

Exceptional Health Situation and Crisis Avoidance

- Focusing on the Infectious Disease Emergency Preparedness and Response System in France -

Haemi Park^{1#}, Daejung Kim²⁺

¹ Department of Social Welfare, Daejeon University, 62, Daehak-ro, Dong-gu, Daejeon, Korea

² Korea Institute for Health and Social Affairs, Building D, 370 Sicheong-daero, Sejong City, Korea

Abstract

Considering that crisis management is not only the matter of information uncertainty and time pressure, but also decision making and strategies, a systemic approach would help analyze crisis management for infectious disease. During the MERS outbreak in 2015, the South Korean government prepared various measures to improve the infectious disease control system. This research aims to provide the organizational factors to avoid an infectious disease crisis by investigating the infectious disease management system in France. What is unique in France is that the central government undertakes the decision making process and the local authority collects the signals. In particular, ARS (Regional Agency of Health) plays a key role in preparing and responding in crisis. In addition to a systemic approach, we identified the importance of strategic elements for crisis avoidance, such as overcoming selfishness, securing flexibility and constructing the sense of the organization.

Key words: crisis management, crisis avoidance, infectious disease, France ARS(Regional Agency of Health)

1. 서론

우리나라는 2015년 5월 20일 메르스 첫 확진환자가 발생한 이후 총 확진자 186명, 사망자 38명, 격리자 16,693명이라는 전이적 기록을 남겼다(Jeong, 2017). 우리나라에서 메르스가 대규모 유행으로 증폭된 원인으로는 메르스 확진환자가 처음 발생한 병원에서의 초기 대응 실패와 이후 메르스 환자들의 병원 이동에 따른

병원에서 병원으로의 감염전파 및 오염된 병원에서의 병원 내 감염을 막지 못한 데서 찾을 수 있다. 이후 정부는 메르스 대응 과정에서 드러난 문제점을 개선하기 위해 국가방역체계 개편방안을 마련하는 등 감염병 위기 대비 및 대응체계를 강화하였다.

프랑스는 2013년 5월에 2명의 메르스 확진환자가 발생하였지만 우리나라처럼 유행이 되기 전에 확산이 차단되었다(Mailles, *et. al.*, 2013)¹⁾. 감염병 발생 시

[#] The 1st author: Haemi Park, Tel. +82-42-280-2378, Fax. +82-42-280-2378, e-mail. haemiclara@gmail.com

⁺ Corresponding author: Daejung Kim, Tel. +82-44-287-8365, Fax. +82-44-287-8062, e-mail. daejungkim07@gmail.com

1) 프랑스에서 발생한 메르스 첫 환자는 아랍에미리트에서 휴가를 보낸 64세 남성 환자로 2013년 4월 22일 발열과 설사로 병원A에서 입원하였고 4월 26일 호흡곤란(dyspnoea)과 기침증세가 나타나 기관지폐포세척(Bronchoalveolar lavage, BAL)을 위해 같은 지역의

Table 1. Interview date, visiting institution and contents

Date	Visiting Institution	Contents
8th September, 2015	La direction générale de la santé(DGS), Ministère de la santé	- Laws and regulations related to infectious diseases - Configuration of an infectious disease surveillance system and an information sharing system among parties responsible for managing infectious diseases
9th September, 2015	Institute de veille sanitaire	- Infectious disease control prevention systems at the national and local level
10th September, 2015	Hopital Bichat-Claude-Bernard)	- Preparedness and activities of managing infectious diseases within medical institutions.

위기의 차단은 보건의료시스템 내 관련 기관들의 촘촘한 조직과 효율적인 역할분담을 통해 이루어지기 때문에 감염병 관리체계는 이들 개별 조직들로 구성된 하나의 시스템에 대한 관점에서 접근해야 할 필요가 있다. 본 연구는 메르스 발생과 같은 공중보건을 위협하는 감염병(epidemics)이 대유행(pandemics)과 같은 위기로 전이되는 것을 차단(crisis avoidance)하기 위해 고려되어야 하는 요인들을 프랑스의 감염병 관리와 위기 대응 체계를 통해 도출하는데 목적이 있다. 비교적 효과적으로 감염병을 차단하는 것으로 평가되고 있는 프랑스의 감염병 관리 및 대응 시스템을 분석함으로써 우리나라의 국가방역체계 개편방안 수립에 기여하고자 한다.

이에 본 연구의 구성은 다음과 같다. 먼저 제2장에서 위기 상황의 증폭 혹은 차단과 관련된 이론적 배경을 기술하였다. 위기는 한 시스템의 균형이 깨지는 것이라 할 수 있으며, 위기 상황의 증폭이 일어나는 메커니즘을 Nioche 모델을 기반으로 설명하였다. 의사결정에서의 조직적 특성을 분석함으로써 위기의 차단을 위한 조직적·전략적 관점과 시스템적인 관점을 제시하였다. 제3장에서는 프랑스의 감염병 관리체계를 감염병 관리

기구의 설립 과정과 감염병 감시활동의 진화 과정을 통해 살펴보았다. 감염병 관리체계는 감염병의 대비(preparedness)와 대응(response)을 위한 보건의료시스템 전반의 문제이기 때문에 이론에서 제시한 의사결정에서의 조직 특성 관점을 기반으로 우리나라와 프랑스의 체계를 비교하는데 주안점을 두어 분석하였다.

