

CAHIERS DE LA SÉCURITÉ

n°10



Les crises collectives au XXI^e siècle Quel constat ? Quelles réponses ?

Également dans ce numéro

Une histoire de l'entrepreneuriat illicite :
*des ajustements et des stratégies innovantes
dans les marchés de la drogue en Colombie*

**Compte rendu des XVI^e journées européennes
des représentants territoriaux de l'État**



octobre-décembre 2009

La stratégie de sécurité nationale : définition et objectifs

Extrait du Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale (2008)

« **L**a stratégie de sécurité nationale a pour objectif de parer aux risques ou menaces susceptibles de porter atteinte à la vie de la nation. » Sa première finalité est de défendre la population et le territoire, car il s'agit du devoir et de la responsabilité de premier rang de l'État. La deuxième est d'assurer la contribution de la France à la sécurité européenne et internationale : elle correspond à la fois aux nécessités de sa sécurité propre, qui se joue aussi à l'extérieur de ses frontières, et aux responsabilités que la France assume, dans le cadre des Nations unies et des alliances et traités auxquels elle a souscrit. La troisième finalité est de défendre les valeurs du pacte républicain qui lie tous les Français à l'État : les principes de la démocratie, en particulier les libertés individuelles et collectives, le respect de la dignité humaine, la solidarité et la justice. À ces objectifs concourent :

- la politique de défense, en totalité. Il lui revient d'assurer la sécurité de la nation face aux risques d'agression armée, le respect de nos engagements internationaux en matière de défense, la contribution de la France au maintien de la paix et de la sécurité internationales, la participation à la protection de la population sur le territoire en appui des dispositifs de sécurité intérieure et de sécurité civile, et à l'étranger ;

- la politique de sécurité intérieure, pour tout ce qui ne relève pas de la sécurité quotidienne et individuelle des personnes et des biens, et la politique de sécurité civile. Au titre de la sécurité nationale, la politique de sécurité intérieure et la politique de sécurité civile doivent assurer de façon permanente la protection de la population, garantir le fonctionnement régulier des pouvoirs publics et le maintien de la vie normale du pays en cas de crise, et défendre les intérêts de sécurité de la nation contre toute menace non militaire susceptible d'y porter atteinte ;

- d'autres politiques publiques, en premier lieu la politique étrangère et la politique économique, qui contribuent directement à la sécurité nationale. La sécurité de la France peut être mise en péril par l'action d'États ou de groupes qui se jouent des frontières et utilisent toutes les ressources de la mondialisation. Elle peut être touchée par des catastrophes naturelles ou sanitaires qui appellent des réponses à l'échelle mondiale.

La sécurité de la France, comme celle de l'Europe, doit donc être pensée de façon plus globale. La stratégie de sécurité nationale embrasse aussi bien la sécurité extérieure que la sécurité intérieure, les moyens militaires comme les moyens civils, économiques ou diplomatiques. Elle doit prendre en compte tous les phénomènes, risques et menaces susceptibles de porter atteinte à la vie de la nation. Une différence de nature demeure entre les atteintes à la sécurité résultant d'initiatives hostiles, et celles que ne sous-tend aucune intention malveillante, comme les catastrophes naturelles. Mais l'exigence d'anticipation, de préparation et de rapidité dans la réaction est la même pour nos concitoyens dans les deux cas. Plusieurs principes devront dès lors guider la stratégie de sécurité nationale.

Anticipation-Réactivité

Les incertitudes qui pèsent sur l'évolution de notre environnement international et son haut degré d'imprévisibilité obligent à prendre en compte le risque de surprises ou de ruptures stratégiques.

Les « surprises » stratégiques sont des évolutions ou des événements inattendus par leur nature ou leur ampleur, qui modifient ou infléchissent les données de la sécurité internationale. Certains événements peuvent constituer

de véritables « ruptures », entraînant, lorsqu'elles surviennent, une transformation radicale des fondements de la sécurité des États qui y sont exposés. La prise en compte de ce risque impose de développer, d'une part, des capacités d'anticipation et de connaissance, d'autre part, des capacités d'adaptation et de réaction rapides. Les unes comme les autres doivent être à la base de notre stratégie et recevoir une très haute priorité dans l'effort que la nation consent pour sa défense et sa sécurité. Les mêmes impératifs impliquent de développer la « polyvalence » des forces armées comme celle des dispositifs de sécurité intérieure et de sécurité civile. Les moyens militaires ou de sécurité doivent en effet pouvoir être employés dans des contextes très différents et être capables de faire face, à bref délai, à des changements dans l'intensité des risques auxquels ils peuvent être exposés à l'occasion de leurs engagements.

Résilience

La résilience se définit comme « *la volonté et la capacité d'un pays, de la société et des pouvoirs publics à résister aux conséquences d'une agression ou d'une catastrophe majeures, puis à rétablir rapidement leur capacité de fonctionner normalement* », ou à tout le moins dans un mode socialement acceptable. Elle concerne non seulement les pouvoirs publics, mais encore les acteurs économiques et la société civile tout entière.

La nature des crises possibles dans les prochaines années appelle la prise en compte, dans la stratégie de sécurité nationale, de l'objectif de résilience. C'est en effet un devoir pour l'État de se préparer à répondre aux situations dans lesquelles pourraient être mis en cause la vie de la population ou le fonctionnement régulier de la vie économique, sociale ou institutionnelle du pays. Cela suppose une « *organisation des pouvoirs publics* » conçue dès le temps de paix pour prendre en compte les hypothèses du temps de crise, et l'établissement de priorités dans les capacités de renseignement, d'analyse et de décision. La résilience suppose aussi d'organiser la « *coopération entre l'État et les collectivités territoriales* », pour la complémentarité des moyens, et entre l'État et « les entreprises privées » dans les secteurs stratégiques (énergie, communication, santé, alimentation).

Accroître la résilience des institutions démocratiques, de la société et de la vie économique constituera donc un objectif fondamental de la stratégie de sécurité nationale, mise en œuvre par l'État et l'ensemble des collectivités publiques.

Améliorer la gestion des crises sur le territoire national

Bien que, à la différence des États-Unis, de l'Espagne ou du Royaume-Uni, la France n'ait pas été confrontée sur son territoire, dans la période récente, à une crise de grande ampleur, cette chance pourrait se muer en faiblesse si les pouvoirs publics n'améliorent pas leur préparation collective à de tels événements.

Au niveau central

Des progrès importants ont été accomplis ces dernières années, avec notamment la refonte, à partir de 2001, de la planification « Vigipirate » contre le terrorisme. Mais les capacités de planification stratégique gouvernementale demeurent à la fois limitées, incomplètes et dispersées. Le dispositif n'est pas assez coordonné ni suffisamment articulé avec le réseau territorial au niveau des préfetures. Cette situation est périlleuse, en raison des caractéristiques récurrentes des crises de ce début du XXI^e siècle : impact sur les espaces nationaux terrestres, aériens, maritimes et désormais cybernétiques ; simultanéité ou enchaînement en plusieurs points du territoire ; multiplicité des intervenants, publics et privés. Une organisation nouvelle est nécessaire pour préparer et conduire l'action des pouvoirs publics.

