de communication, ou d'adapter des supports existants par ailleurs. Pour ce faire, une première étape est de constituer une base de données partagée des supports de communication existants (localement ou sites institutionnels comme l'INPES). Une seconde étape est de disposer au sein de l'ARS, voire de la plateforme, d'agents en capacité de manier des outils de publication assistée par ordinateur (PAO) pour concevoir rapidement des flyers. La troisième étape est de disposer en interne ou sous forme de marché à bon de commande avec un prestataire des capacités à éditer en grand nombre des documents papier, dans des délais rapides.

La communication en situation d'alerte repose sur quelques règles, afin d'éviter que l'ARS, en tant qu'institution aux pouvoirs étendus soit considérée comme responsable directe ou indirecte de l'événement, en particulier par les victimes dont l'écho médiatique sera particulièrement important. Ainsi les cibles prioritaires de la communication en situation d'alerte suivent l'ordre classique suivant : les victimes, les responsables hiérarchiques, les créanciers, les collaborateurs et le grand public.

De même, la construction des communiqués de presse ou de slogans de communication est régie par des principes que doivent maîtriser les acteurs de l'ARS pouvant être impliqués : identification de l'objectif de santé à atteindre, des sentiments à mobiliser pour ancrer le message et pousser à agir, des freins au changement, des cibles précises de la communication, du support et média à privilégier, du séquençage, des relais....

Par conséquent, une formation à la communication en situation de crise doit être organisée pour les acteurs potentiellement impliqués.

Une des difficultés en matière de communication en situation d'alerte est de maîtriser les points de vue divergents, émanant en particulier d'acteurs ayant une autorité morale ou scientifique (experts notamment). Lors de l'épidémie de dengue par exemple, le principe de réunir un comité d'experts afin d'harmoniser les positions de chacun a permis d'éviter cette communication divergente et l'a au contraire enrichie lors des conférences de presse, puisque les messages ont été portés à la fois par l'institution ARS, mais également par des experts ayant autorité ce qui renforce leur bien fondé. Ce principe de réunir un collège d'expertise large préalablement à la définition de consignes face à une alerte potentielle de santé publique doit être reproduit.

De même, pour être efficace, la communication médias doit être soutenue par une communication interpersonnelle, s'appuyant sur des relais identifiés préalablement. Ainsi, toute démarche de communication grand public en matière de santé doit être précédée par une information des professionnels de santé, indiquant la teneur du message grand public, fournissant des éléments d'information plus techniques et un point de contact pour signaler tout événement anormal. Cette démarche évitera que les médecins généralistes découvrent des préconisations sanitaires dans les médias et fassent preuve de réticence.

Compte tenu de la faible disponibilité constatée des médecins généralistes et de leur faible participation aux sessions d'EPU (enseignements post universitaires) organisées, il est nécessaire de réfléchir à des modalités alternatives pour leur fournir une information technique pointue. Ainsi, il faut examiner si le principe des EPU est adapté et doit simplement être revu dans son principe sans remettre en cause leur opportunité ou s'il faut s'orienter vers l'alimentation d'un site internet identifié sur lequel ils pourront extraire l'information qui leur est nécessaire et à leur convenance.

Par ailleurs, il est nécessaire de développer l'appel aux relais territoriaux, en particulier les associations concernées ou les référents communaux (référents santé environnement, référents dengue...) afin qu'ils puissent contribuer à la diffusion des messages adressés au grand public.

Enfin, pour améliorer l'adhésion des relais à la diffusion de préconisations sanitaires en situation d'alerte, il est nécessaire de maintenir de façon régulière une communication à froid, c'est-à-dire de les rendre destinataires de résultats de la veille et sécurité sanitaire, de bilans, de points de situation, de publications, comme par exemple le Bulletin de Veille Sanitaire, avec une dimension consacrée à la gestion des événements sanitaires renforcée.

- **Objectif 2.4 : gérer de façon coordonnée et proportionnée la réponse sans compromettre la capacité à gérer les autres situations**

