

Propositions en vue d'une expérimentation régionale

Mesures régionales pour renforcer la prévention, la préparation et la gestion des risques en cas de situations sanitaires exceptionnelles (SSE)

Date de mise à jour : septembre 2023
Rédacteur : Frédéric Bizard

Préambule

La pandémie Covid-19 a été un véritable crash-test de la capacité de réaction et de gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE) par notre système de santé. De nombreux retours d'expériences ont été établis, montrant nos atouts et nos manquements face à une telle situation.

Le travail mené ici consiste à tirer parti de cette expérience, à conforter les acquis et corriger les failles pour optimiser nos capacités de préparation et de réaction face aux risques de toute sorte de situation sanitaire exceptionnelle.

Les défaillances face à une crise sanitaire grave se comptent en vies humaines que l'on peut sauver, en aggravation des inégalités sociales que l'on peut éviter, et en perte d'activités économiques considérables que l'on peut éviter.

L'URPS Médecins Libéraux d'Occitanie estime qu'il est du devoir de chaque acteur du système de santé de s'engager, aux côtés des Pouvoirs Publics, pour mieux armer notre capacité de préparation et de réponse face aux risques des SSE.

Pour cela, nous avons mené des travaux à une échelle régionale qui est, certes, celle de notre institution mais qui se révèle après réflexion un niveau géographique essentiel pour optimiser notre efficacité dans la gestion des SSE.

Ces travaux ont été menés en collaboration avec un comité de ressources (cf. p.36), regroupant un large panel de professionnels de la gestion de crises sanitaires de toute nature. Ils ont été pour la plupart au cœur de la gestion de la crise sanitaire mondiale la plus grave depuis un siècle. Leur expertise est donc à la fois théorique et pratique.

Les travaux menés ont vocation à renforcer le système de prévention, préparation et gestion pour tout risque menant à une crise sanitaire, dont l'épidémie est incluse mais non exclusive. Une crise sanitaire est un événement impactant réellement ou potentiellement la santé publique et pouvant mener à l'augmentation de la mortalité ou une surmortalité.

Elle peut toucher une ou plusieurs populations et dépasse les activités courantes des établissements hospitaliers. Le classement d'un événement en crise sanitaire s'effectue en fonction de sa criticité, sa gravité et sa probabilité de survenue.

On distingue cinq risques principaux de crise sanitaire : accueil de blessés somatiques et psychiques (accidents de la route, incendie, attentats, explosion...), prise en charge suite à un phénomène climatique, risque épidémique et biologique, prise en charge de patients atteints par un agent NRC (nucléaire, radiologique ou chimique), afflux de malades notamment des personnes fragiles (canicule, grippe...).

Nous étudierons dans un premier temps le bilan de la pandémie Covid. Puis, face à l'ensemble de ces risques, nous proposerons l'instauration d'une force de réaction rapide stratégique régionale, avant de détailler le contenu d'une force de réaction rapide opérationnelle régionale.

Nos recommandations visent à être expérimentées dans la région Occitanie afin d'en évaluer l'impact et d'en étudier la faisabilité pour une extension nationale.

« Les hommes n'acceptent le changement que dans la nécessité et ils ne voient la nécessité que dans la crise » - Jean Monnet

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Préambule..... | 1 |
| I. Bilans de la crise COVID sur la prévention et la gestion des SSE..... | 4 |
| 1.1. <i>Le bilan humain le plus lourd depuis la grippe espagnole.....</i> | 4 |
| 1.2. <i>Les leçons principales pour la gestion des futures crises sanitaires.....</i> | 6 |
| 1.3. <i>Les recommandations de l'OMS pour prévenir et gérer les SSE.....</i> | 11 |
| II. Pour une force de réaction rapide stratégique régionale (FRRSR)..... | 14 |
| 2.1. <i>Les fondements d'une telle force.....</i> | 14 |
| 2.2. <i>Composition et missions de la FRRSR.....</i> | 14 |
| 2.3. <i>Fonctionnement de la force de réaction rapide stratégique régionale.....</i> | 16 |
| III. Pour une force de réaction rapide opérationnelle régionale (FRROR)..... | 17 |
| 3.1. <i>Pour une réserve sanitaire matérielle régionale de prévention et lutte contre les SSE.....</i> | 17 |
| 3.1.1. <i>Analyse des réserves matérielles existantes.....</i> | 17 |
| 3.1.2. <i>Les limites de l'organisation actuelle de la réserve matérielle.....</i> | 24 |
| 3.1.3. <i>Propositions d'organisation de cette réserve matérielle régionale.....</i> | 24 |
| 3.2. <i>Évolution de la réserve sanitaire humaine.....</i> | 27 |
| 3.2.1. <i>La réserve sanitaire humaine existante.....</i> | 27 |
| 3.2.2. <i>Les limites des dispositifs existants.....</i> | 31 |
| 3.2.3. <i>Les évolutions proposées pour la réserve sanitaire humaine.....</i> | 32 |
| 3.3. <i>Pour un plan d'information et de formation des professionnels de santé à la gestion des SSE.....</i> | 33 |
| 3.3.1. <i>La formation des professionnels aux SSE.....</i> | 33 |
| 3.3.2. <i>Les systèmes d'information et la communication en SSE.....</i> | 34 |
| Comité Ressources..... | 37 |
| Annexes..... | 39 |
| <i>Annexe 1 : Composition du poste sanitaire mobile 1 (PSM 1).....</i> | 39 |
| <i>Annexe 2 : les grossistes répartiteurs en France.....</i> | 42 |
| Bibliographie..... | 44 |

Après plus de 3 ans et demi de la date de déclaration de l'état de pandémie mondiale, nous disposons d'une littérature fournie de retour d'expérience et d'analyses d'experts pour réfléchir à la conception de systèmes résilients face à un tel risque de SSE.

À la vue des données scientifiques, il semble hautement probable aux experts qu'une prochaine crise comparable aura lieu dans les années à venir.

Nous rappellerons le bilan de cette crise sanitaire, dont la gravité oblige responsables politiques et société civile à agir. Une revue de la littérature sur les principales leçons à tirer du Covid confirmera les piliers privilégiés de nos travaux pour construire un modèle résilient à l'échelle régionale.

1 – Le bilan humain le plus lourd depuis la grippe espagnole

« *C'est avec beaucoup d'espoir que je déclare que le Covid-19 n'est plus une urgence sanitaire de portée internationale* » a déclaré le directeur de l'OMS le 5 mai 2023. Même s'il a tempéré ses propos par un constat : des millions de personnes continuent d'être infectées ou réinfectées par le SARS-CoV-2 et que des milliers de personnes en meurent encore chaque semaine. « *Ce virus est là pour durer, il continue de tuer* », a rappelé le directeur.

Cette annonce intervient 3 ans, 13 semaines et 4 jours (soit 1190 jours) après la date du 30 janvier 2020 où le directeur de l'OMS décrétait l'alerte maximale face à un virus surgi de Chine, se diffusant à vitesse prodigieuse et semant le chaos. Il balayera le monde d'une série de vagues meurtrières.

Très vite, il est apparu que le virus qui déferlait sur le monde début 2020, allait être **un tueur en série**. Responsable d'une épidémie de pneumonie bientôt baptisée « Covid-19 », le SARS-CoV-2 éliminait directement ses victimes les plus fragiles. Elles développaient une détresse respiratoire aiguë, souvent couplée à une réaction inflammatoire incontrôlée provoquant un « choc septique » fatal.

En quelques 3 années, le SARS-CoV-2 a infecté plus de 765 millions de personnes dans le monde (10% de l'humanité) et en a tué environ 20 millions (0,25% de l'humanité). Par comparaison, la grippe espagnole aurait fait 20 à 50 millions de morts (1% de l'humanité à l'époque).

A ce décompte, il faut ajouter les victimes indirectes du Covid-19 à la suite des pertes de chance découlant des annulations ou des retards de soins, du fait des périodes de confinement et de la saturation des systèmes de santé.

Alors qu'au plus fort de la crise, en janvier 2021, 14 500 personnes mouraient chaque jour du Covid-19 dans le monde, on en recense en mai 2023 environ 500 à 600 par jour. En France, le pic du nombre de décès dépassait 1000 décès par jour (vers le 10 avril 2020), on en décompte une trentaine en mai 2023.

De multiples effets collatéraux non encore complètement élucidés.

Au-delà des vingt millions de personnes décédées des complications directes du Covid-19 dans le monde, de nombreuses personnes infectées souffrent toujours d'un Covid long, un ensemble de symptômes persistants qui concernerait de 10 % à 15 % des personnes infectées selon l'OMS, mais de 23 % à 80 % des patients hospitalisés pour Covid.

Ce virus a aussi provoqué des dégâts plus sournois. D'une façon indirecte, il a aggravé l'état de santé de nombreux patients « *non-Covid* » : ceux qui souffraient déjà d'une autre maladie ou qui en ont développé une durant la pandémie. Il fallait, en priorité, prendre en charge l'afflux massif de malades du Covid-19 dans les services de réanimation.

De nombreux soins ont dû alors être reportés, voire annulés en 2020, 2021 et début 2022. Le pic des reports a été au printemps 2020. Des diagnostics ont par ailleurs été retardés, en particulier pour les cancers, occasionnant de graves pertes de chance. A cela s'est ajoutée la peur des patients qui, par crainte d'être contaminés, ont d'eux-mêmes renoncé à certaines prises en charge.

« Pour dresser un panorama exhaustif des conséquences de l'épidémie sur les patients non-Covid, il faudra encore attendre quelques années », écrivent les auteurs d'un premier bilan de ces dégâts collatéraux en France, les journalistes Sylvain Labaune et Jean-Yves Paillé, de l'Agence de presse médicale, dans leur ouvrage¹.

Des premiers chiffres peuvent être avancés pour la France. Environ 3,5 millions de séjours hospitaliers n'ont pas été effectués entre mars 2020 et fin 2022, estime la Fédération hospitalière de France.

Les retards de diagnostic de cancers, entre mars et juillet 2020, pourraient entraîner 1 000 à 6 000 décès supplémentaires dans les années à venir, avance la Fédération Unicancer. L'activité de greffes d'organes a chuté de 25 % sur l'année 2020 – d'où une espérance de vie réduite des patients en attente de greffe de rein.

En orthopédie, les déprogrammations massives – le nombre de pose de prothèses de genou a chuté de 25 % en 2020 – ont entraîné des pertes d'autonomie. En France, 42 % des personnes atteintes d'une maladie chronique (diabète, maladies neurodégénératives, troubles mentaux...) ont vu certains soins annulés ou reportés début 2020. Le Covid-19, par ailleurs, a provoqué une dégradation importante de la santé mentale des Français, plus encore des populations fragiles, a averti Santé publique France.

La prise en charge des maladies cardiovasculaires, comme l'insuffisance cardiaque, a été fortement affectée. Dans les premiers mois de la pandémie, un million de consultations en moins ont été enregistrées en cardiologie. Durant le premier confinement, le nombre d'arrêts cardiaques a quasiment doublé en région parisienne, alors qu'ils étaient stables depuis neuf ans, a montré l'Inserm.

Le taux de survie des patients hospitalisés pour un infarctus a été deux fois plus faible. Quant aux AVC, la première vague de Covid-19 a été désastreuse pour leur prise en charge, plus tardive. La mortalité des patients hospitalisés pour un AVC a augmenté de 60 %.

A l'échelle mondiale, le virus a eu un autre effet très pernicieux. Entre 2019 et 2021, 67 millions d'enfants ont été privés d'un ou de plusieurs vaccins, et les couvertures vaccinales ont baissé dans 112 pays, a averti l'Unicef le 20 avril 2023. En cause, les perturbations induites par la pandémie, mais aussi les conflits et la perte de confiance à l'égard de la vaccination.

Conséquence directe : en 2022, par exemple, le nombre total de cas de rougeole a plus que doublé par rapport à l'année précédente dans le monde, tandis que le nombre d'enfants paralysés après avoir contracté la poliomyélite a augmenté de 16 %.

Durant la pandémie, la perception de l'importance de la vaccination infantile a diminué dans 52 des 55 pays à l'étude de l'Unicef, en particulier chez les moins de 35 ans et chez les femmes. Un paradoxe, au vu du succès rapide des vaccins développés contre le Covid-19.

En Europe, par exemple, l'administration de ces vaccins anti-Covid aurait sauvé 1 004 927 de vies entre décembre 2020 et mars 2023, a estimé l'OMS mi-avril 2023.

Cette confiance en berne est préoccupante, le risque étant de voir « prochainement un grand nombre d'enfants succomber de la rougeole, de la diphtérie ou d'autres maladies évitables », a alerté Catherine Russell, directrice générale de l'Unicef.

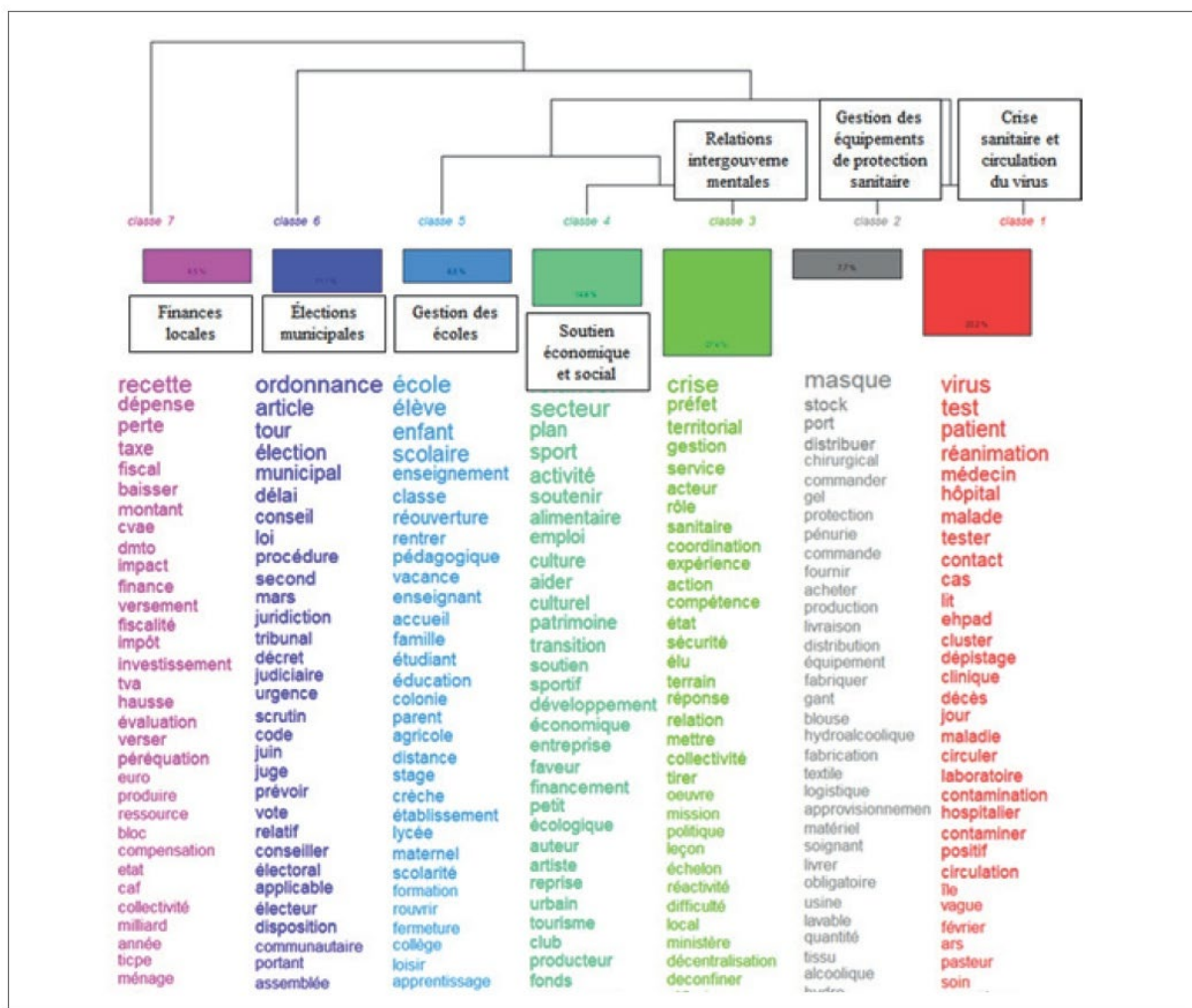
¹ *Les Retards de soins : la bombe à retardement*. Éditions Les Asclépiades, 320 pages

2 – Les leçons principales pour la gestion des futures crises sanitaires

La gestion par l'État des diverses vagues Covid, en particulier au début, selon la tradition napoléonienne et jacobine, a laissé peu de place aux autres acteurs telles que les collectivités locales et les professionnels de santé de terrain.