Au niveau du président de la République, dans les conseils qu'il préside, seront arrêtés les grandes orientations et les plans gouvernementaux. Ces plans seront préparés sous l'autorité du Premier ministre, qui s'appuiera à cette fin sur le secrétariat général de la Défense et de la Sécurité nationale. Celui-ci en coordonnera l'élaboration et la validation, en associant tous les ministères concernés. La direction politique et stratégique de la Réponse aux crises majeures relève du président de la République et du Premier ministre. Ils assurent l'impulsion et la prise de décision politiques au cours de la crise. Ils doivent pouvoir s'appuyer sur des moyens de commandement adaptés à des crises majeures, leur permettant d'être informés en temps réel du déroulement de la crise et de piloter la communication gouvernementale. Cette organisation doit être connue du public, des médias et des différents intervenants en France et à l'étranger. Elle sera le point d'entrée naturel dans le dispositif de gestion de crise pour les interlocuteurs européens et internationaux au plus haut niveau.

Le ministre de l'Intérieur, chargé de la sécurité intérieure, ainsi que de la sécurité et de la protection civiles,

dans l'acception élargie que recevront ces termes dans les codes de la défense et de la sécurité intérieure (cf. chapitre 3), assurera, au niveau opérationnel, la conduite interministérielle de la crise sur le territoire. Ses capacités actuelles seront complétées par la création d'un Centre de gestion interministérielle de crise, place Beauvau, au sein duquel tous les ministères concernés (Économie, Transports, Santé, etc.) devront prendre place. Ce centre travaillera en réseau avec les moyens des autres ministères, en particulier ceux des ministères chargés des Affaires étrangères, de l'Industrie, des Transports et de l'Énergie. La cohérence de la manœuvre civile avec celle des moyens militaires sera assurée par ce centre opérationnel et celui des armées.

En ce qui concerne la préparation aux crises, le ministre de l'Intérieur aura la charge des plans à dominante d'ordre public et des plans à dominante de protection et de sécurité civiles. Il jouera un rôle de premier rang dans l'élaboration des plans de protection contre le terrorisme sur le territoire national. Le ministre de l'Intérieur disposera, à cette fin, d'une nouvelle direction chargée de la planification, placée auprès du secrétaire général du ministère (cf. chapitre 15). Cette direction agira en liaison étroite avec la direction générale de la Police nationale, la direction générale de la Gendarmerie nationale et la direction de la Sécurité civile sur le plan opérationnel, ainsi que la nouvelle Délégation à la prospective et à la stratégie pour la préparation à moyen et long termes des crises. Elle sera chargée de la conception et de l'actualisation des plans relevant de la responsabilité directe du ministre de l'Intérieur. Elle assurera la contribution du ministère aux plans gouvernementaux dépassant ce cadre. Elle pilotera la transposition de la planification gouvernementale aux échelons déconcentrés, afin de favoriser son adaptation au niveau local et le suivi de sa mise en œuvre. Elle s'appuiera, pour l'ensemble de ses missions, sur les préfets de zone de défense et de sécurité.

Au niveau déconcentré

Sur le territoire, la gestion des crises relève de la compétence des « préfets ». Les « préfets de zone de défense et de sécurité » verront leurs compétences étendues : ils deviendront « l'échelon de déconcentration interministérielle de premier rang en matière de préparation et de gestion des crises majeures relevant de la sécurité nationale ». Les préfets de département, pour leur part, conserveront leur compétence générale en matière de sécurité.

Les zones de défense et de sécurité assureront en particulier :

- le pilotage de la prévision et de la gestion des crises ;

- la synthèse de l'information en situation de crise ;
- l'appui aux départements en matière de planification, d'exercices et de formation ;
- l'animation de la politique de coopération transfrontalière en matière de sécurité et de protection civiles.

Les préfets de zone se verront confier, en outre, le pilotage d'une politique d'animation et de mise en cohérence des réserves de l'ensemble des ministères, en liaison avec les autorités militaires pour ce qui concerne les réserves militaires et en appui des préfets de département pour les réserves communales. « *La coordination des moyens civils et des moyens militaires au niveau de la zone de défense et de sécurité devra franchir un palier.* » Le préfet de zone s'appuiera sur un conseiller militaire, l'officier général de zone de défense, placé sous l'autorité directe du chef d'état-major des armées.

Les états-majors des préfets de zone et ceux des officiers généraux des zones de défense seront rapprochés. Les moyens militaires de planification seront insérés dans un état-major unique sous l'autorité du préfet de zone, afin que les plans gouvernementaux puissent être conjointement transposés à ce niveau sur le territoire. L'officier général de zone de défense disposera, en outre, d'une délégation du chef d'état-major des armées pour l'emploi des moyens militaires courants de la zone, afin d'accroître la réactivité de leur mise à disposition du préfet en cas de crise. Pour donner au rôle interministériel du préfet de zone toute sa portée, les organisations déconcentrées des ministères, lorsqu'elles concourent à la gestion des crises, seront alignées sur le niveau zonal ou mises en cohérence avec celui-ci.

Enfin, le ministre de l'Intérieur réunira régulièrement un comité des préfets de zone de défense et de sécurité, dont le secrétariat sera assuré par la direction chargée de la planification.

L'interopérabilité

L'interopérabilité technique des moyens intervenant dans la gestion de crise est aujourd'hui insuffisante. Elle sera accrue, en particulier les moyens d'information, de commandement et de communication des forces de sécurité publique, des forces de sécurité civile et des armées. La mise en place de liaisons fiables entre les différents acteurs conditionne en effet le déroulement de la gestion de la crise, en particulier dans les premières heures qui suivent son déclenchement. Le réseau intranet interministériel sécurisé (ISIS) sera étendu à court terme à l'ensemble de la chaîne de décision et de commandement sur le territoire métropolitain.

L'implication des collectivités territoriales et des opérateurs

Les effets de la politique de décentralisation et en particulier l'évolution des relations entre l'État, les opérateurs des secteurs d'importance vitale et les collectivités territoriales, devront être mieux pris en compte. Opérateurs et collectivités détiennent des compétences et des moyens clés, par exemple dans le domaine de la sécurité civile. Les différents régimes juridiques des réquisitions seront harmonisés, afin de garantir aux représentants de l'État, en cas de crise, le plein concours de l'ensemble des acteurs.

L'entraînement des intervenants

La cohérence de la réponse à une crise majeure nécessite que les différents intervenants se soient régulièrement entraînés ensemble, à tous les niveaux. Des progrès importants doivent encore être accomplis, dans ce

domaine et dans l'analyse des retours d'expérience. Une planification interministérielle à long terme des exercices sera mise en place à cette fin sous l'autorité du Secrétariat général de la Défense et de la Sécurité nationale. Les ressources financières qui doivent y être consacrées seront identifiées. Le processus de retour d'expérience sera formalisé.

« C'est la chaîne complète de la gestion de crise, depuis les structures de pilotage stratégique jusqu'aux acteurs de terrain, qui devra être mieux entraînée », pour répondre, dans l'urgence aux situations de crise nouvelles auxquelles la population peut se trouver confrontée. L'implication personnelle - même si elle est occasionnelle - des hauts décideurs politiques ou de leurs représentants directs sera recherchée : elle est une condition du réalisme et de l'efficacité de tels exercices. Les élus locaux, qui sont toujours aux premiers rangs de la réponse à une catastrophe, devront également y être étroitement associés.

