



Quelle mobilisation territoriale dans la gestion d'une crise sanitaire comme celle du Covid-19 ?

Alors que l'épidémie s'est propagée très rapidement en France et de manière hétérogène, l'Observatoire de la Régionalisation propose un point de situation sur le rôle des territoires, de leurs instances à leurs aménagements, dans l'appréhension et la gestion d'une situation de crise sanitaire exceptionnelle. Quels sont les dispositifs mis en œuvre ? Qui en sont les acteurs ? Quelle coordination sur le terrain ?

Une organisation territoriale de crise encadrée par un certain nombre de dispositifs

Si l'administration a progressivement mis en œuvre un certain nombre de mesures pour enrayer la propagation du virus, les acteurs locaux, eux, ont été confrontés à la gestion en urgence des premiers cas, dès le début de l'épidémie.

Faire face à une situation sanitaire exceptionnelle requiert une coordination totale des actions au niveau national comme territorial. L'ensemble des acteurs (établissements de santé, établissements médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, etc.) doit donc se préparer pour bien coordonner la réponse. La succession de différentes crises ces dernières années, telles que le SRAS, la grippe A-H1N1, les différentes canicules ou encore les attentats de 2015, leur a déjà permis d'ajuster les mesures existantes et d'en créer de nouvelles pour améliorer leur réponse.

Afin d'optimiser les prises en charge, le ministère de la Santé a développé et adapté année après année, en lien avec les acteurs institutionnels en santé et les acteurs du territoire, une palette d'outils concrets de gestion du risque.

L'organisation des établissements sanitaires et médico-sociaux

Parmi ces outils, on retrouve deux principaux plans développés à l'échelle des établissements, selon leurs ressources locales, pour anticiper les conséquences d'un risque, prévoir les dispositions nécessaires et améliorer la réactivité du personnel :

- le « plan de gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles », propre à chaque établissement de santé et déclenché par son directeur, qui se compose de deux volets d'action correspondant à la gravité de la situation :
 - le plan de mobilisation interne (niveau 1) face à une situation de tension avérée qui ne met pas l'établissement en difficulté mais qui nécessite une vigilance active avec des mesures d'anticipation ou de gestion d'un risque

- le plan blanc (niveau 2) face à une situation à impact majeur sur l'établissement qui permet la mobilisation de toutes les capacités pour organiser en urgence la gestion d'un afflux de victimes ou d'une situation sanitaire exceptionnelle tout en préservant la continuité des soins et la sécurité des patients et du personnel. Chaque établissement est tenu de transmettre son plan à l'agence régionale de santé (ARS) de sa région, qui l'évalue annuellement.
- le « plan bleu », anciennement « plan canicule » : propre à chaque établissement médico-social et déclenché par son directeur, il prévoit les conditions d'une mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables à la gestion d'une crise, quelle que soit sa nature, pour garantir une prise en charge de qualité et maintenir autant que possible leur fonctionnement habituel.

Les ARS mettent à disposition des établissements un guide pour les accompagner dans l'élaboration de leur plan. Au-delà du directeur d'établissement, le préfet de département peut également demander la mise en œuvre du plan bleu.

L'organisation de renfort à l'échelle zonale de défense et sécurité

Dans certaines situations, le déclenchement de plans à l'échelle des établissements ne suffit pas à contenir la crise. Il est alors nécessaire de mettre en œuvre un plan de renfort s'inscrivant dans un cadre d'action plus large. Il s'agit du « plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires » (propre à chaque zone de défense et de sécurité et déclenché par le préfet de zone) qui est le volet sanitaire des plans zonaux de défense et de sécurité. Préparé par le directeur général de l'ARS de zone, en concertation avec notamment les ARS de la zone et le préfet de zone, il permet la mobilisation et le suivi des moyens sanitaires zonaux et la répartition des moyens nationaux attribués en renfort pour faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins à l'échelle de la zone. Depuis la réforme territoriale de 2016 (loi NOTRe), on compte en France métropolitaine sept zones¹ de défense et sécurité regroupant une à quatre régions.