Des chercheurs² ont réalisé une analyse typologique et factorielle à partir des multiples documents publiés en 2020. Il en ressort un classement en 7 classes faisant émerger 7 thèmes majeurs : crise sanitaire et circulation du virus, gestion des équipements de protection sanitaire, relations intergouvernementales, soutien économique et social, gestion des écoles, élections municipales, finances locales.

Schéma 1 : Typologie des classes résultant de l'analyse textuelle



Source : C. du Boys, M. Bertolucci, *Gestion et management public 2021/4*

Sur la gouvernance multi-niveaux en réseau

Au cours de la crise Covid, l'État a cependant été contraint d'évoluer vers une gouvernance multi-niveaux. Cette dernière est à replacer dans des dynamiques plus anciennes qui oscillent depuis 40 ans entre verticalité et

² C. du Boys, M. Bertolucci, *Gestion et management public 2021/4*

territorialisation de l'action publique, entre centralisation, déconcentration et décentralisation (Le Lidec, 2020b).

Parmi les 7 thèmes identifiés, trois sont directement liés aux travaux menés ici : crise sanitaire et circulation du virus (classe 1), gestion des équipements de protection sanitaire (classe 2) et relations intergouvernementales sanitaires (classe 3).

Pour la classe 1, les actions ont été essentiellement menées par l'État. La classe 2 fait écho aux difficultés de l'État et aux efforts de la société civile et des collectivités territoriales pour s'approvisionner directement face à la pénurie.

Dans ce cas, le gouvernement, défini comme la capacité à guider, diriger ou piloter la société (*Ferlie et al, 2019*), fait référence à des relations verticales entre niveaux d'acteurs institutionnels, empreintes de centralisme et de formalisme. La réflexion sur la gouvernance accompagne une évolution vers de nouveaux modes de relations intergouvernementales et de nouvelles méthodes pour gouverner (*Ferlie et al, 2019*).

La gouvernance multi-niveaux est ainsi vue comme une alternative au gouvernement hiérarchique, un mode de relations négociées entre les institutions à différents niveaux institutionnels. Ce besoin d'une gouvernance multi-niveaux identifié par la recherche universitaire met l'accent sur la réflexion d'une gouvernance à l'échelon régional.

Après l'hyper-centralisme, une forme d'horizontalité s'est imposée

Des prémices de l'épidémie à la crise aigüe, une hypercentralisation de gestion de la crise s'est imposée. L'État limite l'initiative territoriale, via des directives nationales laissant peu de place à la décision locale.

Malgré une relative unité nationale autour du déclenchement des différentes étapes jusqu'au confinement de mars 2020, le gouvernement a dû faire face à des attaques sur sa gestion de la crise : manque initial de masques, maintien des élections municipales rendant ambigus les messages officiels, centralisation inefficace des achats... Le retard de la mise en place des tests de dépistage a été un problème sensible à la sortie du confinement.

La suite de la crise verra une plus grande coopération de l'État avec les acteurs locaux. La forte verticalité de l'autorité a été largement perçue comme nuisant à la qualité des décisions³. La crise a ravivé les tensions entre gouvernements centraux et locaux, et les difficultés de l'État ont permis aux élus locaux de défendre le besoin de territorialisation et de mettre en avant l'agilité de leur action.

Des exemples de bonne coopération ont émergé. Dans les Ehpad, départements, ARS et préfectures ont coopéré pour organiser des mesures de soutien et cellules de crise (AN, 2020b), des actions telles que la commande de masques et d'équipements ont été mutualisées (AN, 2020b).

Ainsi, face à la crise, de nouveaux modes de gouvernance ont émergé sous l'égide d'acteurs locaux comme les collectivités territoriales, qui ont coopéré entre acteurs publics et privés. Ces réseaux organiques, caractéristiques d'un modèle de gouvernance en réseau, s'adaptent aux contours des situations (temps et espace) sans considération de frontières administratives ou nationales. Ils favorisent la résilience des territoires en multipliant les acteurs, et permettent ainsi le maintien des services.

³ *Éloignées du terrain (Sénat, 2020a, 2020c), concentration excessive de l'information, directives sanitaires en retard par rapport à l'urgence (AMF, 2020, Sénat (2020b))*

Un investissement financier modeste, permanent et à haut rendement pour prévenir et gérer efficacement les futures crises.

Le Président de la Banque Mondiale a parlé au sujet de la crise Covid d'un cycle de « *panique, négligence, négligence, panique* ». Alors que la terreur créée par la pandémie recule, l'attention générale se déplace sur d'autres sujets et les mécanismes vitaux de lutte s'atrophient.

Le Panel indépendant d'experts installé par l'OMS⁴ a parlé de « *moment Tchernobyl* » pour cette pandémie, en insistant sur la nécessité d'investir maintenant sans quoi « *nous condamnerons le monde à subir à répétition des catastrophes* ».

Le Covid peut être vu comme un test face à des crises sanitaires plus graves. Il suffit d'imaginer une pandémie de type Covid mais avec un taux de mortalité de 25% des personnes infectées.

L'estimation des coûts de mise en place d'un projet de renforcement des capacités de réponse aux futures crises sanitaires sur un plan national comme international est très convaincante sur un plan économique.

En se basant sur le panel indépendant de l'OMS entre autres, Mc Kinsey a estimé⁵ que l'instauration d'un programme de prévention de futures crises sanitaires dans le monde nécessiterait un investissement mondial de 85 à 130 milliards \$ les deux premières années, puis de 20 à 50 milliards \$ par an ensuite. Un tel plan réduirait significativement les risques de crise sanitaire dans le monde.

Face à ces 285 à 430 milliards \$ à investir sur 10 ans, il faut considérer que la crise Covid a généré un coût économique minimum de 16 billions \$ (16 000 milliards \$), soit un rapport coût sur bénéfice de 1 pour 35.

Cet investissement revient à 5\$ par personne par an à l'échelle mondiale. Environ 27% de cet investissement prendrait part à l'échelle mondiale ou régionale et 73% à l'échelle nationale (8% dans les pays à revenus élevés et 65% dans les pays à revenus faibles à moyens).

Même si ces chiffres sont des approximations qui devront être affinées dans le temps, le message est fort et solide : **les maladies infectieuses vont continuer à émerger, ce qui exige de mettre en place des programmes solides de préparation et de réponse aux futures crises.**

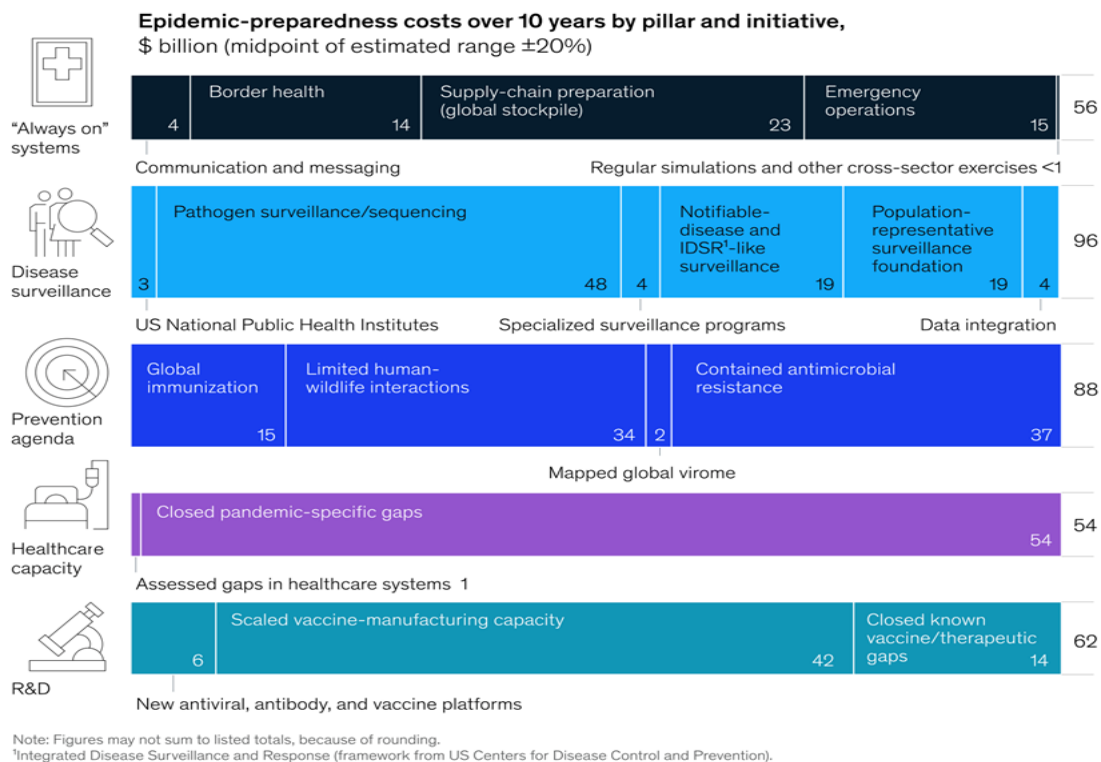
La construction de ce programme de l'OMS repose sur 5 piliers dont le coût par pilier a été estimé sur 10 ans (schéma 2) : les systèmes permanents de protection (15% du coût total), la surveillance épidémiologique (27%), l'agenda prévention (25%), les capacités du système de santé (15%), la R& D (17%).

La réflexion menée dans nos travaux porte sur au moins trois des cinq piliers.

⁴ *Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response – WHP – [ici](#)*

⁵ *McKinsey- Not the last pandemic- Investing now to reimagine public health system- May 2021*

Schéma 2 : Estimation des coûts des 5 piliers de prévention des crises sanitaires à l'échelle mondiale – 357 Mrds \$



Source: Mc Kinsey-Matt Craven & co, Mai 2021

De la pandémie à l'endémie : apprendre à vivre avec le virus

Alors que le Covid continue à tuer des personnes chaque jour en France, 150 aux USA et près de 500 dans le monde, il est aujourd'hui probable que le Covid devienne endémique.

L'évolution de la forme pandémique vers une forme endémique exige une série d'adaptations de la société, dont des adaptations psychologiques pour vivre en continue avec ce risque infectieux.

Alors que l'automobile tue près de 40 000 américains et 3 500 français chaque année, la société a progressivement conçu des plans de réduction de ce risque (législation, ceintures de sécurité, airbag). Les citoyens ont intégré ce risque dans leur vie courante. Il en sera de même avec le covid.

La société devra définir ce qui est acceptable comme coût humain. Il faudra définir des protocoles de prise en charge du Covid pour limiter la mortalité et ralentir la transmission.

Autres leçons de la pandémie

On peut parler d'abord d'une prise de conscience du risque. « Nous savons désormais que les menaces liées aux virus émergents peuvent se concrétiser en pandémies dévastatrices, note Arnaud Fontanet. Le monde a compris que ce n'est pas de la science-fiction. »

Une des clés de l'efficacité des réponses, face à cette pandémie, a été « la précocité des interventions », relève l'épidémiologiste. En Europe, le pays qui a le mieux géré la crise est le Danemark, qui a su mettre en place des mesures fortes et très anticipées.

Autre enseignement : le repositionnement de médicaments existants n'a globalement pas fonctionné – un seul a montré une efficacité très modeste, le remdésivir. Il faut donc développer des traitements spécifiques pour chaque virus.

Face aux offensives du virus, les pays ont déployé une large gamme de ripostes : fermetures d'écoles ou de lieux publics, télétravail généralisé quand cela était possible, interdiction de rassemblements, confinements, couvre-feux... Il faudra analyser en détail l'impact de ces mesures, et comparer les résultats.

La pandémie a aussi mis en lumière le rôle déterminant de la science, qui a permis d'obtenir des vaccins en moins d'un an, et des traitements comme les anticorps monoclonaux ou le Paxlovid.

Les travaux de modélisation, par ailleurs, ont contribué à guider les actions publiques. Plus de 350 000 études scientifiques ont été publiées sur le Covid-19, avec une multitude d'approches. La plupart des revues les ont rendues accessibles aux chercheurs. La confiance en la science sera un déterminant majeur de notre capacité à gérer les prochaines crises.

La pandémie de Covid-19 a mis en évidence l'enjeu de l'approche « *One Health* » (« Une seule santé ») qui vise, entre autres, à mieux traquer les microbes hébergés par la faune sauvage ou les animaux domestiques pour prévenir leur transmission aux humains. La capacité de cette approche à endiguer une pandémie, cependant, reste à prouver.

Dans la réponse à cette crise sanitaire, la coordination internationale est loin d'avoir été optimale. Elle a aussi révélé les limites du règlement sanitaire international (RSI), institué en 2005 – un accord juridiquement contraignant, qui engage les 194 États signataires à développer leurs capacités à détecter et à éviter les menaces sanitaires, et à signaler ces événements à l'OMS.

Le RSI précise, par exemple, que les mesures sanitaires prises par les États doivent éviter toute interférence inutile avec les commerces internationaux. Mais quand il a fallu restreindre les déplacements internationaux pour enrayer la circulation du virus, début 2020, cette disposition a semé la confusion. L'OMS travaille aujourd'hui à amender le RSI.

Autre initiative : les États membres peaufinent un nouvel instrument juridique (convention, accord ou traité) « *visant à renforcer la prévention, la préparation et l'intervention en cas de pandémie* », explique l'OMS, et qui pourrait être adopté en mai 2024. Mécanisme d'alerte facilitée, accès équitable aux vaccins et autres moyens de lutte contre les pandémies... pourraient en être des objectifs.

Enfin, « *toutes les conditions sont réunies pour qu'une autre pandémie survienne* », estime Arnaud Fontanet. Principaux candidats : les virus respiratoires (grippe, coronavirus...) et les arbovirus, transmis à notre espèce par des arthropodes à partir d'un réservoir animal ou d'une personne infectée.

La liste est longue : fièvre jaune, dengue, Zika, virus du Nil occidental, encéphalite à tique, chikungunya...

Face à cette situation, il faut mettre en place un système performant et renforcé de prévention, de préparation et de gestion du risque de crise sanitaire. C'est l'objet de nos travaux.

3 – Les recommandations de l’OMS pour prévenir et gérer les SSE⁶

La pandémie Covid a mis à l’épreuve l’organisation et le fonctionnement de la santé publique en France et dans tous les pays développés. La propagation rapide du virus a obligé les pouvoirs publics et les décideurs de santé publique à mobiliser rapidement des ressources et à mettre en place des procédures d’intervention pour diminuer la transmission et sauver des vies.