**Département Sécurité économique
et Gestion de crise**

Crises sanitaires

De la préparation à la réalité

Danièle ILEF



Après avoir décrit l'organisation de la gestion des alertes sanitaires, cet article passera en revue les plans et illustrera leur mise en œuvre à l'aide de quelques exemples concrets. Puis, toujours à partir de cas réels, il abordera les vigilances et bons réflexes à développer pour identifier rapidement les situations non prévues dans un plan. Enfin, cet article décrira quelques outils d'aide à l'anticipation et à la gestion des situations d'alerte.

Public health crises: from preparedness to the real thing

This article starts with a description of public health alert organisation in France. It then reviews the plans and illustrates their implementation by means of actual examples. More case histories are then used to treat the subject of vigilance and the best reflexes to develop for the rapid identification of situations not catered for in a plan. The last part of the article describes some tools useful for anticipating and managing alerts.

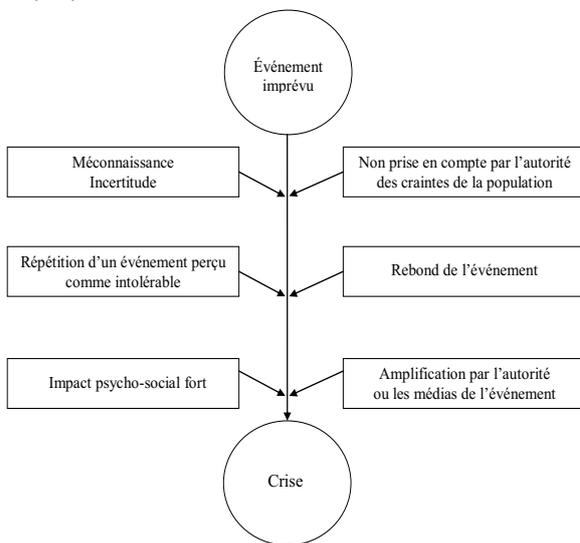


Danièle Ilef

Responsable depuis trois ans de la cellule de coordination des alertes à l'Institut de veille sanitaire (InVS) après avoir été coordonnatrice de la cellule interrégionale d'épidémiologie Nord à Lille. Elle a exercé auparavant comme médecin de santé publique dans une direction départementale des Affaires sanitaires et sociales et comme médecin inspecteur régional de santé publique.

La « crise » conjugue la survenue d'un événement imprévu (accident, explosion épidémique, etc.) et un débordement (une dégradation) des circuits habituels de décision. Elle allie des effets néfastes pour la santé et des facteurs émotionnels. Elle se nourrit de la peur sociale (qui sera d'autant plus grande que la population concernée est particulièrement « précieuse » – enfants – ou que l'accident en cause a une forte valeur symbolique (Total Fina, nucléaire, dioxines, etc.). Elle pourra être majorée par une médiatisation non contrôlée (graphique 1). Les situations sanitaires pouvant conduire à une crise sont de deux grands types : les épidémies et les événements environnementaux.

Graphique 1



Dans le domaine « environnement et santé publique », on peut être confronté à un signal environnemental (signallement de pollution à impact potentiel sur la santé) ou sanitaire (signallement de cas groupés d'une symptomatologie X supposée d'origine environnementale) qui rejoint les signalements d'épidémies.

Certaines situations peuvent, sinon être prévues, du moins être anticipées. Dans ce cas, les actions à mettre en œuvre pour y répondre sont préparées. C'est ainsi que sont développés de nombreux plans de prévention et de lutte. D'autres arrivent sans avoir été prévues. Ces situations imprévues peuvent plus facilement entraîner une crise, car les services en charge de la réponse ne sont pas prêts à y faire face. Différents facteurs peuvent faire basculer une situation difficile vers la crise, tels que :

- méconnaissance du phénomène qui génère une incertitude sur les options de gestion à privilégier et une peur sociale ;

....

(1) Articles L. 1413-2 à 6 du Code de la santé publique.

- craintes de la population non prises en compte à leur juste valeur pouvant aller jusqu'à une négation de l'événement ;
- répétition d'un événement déjà survenu ou rebond ;
- amplification du phénomène par l'autorité ou les médias (graphique 1).

Avoir de bons réflexes peut parfois limiter le phénomène.

Organisation de la réception et de la gestion des alertes ¹

L'article L. 1413-15 du Code de la santé publique prévoit « le signalement sans délai au représentant de l'État dans le département par les services de l'État et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les établissements de santé publics et privés, le service de santé des armées, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les services de secours ainsi que tout professionnel de santé, des menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée. Dans ce cas, le représentant de l'État porte immédiatement ce signalement à la connaissance de l'Institut de veille sanitaire ».

Pour leur part, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et ses Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) investiguent ces différents signaux et informent sans délai le ministre chargé de la santé en cas de menace, quelle qu'en soit l'origine, pour la santé de la population, et lui recommandent toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace. Cette transmission au ministre se fait au travers d'une information du Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (Corruss), dispositif permanent de veille et d'alerte créé au sein du Département des urgences sanitaires (DUS). Il constitue désormais le point unique de remontée vers le ministère de la Santé des informations relatives aux événements sanitaires et sociaux, répondant ainsi aux préconisations du Règlement sanitaire international (RSI). Le Corruss est en liaison constante avec le Centre opérationnel de gestion interministériel des crises (Cogic), armé par le ministère de l'Intérieur. Lorsque la gravité et l'intensité d'un événement le justifient, le COM-Séguir est activé. Il prend ainsi le relais du Corruss pour assurer la continuité de la gestion de crise avec les services et directions concernés.

Plans de préparation

Ils couvrent des situations variées, à différents niveaux géographiques. La plupart sont sous la responsabilité du préfet de département, même si certains plans ont un cadre national. Les plans qui relèvent de la protection civile sont à distinguer de ceux des ministères de la Défense et de la Santé.

Protection civile

C'est la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile et ses décrets d'application 2005-1156 Plan communal de sauvegarde (PCS), n° 2005-1157 plan ORSEC, n° 2005-1158 Plan particulier d'intervention (PPI) du 13 septembre 2005 qui fixent la doctrine de la planification des secours.

Plan de sauvegarde communale

Chaque commune est tenue d'avoir un plan de sauvegarde. Il définit, sous l'autorité du maire, l'organisation prévue par la commune pour assurer l'alerte, l'information, la protection et le soutien de la population au regard des risques connus. Ces risques sont recensés dans le plan et font l'objet d'une analyse des risques à l'échelle de la commune. L'analyse porte sur l'ensemble des risques connus auxquels la commune est exposée. Elle s'appuie notamment sur les informations recueillies lors de l'élaboration du dossier départemental sur les risques majeurs établi par le préfet du département, sur les plans de prévention des risques naturels prévisibles ou les plans particuliers d'intervention approuvés par le préfet, concernant le territoire de la commune.