**Indicateur** : % d'agents en cellule de crise ayant connaissance des plans de secours

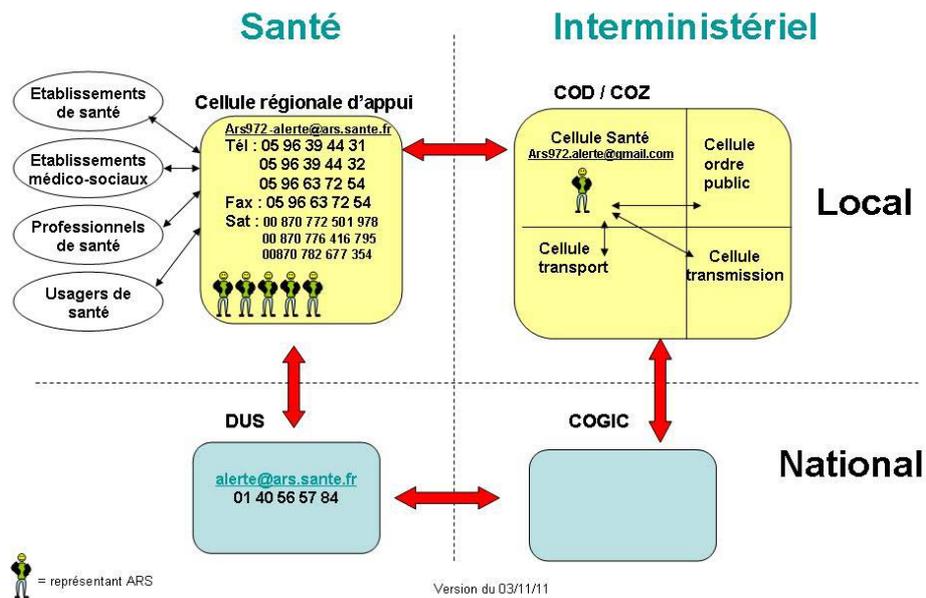
L'expérience des crises passées est riche d'enseignements en matière d'organisation et de coordination des acteurs.

En premier lieu lorsque l'alerte est déclenchée les procédures, les plans d'organisation internes ou les plans de secours doivent être connus et appliqués. Si des ajustements doivent être faits, ils devront faire l'objet d'un retour d'expérience et mis en œuvre à froid et non pas discutés à chaud.

Il est nécessaire de respecter les circuits d'information, en particulier :

- consacrer la cellule régionale d'appui comme point de convergence privilégié des demandes, des remontées d'information depuis les établissements, les professionnels ou les usagers : ses coordonnées doivent être largement diffusées,
- consacrer la CRA comme point focal privilégié avec l'échelon central du Ministère de la Santé en particulier le Département des Urgences Sanitaires,
- confier au représentant de l'ARS en COD les articulations interministérielles à l'échelon local, le relai des consignes du Préfet et la synthèse des données de terrain : ses coordonnées ne doivent pas être diffusées aux autres acteurs locaux ou nationaux.

## Schéma de transmission de l'information



Ces circuits renvoient également à la question des systèmes d'informations et la définition d'une doctrine concernant l'alimentation de l'outil Synergi, par l'ARS et son articulation avec les informations remontant au CORRUS. Il est nécessaire de savoir s'il s'agit de renseigner l'outil SYNERGI au fil de l'eau et de consacrer en CRA une personne en charge de son alimentation ou bien s'il faut y faire figurer des synthèses, par exemple quotidiennes que la personne en COD peut fournir.

S'il est évident que l'ARS doit fournir au DUS un point de situation régulier, via le CORRUS, il faut éviter les redondances, voire les contradictions entre les messages remontant aux instances nationales.

De même, les circuits de décision doivent également suivre le même formalisme, pour éviter les commandes divergentes venant des différents donneurs d'ordre, comme l'a révélé la gestion du séisme d'Haïti en janvier 2010. Ainsi, il est nécessaire de clarifier l'articulation des donneurs d'ordre nationaux provenant de différents ministères (par exemple celui des Affaires Etrangères), avec les acteurs locaux.

Lorsque les crises sont susceptibles de durer plusieurs semaines (épidémie de grippe H1N1, grève de février 2009, crise d'Haïti, épidémie de dengue en 2010), le risque est d'épuiser les équipes, les ressources matérielles ou financières et de compromettre la capacité à gérer les missions quotidiennes et la qualité du service ou du soin rendu à l'utilisateur. Il est donc nécessaire d'anticiper rapidement les rotations, la répartition des tâches au sein des différents services, y compris ceux non directement impactés par l'événement.

En cas d'événement en dehors des horaires de fonctionnement de l'ARS, le cadre d'astreinte technique doit disposer de fiches réflexes plus adaptées, c'est-à-dire une déclinaison des fiches types Tiki Wiki au regard des problématiques rencontrées dans les DFA et des acteurs présents, mais aussi une dimension de gestion de l'événement qui soit renforcée. Ce travail mériterait utilement de se faire dans un cadre commun aux DFA.