La pandémie a aussi vu la mise en place de nouveaux partenariats – entre les agences étatiques, les laboratoires d’analyse, les hôpitaux, les associations, les gouvernements – qui peuvent servir de modèles pour répondre aux besoins des futures crises.

Afin d’analyser les missions et la composition d’une cellule de prévention et de gestion des crises sanitaires, voyons les recommandations du plan actualisé de l’OMS pour préparer, contrôler et gérer le risque de SSE.

Les défis à relever des prochaines années selon l’OMS

Le leitmotiv de ce plan est **de maintenir les acquis de la pandémie**.

Le premier défi est de **conserver un niveau suffisant de couverture vaccinale**. Au 5 avril 2023, à l’échelle du globe, ce taux était pour une primo-vaccination complète de 89% pour les professionnels de santé, 82% pour les personnes âgées et de 66% pour la population générale. Alors que l’immunité anti-covid baisse avec le temps, la proportion de la population mondiale ayant reçu des doses de rappel reste « *très faible* » rappelle l’OMS.

En France, à l’automne 2023, une nouvelle campagne vaccinale anti-covid 19, couplée à celle de la grippe, s’ouvrira aux plus de 65 ans, aux personnes à risque de moins de 65 ans, à leur entourage et aux personnels de santé. Le Covid-19 devient une maladie infectieuse qu’il convient de prévenir. La différence avec la grippe est qu’il n’est pas encore complètement devenu saisonnier.

Un deuxième défi est **le maintien des systèmes de surveillance du virus**, pour détecter un foyer émergent. L’OMS préconise de multiplier les approches et d’intégrer aussi les tests de dépistage du Sars-Cov-2 dans les systèmes de surveillance des maladies respiratoires comme la grippe, avec un partage en temps réel des données.

Les équipements de séquençage doivent être maintenus selon l’OMS. Le diagnostic et le séquençage génomique du virus seront privilégiés chez les patients hospitalisés avec des symptômes de Covid-19 et avec un risque de forme grave.

Les outils numériques développés avec la crise, comme *tousanticovid* sont à conserver et à mettre à profit pour informer et responsabiliser la population dans la surveillance du virus.

Le plan stratégique mondial de l’OMS pour 2023-2025

Pendant les 3 ans de la crise Covid, l’OMS a conçu pour les pays une stratégie de préparation et de réponse à la crise sanitaire composée de 10 piliers. L’actualisation de cette stratégie pour la période 2023-2025 a identifié 5 composants principaux, dans lesquels les 10 piliers sont intégrés (cf. tableau 1).

⁶ From emergency response to long-term COVID-19 disease management: sustaining gains made during the COVID-19 pandemic - 3 May 2023 - COVID-19: Critical preparedness, readiness and response, [ici](#)

Tableau 1 : Les 5 composants principaux et 10 piliers du plan 2023-2025 de l'OMS pour préparer, contrôler et gérer les risques de pandémie

| 5 composants essentielles | 10 piliers opérationnels |
|-----------------------------|--|
| Coordination d'urgence | Pilier 1 : Coordination, planification, financement et monitoring |
| Surveillance collaborative | Pilier 3 : Surveillance, recherche épidémiologique, contact tracing et ajustement de la santé publique et des mesures sociales |
| | Pilier 5 : Laboratoires et diagnostics |
| Protection de la communauté | Pilier 2 : Communication du risqué, engagement de la communauté et management du risqué |
| | Pilier 4 : Points d'entrée, transports et voyages internationaux, rassemblements de masse et mouvement de population |
| | Pilier 10 : Stratégie, politique et recherche sur les vaccins |
| Des soins sûrs et évolutifs | Pilier 6 : Prévention de l'infection, contrôle et protection du personnel soignant |
| | Pilier 7 : Management des cas, opérations cliniques et thérapeutiques |
| | Pilier 9 : Renforcement des systèmes et des services de santé essentiels |
| Accès aux contre-mesures | Pilier 8 : Support opérationnel, logistique et des chaînes logistiques |
| | Pilier 10 : Stratégie, politique et recherche sur les vaccins |

Source : OMS-HEPR 2023-2025

La surveillance collaborative

Pour 2023-2025, il est essentiel que les pays maintiennent les principales activités de surveillance du SRAS-CoV-2 pour atteindre les objectifs stratégiques clés, appliquent plusieurs approches de surveillance, telles que la surveillance sentinelle, la surveillance environnementale, la surveillance participative, la surveillance séro-épidémiologique, la surveillance basée sur les événements.

Le dépistage du SRAS-CoV-2 doit être utilisé de manière stratégique et intégré aux activités de surveillance des maladies respiratoires existantes, notamment le Système mondial de surveillance et de riposte à la grippe (GISRS) et le Réseau mondial de laboratoires sur le coronavirus (CoViNet).

Les pays doivent continuer à renforcer la surveillance génomique du SRAS-CoV-2 et d'autres agents pathogènes à potentiel épidémique et pandémique.

Protection de la communauté

Depuis le début de la pandémie, l'OMS a défini une stratégie claire pour engager, responsabiliser et permettre aux personnes et aux communautés d'utiliser tous les outils disponibles pour se protéger, leurs familles et leurs communautés.

Des directives de l'OMS ont été publiées et mises à jour pour aider les pays à utiliser des mesures de santé publique et sociale, en utilisant une approche basée sur les risques, en fonction de la circulation du SRAS-CoV-2, des capacités à répondre aux surtensions et dans le contexte d'une immunité croissante au niveau de la population.

Des soins sûrs et évolutifs

Les principaux piliers qui traitent de soins sûrs et évolutifs sont la prévention et le contrôle des infections (PCI) et la protection du personnel de santé (pilier 6) ; la prise en charge des cas, les opérations cliniques et thérapeutiques (pilier 7) et le renforcement des services et systèmes de santé essentiels (pilier 9).

Les actions essentielles que les États membres doivent envisager lors de la mise à jour des politiques COVID-19 en matière de prévention et de contrôle des infections consistent à maintenir les réalisations en matière de prévention en contrôle des infections (PCI) réalisées au cours des trois dernières années et à hiérarchiser les lacunes critiques des programmes de PCI.

Accès aux contre-mesures

Le système de chaîne d'approvisionnement COVID-19 (CSCS) a été créé en 2020 pour faire face aux pénuries aiguës et fournir aux pays les fournitures essentielles pour leur réponse à la COVID-19. En 2022, la plupart, mais pas la totalité, des pénuries d'approvisionnement ont été résolues pour l'essentiel, et il y a eu un retour aux pratiques d'approvisionnement pré-COVID-19.

Les États membres devraient veiller à ce que les capacités techniques nécessaires pour soutenir les fonctions de planification et de mise en œuvre de l'appui aux opérations et de la logistique (OSL) soient disponibles à tous les niveaux. La préparation de fournitures adéquates aux niveaux national et régional permettra un déploiement rapide lors de futures urgences.

En ce qui concerne la recherche, la pandémie de COVID-19 a montré l'importance vitale de la poursuite des études pour aborder les inconnues du SRAS-CoV-2 et son efficacité d'intervention. L'OMS encourage les pays à investir dans la recherche pour faire face à des inconnues critiques sur les agents pathogènes épidémiques et pandémiques, y compris le SRAS-CoV-2.

Il reste un besoin pressant de réduire la fragmentation dans la recherche et utiliser au mieux les ressources disponibles. Les interactions formelles et informelles avec des partenaires et des scientifiques du monde entier facilitent les discussions sur les meilleures pratiques pour le test rapide et simultané de différents vaccins, médicaments et diagnostics.

La coordination d'urgence

Bien que de nombreux pays aient réduit le fardeau de la COVID-19, des inégalités persistent dans l'accès aux interventions préventives et vitales, tout comme les incertitudes concernant l'évolution du virus.

Dans ce contexte, une coordination interministérielle, multidisciplinaire et multisectorielle renforcée demeure nécessaire durant cette période de transition en mettant l'accent sur les priorités clés.

Ces dernières comprennent le renforcement de la surveillance intégrée pour suivre et détecter les nouvelles variantes connues du SRAS-CoV-2 et atteindre les objectifs de vaccination pour les groupes à risque, la poursuite du développement des stratégies pour accroître l'accès et l'utilisation de diagnostics abordables et thérapeutiques pour prévenir les maladies graves et les décès chez les personnes vulnérables et le renforcement de la préparation à une pandémie.

Pour renforcer la préparation, la prévention et la gestion des SSE, nous proposons deux niveaux d'intervention régionale :

- Un niveau stratégique avec la mise en place d'une force de réaction rapide stratégique régionale (FRRSR) ;
- Un niveau opérationnel avec la mise en place une force de réaction rapide opérationnelle régionale (FRROR).

1 – Les fondements d’une telle force

La réflexion sur la préparation, la prévention et la gestion des SSE laisse apparaître deux univers distincts d’intervention :

- **L’univers de l’inconnu** : ces crises sont non anticipables, plus rien n’est sous contrôle. C’est l’univers de l’inenvisageable tel qu’un tremblement de terre dans une région française (certaines présentent des failles sismiques) qui paralyserait l’essentiel des capacités de prise en charge sanitaire de la population ;
- **L’univers des crises prévisibles** : il s’agit alors de renforcer les dispositifs existants, d’améliorer l’efficacité opérationnelle des interventions, de combler les manques identifiés dans les retours d’expérience (Retex).

C’est le premier univers qui nous intéresse ici. C’est l’univers de l’essence même de la crise. Il ne s’agit plus d’une simple urgence qui commande l’application rapide de réponses connues. Patrick Lagadec, expert de la gestion de crise, parle d’une projection brutale dans un univers barbare⁷.

La logique de crise impose d’avancer par questionnement. Il ne s’agit pas d’aller vite, mais de refonder le sens et les modalités de l’action. Les crises ont un effet paralysant sur les capacités d’intelligence, de réflexion et de pilotage.

Elle enferme les individus dans une forme de piège dont il faut sortir. Le choc provoqué par l’évènement fait perdre toute notion habituelle, tout repère et ancrage traditionnel. Le champ cognitif s’est sensiblement rétréci au point de conduire à une forme d’impuissance.

Les cellules de crises instaurées dans ces circonstances ajoutent souvent du désordre plus que des solutions. Elles sont souvent le lieu de désaccord sur les faits, les objectifs et les missions. Une erreur classique est celle de l’erreur de la qualification de la crise qui revient à se tromper de sujet. Le H1N1 n’est pas le H5N1, Katrina n’est pas un cyclone.

A l’opposé, marquées par une monoculture, elles peuvent être la source d’un unanimité qui va anéantir tout questionnement, toute remise en cause des décisions prises, même si les faits démontrent qu’il faudrait agir différemment. C’est un peu la chasse aux déviants.

Par définition, les crises déstructurent les systèmes, désorganisent les plans prévus, les capacités de réponse. Elles déclenchent une dynamique de dislocation. Chaque composante du système prend son autonomie et agit selon sa vision.

Cette approche de FRRSR vise à créer un espace de questionnement et d’inventivité dans la réponse, afin d’alléger le fardeau de la surprise. C’est une force de préparation à l’imprévu, à l’imprévisible.

2 – Composition et missions de la FRRSR

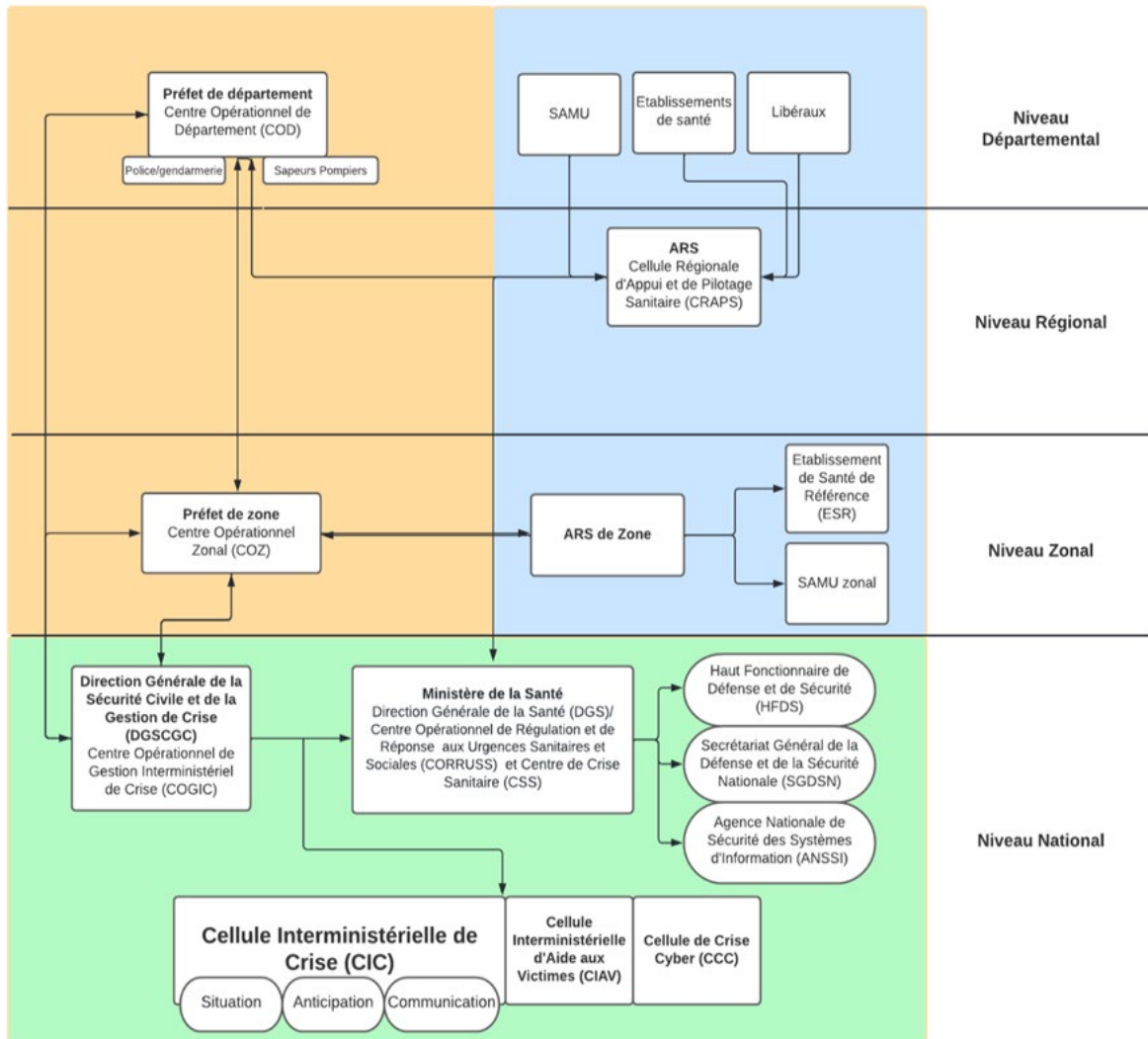
Par définition non prévisibles, ces situations de crise font appel à des habilités spécifiques qui sont à identifier avec des spécialistes. Il existe dans d’autres domaines ce type d’unités spéciales qui interviennent lorsque les institutions courantes sont dépassées, dans les cas où les approches classiques ne fonctionnent plus. C’est le cas du Raid par exemple.

⁷ "La force de réflexion rapide : aide au pilotage de crise" - Par Patrick Lagadec – Ex-directeur de recherche à l’École Polytechnique.

Des personnes stimulées par l'inconnu

Sur un plan collectif, le groupe doit représenter l'essentiel des forces vives régionales et locales impliquées dans une SSE (voir schéma 1).

Schéma 3 : Échelons d'intervention en période de crise



Source : Plan SSE – Aphp - Mars 2022

L'univers de l'inconnu nécessite d'instaurer une task-force régionale constituée de personnalités dont la motivation pour devenir expert de haut niveau dans la gestion des SSE est très élevée. Outre cette motivation, ces personnes doivent disposer d'un certain nombre des capacités adaptées à la gestion de situations inconnues.