Plans particuliers d'intervention

Ils sont établis pour faire face aux risques particuliers liés à l'existence ou au fonctionnement d'ouvrages ou d'installations fixes. Le préfet prescrit l'élaboration d'un plan particulier d'intervention pour ces risques après avis, d'une part, du conseil départemental compétent en matière de sécurité des populations, sur le rapport et la proposition de l'autorité de contrôle dont relève l'activité et, d'autre part, de l'exploitant. Chaque PPI comprend notamment :

- la description générale de l'installation ou de l'ouvrage pour lesquels il est établi ;

- la description des scénarios d'accident et des effets pris en compte par le plan ;
- la zone d'application et le périmètre du plan ;
- la liste des communes sur le territoire desquelles s'appliquent les dispositions du plan ;
- les mesures d'information et de protection prévues au profit des populations ;
- le cas échéant, les schémas d'évacuation de celles-ci, y compris l'indication de lieux d'hébergement.

Des exercices de mise en œuvre du plan particulier d'intervention sont obligatoires. La périodicité maximale de ces exercices est fixée de trois à cinq ans selon le type d'installation.

Les dispositions sanitaires sont incluses dans ce plan ; leur préparation est sous la responsabilité du directeur départemental des Affaires sanitaires et sociale (Ddass).

Ministère de la Défense

Plan NRBC

Depuis les événements du 11 septembre 2001 survenus aux États-Unis, les attentats à Madrid en 2004 puis à Londres en 2005, la menace NRBC (Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique) doit être prise en compte par tous les acteurs qui auraient à intervenir en cas d'attentat de cette nature. Au niveau institutionnel, la réponse à une menace ou à un éventuel emploi de matières chimiques, radiologiques ou biologiques à des fins malveillantes s'est traduite par l'élaboration de plans spécialisés NRBC, régulièrement testés au cours d'exercices.

Dans ce cadre, le ministère chargé de la santé a notamment consolidé son dispositif de réponse aux situations de crise et d'urgence sanitaire par la réorganisation du niveau national, l'affectation de personnel dédié dans les services déconcentrés ou encore le pré-positionnement en différents points du territoire national de très importants stocks de matériels et de produits de santé. Le haut fonctionnaire de défense et de sécurité (HFDS) anime et coordonne la politique ministérielle en matière de défense, de vigilance, de prévention de crise et de situation d'urgence.

Dans chaque zone de défense, le directeur régional des Affaires sanitaires et sociales (Drass) de la région où est situé le chef-lieu de la zone de défense est le conseiller santé, chargé de mettre en œuvre la politique de défense et de sécurité définie par le ministre de la Santé. Il met en place une cellule zonale d'appui (CZA) ; sa composition

varie en fonction du type d'événement. Elle est animée par un conseiller sanitaire de zone (CSZ). Ce dernier est chargé, notamment, de coordonner la rédaction et l'opérationnalité des plans, notamment NRBC. Par ailleurs, des établissements de santé ont été désignés établissements de référence². Ils sont chargés :

- d'apporter une assistance technique aux Drass - délégués de zone ;
- de conseiller les établissements de santé sur les risques NRBC et de former leurs personnels en ce domaine ;
- de porter un diagnostic et, le cas échéant, d'assurer une prise en charge thérapeutique en cas d'accident NRBC.

Ministère chargé de la santé

Divers plans spécifiques ont été initiés par le ministère chargé de la santé depuis quelques années. À titre d'exemple, seront développés ici trois d'entre eux : le plan canicule qui est mis en œuvre chaque année à titre préventif, le plan pandémie grippale qui a été déclenché en mai 2009 et le plan variole, l'un des volets du plan NRBC qui n'a encore jamais été mis en œuvre.

Plan canicule

La canicule exceptionnelle de l'été 2003 a entraîné une surmortalité estimée à près de 15 000 décès. La France n'avait jamais été confrontée à de telles conséquences sanitaires engendrées par une forte chaleur. Cette catastrophe a révélé la nécessité d'adapter le dispositif national de prévention et de soins. Un plan national canicule (PNC) a depuis lors défini les actions de prévention et de gestion afin de réduire les effets sanitaires d'une vague de chaleur. La réponse organisationnelle du PNC 2009 comprend :

- la mise en œuvre de mesures de protection des personnes à risques hébergées en institutions et la mise en place dans ces institutions d'un plan « bleu » fixant le mode général d'organisation en cas de crise ou de déclenchement de l'alerte ;

....

(2) Arrêté du 14 février 2008 relatif à la désignation des délégués de zone et à l'organisation territoriale et de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires et sociales ; circulaire interministérielle HFDS/DPSN no 2008-389 du 31 décembre 2008 relative à l'organisation actuelle de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires ; décret 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave ; arrêté ministériel du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence.

(3) Au moment de sa nomination, la pandémie attendue était une pandémie de virus aviaire H5N1.

(4) Grippe A/H1N1 : Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale » et fiches annexes - http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/article.php3?id_article=549

- le repérage par les communes des personnes à risques (personnes âgées et handicapées) isolées, afin de faciliter l'intervention ciblée des services sanitaires et sociaux en cas de déclenchement d'alerte ;
- l'alerte par Météo-France et l'InVS fondée sur une analyse de la situation météorologique. Par ailleurs, l'InVS collecte, surveille et analyse des indicateurs sanitaires de morbidité (activité des SAMU et des services d'urgences hospitaliers, etc.) et de mortalité permettant d'estimer l'impact de la chaleur et d'alerter les autorités sanitaires, le cas échéant ;
- le recensement et la vérification par les préfets des dispositifs de permanence estivale des services de soins infirmiers à domicile, des associations de bénévoles ;
- l'information du grand public des professionnels de santé, des professionnels assurant la prise en charge de personnes fragiles ou dépendantes et des établissements de santé.

Le PNC est décliné au niveau de tous les départements métropolitains. Chaque année, il est activé du 1er juin au 31 août. Depuis 2003, plusieurs épisodes d'alertes (dernier en date en août 2009) ont été enregistrés et gérés conformément au plan sans déclencher de crise.

Plan pandémie grippale

Contenu du plan

Face à la menace de pandémie grippale, le gouvernement français a élaboré un Plan gouvernemental. Sa rédaction a été coordonnée par le ministère chargé de la santé et le directeur général de la Santé a été nommé délégué interministériel de lutte contre la grippe aviaire³ (Dilga). Le plan propose un certain nombre d'actions regroupées dans des fiches spécifiques⁴. Ces actions sont mises en place sur la base d'une stratégie générale qui vise :

- à prendre en compte, en amont, la menace par une veille continue des avancées scientifiques, ainsi que par l'acquisition de moyens de protection et de traitement ;
- à coopérer avec les partenaires internationaux de la France pour une intervention précoce dans des pays où la diffusion virale débute ; avec l'Union européenne

dans un souci d'harmonisation des approches des États membres ;

- à freiner l'apparition et le développement sur le territoire national d'un nouveau virus adapté à l'homme, par des mesures de santé publique précoces et d'emblée drastiques ;
- à sensibiliser les professionnels de santé, les autres professionnels exposés ainsi que le public au respect des mesures de protection et d'hygiène en cas de maladie contagieuse à transmission respiratoire ;
- à organiser et à adapter le système de santé :
 - prise en charge proportionnée à l'état des malades : traitement à domicile en l'absence de signes de gravité, décision d'hospitalisation en cas d'aggravation,
 - organisation de structures intermédiaires entre le domicile et l'hôpital : renforcement des centres 15 de régulation médicale, dispensaires, regroupement des malades isolés, centres de coordination sanitaire et sociale,
 - mobilisation des établissements de santé au maximum de leur capacité, organisation adaptée à la situation avec circuit particulier pour les patients grippés,
 - utilisation optimale des réserves préalablement constituées de produits de santé en fonction des conclusions des experts, etc.
- à organiser la continuité de l'action de l'État et de la vie sociale et économique, ainsi que le maintien de l'ordre public et du respect de la loi dans un contexte dégradé :
 - maintien des activités essentielles pour la continuité de l'action de l'État et pour la sécurité et la vie de la population (tel l'approvisionnement alimentaire),
 - maintien, au plus haut niveau possible, des activités économiques, tous secteurs confondus, tout en assurant la protection de la santé des employés,
 - maintien de la sécurité des installations dangereuses dans un contexte de manque de personnel,
 - maintien de l'ordre public et du respect de la loi.
- à accompagner cette stratégie par un large effort de communication, d'information et de formation qui s'inscrit à la fois dans la durée et dans un contexte international ;
- à évaluer en permanence l'état de préparation du dispositif par des exercices aux différents niveaux de l'État et la définition d'indicateurs de préparation.