De même, compte tenu de la logistique insuffisante en COD, il est nécessaire que le représentant de l'ARS puisse être équipé d'un poste de travail projetable, c'est à dire disposer d'équipements nomades (accès internet nomade, fax virtuel par internet) ou portables (ordinateur, téléphone, etc.), ainsi que les fiches alertes, procédures numérisées, listes actualisées, etc., pour ne pas être confronté à des difficultés pour communiquer ou être limité dans ses capacités de travail.

Avec la refonte du dispositif ORSEC, l'ARS est placée dans un nouveau rôle vis-à-vis du SAMU ou de la DJSCS. Il est nécessaire de clarifier jusqu'à quel point va ce rôle de coordination et s'il implique que les choix de prise en charge

sanitaire considérés les plus adaptés par le SAMU doivent être validés par l'ARS (ce qui signifie en contrepartie que le représentant en ARS ait les compétences techniques nécessaires pour juger de l'opportunité des décisions du SAMU) ou bien si l'ARS assure simplement une synthèse, pour le compte du Préfet, des actions mises en œuvre par l'ensemble des acteurs de la santé.

Le cadre administratif et réglementaire de la réponse aux situations d'urgences doit être mieux connu par les acteurs. En effet, celui-ci a des conséquences sur le positionnement des décideurs et sur l'imputation de la dépense. Cela concerne plus précisément la notion de réquisition de moyens ou de personnes supplémentaires. Lorsqu'une situation de crise ne conduit pas au déclenchement du plan blanc élargi, c'est le responsable de l'établissement qui a l'autorité pour réquisitionner des moyens supplémentaires (transports, matériels, personnels....) et la prise en charge se fait par l'établissement (fonds propres, crédits assurance maladies ou dotations spécifiques). En revanche, lorsque le plan blanc élargi est déclenché, l'autorité qui peut réquisitionner est le préfet et l'ARS, son opérateur, qui organise les modalités de la réquisition et rédige les actes administratifs. Dans ce cas, la dépense correspondante est prise en charge par l'Etat, en application du code de la défense. Lors des crises passées, de nombreuses réquisitions ont été effectuées (matériels, transports, professionnels...) au nom du Préfet et le flou concernant le cadre a conduit à des dépenses non recouvrées.

Le constat a été fait qu'à plusieurs reprises, la situation de crise aurait pu justifier le déclenchement du plan blanc élargi (séisme Haiti, grippe H1N1, épidémie de dengue), mais cela n'a pas été le cas, ce qui impose d'envisager la possibilité de déploiement de moyens extraordinaires en dehors de ce cadre planifié et validé.

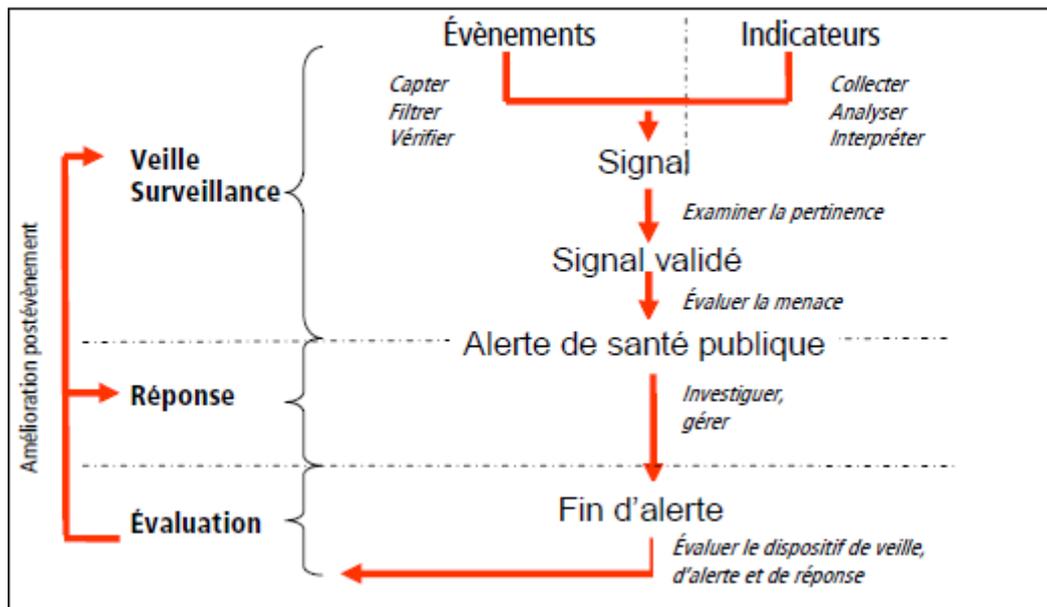
Enfin, s'il est nécessaire pour l'ARS d'avoir un regard plus appuyé sur le niveau d'engagement des ressources humaines, financières et médicales en cas de situation d'alerte pour maîtriser la dépense, ou bien pour s'assurer que la contribution des différents établissements publics ou privés soit justement partagée, les modalités pratiques de cette forme de régulation restent à construire.