C'est une équipe d'une dizaine de personnes capables d'ouvrir des questionnements et des perspectives inédits. Même s'il est difficile de définir un profil précis, voici quelques dispositions individuelles probablement nécessaires pour participer à cette force :

- Être à l'aise avec l'imprévisible ;
- Être intéressé par la réflexion hors cadre, hors des références habituelles ;
- Être capable de concevoir des propositions en temps réel ;
- Rester créatif quand tous les repères ont disparu ;
- Être à l'aise pour formuler des propositions inédites dont le résultat est incertain ;
- Pouvoir dialoguer avec des responsables de tout secteur.

Missions de solutionnement des crises complexes

La FRRSR vient en appui des dirigeants lors de l'émergence de crises complexes.

Plusieurs missions peuvent être identifiées :

- Élaborer des propositions hors-cadres, à partir de sa propre réflexion ;
- Répondre à des sollicitations pour des avis, hors période de crise ;
- Écrire à partir de la « page blanche » lors de crise ;
- Collaborer en proximité et/ou à distance avec les cellules de crises diverses (opérationnelles, communication, direction) ;
- Intervenir lors de déviations des actions, lors de signes aberrants de gestion de crise ;
- Collaborer avec d'autres régions et/ou des partenaires à l'étranger.

3 – Fonctionnement de la force de réaction rapide stratégique régionale

Les deux principaux objectifs de cette institution sont de détecter les failles le plus précocement possible et de proposer des solutions innovantes.

Son intervention est potentiellement permanente. Hors crise, elle optimise les process existants de gestion de crise ; pendant les crises, elle bâtit des réponses adaptées.

La première étape pour bâtir cette FRRSR est de sélectionner les membres. Une pré-sélection de 15-20 de personnes représentatives des forces vives de la gestion de crise de la région est à réaliser.

Ensuite un séminaire inaugural d'au moins une journée avec un expert devrait permettre d'arriver à une cellule de 5 à 10 personnes très motivées et adaptées aux enjeux.

Chaque membre de la FRRSR serait entraîné à opérer dans un univers « barbare », lorsque les références les plus solides ne fonctionnent plus. Il y a donc une formation à mener pour habituer les membres à raisonner hors cadre, tout en restant naturel et en gardant toutes ses capacités cognitives.

Le mode FRRS s'acquiert, il ne se décrète pas.

Des séminaires trimestriels dédiés à ce type de mise en situation seraient à mener, avec un contenu de ce type :

- Mise en situation à partir de crises réelles ;
- Invention de scénarios par les membres ;
- Mise en situation sur des sujets hautement sensibles ;
- Exercices exigeant des capacités de créativité opérationnelles.

En période hors SSE, la FRRSR travaille au profit des pouvoirs publics pour repérer les signaux faibles et améliorer les process en place. Pendant les crises, elle est automatiquement saisie pour jouer son rôle de conseil.

Il serait probablement utile de former également les responsables politiques concernés par la gestion des SSE à l'usage d'une telle force de réaction rapide. Le rôle de cette force n'est pas de se substituer aux décideurs, son bon usage par les pouvoirs publics est une condition de son succès.

1 – Pour une réserve matérielle régionale de prévention et lutte contre les SSE

1.1 – Analyse des réserves matérielles existantes

Voyons ce qui est présenté par les Pouvoirs Publics concernant l'existence, le fonctionnement et la gestion des réserves sanitaires matérielles. Nous distinguerons la période de gestion par l'EPRUS et celle après sa disparition, sous la tutelle de Santé Publique France, encore en cours aujourd'hui.

Lors de l'EPRUS

L'EPRUS (établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) a été institué par la loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

Il assurait la gestion des moyens de lutte contre les menaces sanitaires graves, tant du point de vue humain (réserve sanitaire), que du point de vue matériel (produits et services). Il était sous la tutelle du ministère de la Santé.

L'EPRUS avait pour mission d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de distribuer des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. Il pouvait également financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs. A cette fin, il lui appartenait de :

- Fournir à l'État l'expertise logistique nécessaire à la préparation et à la mise en œuvre des plans de réponse aux menaces sanitaires ;
- Gérer les stocks de produits et traitements acquis ou confiés par l'État ;
- Ouvrir le ou les établissements pharmaceutiques nécessaires pour la gestion des produits et objets relevant de l'article L. 4211-1 (qui fixe la liste des actes réservés aux pharmaciens) ;
- Financer, le cas échéant, des actions de prévention des risques sanitaires majeurs.

L'EPRUS disposait de stocks constitués dans le cadre des plans de réponse aux menaces, notamment :

- Des médicaments (vaccins, antidotes, antiviraux) ;
- Des dispositifs médicaux (masques chirurgicaux, seringues, aiguilles, conteneurs...) ;
- Des dispositifs de protection individuelle (masques FFP2).

Les stocks se situaient sur des sites civils et militaires avec lesquels l'EPRUS avait passé contrat, répartis dans les zones de défense mais aussi dans certains établissements de santé.

Les stocks ont été significatifs initialement, à la création de l'EPRUS :

« 70 millions de vaccins antivarioliques et autant d'aiguilles, embouts et pipettes ; 81,5 millions de traitements d'antibiotiques en cas d'attaque bioterroriste de charbon, peste ou tularémie ; 11,7 millions de traitements antiviraux et 11,5 tonnes de substance active (oseltamivir) en cas de pandémie grippale ; 285 millions de masques de filtration de type FFP2 et 20 millions de boîtes de 50 masques chirurgicaux ».

Budget et financement de l'EPRUS

Cet établissement était financé à parité par l'assurance maladie et par l'État pour répondre à la menace d'une pandémie grippale, aux risques bioterroristes et au renouvellement de stocks.

L'État pouvait alors réguler les crédits de paiement de manière à ne pas constituer de fonds de roulement indus au sein de l'établissement. L'assurance maladie abondait le budget de l'EPRUS à hauteur des crédits État dépensés.

À sa création, l'EPRUS a été doté pour l'exercice 2007 d'un budget primitif conséquent de 354 millions d'euros en autorisations d'engagement (AE) et de 241 millions d'euros en crédits de paiement (CP), financés majoritairement par l'assurance maladie.

Cette première dotation significative a été suivie, dans le cadre de la loi de finances pour 2009 par le versement de subventions massives par l'État (453 millions d'euros) et l'assurance maladie (338 millions d'euros), pour un montant total de 791 millions d'euros.

Suite à la crise H1N1 de 2009 et aux reproches faits à l'État d'en avoir trop fait, sur fond de déficit de la sécu, le budget de l'EPRUS est passé de 281 M€ en 2007 à 26 M€ en 2015, divisé par 11 en 7 ans ! Dans le même temps, l'État a revu sa doctrine en 2011, en distinguant désormais deux types de stocks : les stocks dits « *stratégiques* », les produits médicaux de précaution (médicaments, dispositifs, petit matériel), détenus par l'État, à vocation nationale, avec l'EPRUS ; et les stocks dits « *tactiques* », confiés aux établissements de santé pour couvrir en priorité les besoins locaux. Le dispositif unique a été fragmenté et a perdu en puissance.

Les masques FFP2 étaient inclus dans les stocks tactiques, financés par les hôpitaux dont la situation financière est tendue depuis plusieurs années. Ainsi, les stocks ont été considérablement réduits en ne renouvelant pas, par exemple, des marchés de produits arrivant à leur date de péremption. Estimée à 992 M€ en 2010, la valeur du stock avait été réduite de moitié en 2014, à 472 M€, avant la disparition de l'établissement. Il a été choisi d'intégrer l'EPRUS dans Santé Publique France avec la réforme de 2016.

À partir de 2011, les montants des subventions pour charges de service public versés par l'État et de participation de l'assurance maladie ont baissé de façon continue. Au total, les subventions versées à l'EPRUS ont diminué de 56 % entre 2011 et 2015, pour s'élever à près de 26 millions d'euros. Par comparaison, le total des deux subventions représentait environ 40 millions d'euros les années passées.

En effet, la subvention versée par l'État était de 18,1 millions d'euros en 2011 contre 10,5 millions d'euros en 2015, tandis que la participation de l'assurance maladie est passée, au cours de cette même période, de 41,2 millions d'euros à 15,3 millions d'euros.

Tableau 1 : Évolution des subventions de l'État et de l'Assurance maladie versées à l'EPRUS

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015(p) |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|------|---------|
| État | 106.0 | 60.4 | 452.9 | 0.3 | 18.1 | 21.8 | 15.2 | 16.2 | 10.5 |
| Assurance Maladie | 175.0 | 55.0 | 338.3 | -46.3 | 41.2 | 20.0 | 32.2 | 22.2 | 15.3 |
| Total | 281.0 | 115.4 | 791.2 | -46.0 | 59.3 | 41.8 | 47.4 | 38.4 | 25.8 |

* Montants exécutés entre 2007 et 2014 et prévus pour l'année 2014.

Source : commission des finances du Sénat (à partir des données transmises par l'EPRUS)

Si les ressources de l'EPRUS étaient relativement conséquentes, il s'agissait d'une structure de petite taille. Initialement constitué de 35 agents, l'établissement avait mis en œuvre, depuis 2012, une réduction progressive de ses effectifs, qui s'élevaient à 30 équivalents temps plein (ETP) fin 2014.

Le nombre de personnes employées en contrat à durée indéterminée (CDI) est ainsi passé de 22 à 18 entre 2010 et 2014, tandis que le nombre de personnels détachés et en contrat à durée déterminée (CDD) fluctuait d'une année à l'autre.

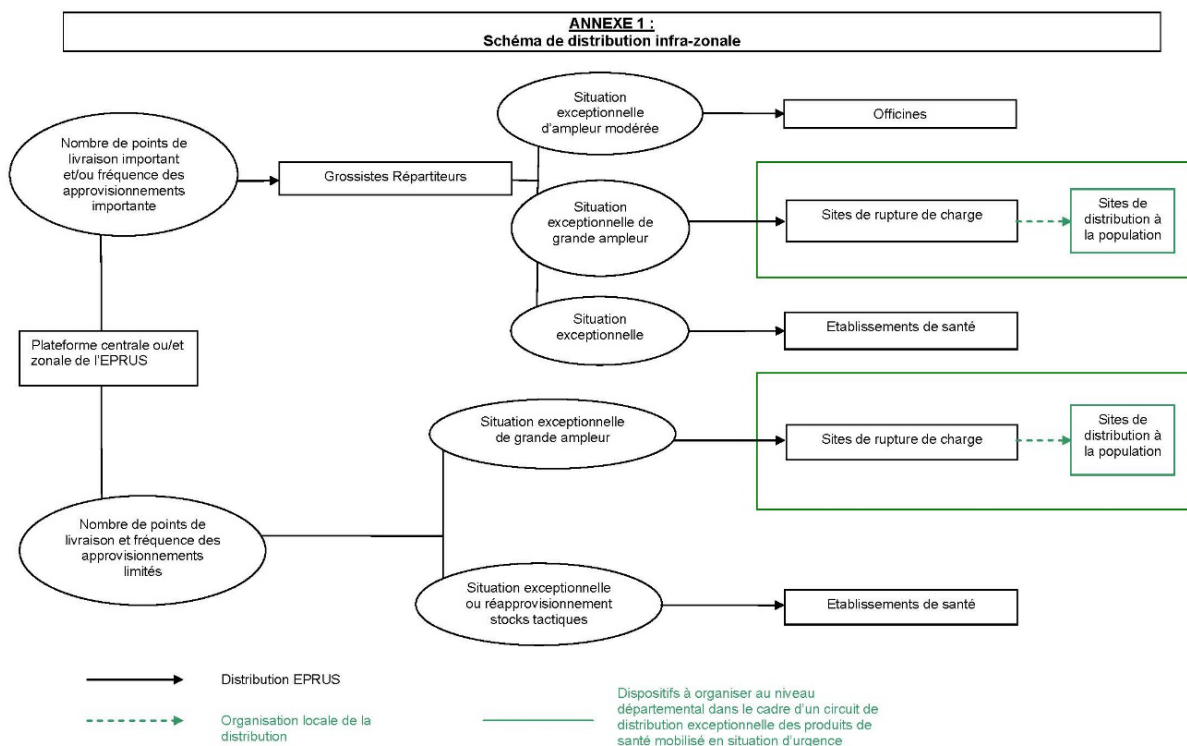
Selon l'organigramme transmis par l'EPRUS, la direction générale de l'établissement et l'établissement pharmaceutique étaient chacun constitués de sept personnes et la direction chargée de la gestion de la réserve sanitaire de cinq agents.

Tableau 2 : Évolution des effectifs de l'EPRUS

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------|------|------|------|------|------|
| CDD | 2 | 3 | 4 | 9 | 5 |
| CDI | 22 | 19 | 20 | 19 | 18 |
| Détachement (FPE) | 6 | 6 | 7 | 4 | 5 |
| Détachement (FPH) | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| Détachement (FPT) | 2 | 3 | 1 | - | - |
| Total | 34 | 33 | 34 | 33 | 30 |

Source : commission des finances du Sénat (à partir des données transmises par l'EPRUS)

Schéma 4 : Distribution infra-zonale des produits de santé en cas de SSE par l'EPRUS⁸



Après l'EPRUS, l'établissement pharmaceutique de Santé Publique France

L'EPRUS a été dissous en 2016 lors de la loi de modernisation de notre système de santé.

⁸ CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE N°DGS/DUS/DGSCGC/2013/327 du 21 août 2013 relative au dispositif de stockage et de distribution des produits de santé des stocks stratégiques de l'Etat pour répondre à une situation sanitaire exceptionnelle.

Santé Publique France dispose d'une **division alerte et crise sanitaire** qui comprend dans ses missions la gestion d'une réserve sanitaire matérielle, à travers son établissement pharmaceutique. Ses attributions sont fusionnées au sein de l'agence nationale de santé publique.

La Direction « alerte et crise » comprend trois métiers principaux, traduits par trois unités :

- L'établissement pharmaceutique ;
- L'unité de la réserve sanitaire ;
- L'unité de coordination, alerte et crise, qui est aussi le point focal des alertes de l'établissement.

L'établissement pharmaceutique pour la protection de la population face aux menaces sanitaires graves est un établissement pharmaceutique prévu par le code de la santé publique. Il est chargé d'une mission à caractère national sous la tutelle du ministère chargé de la Santé.

L'établissement pharmaceutique achète et assure le maintien en conditions opérationnelles de stocks importants de produits de santé, susceptibles d'être nécessaires à la population en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Il est responsable de la disponibilité permanente de ces produits, quelles que soient les circonstances.

Dans la cadre de la préparation des dispositifs de réponse, l'équipe chargée de l'établissement pharmaceutique participe à l'élaboration des plans de réponse aux crises (ORSEC, NRBC, ORSAN, etc.).

L'établissement pharmaceutique peut être sollicité par le ministère chargé des Affaires étrangères dans le cadre d'opérations humanitaires internationales.

En cas de situations sanitaires exceptionnelles, 2 types de stocks peuvent être utilisés :

- Les **stocks dits « tactiques »** : il s'agit de stocks de plus petites quantités, répartis sur tout le territoire, destinés à renforcer les moyens habituels des SAMU (accident ferroviaire, accident industriel, attentat etc.). Ces stocks appartiennent aux hôpitaux sièges de SAMU/SMUR et sont gérés par les pharmacies de chaque hôpital, en lien avec l'agence régionale de santé de chaque région. Santé Publique France participe à la définition de ces stocks et aide ces acteurs à les gérer.
- Les **stocks dits « stratégiques »** : il s'agit de très grosses quantités de produits de santé, qui appartiennent à l'État et sont gérées au niveau national. C'est Santé Publique France, à travers son établissement pharmaceutique, qui assure cette activité : acheter, stocker et assurer si nécessaire la distribution de ces produits, conformément aux plans nationaux de réponse aux différentes menaces sanitaires. Il s'agit de produits destinés à faire face aux risques biologiques, chimiques ou radionucléaires, aux risques accidentels de radio-contamination, aux menaces épidémiques de grande ampleur (pandémie).