Mise en œuvre du plan

L'explosion épidémique de grippe A(H1N1) au Mexique et son début de diffusion sur le territoire des USA, dès le 24 avril 2009, ont entraîné la mise en œuvre du plan pandémie. Ce plan était écrit et prévu pour une pandémie de virus aviaire à forte létalité. Le virus « mexicain » a très vite été identifié comme étant moins virulent et chaque phase, chaque action du plan ont été réévaluées et adaptées au fur et à mesure.

Dans un premier temps, une stratégie de freinage énergique a été mise en place : identifier individuellement les cas ; les isoler et les traiter par antiviral ; rechercher les contacts proches pour une mise en quarantaine. Cette politique de freinage a trouvé ses limites en quelques mois et ceci était prévu. En effet, l'objectif n'était pas d'empêcher l'épidémie de s'installer sur le territoire français, mais de la retarder pour permettre aux différents services de terminer leur préparation.

Dans un second temps, la stratégie a été de circonscrire les éclosions de cas groupés, là encore pour freiner la diffusion en identifiant, d'une part, des épisodes de cas groupés, et, d'autre part, en prenant des mesures d'isolement des collectivités où étaient apparus ces cas groupés.

Dans un troisième temps, quand la diffusion sera généralisée, la politique visera non plus à limiter la diffusion du virus, mais à atténuer son impact sur la santé de la population. La priorité sera donnée à l'organisation des soins. Il s'agira de garantir la permanence des soins et de la prise en charge à l'hôpital, de planifier la vaccination et de répartir des stocks d'antiviraux

À l'heure où cet article est écrit⁵, même si l'OMS a déclaré la pandémie, sa diffusion reste encore limitée en France, mais s'élargit progressivement et l'heure n'est pas encore aux bilans.

Plan variole

L'éradication totale de la variole a été officiellement déclarée par l'OMS en 1980. Il est cependant possible que des virus aient été conservés ou obtenus de façon illégale et puissent être disséminés. Les conséquences d'une résurgence de cette maladie seraient dramatiques, car une part importante de la population n'ayant pas été vaccinée, elle n'est pas protégée contre ce virus hautement

....

(5) Bulletin épidémiologique grippe A(H1N1)2009 - Point de situation au 1er septembre 2009 - http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/grippe_dossier/points_h1n1/grippe_A_h1n1_020909/index.html

contagieux. D'autre part, la grande mobilité de la population et l'importance des échanges entre les pays renforcent le risque de dissémination du virus. Enfin, le diagnostic de la variole, maladie disparue depuis 25 ans, est un diagnostic « oublié » des médecins et, compte tenu de la contagiosité importante de cette maladie, tout retard au diagnostic serait à l'origine d'un nombre important de cas secondaires et d'une extension de l'épidémie. La possibilité d'une action malveillante utilisant le virus de la variole doit donc être envisagée et toutes les mesures qui, dans une telle éventualité, devraient impérativement être mises en œuvre dans des délais les plus courts possible doivent avoir été prévues et organisées.

Un plan a donc défini des stratégies de réponse. Les mesures de confinement associées à la vaccination ont montré, par le passé, qu'elles permettaient, sous réserve d'être mises en place rapidement, de contenir des épidémies de variole. La France dispose désormais de stocks suffisants de vaccin contre la variole pour couvrir l'ensemble de la population si nécessaire. La stratégie de réponse adoptée en France repose toujours sur la mise en œuvre simultanée, en cas de découverte d'un ou plusieurs cas de variole, des mesures de confinement et de la vaccination en « anneau » autour du ou des cas, associée à la vaccination « graduée » de certaines catégories de personnes. Elle se fonde sur les avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), en date du 5 et du 16 novembre 2001.

La déclinaison retenue des niveaux de vaccination graduée est la suivante :

- aucun cas dans le monde : vaccination préalable d'une équipe nationale d'intervention contre la variole, pluridisciplinaire, capable de mener toutes les actions nécessaires dont l'enquête épidémiologique, la prise en charge médicale et paramédicale, les investigations judiciaires, la vaccination des sujets contacts, la mise en place de mesures de sécurité et de confinement ;
- en cas de menace avérée : vaccination d'équipes zonales dédiées ;
- en cas de survenue d'un cas de variole dans le monde : vaccination de l'ensemble des intervenants de première ligne ;
- en cas d'apparition d'un cas sur le territoire national : vaccination des sujets contacts et des personnes exposées ;
- en cas d'impossibilité de contrôler l'épidémie par la vaccination en anneaux et le confinement : vaccination élargie à l'ensemble de la population.

La déclinaison de ce plan est organisée au niveau de chaque département. À ce stade, seule l'équipe nationale d'intervention a été vaccinée.

Les situations qui ne sont pas prises en compte dans un plan

Phénomènes sanitaires inattendus

Certains phénomènes sanitaires sont prévisibles en termes généraux, mais complètement imprévisibles quant au moment de leur survenue, telles les catastrophes naturelles (tremblements de terre, cyclones, inondations, etc.). D'autres sont connus, mais leur ampleur imprévue peut déstabiliser les services chargés de les prendre en charge et, de ce fait, provoquer une crise. Il y aura toujours des phénomènes inattendus. Il faut donc apprendre à s'adapter en fonction de l'expérience acquise lors d'événements du même ordre.