Un schéma d'organisation régionale spécifique aux situations exceptionnelles

Si des plans existent à différentes échelles d'intervention, leur articulation au niveau régional est primordiale pour mobiliser rapidement et efficacement les acteurs du système de santé en cas de crise. Depuis 2014, le dispositif ORSAN permet ainsi de répondre à ses enjeux en coordonnant les plans déjà existants dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social et en organisant spécifiquement l'offre de soins en fonction de cinq types de situations exceptionnelles :

- l'accueil massif de blessés victimes d'un événement grave (accident, catastrophe, attentat) (« ORSAN AMAVI »)
- la prise en charge des tensions dans l'offre de soins liées au nombre important de patients dans un contexte d'épidémie saisonnière et/ou lors d'un phénomène climatique voire environnemental important (« ORSAN EPI-CLIM »)
- la prise en charge des patients dans le cadre du risque épidémique et biologique connu ou émergent (« ORSAN REB »)
- la prise en charge des patients dans le cadre d'un événement nucléaire, radiologique ou chimique (« ORSAN NRC »)
- la prise en charge médico-psychologique des patients victimes d'un événement grave (accident, catastrophe, attentat) (« ORSAN MEDICO-PSY »).

¹ [Article R1211-4 du code de santé publique modifié par le décret n° 2016-1689 du 8 décembre 2016](#)

Véritable catalyseur de l'action régionale, le dispositif ORSAN est élaboré par les ARS, en lien avec les préfetures, les établissements de santé et les SAMU, sur la base d'une analyse des risques pouvant impacter le territoire et sur les réponses à apporter. Arrêté par le directeur général de l'ARS après avis des préfets de département concernés et de l'ARS de zone, il s'appuie sur une montée en puissance graduée autour des axes suivants :

- organiser l'offre de soins pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles, en s'appuyant sur la déclinaison des plans « opérateurs » (blancs, bleus ou contrats d'objectifs et de performance des maisons pluridisciplinaires de santé) voire du plan de renfort
- acquérir et répartir des moyens sanitaires mobilisables pour faire face aux menaces identifiées, qu'ils soient matériels ou humains, notamment via la réserve sanitaire
- former et entraîner les professionnels à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
- consolider le dispositif d'urgence médico-psychologique

Le dispositif ORSAN pose un cadre général permettant de répondre aux demandes de planification opérationnelle des préfets pour faire face à tout type d'événement. Au-delà de la région, la réponse aux événements de cette ampleur peut s'organiser au niveau des zones de défense et sécurité permettant de faciliter la gestion, par les autorités déconcentrées de l'État et de l'ARS, d'une crise nécessitant des moyens dépassant le niveau départemental.

Dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, le ministère de la Santé a diffusé, le 20 février, un premier guide méthodologique² de préparation à ce risque épidémique à destination des établissements de santé, médico-sociaux et de la médecine de ville. Trois jours plus tard, le directeur général de la santé (DGS) a demandé à chaque ARS de déclencher le dispositif « ORSAN REB », et aux 38 établissements de santé habilités à se mobiliser en niveau 1. L'objectif était de préparer la prise en charge des patients atteints et d'endiguer la propagation du virus sur le territoire, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires, en particulier les lits de réanimation, identifiés dès le départ comme une ressource critique de réponse à la crise.

Il est à noter que si la médecine de ville ne dispose pas de plan spécifique à la gestion d'une crise sanitaire, elle a su s'organiser sur le terrain afin d'assurer la continuité de prise en charge des patients dans le respect des mesures barrières :

- par une forte collaboration entre les professionnels médicaux et paramédicaux du territoire (médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, ambulanciers, etc.)
- par un recours massif à la pratique de la télé-médecine, avec près de 44 % des médecins généralistes ayant réalisé une téléconsultation la semaine du 23 mars et plus d'un million de téléconsultations réalisées la semaine du 30 mars
- par l'organisation de lieux spécifiques de prise en charge ambulatoire, les centres Covid, ouverts en cas de débordement avec l'appui des municipalités et des ARS.