## Objectif général n° 3 : Après l'urgence, évaluer et prévenir

Chaque situation de crise, chaque exercice, chaque investigation d'un événement sanitaire nouveau est riche d'enseignements, que ce soit pour l'amélioration des pratiques, l'adaptation des organisations ou attirer l'attention sur de nouveaux risques.

Comme le rappelle le schéma de principe figurant dans l'ouvrage de référence « La veille et l'alerte sanitaires en France » et reproduit ci-dessous, l'évaluation fait partie du processus global de la veille sanitaire.

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



### Objectif 3.1 : Systématiser la production de rapports écrits et partager la connaissance

**Indicateur** : % d'alertes ayant fait l'objet d'un rapport de synthèse écrit et diffusé

Chaque événement sanitaire validé, même s'il ne s'agit pas d'une alerte, doit systématiquement faire l'objet d'un rapport de synthèse écrit, afin de garantir une traçabilité de actions engagées et pour formaliser, puis suivre les engagements pris. Comme rappelé dans l'objectif 1.8 (développer le signalement), ce rapport de synthèse peut utilement être transmis au professionnel ayant déclaré le signal et permet de donner du sens à sa contribution.

De même, il est nécessaire de publier régulièrement des bilans sur les signaux, les données de surveillance, les mesures de gestion mises en œuvre afin de partager de la connaissance et de conforter l'animation d'un réseau de partenaires (créer du lien). Cela permet également de valoriser des démarches innovantes ou de constituer des référentiels de connaissances partagés utiles à la gestion d'événements ultérieurs (ex : algues).

Si la pratique est acquise de publier régulièrement des données concernant la surveillance (missions CIRE), en particulier au travers du BVS, il est nécessaire de développer la réalisation de publications concernant les actions de gestion et de contrôle (missions ARS).

### Objectif 3.2 : Engager une évaluation régulière des procédures et des organisations

**Indicateur** : % de procédures actualisées par rapport au nombre d'alertes ayant fait l'objet d'une démarche écrite

A chaque alerte, voire crise, l'évaluation doit être plus complète et ne pas se limiter aux actions de surveillance ou de mesures de terrain mises en œuvre, comme c'est souvent le cas. Il est utile d'examiner et d'approfondir d'autres axes, qui constituent souvent des points de fragilité.

Il est nécessaire d'évaluer en particulier :

- l'articulation des acteurs, en particulier des experts et/ou des décideurs (Préfet, ARS, collectivités, directeurs établissements, décideurs nationaux, référents territoriaux, etc.)
- l'adaptation du système de santé (laboratoires, hôpitaux, médecine de ville, etc.) et plus globalement des organisations à la gestion de l'alerte,
- la pertinence des outils de planification et leur caractère opérationnel,
- la réactivité du dispositif vis-à-vis de l'évolution du phénomène de santé,
- l'efficacité de la communication (technique et ciblée ou grand public)
- la qualité des outils,
- l'efficacité, c'est-à-dire l'efficacité globale des actions sur le problème de santé au regard des moyens engagés.

Un comité de pilotage de la veille sanitaire, tel que celui qui s'est réuni en octobre 2011 en Martinique, peut être l'instance inter-régionale auprès de laquelle ces retours d'expérience et les évolutions des organisations peuvent être discutés.

### **Objectif 3.3 : Améliorer la formation et l'information sur les urgences sanitaires**

**Indicateur** : : nombre de professionnels de santé ayant suivi une formation sur la réponse aux urgences sanitaires

Compte tenu des menaces réelles qui pèsent sur la santé publique en Martinique, que ce soit à cause des risques majeurs, des risques épidémiques ou de risques industriels, et quelles que soient les organisations mises en œuvre par les pouvoirs publics ou les équipements disponibles, il existera toujours une part d'incertitude et de risque.

Il est donc nécessaire de développer la formation et l'information du grand public et des professionnels de santé sur les urgences sanitaires et en particulier sur les moyens pour réagir.

Cela se traduit notamment par :

- l'accroissement du nombre de professionnels de santé formés à la réponse aux urgences sanitaires. A cet effet, le CHU référent, au titre de la convention qui va le lier avec l'EPRUS devra fixer des objectifs à atteindre en matière de formation de professionnels de santé. L'initiative engagée avec l'Association Nationale de Formation des Praticiens Hospitaliers (ANFH) en novembre 2011 d'un séminaire consacré à la gestion des crises a vocation à se répéter et donner lieu à la constitution d'un référentiel de formation.
- le soutien aux initiatives de formation aux premiers secours en population générale,
- une ligne directrice en matière de communication qui rappelle l'absence d'un risque nul en matière d'urgences sanitaires et rend l'individu acteur de sa santé ainsi que de celle de son entourage proche.