Gestion des stocks stratégiques de produits de santé

Au sein de Santé Publique France, l'unité établissement pharmaceutique gère le stock stratégique de médicaments et produits de santé pour le compte de l'État. Son rôle est d'acquérir, stocker et organiser, le cas échéant, la distribution des produits nécessaires prévus par les plans nationaux de réponse aux menaces sanitaires ([article L 1413-4 du Code de la santé publique](#)).

Ces stocks sont répartis sur le territoire national selon un schéma directeur de stockage et de distribution permettant à la fois de les sécuriser et de proposer une répartition sur le territoire. Ces stocks sont détenus au sein :

- D'une plateforme nationale, qui appartient à Santé Publique France ;
- De plateformes de stockage situées dans chacune des 7 zones de défense exerçant à la fois un rôle de stockage permanent et de stockage temporaire en cas de situation sanitaire exceptionnelle ;
- Le cas échéant, d'un réseau départemental d'établissements de répartition pharmaceutique.

Les stocks stratégiques pour la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

Le stock stratégique de l'État représente 38 000 palettes contenant :

- Des médicaments : antiviraux, antidotes, antibiotiques, etc. ;
- Des dispositifs médicaux : masques chirurgicaux, équipements de protection individuelle (EPI), etc. ;
- Du petit matériel : portoirs, limes, pipettes, etc. ;
- Des consommables : compresses, etc.

Ce stock permet de faire face :

- Aux risques biologiques, chimiques ou radionucléaires ;
- Aux risques accidentels de radio-contamination ;
- Aux menaces épidémiques de grande ampleur (pandémie).

La plateforme sanitaire et logistique de Créteil (PSM 3)

L'établissement pharmaceutique gère également, pour le compte de l'État, une plateforme sanitaire et logistique. Positionnée au sein du SAMU 94 (site du CHU Henri Mondor), sa proximité avec les aéroports parisiens et la présence d'une hélisation permettent une mobilisation rapide de ce moyen sur l'ensemble du territoire.

Les moyens de la plateforme :

- Un poste sanitaire mobile de niveau 3 (« PSM3 ») permettant la prise en charge de 500 victimes, dont 100 urgences absolues ;
- Des vecteurs de transports (véhicules Tatra, Santana) ;
- Des lots de radiocommunication.

Ce PSM3 est intégré au stock stratégique de l'État, et intervient en renfort des PSM positionnés dans les établissements de santé, voire sur un théâtre extérieur dans le cadre d'une projection.

Les moyens sanitaires dans les Postes sanitaires mobiles (PSM)

L'État a positionné au sein des établissements de santé sièges de SAMU ou de SMUR des moyens tactiques (postes sanitaires mobiles (PSM), équipements de protection individuelle, etc.), pour prendre en charge rapidement des victimes en cas de survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE).

Ces moyens tactiques pré-positionnés dans les établissements et gérés par les établissements détenteurs doivent permettre d'assurer la réponse précoce. Des stocks de médicaments, Dispositifs Médicaux (DM), couvertures, eau, sont ainsi disponibles et mobilisables rapidement dans les malles du PSM.

Les PSM ont plusieurs vocations :

- **Préhospitalier :**
 - Renforcer dans des délais très courts les moyens de l'aide médicale urgente pour faire face à un nombre important de blessés ;
 - Assurer la couverture médicale des grands rassemblements ;
- **En interne :** contribuer à l'approvisionnement d'un hôpital en situations de pénurie dans le cadre de l'activation de son plan blanc (2^e niveau de réponse du plan de gestion des tensions hospitalières et SSE d'un établissement de santé).

On distingue 3 types de PSM.

PSM 1 : se situe au sein des établissements sièges de SAMU, en 2019 on comptait 95 PSM1 sur le territoire français.

Il est composé de :

- 1 lot polyvalent + 2 malles antidotes = 13 malles = 400 kg
- Équipement logistique (tente, brancards, couvertures...)

Il assure la prise en charge de 25 victimes en urgence absolue pendant 24h

A des fins d'interopérabilité, tous les PSM 1 et 2 sont standardisés dans la composition, la numérotation et par couleurs d'emploi des malles.

PSM 2 : se situe au sein des CHU – en 2019 on comptait 24 PSM2, au moins 1 par zone de défense (la France est divisée en 7 zones de défense).

Il est composé de :

- 4 lots polyvalents (A, B, C et D composés de 11 malles) permettant la prise en charge de 25 victimes graves pendant quelques heures ;
- 2 lots principaux (1 et 2 composés de 56 malles) permettant la prise en charge de 200 victimes ;
- 4 malles antidotes pour prendre en charge certains risques NRBC.

160 malles, soit environ 8T => 215 références pharmaceutiques + équipements logistique (tente, brancard, couvertures...) + réseau tactique de radiocommunication (1 base radio, 6 portatifs, 1 mât d'antenne, 1 malle d'accessoire)

Il assure la prise en charge de **500 victimes pendant 24h** et peut permettre de faire face à une rupture brutale des circuits d'approvisionnement en produits pharmaceutiques d'urgence.

PSM pédiatrique : déployé depuis 2017, il est conçu pour assurer des soins spécialisés relevant de l'aide médicale urgente en cas de nombreuses victimes pédiatriques nécessitant une prise en charge réanimatoire. La composition est comparable à un lot polyvalent PSM adulte (11 malles) mais sans antidote. Il complète les produits de santé pédiatriques déjà présents dans les PSM 1 et 2 en renforçant leur valence pédiatrique. Il existe 15 PSM pédiatrique en France métropolitaine.

Il assure la prise en charge de **25 victimes pédiatriques réanimatoires pendant 6h âgées de 2 à 10 ans (10 à 30 kg)**

A des fins d'interopérabilité, tous les PSM pédiatriques sont standardisés dans la composition et la numérotation des malles.

Contenu des PSM :

- Damage control ;
- Intubation ;
- Drainage thoracique ;
- Kit de perfusion ;
- Intoxications (antidotes).

Un système informatique pour mobiliser les PSM

En lien avec les ARS de zone et les établissements de santé, l'établissement pharmaceutique a développé, à la demande du ministère en charge de la santé, un outil informatisé partagé de gestion des moyens tactiques déployés dans les hôpitaux (PSM₁, PSM₂, etc.).

Ce logiciel SIGeSSE (Système d'Information et de Gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles) permet :

- Le suivi en temps réel de l'état des stocks tactiques (référentiels des produits, indication sur les produits et quantités manquantes, etc.) ;
- L'accès aux indications sur la disponibilité des lots et leur localisation.

Quatre-vingt-douze établissements de santé utilisent au quotidien cet outil pour la gestion de leur stock. Les autorités régionales (agences régionales de santé), zonales (ARSZ, SAMU de zone) et nationales (Santé Publique France, Direction générale de la santé) disposent, quant à elles, à tout moment d'une information exhaustive, immédiate et homogène sur la disponibilité de ces moyens sur l'ensemble du territoire.

Réserves RescUE (Porter secours UE)

S'ajoute le projet RescUE, qui a été créé en 2020 comme une réserve médicale européenne. Pour mieux lutter contre le Covid-19, la Commission européenne a décidé de mettre en commun certains équipements médicaux. La Roumanie et l'Allemagne abritent ainsi des stocks de masques disponibles pour les États européens qui en ont le plus besoin.

Concrètement, la Commission européenne a pu se joindre à un appel d'offres de matériel de protection lancé par la Roumanie. Un montage nécessaire, car l'exécutif européen n'est pas autorisé à procéder par lui-même à de tels achats. Le 19 mai 2023, Bruxelles et Berlin sont aussi parvenus à nouer un partenariat, par le biais de la Croix-Rouge allemande.

[Plus de détails ici](#)

L'UE a créé une réserve médicale pour répondre plus rapidement aux besoins médicaux induits par des crises telles que la pandémie de COVID-19 ou la guerre en Ukraine.

La réserve permet la livraison rapide d'équipements médicaux tels que des ventilateurs et des équipements de protection individuelle. Plus de trois millions de masques de protection, des respirateurs et d'autres équipements provenant des centres de distribution stratégiques RescUE ont été distribués aux pays qui en avaient le plus besoin.

Les réserves sont stockées dans dix pays de l'UE (en Allemagne, en Belgique, en Croatie, au Danemark, en Grèce, en Hongrie, aux Pays-Bas, en Roumanie, en Slovénie et en Suède). Des équipements médicaux et de protection individuelle supplémentaires sont constamment acquis pour reconstituer la réserve RescUE et de nouvelles réserves sont en cours de constitution.

En mars 2022, une capacité d'évacuation médicale de patients atteints de maladies hautement contagieuses est devenue opérationnelle dans le cadre de la réserve RescUE, et utilisée dans le contexte de la guerre en Ukraine.

Plus récemment, l'UE a accordé une subvention à un consortium de 7 États membres et 1 État participant du Mécanisme de protection civile de l'UE. L'objectif est de développer, dans les années à venir, des équipes médicales d'urgence capables de dispenser des soins critiques en situation de catastrophe.

1.2 – Les limites de l’organisation actuelle de la réserve matérielle

Selon les personnes qui ont été directement au contact de l’établissement pharmaceutique de Santé Publique France, la structure a globalement dysfonctionné pendant le Covid. Malgré les critiques de la Cour des comptes et d’autres structures, pas grand-chose ne semble avoir changé depuis.

Selon un chef de service de PUI d’un grand CHU : « *Nous n’entendons parler de rien et n’avons pas de visibilité depuis la crise Covid* ».

La réserve sanitaire de médicaments pour les JO de Paris 2024 et la coupe du monde de rugby de 2023 sera confiée à l’APHP, à défaut de pouvoir l’être à Santé Publique France.

Selon un des experts du projet :

« *La France, la Pologne, la Finlande et la Slovénie ont candidaté pour répondre à l’appel d’offre de médicaments et DM en juin 2022. La France a gagné l’appel d’offre. C’est l’APHP qui gère et non pas Santé Publique France, qui a refusé de le faire.* »

Depuis 1 an, l’APHP gère le stock RescUE de médicaments et de DM en prévision de la coupe du monde de rugby.

Selon ce même expert :

« *Nous n’avons pas de visibilité sur les stocks de l’ex-EPRUs, nous n’avons aucune nouvelle de la liste des médicaments, des stocks. La réserve sanitaire matérielle nationale est en chantier, avec un système en silo, assez peu structuré. Il y a un souci de structuration au niveau national. L’Europe essaie de structurer. Une gestion de la réserve matérielle à l’échelle régionale semble indispensable.* »

1.3 – Propositions d’organisation de cette réserve matérielle régionale

L’analyse des retours d’expérience et de la situation actuelle de la gestion des produits stratégiques en cas de SSE démontre qu’une approche régionale semble pertinente.

Les lignes de force d’une réserve sanitaire matérielle sont les suivantes :

- **Bâtir la réserve à partir des structures existantes plutôt que de vouloir l’asseoir sur des structures nouvelles ou distinctes.** La gestion d’une réserve matérielle exige des compétences et de l’expérience dans les fonctions clés telles que les achats, la logistique, la sécurité et l’informatique, qui sont plus difficiles à bâtir ex nihilo (les stocks périmés de l’EPRUS l’ont démontré). Sur un plan économique, cette approche est aussi plus optimale.
- **Considérer que cette mission de santé publique doit répondre aux besoins de tous les professionnels de santé du privé comme du public.** La pandémie a montré que l’appui sur une première ligne composée exclusivement des quelques hôpitaux publics n’était pas suffisant pour protéger les professionnels de santé en ambulatoire et l’ensemble des citoyens. Tous les professionnels de santé libéraux et salariés de l’ambulatoire ont besoin des produits de la réserve dès le premier jour d’une crise sanitaire qui les expose.
- **Régionaliser le financement et la gestion : Financer cette mission de santé publique par l’intermédiaire des fonds d’interventions régionaux (FIR) dont une des 5 missions⁹ concerne la prévention.** Il pourrait être opportun de dédier une mission nouvelle spécifique à la gestion des réserves

⁹ [Les cinq missions du FIR-ici](#) – Consulté le 7/07/2023

sanitaires (matérielle et humaine). Ce financement public serait la contrepartie de rendre obligatoire cette réserve sanitaire dans tous les sites qui auront été identifiés délégués de cette mission.

Pour des raisons pratiques, il est nécessaire de dissocier la réserve sanitaire en milieu hospitalier et celle gérée en dehors des hôpitaux.

Réserve sanitaire matérielle en milieu hospitalier

En théorie, chaque établissement a l'obligation de disposer d'un plan de préparation à une crise sanitaire, dans les termes définis par les normes législatives et réglementaires du plan blanc.

Ces références sont cependant assez générales¹⁰. Pour la réserve sanitaire matérielle, elles ne contiennent pas de listes de produits à intégrer, ni de quantité de stocks.

En pratique, comme l'a montré la pandémie, les établissements hospitaliers au mieux minimisent ce stock de réserve du fait de son coût, au pire n'en constituent pas. La situation dégradée actuelle de nombreux établissements hospitaliers et la situation de pénurie de médicaments ne peuvent qu'accentuer cette tendance.

Nous recommandons l'instauration **d'un plan blanc structuré et dimensionné pour les réserves sanitaires matérielles dans chaque établissement hospitalier public et privé**. Le cahier des charges serait défini par les agences régionales de santé et comprendrait la liste des produits composant ce panier de réserve et le niveau de stock exigé pour chaque établissement en fonction de sa capacité d'accueil.

Rappelons que certains établissements ont déjà l'obligation de concevoir des réserves sanitaires pour les postes sanitaires mobiles. L'État a positionné au sein des établissements de santé sièges de SAMU ou de SMUR des moyens tactiques (postes sanitaires mobiles (PSM), équipements de protection individuelle, etc.), pour prendre en charge rapidement des victimes en cas de survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE).

Ces moyens tactiques pré-positionnés dans les établissements et gérés par les établissements délégués doivent permettre d'assurer la réponse précoce. Des stocks de médicaments, Dispositifs Médicaux (DM), couvertures, eau, sont ainsi disponibles et mobilisables rapidement dans les malles du PSM.

Nous pensons que les stocks SSE devraient être distingués des stocks des PSM pour les établissements concernés. L'annexe 1 reprend les composants du PSM 1 qui est identique pour chaque établissement délégué.

Du fait de l'implication d'établissements hospitaliers d'une grande diversité capacitaire pour la réserve SSE, le dimensionnement de la réserve devrait être évalué en fonction de cette capacité d'accueil selon des critères à définir par ou avec l'ARS.

Le pilotage de cette réserve sanitaire par les établissements hospitaliers doit garantir la rotation des stocks pour éviter tout risque de péremption des produits. En théorie, chaque produit composant la réserve est d'usage courant dans l'établissement. C'est au pharmacien responsable d'assurer cette bonne rotation.

La dimension budgétaire devrait intégrer le coût des marchandises du stock exigées à l'établissement et les ressources supplémentaires nécessaires pour sa bonne gestion.

¹⁰ « Chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise, dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. » ... ministère de la Santé - [ici](#)

Réserve sanitaire matérielle hors milieu hospitalier

La problématique de la réserve sanitaire destinée aux professionnels de santé en ambulatoire, dont beaucoup exercent en libéral, est spécifique dans son contenu et dans sa logistique. En revanche, elle a la même exigence de disponibilité immédiate et en quantité suffisante en cas de crise.