Une gestion régionale adaptée en temps réel selon les besoins

La gestion de la crise sanitaire liée au Covid-19 est permise au travers d'un plan national dont le dispositif ORSAN est l'un des supports et de stratégies et adaptations régionales spécifiques à la

² [Guide méthodologique de préparation de la médecine de ville et des établissements sanitaires et médico-sociaux au Covid19, version du 20 février 2020](#)

situation sanitaire de chaque territoire. Chaque réponse territoriale est mise en place par l'ARS et la préfecture, sous la supervision du ministère de la Santé.

Une gestion de crise nationale menée territorialement par les ARS

Dans le contexte de crise sanitaire actuelle, les ARS répondent à deux missions prioritaires :

- le repérage des patients contaminés
- l'accompagnement des établissements de santé et médico-sociaux dans la réorganisation de l'offre de soins régionale, avec l'appui notamment des structures d'exercice coordonné lorsqu'elles existent (ESP, MSP, CPTS³, etc.)

Cette dernière doit permettre d'un côté la prise en charge des patients atteints du Covid-19 dans des conditions optimales, de l'autre celle des urgences et soins hors Covid-19. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR)⁴ constitue dans ce cadre un outil très utile pour connaître rapidement et piloter la disponibilité en lits et la capacité en réanimation de chaque structure de santé et garantir une orientation fiable des patients par les SAMU et les cellules de crises.

Grâce à la mise en place de politiques renforçant l'offre territoriale de soins coordonnés, les ARS et les acteurs de santé peuvent apporter une réponse plus rapide, mieux coordonnée et une diffusion des informations et pratiques essentielles plus efficace (points de contacts moins nombreux, point de relais unique).

Pour optimiser la réorganisation, les ARS s'appuient sur un classement régional des établissements de santé en trois lignes :

- la première ligne se compose des établissements de soins de référence pour la prise en charge des patients dans le cadre du risque épidémique et biologique connu ou émergent (dispositif ORSAN-REB). Ils disposent d'un plateau technique hautement spécialisé et d'un recours permanent à un infectiologue
- la deuxième ligne repose sur des établissements disposant d'un service d'urgence et de capacités d'hospitalisation notamment en soins critiques pour les patients graves afin de soutenir les établissements de première ligne dans la gestion des patients Covid-19
- la troisième ligne est constituée d'établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et SSR (services de soins et de réadaptation) ne prenant pas en charge de patients Covid-19 mais assurant et captant les urgences et soins courant des établissements impliqués dans la prise en charge des patients Covid-19

Afin de limiter au maximum les tensions pesant sur l'organisation du système de santé les ARS sont également mobilisés sur un certain nombre d'actions :

- l'accompagnement au déploiement de la télémédecine, mission appuyée par le biais des GRADeS (groupements régionaux d'appui au développement de l'e-santé), auprès des professionnels de santé (médecin généraliste, spécialiste, sage-femme, infirmier, pharmacien)
- la mise en place de centres de consultations dédiés Covid-19 permettant une consultation spécifique suite à une réorientation de son médecin traitant ou du centre 15
- la gestion, l'approvisionnement et la répartition des équipements de protection (masque, blouse, gants, etc.) provenant des différents stocks des institutions et entreprises répondant à l'appel aux dons ou de commandes spécifiques de l'ARS en parallèle de l'apport du ministère de la santé et de

³ Équipe de soins primaire, maison de santé pluriprofessionnelle, communauté professionnelle territoriale de santé

⁴ « Répertoire opérationnel des ressources – ROR Un socle d'informations utiles sur l'offre en santé » <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/repertoire-operationnel-des-ressources-ror>

Santé publique France (qui héberge les missions de l'ex-Eprus – établissement pharmaceutique de réponse aux urgences sanitaires)

- la mobilisation des étudiants en filières médicales et paramédicales ainsi que des professionnels de santé actifs ou retraités inscrits sur la réserve sanitaire, par la plateforme #Renforts-Covid⁵, mise en place par l'ARS Île-de-France et maintenant élargie aux autres ARS.