### **Objectif 3.4 Agir sur les déterminants à l'origine de l'alerte**

**Indicateur** :

L'évaluation doit être formalisée dans un document écrit et partagée entre les acteurs impliqués, afin d'aboutir à des préconisations d'évolution qui peuvent porter :

- à court terme : sur les procédures, les outils de mesure de l'événement,
- à moyen terme : sur les organisations, les modalités de la surveillance, le contrôle,
- à plus long terme : sur les investissements, la réglementation, la mise en œuvre d'actions de prévention, l'évolution des déterminants (comportementaux, environnementaux ...) à l'origine de l'alerte.

Une analyse des organisations et des thématiques, partagée entre les 3 départements français d'Amérique, notamment à l'occasion d'un comité annuel de pilotage de la veille sanitaire doit également permettre de tirer profit des initiatives réussies, de partager des expériences et de mettre en commun des travaux.

Enfin, le principe d'évaluer régulièrement les organisations et d'en diffuser les conclusions largement contribue à diffuser le message selon lequel les organisations ne sont pas figées, les risques sont évolutifs et multifactoriels et qu'il est nécessaire de gérer l'incertitude dans un contexte de risque.

# ANNEXES



***Annexe 1 : Récapitulatif des objectifs et des actions***

***Annexe 2 : Modalités d'élaboration du VAGUSAN de Martinique***

***Annexe 3 : Acronymes***

## Annexe 1 : Récapitulatif des objectifs et des actions

### Objectif général n° 1 : Avant l'urgence sanitaire, se préparer

#### objectif opérationnel 1.1 : mieux connaître la nature des évènements porteurs de risque de santé publique en Martinique

Indicateur : nombre d'outils ou de documents produits apportant une meilleure connaissance sur les évènements porteurs de risque de santé en Martinique

<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
développer la cartographie des aléas pesant sur les établissements sanitaires et médico-sociaux	2012
améliorer la connaissance sur les facteurs de risques spécifiques de la leptospirose	2012-2013
améliorer la connaissance et l'expertise sur l'émergence des foyers de dengue	2012-2014
participer aux travaux examinant les conséquences du réchauffement climatique	2012-2014

#### objectif opérationnel 1.2 : développer des outils d'analyse et d'anticipation

Indicateur : nombre d'agents de la veille sanitaire formés aux outils cartographiques

<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
accroître le nombre d'agents maîtrisant les des systèmes d'informations géographiques (SIG)	2013
développer des outils d'analyse cartographique des phénomènes épidémiques	2014

#### objectif opérationnel 1.3 : préparer l'ARS à mieux répondre aux urgences

Indicateur : nombre de procédures actualisées régissant l'organisation de l'ARS en situation d'urgence

<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
articuler les organisations en mode plateforme et en mode cellule de crise sanitaire	2012
évaluer le fonctionnement de la plateforme et adapter son organisation	2012
accroître la capacité de mobilisation d'expertise en dehors de l'ARS, pour l'évaluation des urgences sanitaires	2012
garantir la permanence des missions de la plateforme en période d'astreinte	2012
Formaliser l'organisation de la Cellule de crise sanitaire et de la cellule régionale d'appui	2011-2012
Elaborer un document socle d'organisation de l'ARS en situation d'alerte, complété d'annexes thématiques	2011-2012
Equiper la Cellule de crise et garantir son fonctionnement rapide	2012
Former les agents de la Cellule de crise à la gestion des alertes	2012
Garantir un nombre suffisant d'agents habilités confidentiel défense	2011-2014
Organiser une astreinte robuste et disposant d'outils adaptés	2011-2012
Mettre en œuvre la stratégie de défense et de sécurité, dans le domaine de la santé	2011-2014

#### objectif opérationnel 1.4 : Veiller à une bonne articulation entre l'ARS et ses partenaires

Indicateur : Nombre d'actualisations du protocole Préfet - ARS

<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
Actualiser de façon annuelle le protocole Préfet – ARS et garantir une bonne articulation préfet - ARS	2011-2014
préciser le rôle de l'ARS dans le cadre du plan ORSEC, en particulier au regard du SAMU	2011-2014
disposer de listes régulièrement actualisées des référents chargés de la gestion de l'alerte	2012
Relayer les missions de l'EPRUS dans la constitution de la réserve sanitaire et la gestion des équipements stratégiques	2011-2014 2012-2014