Notre recommandation est de concevoir cette réserve à partir des grossistes répartiteurs de la région pour les achats et le stockage et à partir des pharmaciens pour la distribution. L'annexe 2 montre que les grossistes répartiteurs sont adaptés pour devenir délégataires de la réserve sanitaire ambulatoire, aussi bien dans leurs missions réalisées que dans leur implantation territoriale.

La répartition pharmaceutique occupe une position stratégique au cœur du circuit de la distribution du médicament puisqu'elle est l'interface incontournable entre les laboratoires et les pharmacies d'officine.

Elle achète aux laboratoires fabricants, gère et stocke dans ses établissements répartis sur l'ensemble du territoire national (190 sites en Métropole et DOM), livre et met à disposition des officines plus de 30 000 références de médicaments dans les plus brefs délais et au moindre coût et ce, en respectant des obligations de service public.

Aujourd'hui, il existe 7 acteurs majeurs : OCP Répartition, CERP Rouen, Alliance Healthcare, CERP Rhin-Rhône-Méditerranée, Phoenix Pharma, CERP Bretagne Atlantique et Giphar Groupe qui assurent la mise à disposition de 96,5 % des références auprès des officines.

Il s'agirait de mettre en place une forme **de plan blanc grossistes répartiteurs** à partir d'une liste de produits et un niveau de stock définis par l'agence régionale de santé. Ce stock serait géré dans les entrepôts existants des grossistes répartiteurs, en contrepartie d'un financement couvrant les coûts de gestion du stock. La rotation du stock devra être garantie par les grossistes répartiteurs pour éviter tout risque de péremption des produits.

Cette mission de service public pourrait être confiée à la **chambre syndicale de la répartition pharmaceutique** qui représente la profession. Cette mission pourrait être intégrée dans la convention collective nationale de la répartition pharmaceutique ou faire l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens.

La chambre syndicale de la répartition pharmaceutique est l'organisation professionnelle patronale des entreprises de la répartition pharmaceutique. Son rôle est de représenter la « profession » auprès des interlocuteurs de ce secteur d'activité - pouvoirs publics, presse, syndicats professionnels de la pharmacie (industrie et officine), partenaires sociaux... - pour défendre les intérêts communs à l'ensemble des grossistes répartiteurs.

Elle a également la responsabilité de faire « vivre » la convention collective nationale de la répartition pharmaceutique, au travers de sa commission sociale. Cette dernière travaille régulièrement avec les organisations syndicales représentatives de salariés, permettant de développer le dialogue social dans la branche, et la signature d'accords de façon régulière (salaires, formations de branche, régime de prévoyance...). Depuis 1985, date de sa création, elle fonctionne grâce aux cotisations versées par ses sociétés adhérentes.

Le cas des équipements de protection individuelle (EPI)

La pandémie a révélé l'importance de disposer en quantité suffisante pour tous les soignants de certains équipements médicaux de protection individuelle tels que masques (chirurgicaux et FFP2), gants, blouses, surblouses, lunettes de protection, couvre-chaussures...

La réserve de l'EPRUS pour les EPI a montré le risque de péremption de certains produits comme les masques si la rotation des stocks est trop faible. Si la plupart des EPI sont utilisés au quotidien dans les établissements hospitaliers, ils sont assez peu utilisés en ambulatoire.

Si les masques et les gants sont déjà présents dans le circuit des grossistes répartiteurs car commercialisés en pharmacie, ce n'est pas le cas des autres EPI. Il restera à préciser si la réserve sanitaire des autres EPI pour

l'ambulatoire est gérée par les grossistes répartiteurs ou si elle peut être confiée à quelques grosses plateformes logistiques hospitalières du type logipharma¹¹.

Un lien étroit avec Santé Publique France

Les grossistes répartiteurs ont depuis plusieurs années l'expérience et des outils de collaboration avec les services de Santé Publique France pour prévenir des SSE.

Ils stockent pour SPF les comprimés d'iode dans la plupart de leurs 190 agences de répartition pour la gestion du risque nucléaire.

Depuis la crise H1N1 de 2009, un système de fichier a été instauré pour prendre en compte les demandes des pharmaciens (fichier officine), les transférer dans les agences de répartition (fichiers agence), qui les font systématiquement valider par Santé Publique France.

Le flux de données a été standardisé entre les trois entités (pharmacies, agence de répartition et SPF). Ce flux peut être un « flux tiré » par la demande des pharmacies ou un « flux poussé » par SPF qui décide d'une livraison de produits.

Enfin, les grossistes répartiteurs assurent aujourd'hui la livraison dans les pharmacies des vaccins anti-Covid qui sont stockés dans les entrepôts de SPF.

2 – Evaluation de la réserve sanitaire humaine

2.1 – La réserve sanitaire humaine existante

La réserve sanitaire doit permettre de répondre à des situations exceptionnelles constitutives de menaces sanitaires graves ou porteuses d'un risque majeur de désorganisation du système de soins.

Elle n'a vocation à intervenir qu'en situation de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires grave lorsque les moyens habituels du système sanitaire ou des services chargés d'une mission de sécurité civile ne suffisent pas.

En aucun cas, elle ne se substitue aux moyens de premières interventions constitués par les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les services d'incendie et de secours et les unités spécialisées de la sécurité civile. Elle est mobilisée par un arrêté conjoint des ministres de la santé et de l'intérieur.

Au moment de l'EPRUS

La réserve sanitaire a deux composantes :

- **La réserve d'intervention**, mobilisable dans des délais très courts pour faire face à des événements sanitaires graves sur le territoire national ou à l'étranger. Cette réserve était composée de professionnels de santé et son effectif cible est fixé à 1.000 réservistes ;

¹¹ Ouverte depuis mars 2010, Logipharma est la plate-forme logistique du CHU de Toulouse. Basée à Cugnaux, cette plate-forme d'approvisionnement regroupe en un même lieu les quatre anciens magasins du CHU : la pharmacie de Purpan, la pharmacie de Rangueil, le centre d'achats du matériel stérile et du pansement (CAMSP) de Purpan – Bastard, Logimag au Chapitre (stockage des produits généraux).

- **La réserve de renfort**, destinée à faire face à des crises sanitaires majeures comme une pandémie grippale ou aux conséquences sanitaires d'un événement de longue durée. Elle était constituée, principalement, de professionnels de santé retraités, d'étudiants des filières médicales ou paramédicales ou d'autres professionnels dont la liste est définie par arrêté.

Compte tenu de la diversité des profils des volontaires la composant, son effectif souhaitable était de 20.000 réservistes.

La réserve sanitaire se composait de volontaires qui souscrivaient un engagement de trois ans auprès de l'EPRUS. Il appartenait aux volontaires d'adresser leur candidature au préfet de leur département de résidence, qui la transmettait à l'EPRUS.

Le préfet de département était informé, en retour, par le directeur général de l'EPRUS des contrats conclus dans son département. Le préfet de zone était informé, régulièrement, de l'état consolidé des effectifs de la réserve dans sa zone de compétence.

Depuis l'intégration de l'EPRUS dans Santé Publique France

Animée par Santé Publique France, la réserve sanitaire est maintenant une communauté de professionnels de santé volontaires et mobilisables par l'État (médecins, soignants, techniciens de laboratoire, manipulateurs radio...). Capable d'intervenir dans un délai très court, la réserve sanitaire tient à disposition un large éventail de compétences pour venir en renfort lors de situations sanitaires exceptionnelles.

La réserve sanitaire peut être mobilisée rapidement pour des missions généralement courtes :

- Des missions de renfort de l'offre de soins ou médico-sociale, notamment lorsqu'une situation sanitaire exceptionnelle perdure (épidémie, canicule, afflux de population...);
- Des missions de rapatriement ou d'évacuation lors de troubles politiques ou des catastrophes naturelles ;
- Des missions de renfort de plateaux téléphoniques destinés aux victimes, à leurs proches et à la population;
- Des missions de renfort et de prévention lors de grands rassemblements de population ;
- Des missions d'expertise et de coordination.

La demande de mobilisation est effectuée par **une autorité tierce** : ministère chargé de la santé, à la demande d'un autre ministère le cas échéant (Affaires étrangères, Défense, Intérieur...), ou par une agence régionale de santé.

La réserve sanitaire s'occupe en amont de toutes les pièces administratives et prend en charge le déploiement des réservistes sur le territoire, les déplacements et les hébergements. Il est en effet impératif de vérifier les diplômes, les autorisations d'exercer, les inscriptions aux différents Ordres, etc.

C'est pour cette raison **qu'un contrat** est établi entre le professionnel et Santé Publique France. Les établissements n'ont plus qu'à accueillir les réservistes dans leurs services.

40 000 inscrits ne veut pas dire 40 000 réservistes

Pour être réserviste sanitaire, il faut avoir complété son dossier sur l'espace en ligne et signé son contrat d'engagement (d'une durée de 3 ans). Aujourd'hui, 3 800 réservistes sanitaires ont signé ce contrat d'engagement, mais il est important de souligner que plus de la moitié sont en activité. Ces réservistes actifs ne répondent donc pas aux appels lancés, puisque déjà mobilisés dans leurs établissements d'origine.

Les personnes n'ayant pas encore complété leur dossier sont tout de même destinataires des alertes (appel à mobilisation) et peuvent y postuler si elles sont disponibles et intéressées par la mission. Si elles sont sélectionnées, leur dossier est alors complété en urgence et le contrat d'engagement signé avant leur départ en mission.

Avoir un dossier complet et ses pièces à jour est impératif pour être réserviste sanitaire et mobilisable immédiatement. Ces vérifications garantissent que les réservistes sanitaires sont qualifiés et autorisés à exercer les activités qui leurs seront proposées en mission. Même dans l'urgence, il n'est pas question de risquer de mettre en difficulté les professionnels ou en danger les patients.

Ainsi, 40 000 personnes ont entamé leur inscription sur le site de la réserve sanitaire en 2020 mais cela ne signifie pas qu'elles ont toutes été demandées, volontaires ou disponibles pour les missions proposées. A titre d'exemple, sur les 40 000 inscrits, on compte 7 800 médecins (santé publique, travail, généralistes, réanimateurs, infectiologues, internistes, urgentistes, dermatologues, chirurgiens, pédiatres, ...).

Si l'on s'intéresse aux spécialités demandées pendant le Covid : généralistes, réanimateurs et urgentistes, le nombre d'inscrits est de 3 200. Selon les missions, il peut avoir un nombre plus réduit de volontaires que le vivier disponible.

Par exemple, pour un appel à mobilisation sur un renfort de l'offre de soins à Mayotte, 120 médecins se sont portés volontaires dont 110 généralistes, 3 réanimateurs et 7 urgentistes. Le nombre de renforts demandés par l'ARS Mayotte sur cette profession était seulement de 12 médecins soit 10 fois moins que le nombre de volontaires disponibles.

L'existence de circuits courts

Les différents dispositifs de renfort ne répondent pas aux mêmes critères. Dans le cadre du Covid-19, comme lors d'autres situations sanitaires exceptionnelles, la réserve sanitaire intervient lorsque les ressources locales ne peuvent faire face à l'évènement.

- **Au niveau local et régional** : les circuits courts entre les hôpitaux et les professionnels de santé disponibles dans leur département et les plateformes mises en place par les Agences Régionales de Santé (ARS) sont les deux premiers dispositifs permettant de renforcer les établissements qui en ont besoin.
- **Au niveau national** : la plateforme nationale gérée par le ministère des Solidarités et de la Santé renforce ces deux autres dispositifs si nécessaires.
- **En complément** : la réserve sanitaire, quant à elle, est mobilisée lorsque ces ressources locales et régionales ne sont pas suffisantes. Ce sont les ARS qui décident de faire appel à la réserve sanitaire et qui évaluent les renforts nécessaires en concertation avec le centre de crise du ministère des Solidarités et de la Santé.

Tous ces dispositifs sont en théorie complémentaires et permettent de répondre à un besoin de renforts dans les établissements de santé.

La réserve sanitaire pendant la crise Covid

La réserve sanitaire a été pleinement mobilisée dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19 avec plus de 145 476 journées de mission (jours/réserviste) dédiées à cette situation sanitaire exceptionnelle.

La mobilisation des réservistes sanitaires sur les missions liées à la Covid-19 est sans précédent dans l'histoire de la réserve sanitaire avec :

- Plus de 300 alertes lancées (appels à mobilisation) ;
- Plus de 11 000 mobilisations de réservistes sanitaires ;
- Plus d'une vingtaine de professions différentes mobilisées ;
- 20 régions/territoires renforcées ;
- 145 476 journées de mission cumulées.

La réserve sanitaire a été mobilisée dès le début de l'épidémie de COVID-19 et l'est encore à ce jour pour renforcer les équipes locales en métropole mais également en Outre-Mer.

Renfort à l'aéroport de Roissy Charles de Gaulle

Les premières missions de la réserve sanitaire ont commencé fin janvier 2020 lorsque 60 réservistes sanitaires ont été mobilisés à l'aéroport Roissy Charles de Gaulle. Ces réservistes ont eu pour mission d'informer les passagers en provenance des zones à risque à leur descente d'avion, de distribuer des documents sur la conduite à tenir et des masques pour adultes et enfants, de contrôler les températures et d'orienter, lorsque cela était nécessaire, les cas suspects vers une prise en charge adaptée.

Accompagnement des ressortissants revenus de Chine

En février 2020, 115 réservistes sanitaires ont assuré l'accompagnement des ressortissants et leur suivi médical 24h/24 au sein des trois centres d'hébergements mis en place pour les ressortissants revenus de Chine (Carry-le-Rouet, ENSOSP à Aix-en-Provence, Branville).

Renfort des équipes locales en métropole

En mars 2020, des réservistes sanitaires ont été mobilisés, sur demande des Agences Régionales de Santé concernées, pour renforcer les équipes locales faisant face au COVID-19 sur plusieurs types de missions : renfort de services de réanimation ; renfort de services impactés par la Covid-19 (radiologie, obstétrique...) ; renfort pour la régulation SAMU ; renfort de structure de soins (LHSS par exemple) ; renfort de plateforme téléphonique ; renfort dans les EHPAD et soins de suite et de réadaptation ; appui auprès des équipes des Agences Régionales de Santé (renfort épidémiologique, logistique, administratif ...).

En avril 2020, des réservistes sanitaires ont également été mobilisés dans certains territoires ultramarins pour renforcer les équipes locales, plus précisément :

- En Guadeloupe, pour renforcer l'offre de soins sur le territoire (Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy) ;
- À Mayotte, pour renforcer l'Agence régionale de santé, le Centre hospitalier de Mayotte et les structures de soins locales (dispensaires...) ;
- En Guyane, pour renforcer les établissements de santé, participer à des opérations de dépistage massif et renforcer le suivi des clusters dans différentes communes, y compris les plus isolées.

Renfort des équipes mobiles d'investigation et de dépistage

En parallèle des missions de renforts auprès des équipes locales, des réservistes sanitaires ont été mobilisés, notamment pendant la période estivale, pour appuyer les équipes locales dans leur mission de dépistage et d'investigation de clusters (contact-tracing).

Renfort des équipes locales en métropole et en outre-Mer

En 2021 et 2022, des réservistes sanitaires ont également été mobilisés pour participer aux campagnes de vaccination sur les territoires ultramarins, en plus de différentes missions ponctuelles de renforts hospitaliers en cas de tensions liées à la Covid-19 en métropole et en outre-mer.

Le plan ORSAN

Le dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) est un dispositif d'organisation des soins datant de 2014.