Accident AZF en 2001

Le vendredi 21 septembre 2001, à 10h17, une explosion s'est produite à Toulouse dans l'usine AZote Fertilisant (AZF). L'explosion a provoqué une secousse équivalente à un séisme de 3,4 degrés sur l'échelle de Richter. Le site industriel a été immédiatement ravagé sur des centaines de mètres. L'onde de choc s'est propagée dans la ville, soufflant et endommageant de nombreuses maisons, bâtiments publics, faisant exploser des vitres à des kilomètres du site. Un nuage toxique s'est élevé au-dessus de l'usine et s'est déplacé vers le nord-ouest de l'agglomération. Le bilan initial établi par la préfecture a fait état de 30 morts et de plus de 2 500 blessés. Par ailleurs, l'explosion de l'usine a été à l'origine de rejets de polluants dans l'air, l'eau de la Garonne et les sols. Au final, les conséquences sanitaires, outre les 30 décès observés le premier jour, ont été multiples :

- traumatismes physiques pour un nombre élevé de personnes : un élève sur cinq et un habitant sur dix de la zone proche de l'explosion, et près de 15 % des travailleurs présents dans cette zone ont déclaré avoir été blessés. Les atteintes auditives viennent au premier rang des blessures et des séquelles déclarées dans les enquêtes : près de 7 % des habitants de la zone proche rapportent une séquelle auditive 18 mois après l'accident ;
- recrudescence, dans les semaines qui ont suivi l'accident, de symptômes de type irritatif : respiratoires

(trachéo-bronchites) et oculaires (conjonctivites et troubles de la vision), compatibles avec les émissions toxiques (ammoniac et chlore) ;

- trois fois plus d'infarctus du myocarde qu'au cours de périodes de référence antérieures ;
- conséquences psychologiques : pic de prise de traitements psychotropes chez des personnes qui n'en avaient jamais pris auparavant ; enfants au comportement plus craintif ou présentant des problèmes d'endormissement ;
- symptômes dépressifs : chez les habitants de Toulouse, 18 mois après l'explosion, les niveaux de dépressivité étaient plus élevés en zone proche qu'en zone éloignée ;
- stress post-traumatique (SPT) chez une proportion élevée de personnes, surtout de la zone proche de l'explosion.

Cet accident a présenté les caractéristiques d'une situation de crise : des dégâts très importants, des conséquences sanitaires graves et une réponse qui est en partie non programmée même si on a envisagé des scénarios. La conjonction de ces éléments est de nature à déstabiliser une organisation qui doit réagir rapidement face à une situation qu'elle ne comprend pas complètement. Il faut rappeler qu'à cette époque, on était en pleine psychose après les attentats. Tout le monde pensait qu'une bombe avait explosé.

Du point de vue sanitaire on a eu plusieurs modes d'intervention :

- secours immédiats aux blessés qui se sont mis en place en coordination avec la protection civile ;
- évaluation des risques et des conséquences sanitaires à court terme et instauration, au travers du système de soins, d'un suivi des patients ;
- évaluation approfondie des risques et conséquences sanitaires à moyen et long terme (y compris les séquelles accidentelles et les conséquences psychologique) ;
- suivi de la population dans les mois qui ont suivi l'accident.

Les secours ont été relativement exemplaires, mais les modalités de gestion de l'accident et l'incertitude sur le nombre de morts et de blessés ont pu laisser place au sentiment d'une non-maîtrise de la situation par les autorités. Un tel sentiment est toujours un facteur

aggravant de crise. L'histoire de cette catastrophe est exemplaire et montre bien les différentes implications des autorités sanitaires de la chaîne des secours médicaux au suivi à long terme des conséquences sanitaires, en passant par la surveillance des effets au travers du système de soins ; l'évaluation des risques et les enquêtes mesurant les conséquences sanitaires. Les évaluations de risques et études des conséquences à moyen et long terme ne peuvent être menées efficacement que si, dès la survenue de l'accident, les relevés de polluants sont effectués et si les systèmes de recueil de l'information sanitaire sont en place.

Canicule en 2003

En août 2003, la France a connu l'été le plus chaud depuis cinquante ans. Outre une température de journée très élevée (de 35 à 40°), la canicule de l'été 2003 a été amplifiée par des températures nocturnes record (+ de 25°) sur une période longue de deux semaines. Cette canicule exceptionnelle a entraîné une surmortalité de 14 802 décès. Si l'on savait depuis longtemps que « la chaleur tue », un phénomène d'une telle ampleur sanitaire était complètement imprévu.

La France n'était pas préparée pour faire face à une canicule aussi intense et prolongée. Aucun système de surveillance ne permettait de mesurer cet impact sanitaire et les effets de cette vague de chaleur sans précédent n'ont été détectés et quantifiés que tardivement. Ce manque de préparation, le sous-équipement des maisons de retraites et établissements hospitaliers en installations de réfrigération d'air, l'absence de connaissances biomédicales du problème par les acteurs de santé, mais également l'absence de définition claire du rôle des différents acteurs ont entraîné une situation de grande confusion et de crise. L'impression que les autorités sanitaires ne maîtrisaient pas la situation a été un élément aggravant de la crise. La perte de confiance a été telle que le ministre de la Santé et le directeur général de la Santé ont dû proposer leur démission.

En 2006, la France a connu une autre vague de chaleur importante. À cette époque, forts de l'expérience de 2003, les pouvoirs publics avaient mis en œuvre le Plan canicule. De ce fait, la situation a été encadrée et a permis une gestion coordonnée des mesures de protection de la population. Une étude menée conjointement par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a permis de démontrer que l'excès de mortalité observé en juillet 2006 et lié à cette vague de chaleur a été trois fois moins important

que ce qu'il aurait été au regard des études antérieures de modélisation chaleur/mortalité (2 000 au lieu de 6 500). Cette réduction importante observée sur la mortalité attendue face à une telle vague de chaleur relève du travail essentiel d'information des citoyens, et des actions de prévention et de gestion de ces risques depuis 2003.

Chikungunya à La Réunion en 2005-2006 ⁶

L'épidémie a débuté en mars 2005 par quelques cas isolés de voyageurs en provenance de l'Union des Comores. Elle s'est accélérée en mai 2005 pour atteindre environ 500 cas, puis le rythme s'est ralenti avec l'arrivée de l'hiver austral pour finalement s'emballer à partir de décembre. Qualifiée initialement par les autorités d'infection bénigne, la maladie a montré tout au long de l'épidémie des aspects inattendus et pas toujours reconnus comme liés à la maladie : transmission mère-enfant et décès fœtaux, manifestations articulaires très invalidantes, augmentation des décès, etc. Ces particularités ont surpris tant la population que les autorités qui n'étaient pas préparées à cette épidémie. La médiatisation a, par ailleurs, contribué à transformer l'épidémie en véritable crise sanitaire qui a duré près de six mois. Aux incertitudes sur les effets de la contamination par le virus s'est ajoutée une polémique sur l'utilisation des pesticides pour détruire les moustiques et les larves. Les principales critiques ont concerné, d'une part, l'efficacité des produits employés, d'autre part, les effets sanitaires des pesticides utilisés. Ces aspects environnementaux ont été facteurs de « sur-crise » et ont nécessité la mise en place en urgence d'un système de toxicovigilance.

Phénomènes de crise sans rapport avec la gravité de l'événement déclencheur

Certains événements sanitaires ou environnementaux peuvent déclencher un phénomène de crise sans rapport avec la gravité des manifestations sanitaires observées ou attendues. Les exemples sont nombreux et concernent différentes situations.

Excès de cas de pathologies graves supposées liées à une installation industrielle ou agricole

La mesure d'impact sanitaire sur la population peut demeurer difficile à établir, un nombre de cancers plus élevé que celui habituellement observé pendant une période donnée ne relevant pas forcément d'une cause environnementale. Un regroupement de cas peut avoir d'autres facteurs non identifiés, et, parfois, être tout simplement dû au hasard de la distribution des cas. Lorsqu'un groupe de population est convaincu de la relation de cause à effet entre une installation et des manifestations sanitaires, quel que soit le bien fondé de cette conviction, si des décisions immédiates vis-à-vis de l'installation ne sont pas prises, on arrive très vite à une situation tendue, voire à une crise avec déni des avis d'experts, refus des décisions administratives et manifestations diverses. La gestion de ces situations est toujours difficile (encadré 1).