Une réponse régionale spécifique et évolutive

Les ARS répondent à la situation épidémiologique propre de leur région par le déploiement de missions et de ressources proportionnées et adaptées. Cette réponse se compose de mesures évoluant selon la situation virale du territoire telles que :

- la mise en place de cellule de soutien éthique et psychologique régionale, notamment dans les régions où le virus est fortement actif (Grand Est, Bourgogne-Franche-Comté ou Hauts-de-France) à destination primordiale des acteurs de santé mais aussi des particuliers en sus du numéro de soutien national
- le renfort de la protection des populations fragiles et du soutien aux opérateurs et associations qui s'en occupent, des mesures particulières sont prises par l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour les gens du voyage ou par l'ARS Hauts-de-France concernant les populations migrantes
- un renforcement du soutien aux établissements sociaux et médico-sociaux tels que les EHPAD (établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes), notamment dans les Hauts-de-France où l'ARS prend 11 mesures assurant une présence médicale accrue, une fluidité de parcours et un soutien aux personnels
- l'octroi de dérogations d'activité permettant le maintien de services utiles à la gestion du Covid-19 notamment d'un scanner par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté
- le recensement des offres de services à destination des acteurs de santé notamment concernant la production d'équipement de protection, comme l'effectue l'ARS Bretagne au travers du site de Bretagne Développement Innovation⁶.

La collaboration d'un certain nombre d'acteurs régionaux dans la gestion de crise

Dans cette gestion du Covid-19, d'autres acteurs régionaux sont présents notamment les départements et la région. Ils jouent un rôle important dans la mise en œuvre d'actions coordonnées. Les collectivités territoriales, par la mise en place d'arrêtés municipaux ou préfectoraux portant sur la fermeture de lieux publics ou la modification des conditions de circulation des personnes, ont permis un respect plus strict du confinement.

Les départements⁷ ont réorganisé en urgence leurs services, via des plans de continuité d'activité de services, et pris des mesures exceptionnelles dans chacun de leurs domaines de compétences. En termes de santé, certains ont ainsi mobilisé des acteurs économiques pour la fabrication de masques et de gels hydroalcooliques, mobilisé du patrimoine immobilier départemental pour l'hébergement de soignants, organisé des « drives » de dépistage, installé des services de télémedecine ou encore mis à disposition les capacités analytiques de leurs laboratoires.

Les régions se sont également engagées pour soutenir le système de santé par la commande de millions de masques destinés aux personnels soignants, l'apport d'un soutien financier à l'achat

⁵ <https://www.renfort-covid.fr>

⁶ <https://www.bdi.fr/fr/publications/covid-19-entreprises-unies-en-bretagne/>

⁷ <http://www.departements.fr/mesures-mises-place-departements-cadre-de-letat-durgence-sanitaire-liee-a-lepidemie-de-covid-19/>

d'équipements d'urgence, la mise à disposition de lits ou chambres d'internats pour l'hébergement de soignants à proximité d'hôpitaux ou la valorisation des indemnités de stage des étudiants infirmiers et aides-soignants.

De plus, il faut souligner l'importante solidarité des entreprises dans cette crise du Covid-19 permettant le maintien d'une activité économique et un support dans la lutte par :

- un apport de matériels et d'équipements (masques, casque de protection, solution hydroalcoolique, test de dépistage Covid-19...) allant d'une augmentation de la capacité de production jusqu'à une transformation des lignes de production,
- la mise à disposition d'outils et de plateformes facilitant et sécurisant l'exercice médical (plateforme de télémedecine, outil de suivi des patients, outil logistique de gestion des stocks,...),
- le développement de nouvelles solutions notamment de la plateforme [maladiecoronavirus.fr](https://www.maladiecoronavirus.fr)⁸ conçue par l'Alliance Digitale contre le Covid-19⁹ permettant une orientation des cas suspects et toutes les initiatives proposant un appui à la recherche.