Avant 2014, le dispositif de réponse à ce type de situations exceptionnelles s'appuyait principalement sur les établissements de santé avec les dispositifs « plans blancs ». Le dispositif ORSAN formalise une meilleure coordination régionale des dispositifs existants dans les 3 secteurs sanitaires (secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social).

Le dispositif ORSAN organise et adapte les soins au niveau régional afin de prendre toutes les mesures nécessaires pour que les personnes malades puissent bénéficier des soins appropriés.

Il a vocation à être mis en œuvre de manière exceptionnelle, et principalement au niveau régional.

Il comprend 5 volets qui servent à organiser les soins quand l'une des 5 situations susceptibles d'impacter le système de santé survient. Chacun des 5 volets correspond à des modalités d'organisation de l'offre de soins spécifiques :

- Accueil massif de victimes non contaminées (« ORSAN AMAVI ») ;
- Prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique (« ORSAN CLIM ») ;
- Gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé (« ORSAN EPI-VAC ») ;
- Prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent (« ORSAN BIO ») ;
- Prise en charge d'un risque NRC (« ORSAN NRC »).

En termes de moyens, il s'agit :

- Dans un premier temps de réorganiser l'offre de soins dans les 3 secteurs afin de pouvoir réaffecter les ressources au regard des priorités identifiées ;
- Dans un second temps, de renforcer les moyens locaux (rappel du personnel hospitalier, renforcement de la permanence des soins ambulatoires, ouverture de lits supplémentaires...);
- Si les moyens locaux ne suffisent plus, des moyens nationaux peuvent être déployés, notamment par le biais de la mobilisation de réservistes sanitaires de l'ex-EPRUS, en particulier des professionnels de santé remplaçants, retraités, non exerçants et étudiants.

2.2 – Les limites des dispositifs existants

La pandémie Covid a été un vrai crash-test pour évaluer la robustesse des dispositifs existants en matière de réserve sanitaire.

La réserve sanitaire

Une bureaucratie pesante qui freine le déploiement

Une fois inscrit à la réserve sanitaire, le volontaire reçoit un mail de confirmation. Ce mail lui indique son identifiant et son numéro de matricule. Le volontaire doit ensuite compléter son dossier. Pour cela, il doit renseigner tous les onglets sur son espace personnel, charger toutes les pièces demandées puis imprimer, compléter, signer et envoyer son contrat par la Poste.

Les pièces ne sont pas traitées au fur et à mesure de leur téléchargement mais au moment où il y a besoin de les vérifier, c'est-à-dire à réception du contrat par la Poste ou en cas de sélection de candidature en vue d'un départ immédiat.

Dès lors qu'un volontaire dispose d'un numéro de matricule, il est destinataire des alertes concernant sa profession et peut y postuler. S'il est sélectionné et appelé pour une mission, Santé Publique France fera le point avec lui pour l'aider à finaliser son dossier plus rapidement.

De (trop) longs délais de traitements des dossiers

Au moment de la pandémie Covid, de nombreuses critiques ont été faites sur la gestion de la réserve sanitaire. Les dirigeants avaient reconnu les difficultés, invoquant notamment un manque de moyens humains :

« Depuis plusieurs semaines, l'équipe de la réserve sanitaire est très sollicitée et a, d'ores et déjà, traité un grand nombre des demandes reçues soit environ 25 000 mails et plus de 3 000 messages Facebook.

En parallèle du traitement de ces milliers de messages, l'unité réserve sanitaire de Santé Publique France, composée d'une équipe permanente de 10 personnes, doit également concevoir des « alertes » destinées aux réservistes, sélectionner les réservistes, constituer une équipe équilibrée au plan des compétences et expériences et préparer sur le plan administratif l'ensemble des dossiers des réservistes sélectionnés.

Elle doit également assurer l'ensemble de la logistique d'acheminement/ hébergement, organiser les conditions de l'accueil sur place et veiller à accompagner les réservistes au cours de leur mission et enfin de rembourser les frais, indemniser les réservistes et/ou leurs employeurs.

Face à cette situation sanitaire exceptionnelle, l'équipe de la réserve sanitaire a été renforcée mais il est évident que le délai d'attente est plus long qu'habituellement. Cependant chaque personne qui contacte la réserve sanitaire recevra une réponse dans les meilleurs délais. »

Un site internet sous-dimensionné

En mars 2020, le serveur du site www.reservesanitaire.fr n'étant pas dimensionné pour recevoir des milliers de connexions simultanées, le site a fonctionné partiellement pendant plusieurs jours. 19 000 volontaires ont tout de même réussi à s'inscrire pendant cette période.

Par la suite, une plateforme nationale a été mise en place par le ministère des Solidarités et de la Santé en partenariat avec Santé Publique France. Le site de la réserve sanitaire a donc été fermé temporairement pour privilégier cette plateforme nationale ayant pour objectif de permettre aux Agences régionales de santé d'« extraire » le vivier des professionnels éventuellement disponibles dans leur région.

Aujourd'hui, les professionnels de santé souhaitant rejoindre la réserve sanitaire peuvent de nouveau s'inscrire sur le site mais un « ralentisseur » a été mis en place afin qu'il puisse être accessible prioritairement aux réservistes sélectionnés pour un départ en mission.

2.3 – Les évolutions proposées pour la réserve sanitaire humaine

Si le système en place sur un plan national mériterait un choc de simplification pour être plus attractif, le projet étant de dimension régionale, nous nous focaliserions sur cet échelon.

Le Covid a montré la difficulté de mobiliser les professionnels de santé libéraux, dont beaucoup étaient en arrêt d'activité du fait du confinement. Nous recommandons la création d'une **réserve sanitaire territoriale (RST)** composée essentiellement de professionnels libéraux.

Cette réserve agirait **en complément de la réserve nationale et non en concurrence**. Elle serait gérée par une inter-URPS puisqu'elle serait composée de professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

Elle consistera à recenser les professionnels de santé intéressés par cette mission, à les former aux principes de la médecine de catastrophe et à des situations de crise sanitaire. Une application régionale disponible sur tout type de support numérique serait créée pour mobiliser cette réserve rapidement (RST-Occitanie).

3 – Pour un plan d’information et de formation des professionnels de santé à la gestion des SSE

3.1 – La formation des professionnels aux SSE

La formation MRMI est le programme existant le plus abouti pour ce type d’objectif.

Le cours MRMI (*Medical Response to Major Incidents*) est une formation par la simulation de la réponse sanitaire à une situation d’exception. Cette formation a été créée en 2009 par un comité d’experts internationaux sous l’égide de l’ESTES (*European Society for Trauma and Emergency Surgery*) et à l’initiative de Sten LENNQUIST (chirurgien suédois).

Cette formation utilise l’outil de simulation MACSIM[®] qui est basé sur des *magnets* positionnables sur des tableaux blancs. Plus de 600 fiches de victimes (créées à partir de dossiers de patients réels) sont disponibles pour les exercices de simulation.

La totalité de la chaîne des secours et des soins médicaux (depuis le chantier jusqu’aux services d’hospitalisation post-opératoire et aux services de soins intensifs) ainsi que la totalité de la chaîne de commandement avec les articulations interservices sont testées. Des exercices courts, limités à un ou deux segments de la chaîne sont également possibles.

Afin de pouvoir initier la réponse sanitaire à une situation d’exception, un grand nombre d’intervenants de différentes professions, appartenant à différents services, et dans un souci d’harmonisation et d’amélioration des pratiques, quatre sociétés savantes (*Société Française de Médecine d’Urgence (SFMU)*, *Samu – Urgences de France (SUdF)*, *Société Française de Médecine de Catastrophe (SFMC)*, *Société Française de Chirurgie d’Urgence (SFCU)*) ont décidé de conjuguer leurs efforts afin de déployer en France cette formation reconnue internationalement.

L’organisation en France des cours MRMI sous l’égide de l’ESTES et de la MRMID (*International Association for Promotion of Education and Training in Major Incidents and Disasters*) nécessite une structure administrative, logistique, pédagogique et scientifique.

C’est pourquoi les quatre sociétés savantes (*SFMU*, *SUdF*, *SFMC*, *SFCU*) ont fondé une association loi 1901 de type fédératif, MRMI France. Elles invitent toutes les sociétés savantes, associations, établissements publics et privés impliqués dans la réponse sanitaire à devenir acteurs de ce projet en adhérant à MRMI-France en tant que membres actifs (organismes à compétence nationale) ou membres associés (organismes à compétence régionale ou locale) ainsi que les personnes intéressées en tant que membres individuels.

Le cours MRMI offre à chaque individu et organisme l’opportunité d’apprendre à améliorer ses capacités de réponse et de réaction face à la menace actuelle.

A ce jour, il existe un pôle sur la région AURA, en Ile de France et à Monaco. Il y a eu moins de 1 000 professionnels de santé formés à ce jour en France.

En pratique

Tous les professionnels de santé devraient être formés aux SSE. C’est toute la chaîne de secours qui devrait être mobilisée une ou deux fois par an par des exercices de simulation.

Le MRMI est la projection dans un pays imaginaire avec 200 personnes impliquant toute la chaîne de secours. C’est de la simulation face à un tableau avec des cartes qui représentent des victimes.



Partir des territoires de santé pour expérimenter la généralisation de la formation MRMI

Dans chaque territoire de santé, il serait envisagé d'organiser une session par an de formation MRMI. Pendant l'année d'expérimentation de la FRROR, il serait organisé une session de formation de 150 à 200 participants représentant toute la chaîne du soin dans chaque territoire.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) seraient mobilisées pour la réalisation de ces formations.

Le coût

La formation dure 3 jours et est intégrée dans l'ODPC.

Il y a un instructeur pour 3 participants. Il y a environ 70 instructeurs par séance de formation.

Les tarifs sont de l'ordre de 1500 € par médecin, 850€ pour les infirmiers et 450€ pour les secouristes. Les séances de formation sont intégrées au développement professionnel continu.

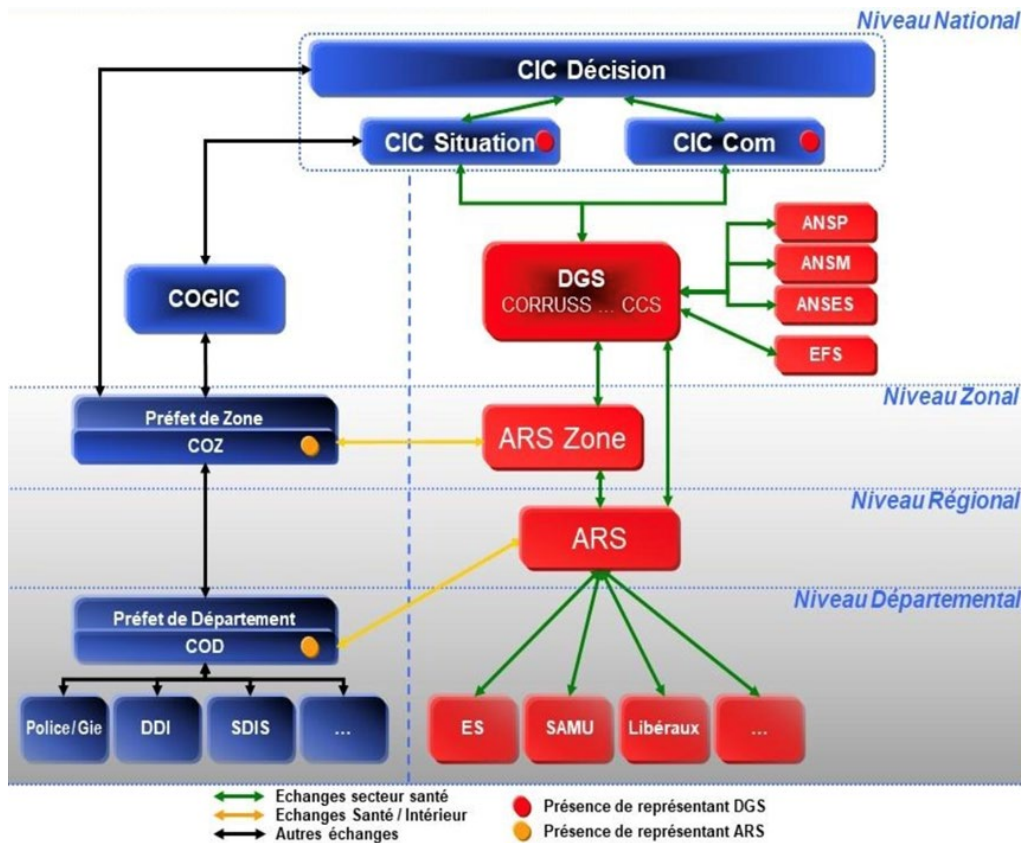
Autres

Des exercices zonaux organisés par les préfets sont complémentaires. Ils mobilisent le SAMU, les pompiers, la gendarmerie.

3.2 – Les systèmes d'information et la communication en SSE

Le schéma organisationnel de la gestion de crise montre bien les enjeux de structurer la communication à partir de l'échelon régional. En effet, la diversité des intervenants avec lesquels il faut communiquer exige de mettre en place un système adapté, ayant été expérimenté à l'échelle régionale et ayant fait ses preuves.

Schéma général d'organisation de la gestion de crise aux différents niveaux



Si la communication a été une des failles de la capacité de réaction de notre système de santé à la pandémie, l'application *TousAntiCovid* a démontré une réelle efficacité à pouvoir communiquer avec tout le monde une fois l'application stabilisée.

L'application TousAntiCovid

Elle a été une application pilotée par l'État pour aider à la lutte contre la pandémie. Elle a permis d'être informé sur l'évolution de l'épidémie, de générer ses attestations de déplacement, de stocker ses certificats sanitaires et d'être averti en cas d'éligibilité au rappel vaccinal.

Elle était téléchargeable dans l'App store et disponible sur Google Play, i.e. utilisable dans les 2 IOS existants.



ou télécharger directement pour Android l'[APK v6.1.0 \(SHA256SUMS\)](#)

TousAntiCovid Bluetooth permettait d'être notifié si un utilisateur que l'on avait croisé pendant au moins 5 minutes dans un rayon de 2 mètres s'était déclaré positif au Covid-19 dans l'application. Le dispositif a été arrêté le 25 janvier 2023.

L'application était hautement sécurisée et l'anonymat des utilisateurs était assuré par des cryptos-identifiants éphémères. Elle n'utilisait pas la géolocalisation et aucune donnée personnelle.

Expérimenter une application TousantiSSE

Il s'agirait d'une application à télécharger à tout moment, en particulier dès l'apparition d'une crise sanitaire, dont le cahier des charges reste à définir.

On pourrait envisager d'expérimenter une application Pro et une application grand public.

Plusieurs versions sont envisageables en matière de contenu :

- Un système uniquement push pour transmettre des flux d'informations sur une SSE précise ;
- Un système interactif d'information sur les différents risques de SSE, avec la possibilité de recevoir des flux d'information....

Comité Ressources

Ce comité ressources est constitué de toutes les personnes qui peuvent être amenées à jouer un rôle actif dans l'expérimentation du programme proposé pour la région Occitanie. Elles ont toutes une compétence, une fonction ou un statut à forte valeur ajoutée pour le projet. Certaines ont déjà participé à des réunions de travail pour élaborer ce plan, d'autres ont déclaré leur intérêt pour contribuer au projet ultérieurement.