Encadré 1

Le regroupement de cas de cancers pédiatriques chez des enfants ayant fréquenté l'école Franklin Roosevelt de Vincennes ⁷

Dans le cas de l'école F.Roosevelt, la pollution du site supposée responsable de ces cancers a été objectivée par des études environnementales. Cependant, il n'a pas été possible d'établir un lien avec les cas de cancers observés chez les enfants. Et une surveillance épidémiologique, effectuée les cinq années suivantes, n'a pas confirmé l'excès de cas constaté pendant la période dite d'alerte.

Ces données objectives, ainsi que l'avis des différents experts (16 experts du monde universitaire et de la recherche) qui ont été impliqués dans cette alerte, n'ont pas empêché l'installation d'une crise qui a duré près de cinq ans.

Méfiance de la population face à une stratégie de prévention obligatoire

Là encore, on a souvent l'observation d'une série de cas, avec une même exposition observée. Une telle « coïncidence » ne peut constituer la preuve suffisante d'une association causale. Des études sont nécessaires pour apporter un niveau de preuve suffisant, dans le but de

....

(6) *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* - Numéro thématique - 21 octobre 2008/n°38-39-40 - « Qu'avons-nous appris de l'épidémie de chikungunya dans l'océan Indien en 2005-2006 ? » ; *Chronique d'une crise sanitaire, économique et sociale. L'île de La Réunion face au chikungunya* - http://prodig.univparis1.fr/infogeo/Fichiers/Descriptifs_Articles/Chikungunya.pdf 2 - mars 2009.

(7) *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* - Numéro thématique - 7-8/27 février 2007 - « Cancers pédiatriques à Vincennes : quelles leçons tirer ? ».

démontrer qu'un facteur supposé est bien la cause d'une maladie. Que les études concluent à une absence de relation de cause à effet n'empêche pas que la conviction de l'existence de cette relation entraîne une situation de crise (encadré 2).

Encadré 2

Le cas de la vaccination contre l'hépatite B ⁸

En 1994, a été mise en œuvre une campagne de vaccination des élèves de 5^e dans les collèges. À la suite de cette vaccination massive, des effets adverses attribués à cette vaccination ont été signalés. À partir de là, des voix se sont élevées pour protester contre la vaccination. La polémique qui s'en est suivie a conduit à l'interruption du programme. Malgré les conclusions d'expertise ne remettant pas en cause la supériorité du bénéfice de la vaccination sur le risque encouru, la contestation a perduré et n'est toujours pas complètement éteinte

Accident sans conséquences sanitaires majeures

Certains accidents, dont les conséquences peuvent sembler bénignes aux questionnaires de crise et aux experts, peuvent générer des crises importantes. Ainsi, certaines peurs peuvent être ravivées lors de la survenue d'un accident dans une installation nucléaire ou si est annoncée une exposition supposée à certains composés (dioxines par exemple). Anticiper les aspects psychologiques et émotionnels, en prenant en compte le risque perçu par la population, permet de limiter ce phénomène. À l'inverse, un déni immédiat sans prise en compte du risque perçu peut entraîner un surcroît d'anxiété de la population. Communiquer très tôt, expliquer avec patience et pédagogie sont indispensables pour maintenir ou rétablir la confiance de la population (encadré 3).

Encadré 3

Le cas de l'incendie de la papeterie de Venizel ⁹

Le 18 juin 2001, à 2 heures du matin, survenait un incendie dans une usine de fabrication de papier classée SEVESO à Venizel, près de Soissons. Dans cette usine étaient installés des transformateurs au pyralène ou polychlorobiphényle (PCB). Dès le matin, à la découverte

de la présence de ces transformateurs dans les locaux ayant brûlé, une cellule de crise préfectorale a été activée.

La Ddass, en tant que responsable santé dans la cellule de crise, a été sollicitée sur les mesures de suivi médical à mettre en place et aussi sur les risques immédiats encourus par la population en fonction des mesures de toxiques dans les sols, l'eau et les végétaux.

Par ailleurs, au-delà du risque immédiat, en raison de la persistance des PCB et dioxines dans l'environnement, la population se posait la question du risque à moyen terme. Et la Ddass a été amenée à réaliser une étude quantifiée des risques.

Ces diverses mesures, ainsi que la politique de communication préfectorale ont permis, face à une situation accidentelle, de répondre aux inquiétudes de la population et d'éviter une véritable crise.

Syndromes des bâtiments malsains

De la même façon, la perception du risque face à des phénomènes environnementaux minimes peut générer une grande inquiétude collective. On appelle syndromes psycho-sociogéniques ou syndromes des bâtiments malsains ces épidémies de malaises non expliqués touchant des personnes présentant les mêmes symptômes somatiques, mais sans cause organique apparente, et qui s'étendent de proche en proche dans leur entourage par suggestion émotionnelle. S'ils ne constituent pas *a priori* de danger en termes de santé, ces phénomènes peuvent générer des crises durables et avoir des conséquences lourdes et coûteuses pour les autorités concernées (notamment en raison du coût des investigations environnementales), mais aussi pour les écoles, les établissements ou les entreprises touchés en perturbant leur fonctionnement (encadré 4).

Encadré 4

Manifestations irritatives dans un collège de l'Oise ¹⁰

Le 12 février 2007, une élève de 6^e du collège de Betz (Oise), puis trois de la même classe, puis 66 personnes (élèves et professeurs) présentent des plaques rouges et des démangeaisons sur le visage, attribuées à des soins cosmétiques effectués la veille. La situation entraîne une fermeture du collège le soir même.

....

(8) Vaccination contre le virus de l'hépatite B et sclérose en plaques : état des lieux - Rapport d'orientation de la commission d'audition (finalisé et rendu public le 24 novembre 2004).

(9) Risques toxiques liés à l'exposition aux polychlorobiphényles - Modalités de l'intervention, dispositif de surveillance médicale, évaluation des risques - Étude de l'incendie de la papeterie de Venizel - rapport InVS décembre 2002.

(10) www.invs.sante.fr/.../rapport_annuel_invs_2007_8_syndromes.pdf

Des investigations sont mises en œuvre, une campagne d'analyses environnementales est effectuée. Elle décèle une quantité plus importante de poussières à proximité des salles où sont apparus les premiers cas. L'hypothèse est donc retenue d'un phénomène d'irritation cutanée provoqué par les poussières du chantier de rénovation du collège. Après aération et nettoyage du Collège, confinement des zones de chantier, réunion d'information avec les parents, les phénomènes reprennent.

Une enquête épidémiologique, l'expertise clinique des symptômes et de nouvelles investigations environnementales n'orientent vers aucune cause organique.

La couverture médiatique, la mise en cause par une association des antennes de téléphonie mobile ont probablement contribué à amplifier un phénomène qui a entraîné une situation de crise de plus d'un mois.