Enfin, d'autres acteurs permettent une meilleure gestion du stress des professionnels de santé par une diminution de leurs déplacements au travers de la plateforme [Appart Solidaire](https://www.airbnb.com/fr/solidarite-medicale/)¹⁰ mise en place par AirBnB et le ministère de la ville et du logement. Ce ministère, en collaboration avec les préfetures, permet aussi une meilleure prise en charge des populations fragiles notamment des sans domicile fixe durant cette période de confinement où 157 000 places d'hébergements sont mobilisés jusqu'en mai et où 40 centres d'hébergement spécialisés ont ouvert pour accueillir les personnes sans domicile atteintes du coronavirus mais ne nécessitant pas une hospitalisation, soit un potentiel de 1 300 places et pouvant atteindre 2 900 places selon l'analyse des préfets et de la direction générale de la cohésion sociale.

Du foyer de contamination à l'épidémie : quelles mesures spécifiques ont-elles été prises dans le Grand Est ?

Dans le Grand Est, on dénombre aujourd'hui 4 928 personnes hospitalisées dont 880 en réanimation (voir annexe 1) alors que la région disposait initialement de 460 lits de réanimation. Comment la région a-t-elle basculé dans une épidémie régionale et qu'a-t-elle mis en œuvre pour la contenir ?

Le premier cas de patient affecté par le Covid-19 a été identifié le 26 février 2020, un homme de 36 ans revenant d'un voyage en Lombardie. Son épouse a par la suite été testée positive au virus. En lien avec Santé publique France, l'agence régionale de santé a conduit des investigations pour identifier les personnes avec qui la victime fut en contact. Dès lors, trois niveaux de risque sont définis pour les personnes contacts, selon lesquels des mesures de prévention seront prises ou non. Ces personnes contact ont fait l'objet d'un suivi quotidien. Dès la détection de ce premier cas, l'ARS a recommandé des mesures de distanciation sociale et le port de masque chirurgicaux. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) de Strasbourg et Nancy ont été mobilisés en première ligne afin de réaliser le diagnostic biologique et la prise en charge des patients atteints de covid-19 et un centre hospitalier (CH) de référence par département avait été désigné depuis le 23 février.

⁸ <https://www.maladiecoronavirus.fr/>

⁹ <https://www.maladiecoronavirus.fr/partenaires>

¹⁰ <https://news.airbnb.com/fr/solidarite-medicale/>

Les 3 cas qui ont suivi ont été identifiés dans le Haut-Rhin, une femme et ses deux enfants. La même procédure a été adoptée : identification des personnes contact, isolement et suivi quotidien. Quant au CHRU de Nancy, il accueille ses deux premiers patients le 2 mars. À ce stade, 7 cas étaient identifiés.

Au 4 mars, avec 26 patients contaminés, des mesures de confinements strictes s'appliquent aux seules personnes contacts des cas positifs :

- maintien à domicile strict pendant 14 jours
- auto-surveillance de la température deux fois par jour
- port d'un masque chirurgical en cas de contact inévitable avec un tiers
- surveillance de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire
- les personnes contact bénéficient jusqu'à 20 jours d'indemnités d'arrêt de travail sans délai de carence après validation par l'ARS.

Le Haut-Rhin est alors le département le plus touché avec 16 cas.

Dès le 6 mars, avec 81 cas confirmés, les premières mesures de restriction sont prises par le préfet du Haut-Rhin en lien avec l'ARS Grand Est et le rectorat :

- interdiction de tout rassemblement de 50 personnes en milieu clos, hors commerce, entreprises, restaurants et bars
- un arrêté préfectoral fixe la liste des établissements scolaires, périscolaires et d'accueil de petite enfance qui doivent fermer
- interdiction de visites pour les mineurs dans les établissements de santé publics et privés et dans les établissements sociaux et médico-sociaux
- toutes les manifestations sportives doivent se dérouler à huis-clos.

Les cas graves sont alors pris en charge dans les établissements de santé et une concertation est ouverte avec la médecine générale pour définir des protocoles de prise en charge à domicile pour les patients les moins graves.

Le 7 mars, deux premiers décès sont déclarés dans la région Grand Est et des mesures de restriction supplémentaires sont prises par le préfet du Haut-Rhin :

- fermeture des établissements du premier et du second degré (excepté les formations post-bac et continue), des accueils périscolaires, des crèches et autres établissements d'accueil de la petite enfance et des centres de formation des apprentis.