#### objectif opérationnel 1.5 : renforcer la gestion zonale des alertes

Indicateur : définition d'un cadre conventionnel entre l'ARS de Guadeloupe et de Martinique

<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
mettre en œuvre un plan d'action commun de défense entre la Guadeloupe et la Martinique	2012-2013
Rédiger le plan blanc élargi zonal	2013
examiner les modalités de coopération avec la zone Guyane	2013

<b>objectif opérationnel 1.6 : actualiser les plans de secours santé</b>	
Indicateur : % de plans de secours santé actualisés chaque année	
<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
réaliser une analyse qualitative des plans de secours des établissements	2012-2013
s'assurer de l'existence d'équipements de secours dans les établissements	2013
actualiser le plan blanc élargi	2013
actualiser les volets santé des plans interministériels (ORSEC, NRBC, pandémie...)	2012
élaborer un plan global de distribution de produits de santé (vaccins, comprimés...) en grand nombre	2012-2013
organiser les modalités de coopération entre établissements, avec la médecine de ville, entre régions	2014
actualiser les plans dengue et chikungunya	2011-2012

<b>objectif opérationnel 1.7 Actualiser les plans de secours des établissements médico-sociaux</b>	
Indicateur : % d'établissements médico-sociaux disposant d'un plan bleu évalué par l'ARS	
<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
Sensibiliser les responsables d'établissements à l'élaboration des plans bleus	2012-2013
Faire une analyse qualitative de l'ensemble des plans bleus	2013
Garantir une articulation et la complémentarité entre les plans bleus des établissements	2013

<b>objectif opérationnel 1.8 développer le signalement</b>	
Indicateur : évolution du nombre de signalements arrivant au centre de réception des signaux sanitaires de l'ARS	
<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
confirmer le centre de réception comme point focal des signalement auprès des déclarants potentiels	2011-2012
sensibiliser les professionnels de santé (URPS) au signalement	2012
améliorer l'exhaustivité et la réactivité des signalements	2012-2014
organiser une rétro-information systématique des déclarants	2011-2014
Garantir une transmission rapide et sécurisée des Maladies à Déclaration Obligatoire	2011-2014
Maintenir la démarche proactive de collecte des données du réseau de médecins sentinelles	2011-2014
Diffuser régulièrement des bilans issus de la surveillance et des signalements	2011-2014
Mobiliser de nouveaux partenaires comme relai du signalement	2012-2014

<b>objectif opérationnel 1.9 : développer les réseaux de surveillance</b>	
Indicateur : % de structures d'urgences connectés au réseau OSCOUR	
<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
Déployer les outils OSCOUR au niveau des établissements MCO	2012-2013
intégrer les maisons médicales de garde dans la surveillance non spécifique	2013
améliorer la connaissance du niveau de tension de l'activité en médecine de ville	2014
évaluer les réseaux de surveillance existants	2012
développer des systèmes de surveillance non spécifiques et/ou concernant des problématiques locales	2014
renforcer la couverture du réseau de médecins sentinelles dans les secteurs déficitaires	2012-2014
développer un réseau de toxicovigilance	2014
améliorer la connaissance de la situation épidémiologique des îles de la caraïbe	2011-2012

<b>objectif opérationnel 1.10 : Mettre en œuvre les dispositions du nouveau règlement sanitaire international</b>	
Indicateur : taux de mise en œuvre des dispositions du nouveau RSI	
<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
Développer les capacités d'isolement et de prise en charge de voyageurs en grand nombre au niveau des points d'entrée	2012
Aboutir à l'agrément de l'ARS pour la délivrance des certificats sanitaires	2013
Organiser une transmission en routine des données de surveillance épidémiologique avec les îles voisines de la Caraïbe	2012-2013
Organiser une procédure de transmission rapide des alertes de santé avec les îles voisines	2013

<b>objectif opérationnel 1.11 : faire des exercices</b>	
Indicateur : nombre d'exercices réalisés donnant lieu à un retour d'expérience écrit et partagé	
<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
Participer de façon systématique aux exercices interministériels à conséquences sanitaires	2011-2014
Tester régulièrement les organisations et équipements internes à l'ARS pour répondre aux urgences	2011-2014
Réaliser des retours d'expériences écrits et partagés systématiquement	2011-2014

## Objectif général n° 2 : Pendant l'urgence sanitaire, réagir vite et efficacement

### objectif opérationnel 2.1 : détecter de façon précoce, sensible et spécifique les événements de santé porteurs d'urgence sanitaire