Post-accidentel

Les catastrophes ont des conséquences au long terme qui influencent l'état sanitaire de la population. Passée la phase initiale de traitement, émerge le questionnement sur les effets à moyen et court terme. Ce questionnement peut générer un rebond de la crise, voire une crise plus importante que lors de la phase initiale où l'action primait sur la réflexion et les interrogations. Pour éviter ce rebond de la crise, il importe de se préparer au post-accidentel dès la phase aiguë. En effet, pour pouvoir, à distance de la catastrophe, analyser son impact sanitaire, il est indispensable de recueillir l'information de terrain au moment où celle-ci survient : mesures de polluants, recensement des personnes impliquées, etc. Si ce recueil de données n'est pas fait, il est alors très difficile, voire impossible de réaliser une évaluation de risques fiable ou de mettre en place une étude épidémiologique. Pourtant, les résultats de tels travaux qui ont malgré tout pu être effectués dans les suites de ces événements ont montré leur utilité. Ils ont permis de renseigner sur la nature et l'intensité de l'impact sanitaire. Ils ont ainsi coupé court à des inquiétudes inutiles ou au contraire révélé, au-delà des décès immédiats observés lors de l'événement, le poids des lésions diverses ou des souffrances psychiques handicapantes plusieurs années après l'événement.

Cette préparation est actuellement encore peu développée. C'est pourquoi elle fait l'objet d'un programme de l'InVS : le programme de Préparation en réponse aux

accidents industriels et catastrophes (Peraic). Ce programme devrait associer les différents acteurs opérationnels de la gestion des conséquences d'une catastrophe naturelle ou industrielle ¹¹.

Outils

Pour aider à la détection précoce et à la prise en charge d'événements, qu'ils aient été prévus par des plans ou non, un certain nombre d'outils ont été développés ces dernières années. Trois d'entre eux seront présentés ici.

Veille et surveillance syndromique

La « surveillance syndromique » est l'analyse automatisée de données ayant une relation avec la santé (donc non exclusivement sanitaires), recueillies en routine, et qui sont disponibles avant qu'un diagnostic spécifique soit posé. On parle aussi de « surveillance non spécifique » en opposition aux surveillances de pathologies précises.

En août 2003, alors que la vague de chaleur avait un impact majeur sur la population, aucun système de surveillance n'était en mesure d'alerter l'InVS. L'existence d'un tel système de surveillance, s'il avait été opérationnel, aurait certainement permis de limiter les conséquences de cette crise sanitaire.

Depuis 2004, l'InVS développe un système complet intégrant des données de médecine de ville (données d'activité des associations SOS médecin), des données hospitalières (activité des services d'urgences) et des données de mortalité (données des services d'état-civil et données de certification électronique des causes de décès). Ces systèmes ne sont pas encore exhaustifs, mais peuvent déjà donner de l'information sanitaire. Ainsi, 200 services d'accueil des urgences participent au réseau Oscour®, 50 associations SOS médecins au réseau SOS et plus de 1 000 communes (représentant environ 70 % des décès) transmettent quotidiennement à l'InVS leurs données. L'analyse quotidienne de ces données permet de répondre aux objectifs suivants :

- produire des alertes, par l'observation d'un phénomène inattendu (c'est ce qui aurait permis de détecter la canicule en 2003 dès la première semaine d'août) ;

....

(11) Incendie de l'usine SBM Formulation à Béziers - Évaluation de l'impact sanitaire immédiat de l'exposition par voie respiratoire, rapport InVS, 2006.

- contribuer à mesurer et décrire une situation sanitaire. En cas d'accident ou de catastrophe naturelle, il est possible, au travers de ce système, de tracer les pathologies pouvant être causées par l'événement.

Ce système permet par ailleurs de :

- développer les réseaux de partenaires, réseaux qui sont très utiles dans la gestion des crises ;
- améliorer la capacité de réponse aux demandes d'informations et par là limiter les rumeurs ou fantasmes qui peuvent être engendrés par une communication imprécise.

La surveillance non spécifique ou syndromique est un champ récent de la surveillance en santé publique, différent dans ses modalités de la surveillance par pathologie. Les avantages de ce type de surveillance sont sa grande réactivité et l'absence de charge pour les soignants y participant compte tenu de son automatisation ¹².

EPRUS et réserve sanitaire

Créé par la loi du 5 mars 2007, l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) a pour mission d'acquérir, fabriquer, importer, distribuer et exporter les produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves sur le territoire national ou à l'étranger. L'Eprus agit sur demande du ministre de la Santé, pour lequel il exerce les fonctions d'opérateur logistique et de gestionnaire des stocks de produits de santé acquis par l'établissement ou confiés par l'État. Il dispose d'un établissement pharmaceutique chargé des opérations d'achat, de fabrication, d'importation, d'exportation, d'exploitation, de stockage et de distribution des produits prévus par les plans nationaux de réponse aux menaces sanitaires graves.

L'Eprus est également chargé de gérer la réserve sanitaire. Ce dispositif, basé sur le volontariat, permet aux professionnels, aux anciens professionnels et aux étudiants du secteur de la santé de participer à des missions ponctuelles afin de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menaces sanitaires graves. Qu'ils exercent en libéral ou en secteur hospitalier, les professionnels peuvent, avec l'accord de leur employeur, s'engager dans la réserve d'intervention. Ils peuvent alors être mobilisés pour intervenir dans la prise en charge des victimes d'une catastrophe

....

(12) http://www.invs.sante.fr/publications/2009/rapport_annuel_2008/chapitre02.pdf

(13) Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires).

sanitaire. De même, d'anciens professionnels (ayant cessé leur activité depuis moins de trois ans), des étudiants ou des professionnels d'exercice libéral dans le secteur de la santé peuvent venir renforcer les structures en cas de menace sanitaire de grande ampleur. Ils peuvent, par exemple, participer aux opérations de vaccination de masse.

Plan blanc

Chaque établissement de santé doit se préparer à affronter une situation exceptionnelle et, pour ce faire, disposer d'un Plan blanc. Initialement prévu pour anticiper un afflux de patients ou de victimes à l'hôpital, le Plan blanc a été élargi à différentes menaces, notamment aux actions de terrorisme et à la pandémie grippale. Ce plan permet à chaque établissement hospitalier de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature requis par la situation. Il peut être déclenché par le directeur ou le responsable de l'établissement ou le représentant de l'État dans le département en cas de plan blanc élargi ¹³.

Conclusion

Les crises sanitaires se génèrent avec les mêmes « ingrédients » que toutes les crises : événement imprévu et débordement des autorités ou mauvaise perception des décisions prises par ces autorités. Ce qui en fait la particularité c'est l'écart qui peut exister entre le risque perçu et le risque réel.

Plans spécifiques et outils à vocation large ont été progressivement mis en place pour anticiper, et si possible, éviter les situations de crise sanitaire. Cependant, l'appréhension des menaces sanitaires est parfois difficile à prévoir. Certains événements considérés comme « mineurs » ou « bénins » par les autorités et/ou les experts créent des situations de grande anxiété dans la population alors que des situations à risque avéré sont appréhendées fort calmement. Pour éviter que peurs, angoisses, incompréhension ne s'installent et ajoutent des difficultés de gestion, il est très important de communiquer avec calme, sans minimiser ni, au contraire, amplifier l'événement et d'accompagner l'extrême réactivité des médias. Quel que soit l'événement, cette fonction de communication doit être identifiée parmi les priorités de gestion au même titre que les secours aux populations et le rétablissement de la situation.

Danièle ILEF