Le 8 mars, 262 cas sont confirmés (dont 45 en réanimation), la plupart étant reliés au rassemblement organisé par l'Église « Porte Ouverte Chrétienne » de Bourzwiller, la première semaine du Carême.

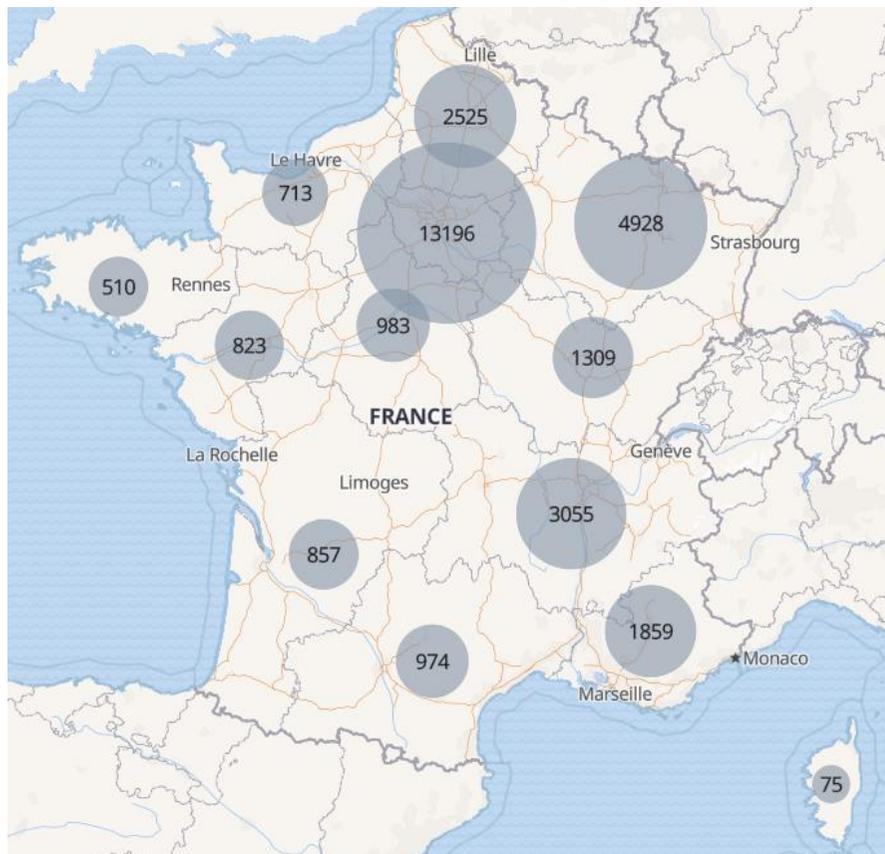
Le 13 mars, 910 personnes sont confirmées. L'épidémie se propage rapidement dans le Bas-Rhin (219 cas) où des mesures restrictives comparables à celles du Haut-Rhin (463 cas) sont prises en plus des mesures nationales :

- interdiction des rassemblements et activités de plus de 50 personnes
- les visites dans les EHPAD sont interdites dans toute la région
- les capacités de test sont renforcées
- le lendemain, le 14 mars, les établissements de santé engagent l'annulation des prises en charge de chirurgie et de médecine non urgentes.