Indicateur : nombre de personnes formées à l'outil Voozalerte

Actions	Echéances
Garantir un traitement standardisé de réception du signal et de collecte des informations minimales	2011
Organiser et identifier selon des plannings établis les personnes en charge de la réception des événements, pour s'assurer que le déclarant soit toujours en relation avec un interlocuteur formé,	2011
Garantir une continuité de la réception des signaux, y compris en dehors des horaires d'ouverture de l'ARS	2012
Garantir une traçabilité des signaux et un partage des données	2011
Garantir le déploiement d'une organisation en capacité d'évaluer rapidement la nature et l'ampleur de l'événement pour déterminer son niveau d'alerte.	2012

### objectif opérationnel 2.2 : évaluer de façon structurée les signaux sanitaires, leur ampleur et calibrer une réponse adaptée

Indicateur : nombre de personnes formées à l'outil Voozalerte

Actions	Echéances
disposer de documents de procédures validées et suivies par les acteurs de la plateforme	2011-2012
développer des référentiels partagés de traitement des signaux.	2011
garantir une formation régulière des agents à ces concepts	2011-2014
réaliser régulièrement une évaluation qualitative des processus de traitement des signaux	2011-2014
former les cadres d'astreinte à la réception, gestion des signaux	2011-2012
garantir la capacité de mobilisation rapide d'expertise	2011
disposer de listes actualisées des contacts	2011-2014

### objectif opérationnel 2.3 : lancer rapidement l'alerte

Indicateur : % de professionnels de santé pouvant recevoir un message d'alerte dans un délai d'une heure

Actions	Echéances
garantir une mobilisation rapide de la Cellule de crise et d'une logistique adaptée	2011-2012
disposer d'une répartition clarifiée des circuits d'alertes avec le préfet	2012
disposer de listes actualisées des contacts	2011-2014
disposer d'outils de diffusion rapide d'alerte et d'envois en grand nombre	2011-2014
disposer d'outils de conception et d'impression rapide de supports de communication	2011-2012
faire appel aux nouveaux modes de communication	2011-2012
développer les conventions de partenariats avec les médias locaux	2011-2014
mobiliser les relais territoriaux dans la diffusion des alertes	2013
améliorer la participation des médecins dans le relai des alertes de santé	2013
assurer la pratique régulière d'une communication à froid auprès des partenaires	2011-2014
Mobiliser rapidement la réserve sanitaire	2013

### objectif opérationnel 2.4 : gérer de façon coordonnée et proportionnée la réponse sans compromettre la capacité à gérer les autres situations

Indicateur : % d'agents en cellule de crise ayant connaissance des plans de secours

Actions	Echéances
Garantir une bonne connaissance et mise en œuvre des plans de secours par les agents en cellule de crise	2012-2014
Garantir une bonne connaissance et mise en œuvre des circuits de transmissions d'information	2012
garantir une bonne articulation entre la cellule de crise et le COD	2012
Garantir une bonne articulation entre les ARS de la zone	2012-2014
Garantir une bonne coordination de la réserve sanitaire	2014
Garantir une bonne utilisation des équipements stratégiques	2013
Définir les circuits d'information et les systèmes d'informations (Synergi)	2012-2013
adapter les fiches réflexes Tikiwiki au contexte local et renforcer les éléments de gestion	2012
garantir une bonne articulation ARS – SAMU en COD	2013
mieux connaître le contexte administratif de la gestion de crise	2014
Définir une doctrine de l'ARS dans la régulation des moyens sanitaires déployés	2012

## Objectif général n° 3 : Après l'urgence, évaluer et prévenir

### objectif opérationnel 3.1 : Systématiser la production de rapports écrits et partager la connaissance

Indicateur : % d'alertes ayant fait l'objet d'un rapport de synthèse écrit et diffusé

<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
Systématiser la rédaction d'un rapport écrit pour les évènements sanitaires validés	2011
Développer la publication de synthèses, traitant des signaux sanitaires traités et assurer leur diffusion	2011-2014
Développer la publication de rapports, traitant de signaux spécifiques ou de démarches innovantes	2011-2014
Renforcer la proportion de publications traitant des mesures de gestion	2011-2014

### objectif opérationnel 3.2 : Engager une évaluation régulière des procédures et des organisations

Indicateur : % d'alertes ayant fait l'objet d'une démarche écrite et partagée d'évaluation

<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
Procéder à une évaluation systématique des actions engagées lors d'alertes ou de crises	2011-2014
Développer une démarche d'évaluation systémique des alertes (surveillance, prise en charge, gestion, information, communication, coordination, mobilisation communautaire....)	2011-2014
Identifier les évolutions à court, moyen et long terme à engager après chaque alerte	2012-2014
Organiser un comité de pilotage de la veille sanitaire annuel commun aux 3 DFA	2011-2014