Pascal PAUBEL

Pharmacien
Chef de service AP-HP -AGEPS

Olivier SAINT-LARY

Médecin généraliste
Membre du Covars

Abdel AISSOU

Préfet en disponibilité
Ex-responsable d'un dispositif Covid d'un CH

Bruno BASSET

Ambulancier – Président de la FNAP
Spécialiste de gestion de crise

Matthieu LANGLOIS

Médecin Réanimateur
Ex-Médecin du RAID
Expert de la médecine de catastrophe

Général Frederic DORANDEU

Pharmacien chef des services
Expert des risques biochimiques
Service de santé des armées

Sandrine BILLAUD

Pharmacienne et biologiste aux CHU Angers
Expert des process de médecine d'urgence

Frédéric LODIER

Infirmier
Formateur à la médecine d'urgence
DG de Advanced trauma care for nurses

Patrick LAGADEC

Chercheur français spécialiste de la gestion du risque et de la gestion de crise
Directeur de recherche honoraire de l'École polytechnique

Dr Laurent MATHON

Anesthésiste -Réanimateur,
Missions chez MSF, ex dirigeant de MSF

Sylvie CUSSET

Infirmière depuis 30 ans à MSF

Florent GALKO

Délégué régional Occitanie
Coordonnateur régional délégué à la sécurité économique

Dr Eric RABATEL

Médecin chef des armées en Occitanie

Loïc ROLLAND

Responsable du groupement d'achats Occitanie (hors CHU) pour les médicaments et les DM)

Pharmacien

GCS Achats en Santé d'Occitanie

Philippe CESTAC

Chef de service de la PUI du CHU de Toulouse

Jean-Marie KINWSKI

Chef de service de la PUI du Nîmes

Aziz LABDAOUI (B Basset)

Cadre de santé, Spécialiste NRBC

Dora LIBAN

Pharmacien gérant

Hôpital Joseph Ducuing -Toulouse

Philippe BESSET

Président de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France.

Pharmacien titulaire à Limoux (Aude).

Emmanuel DECHIN

Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique

Directeur des Affaires Publiques

URPS Infirmiers Occitanie

Janis Francazal

Sophie Beauverger

Jean- François Bouscarain

URPS Biologistes Occitanie :

Julie-Anne Rouvière, biologiste médicale à Castelnau le Lez (34) :

Jean-Marc Gandois, biologiste médical à l'Union (31)

URPS Pharmaciens

Sébastien Brun

Arnaud Epinat

Valérie Garnier, présidente URPS Pharmaciens

Annexe 1 : Composition du poste sanitaire mobile 1 (PSM 1)

PSM 1 = 1 lot polyvalent soit 11 malles (+frigo + stups) + 2 malles antidotes + les équipements logistiques (tentes, groupes électrogènes, brancards/couvertures, et réseau radios)

| | |
|--------------------|------------------------------|
| MEDICAMENTS | AAS |
| | Héparine NA |
| | Exacyl |
| | |
| | Adrénaline |
| | NA |
| | Dobutamine |
| | Atropine |
| | Amiodarone |
| | Trinitrine |
| | Furosémide |
| | Gluconate de Ca 10% |
| | |
| | Salbutamol spray, neb |
| | Ipratropium neb |
| | |
| | Lidocaïne |
| | Ropivacaïne |
| | |
| | Kétamine (stup) |
| | Edomidate |
| | Suxamethorium (frigo) |
| | Rocuronium (frigo) |
| | Thiopental |
| | Propofol |
| | Midazolam 5 et 50 mg |
| | SDiazepam |
| | |
| | Oxybuprocaïne collyre |
| | Solution de rinçage oculaire |
| | |
| | Méthylprednisolone |
| | Paracétamol |
| | Sufentanil (stup) |
| | Morphine (stup) |
| | Naloxone |
| | |
| | Bzd per os |
| | Loxapine inj + goutte |
| | |
| Insuline (frigo) | |
| G 30% 10 ml | |
| Bandelettes | |
| Lancettes | |
| | |
| Augmentin | |

| | | |
|----------------------------------|----------------------------|--|
| DISPOSITIFS MÉDICAUX | Ventilation | Masques haute concentration à O ₂ adulte |
| | | Masques haute concentration à O ₂ pédiatrie |
| | | Insufflateurs manuels A & P |
| | | Insufflateurs manuels A & P= BAVU (ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle) |
| | | Raccord en Y |
| | Drainage thoracique | Drains thoraciques |
| | | Valves double drainage |
| | Intubation | Canules de Guedel |
| | | Manches + piles +lames de laryngoscope |
| | | Pince smagil A & E |
| | | Mandrin d'intubation difficile |
| | | Sondes endotrachéales 4 à 8 mm + lubrifiant spray |
| | | Manomètre contrôle de pression |
| | Abord vasculaire | KT central |
| | | KT veineux courts |
| | | Perfuseurs 3V |
| | | Régulateurs de débit |
| | | Manchette de pression pour poche |
| | | Aiguilles IO |
| | | Garrot plat |
| | | Bande autogrippante |
| | | Savon doux |
| | | Collecteurs d'aiguille |
| | Perfusion | Agrafeuse à peau pour suture |
| | | Kit de suture |
| | | Fils de suture |
| | | Povidone iodée dermique |
| | | Chlorexidine aqueuse + moussante |
| | | SHA |
| | | Compresse de gaze |
| | | Scalpel |
| | | Ciseaux Mayo |
| | | Ciseaux mousse |
| | | Ciseaux jesko |
| | | Pince Halstead |
| | | Pince Kocher |
| Pince à disséquer Quenu | | |
| Porte aiguille Quenu | | |
| Porte aiguille mayo | | |
| DIO | | |
| Solutés | Ringer lactate | |
| | Chlorure de sodium 0,9% | |
| | Gélofusine | |
| | Mannitol 20% | |
| | Bicarbonate de sodium 2,4% | |
| Pansements et contentions | Couverture de survie | |
| | Pince à clamper | |
| | Sparadrap | |

| | | |
|--|--|------------------------------|
| | | Bande adhésive de contention |
| | | Bande crêpe |
| | | Pansements absorbants |
| | | Champs pour brûlés |
| | | Film adhésif transparent |
| | | Attelles |
| | | Colliers cervicaux |
| | | |

Annexe 2 : les grossistes répartiteurs en France

Interface indispensable entre les entreprises du médicament et les pharmacies, la répartition pharmaceutique est un maillon invisible pour le grand public. Pour autant, ce sont plus de 3 millions de Français qui bénéficient de ses services au quotidien. Focus sur son rôle, ses missions et ses responsabilités !

La pharmacie des pharmacies

Le pharmacien grossiste-répartiteur exerce sa mission au sein d'un site de répartition pharmaceutique autrement appelé les grossistes-répartiteurs. Interface entre les laboratoires et les pharmacies d'officine, la répartition pharmaceutique occupe une position stratégique au centre du circuit de la distribution du médicament.

Aujourd'hui, 7 acteurs majeurs se répartissent le marché de la répartition pharmaceutique : OCP Répartition, CERP Rouen, Alliance Healthcare, CERP Rhin-Rhône-Méditerranée, Phoenix Pharma, CERP Bretagne Atlantique et Giphar Groupe qui assurent la mise à disposition de 97,45 % des références auprès des officines.

En effet, les grossistes-répartiteurs pharmaceutiques achètent les médicaments aux laboratoires fabricants, les gèrent et les stockent dans leurs établissements puis les livrent et les mettent à disposition des pharmacies d'officine de France et des DOM.

Répartis sur l'ensemble du territoire national, les 186 sites en Métropole et dans les DOM, livrent et mettent à disposition des officines plus de 30 000 références de médicaments et produits de santé dans un délai rapide et au moindre coût tout en respectant les obligations de service public. Par leur proximité et leur efficacité, ils assurent des approvisionnements rapides, sûrs et répondant aux attentes.

Ainsi, chaque jour, les 6 millions de boîtes qui sont livrés et distribués par les grossistes-répartiteurs permettent d'apporter aux patients les médicaments et produits de santé dont ils ont besoin et ce, dans un délai moyen de 2 h 15. Les grossistes-répartiteurs sont ainsi dépositaire d'une mission de service public : assurer le lien continu entre les laboratoires et les officines pour garantir l'égal accès de tous aux médicaments, en tout temps et en tous lieux.

Le pharmacien répartiteur pharmaceutique exerce par ailleurs de nombreuses responsabilités :

- Il définit et fait appliquer les procédures impactant le produit et les procédures réglementaires pharmaceutiques ;
- Il définit et s'assure de la formation pharmaceutique des personnels ;
- Il supervise les opérations de contrôle des stocks et de retraits de marché ;
- Il supervise les opérations liées au contrôle de la qualité produit (péremptions, risque contrefaçon, retours, ...) et à la sécurité (référencement, sécurité des livraisons...);
- Il s'assure de la traçabilité des activités (documentation – enregistrements) et supervise ou effectue les auto-inspections ;
- Il gère les réclamations clients et le renseignement client ;
- Il suit les plans d'action d'amélioration de la qualité ;
- Il gère les relations avec les autorités de tutelle et les déclarations administratives.

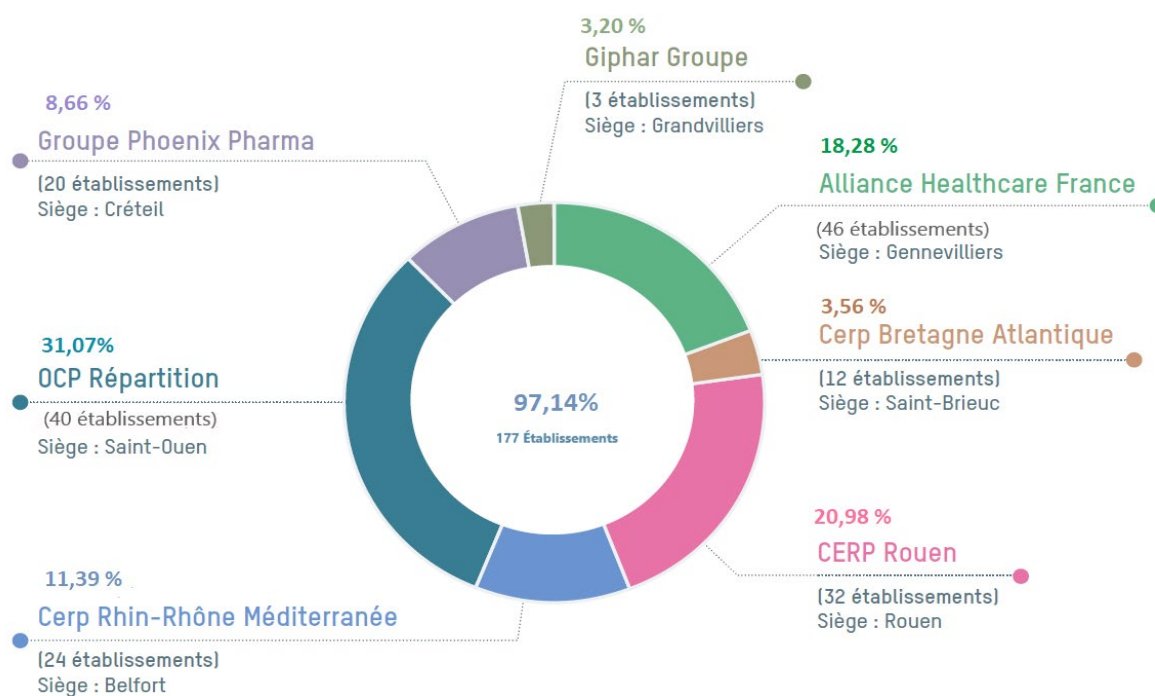
Une activité fortement réglementée

Le médicament étant un produit sensible, de première nécessité, urgent et avec des dates de péremption courte, l'activité de répartition pharmaceutique est extrêmement réglementée et est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé qui délègue à l'ANSM (**Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé**) le contrôle de l'application des obligations prévues par le Code de la Santé Publique.

Ainsi, pour garantir le bon approvisionnement quotidien des pharmacies et pouvoir légalement distribuer des médicaments et des produits de santé, il est nécessaire que l'entreprise de répartition pharmaceutique :

- **Dispose d'un statut d'établissement pharmaceutique** c'est-à-dire être dirigé par un pharmacien. Le pharmacien responsable qui, selon l'effectif de l'établissement est assisté d'un ou de plusieurs pharmaciens appelé le pharmacien assistant.
- **Desserve** dans son secteur d'activité **toutes les pharmacies** qui en font la demande ;
- **Référence au moins 9/10e des médicaments ;**
- **Dispose d'un stock garantissant deux semaines d'approvisionnement** de sa clientèle habituelle ;
- **Livre tout médicament dans les 24 heures ;**
- **Assure un service d'astreinte** les week-ends, les jours fériés et dans les situations d'urgence.

Part de marché des grossistes-répartiteurs en France



* Les autres grossistes-répartiteurs ne sont pas adhérents à la chambre - Source : GERS CA année 2020

Bibliographie

1. AATF [Association des Administrateurs Territoriaux de France] (2020). *Retour d'expérience sur la gestion de la crise sanitaire pour penser le monde d'après*, 30 juin.
2. AMF [Association des Maires de France] (2020). *Contribution de l'AMF à la préparation du déconfinement*, 21 avril.
3. APVF [Association des Petites Villes de France] (2020). *Les bonnes pratiques des Petites Villes pour le déconfinement*, 13 mai.
4. AN [ASSEMBLÉE NATIONALE] (2020a). *Rapport d'information de M. Richard Ferrand fait au nom de la mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-C19*, 3 juin.
5. AN [ASSEMBLÉE NATIONALE] (2020b). *Contribution du Groupe de travail sur l'impact du C-19 sur les Collectivités locales*, 5 juin.
6. FRANCE URBAINE (2020). *Contribution de France Urbaine à la préparation du déconfinement*, 24 avril.
7. FERLIE, E. ; PEGAN, A. ; PLUCHINOTTA, I. ; SHAW, K. (2019). « Co-Production and Co-Governance: Strategic Management », *Public Value and Co-Creation in the Renewal of Public Agencies across Europe*, [URL : www.cogov.eu].
8. LE LIDEC, P. (2020a). « Le renforcement du pilotage central des comportements budgétaires et fiscaux locaux ou les limites de la confiance », in LE LIDEC, P., Emmanuel Macron et les réformes territoriales. *Finances et institutions*, Berger-Levrault, p. 19-49.
9. LE LIDEC, P. (2020b). « Entre desserrement et resserrement du verrou de l'État », *Revue française de science politique*, pp. 75-100.
10. PETERS, G. ; PIERRE, J. (2001). « Developments in intergovernmental relations: Towards multi-level governance », *Policy and Politics*, 29 (2), pp. 131-135.
11. PHILLIMORE, J. (2013). « Understanding Intergovernmental Relations: Key Features and Trends », *Australian Journal of Public Administration*, 72(3), pp. 228-238.
12. SÉNAT (2020a). *Rapport d'information. Les enseignements de la consultation nationale menée par le Sénat auprès des élus locaux pendant la période de confinement*, 1^{er} juillet.
13. SÉNAT. (2020b). *Rapport d'information. Notes de synthèse des groupes de travail sectoriels sur les conséquences de l'épidémie de C-19*, 22 juillet.
14. SÉNAT (2020c). *Rapport d'information. Mieux organiser la Nation en temps de crise (justice, sécurité, collectivités et administration territoriales, élections)*, 8 juillet. Mo
15. Gouvernance multi-niveaux de la crise de la Covid-19 en France, quels échecs et réussites ? Céline Du Boys, Marius Bertolucci - Dans Gestion et management public 2021/4 (Volume 9 / N° 4), pages 49 à 55
16. Mc Kinsey & Company- Not the last pandemic : Investing now to reimagine public health systems. By Matt Craven, Adam Sabow, Lieven Van der Vaken, Matt Wilson-May 2021
17. WHO coronavirus (COVID-19) dashboard. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://covid19.who.int/>, accessed 29 April 2021).
18. COVID-19: Make it the Last Pandemic by The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response – Independent Panel for Preparedness & response - WHO