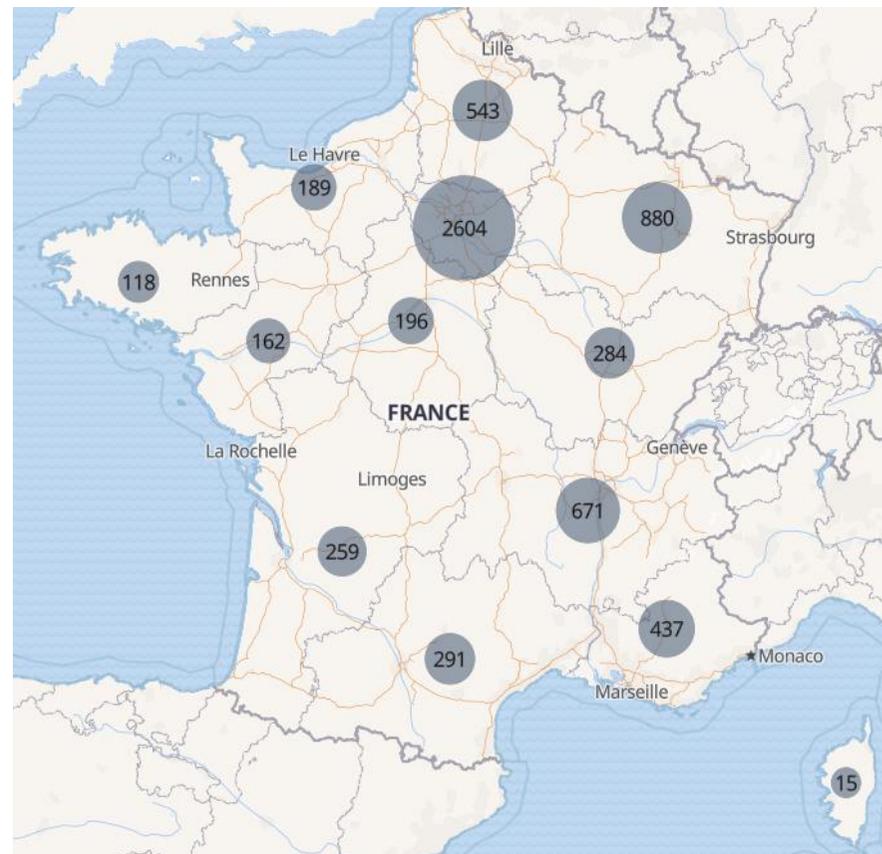
Par la suite, l'ensemble des acteurs de la région Grand Est fait preuve d'une très grande solidarité. Les professionnels de santé sont appelés en renfort dans les établissements de santé et médico-sociaux, la solidarité transfrontalière se met en place et ce sont environ 100 patients qui sont pris en charge au Luxembourg, Allemagne et Suisse. Ces actions sont coordonnées par l'ARS et les établissements des pays hôtes. Les services des armées au travers de l'opération Morphée prennent en charge 12 patients issus de Mulhouse dans les CHU de Toulon, Marseille et Bordeaux. L'appui de l'armée sera encore renforcé avec la mise en fonctionnement de l'Élément militaire de réanimation du Service de santé des armées (EMR-SSA) offrant 30 lits de réanimation supplémentaires. Plus récemment des trains médicalisés ont été défrayés pour acheminer des patients vers la Nouvelle-Aquitaine (voir annexe 2).

Annexe 1 : Données épidémiologiques de la crise Covid-19 au 13 avril 2020 (Source Santé Publique France)