### objectif opérationnel 3.3 : Améliorer la formation et l'information sur les urgences sanitaires

Indicateur : nombre de professionnels de santé ayant suivi une formation sur la réponse aux urgences sanitaires

<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
Développer les formations des professionnels de santé sur l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires	2012-2014
Intégrer dans la convention entre l'EPRUS et le CHU de référence les objectifs de formation à atteindre	2012
Soutenir l'ANFH dans la constitution d'un référentiel de formation en matière d'urgences sanitaires	11-2014
Soutenir les initiatives de formation aux premiers secours en population générale	2011-2014
Développer la culture de la gestion de l'incertitude	2011-2014

### objectif opérationnel 3.4 : Agir sur les déterminants à l'origine de l'alerte

Indicateur :

<b>Actions</b>	<b>Echéances</b>
Adapter les procédures, les outils, les organisations pour mieux gérer l'alerte	2011-2014
Adapter les mesures de surveillance et de contrôle	2011-2014
Faire évoluer le cadre réglementaire pour mieux s'adapter à la surveillance et la gestion des alertes	2011-2014
Assurer une articulation régulière entre veille, surveillance, alerte et prévention	2011-2014
Agir sur les comportements individuels à l'origine du risque	2011-2014
	2011-2014

## **Annexe 2 : Modalités d'élaboration du VAGUSAN de Martinique**

Le VAGUSAN de Martinique a été élaboré par un groupe projet constitué des personnes suivantes :

Pilotes : Josselin VINCENT (ARS Martinique) et Jacques ROSINE (Cire Antilles Guyane)

Participants : Martine LEDRANS (Cire), Alain BLATEAU (Cire), Eric FONTANILLE (ARS Martinique), Valérie LELARGUE (ARS Martinique), Didier CAMY (ARS Martinique), Dominique SAVON (ARS Martinique)

Ont également été sollicités : Julien MARIE (Préfecture de Martinique), les membres de la plateforme de veille et d'alerte de l'ARS de Martinique

La société Euro-Conseil qui a accompagné l'ARS dans l'élaboration de son programme régional de santé a analysé le VAGUSAN , l'a soumis à un collège d'experts nationaux et a formulé un certain nombre de remarques.

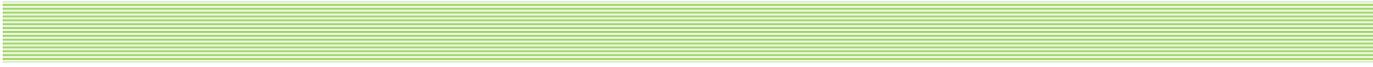
Lors de l'élaboration du Programme Stratégique régional de Santé, notamment son volet risques sanitaires, de nombreux besoins ont été identifiés en matière de réponse aux urgences sanitaire, or le guide national d'élaboration des schémas de prévention du 4 novembre 2011, semblait ne pas les prendre tous en compte.

Aussi, le groupe de travail a choisi de ne pas suivre l'architecture type mentionnée dans le guide national, mais de réorganiser le VAGUSAN autour des trois temps forts de l'alerte (avant, pendant et après), tout en veillant à conserver les actions prévues dans le guide national, simplement en les organisant différemment.

Le VAGUSAN a également été soumis à des instances de validation :

- Commission spécialisée prévention de la CRSA de Martinique le 6 décembre 2011
- Commission de coordination prévention le 8 décembre 2011

## **Annexe 3 : Acronymes**



ANFH : Association Nationale de Formation des Praticiens Hospitaliers  
ARS : Agence régionale de santé  
CIRE : Cellule de l'InVS en région  
CORRUS : centre opérationnel de réception des urgences sanitaires (du Ministère de la santé)  
COD : Centre opérationnel départemental  
CRA : Cellule régionale d'appui  
CRSA : Commission régionale de la santé et de l'autonomie  
CVAGS : cellule de veille d'alerte et de gestion des alertes sanitaires (de l'ARS)  
DUS : Département des urgences sanitaires (du Ministère de la santé)  
EPRUS : Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires  
InVS : institut de Veille Sanitaire  
MDO : maladies à déclaration obligatoire  
NRBC : Nucléaire, Radiologique bactériologique Chimique  
ORSEC : organisation des secours  
PRAGSUS : Plan Relatif à l'Alerte et la Gestion des Urgences Sanitaires  
PSAGE : programme de surveillance, alerte et gestion des urgences sanitaires  
VAGUSAN : volet alerte et gestion des urgences sanitaires