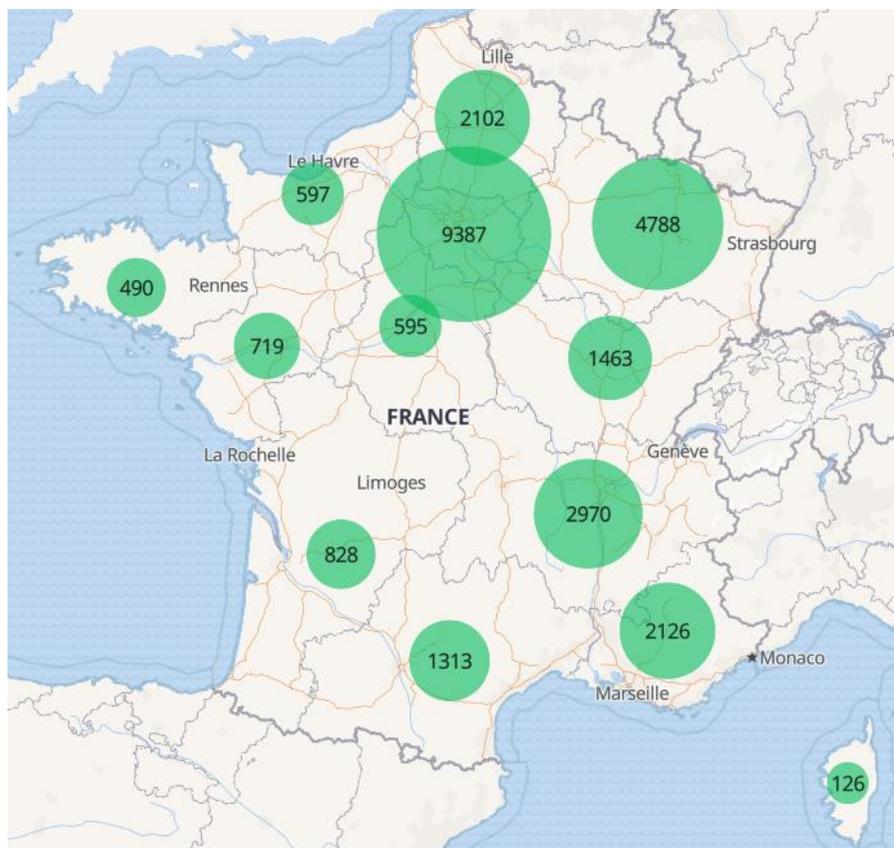
Au 13 avril 2020, 98 076 cas de Covid-19 sont confirmés en France. Les cartes et tableaux suivant présentent le nombre d'hospitalisations, d'hospitalisations en réanimation ou soins intensifs, de décès et de retour à domicile par région au 13 avril 2020. Les données actualisées sont consultables sur le [gouvernement](https://www.gouvernement.fr).



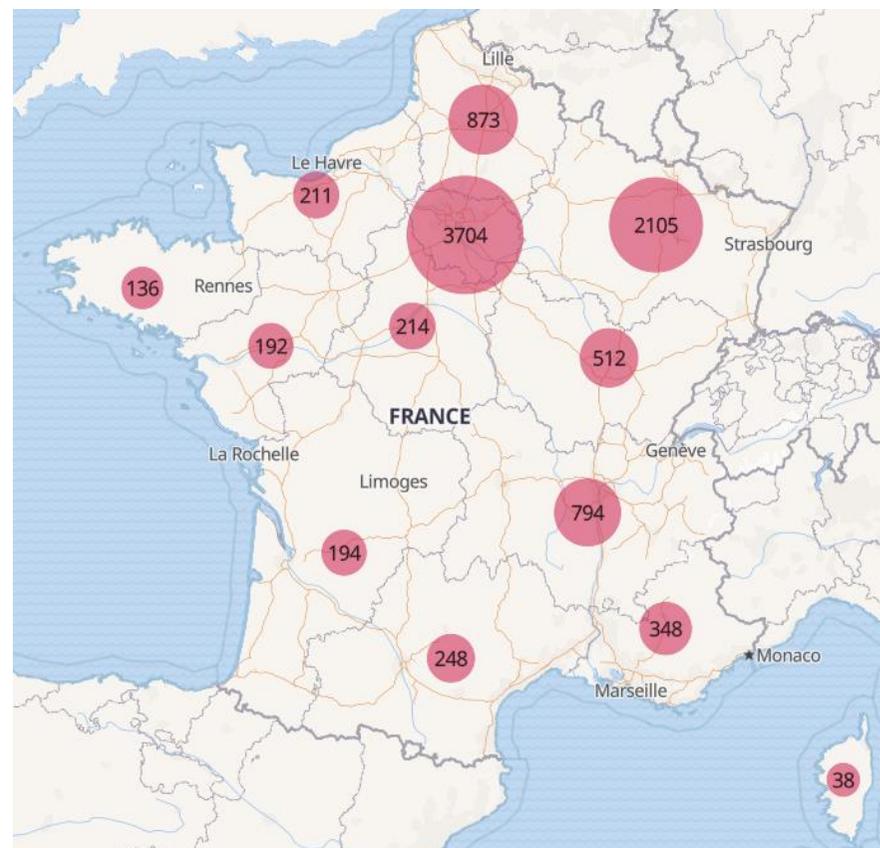
Carte des hospitalisations



Carte des hospitalisations en réanimation



Carte des retours à domicile



Carte des décès