본 연구를 위해 문헌고찰과 프랑스 현지 방문을 통한 현장정보 수집 및 의사결정자와의 인터뷰 등의 자료조사가 이루어졌다. 문헌 고찰을 위해 위기차단과 관련한 학술문헌과 프랑스의 감염병 관리체계에 대한 관련 법령 및 인터넷 자료 등을 광범위하게 수집 분석하였다. 면담조사(〈Table 1〉)는 2015년 9월 8일 프랑스 보건복지부의 보건실(la direction générale de la santé (DGS)), 2015년 9월 9일 프랑스 파리의 질병관리연구소(InVS), 2015년 9월 10일 에볼라 등 감염병 전문병원인 비샤병원(Hôpital Bichat-Claude-Bernard)에서 이루어졌다. 프랑스 보건복지부의 면담은 보건실내 보건위기대응센터(Centre opérationnel reception et regulation urgences sanitaires et sociales, CORRUSS) 센터장을 포함한 실무진 5인과의 면담이 이루어졌고, 질병관리연구소(InVS)의 면담은 전염병국(Departement

다른 병원(병원B)에서 하루 동안 입원하였다. 소화기 문제로 내원한 이 환자는 이후 증상이 심해져서 4월 29일 다른 지역의 큰 병원인 병원C의 중환자실로 전송되었고, 5월 1일에야 메르스 환자(MERS-CoV)로 의심이 되어 격리조치 되었다. 5월 7일 확진판정을 받고, 5월 8일 음압병상이 있는 병원D로 전송이 되었으나 5월 28일 사망하였다. 두 번째 환자는 첫 번째 환자와 접촉한 사람 123명(가족, 의료진, 여행 동승자 등)을 대상으로 추적 조사를 벌인 중에 식별되었다. 4월 26일~29일에 병원A에서 같은 방을 사용했고, 4월 30일 병원A에서 퇴원하였으나, 근육통과 기침 증세를 보였다. 이 두 번째 환자는 5월 9일 병원D로 격리되어 5월 11일 확진판정을 받았다. 이후 두 번째 환자와 접촉한 39명을 조사한 결과 새로운 케이스가 발견되지 않아 더 이상의 감염병 확산은 없었다. 비슷한 사례로 에볼라 바이러스 대응사례를 들 수 있다. 2014년 3월에는 프랑스에서 에볼라바이러스 환자가 발생하였는데 아프리카를 여행한 미국인으로 확진판정 이 후 파리 Bichat 병원에 입원해 치료를 받았다. 당시 프랑스 질병관리연구소(InVS: Institut De Veille Sanitaire, 이하 InVS)는 에볼라와 관련된 프랑스 국내외의 역학적 감시체계를 강화하고, 공항 등에서 위험국가 등을 중심으로 스크리닝을 강화하는 한편, 프랑스 국민과 비행기 승객들을 대상으로 알람 지침을 통해 위험사항을 고지하였다. 이 후 추가적인 환자의 발생은 일어나지 않았다.

des maladies infectieuses) 국장 포함 실무진 5인과의 면담이 있었다. 비사병원에서는 응급실내 격리 프로세스 등 환자의 동선에 따른 격리 프로세스와 격리병동을 직접 살펴보았다.

II. 위기 상황에서의 조직에 관한 이론적 배경

1. 위기를 바라보는 관점

새롭고 다양한 보건적 위기들이 등장함에 따라 우리 사회는 이들의 형성 과정에 대해 알아보고 그 대응 방안을 모색하는데 중점을 두고 있다. 위기관 무엇인가에 대한 일치되고 명확한 정의는 없다. 다만 예기치 못했거나 우려스런 사건으로 발생한 예외적인 상황과 이를 제어하고 벗어나기 위해 추가적 방법이 제공되어야 하는 것을 위기라 할 수 있다. 위기는 어떤 현상을 일으킨 사건들 자체에 의하기 보다는 그 사건들이 자가 발전하면서 확대되어 초래되는 내생적인 특성을 가진다 (Gilbert, 2006; Salvan, 2016). 위기 상황을 촉발하는 요인들만으로는 그 사태를 충분하게 담아낼 수 없기 때문에 위기의 표출이 어떤 혼란들을 포함하고 있고, 이로 인해 어떤 형태의 해석들과 작용들이 야기되는지가 고려되어야 한다.

위기 상황은 관련 주체들의 혼란 및 조직들의 와해상태를 야기하고, 이 주체 및 조직들은 불확실하고 애매 모호한 상황적 요소들과 시간적 제약의 틀 안에서 중요한 결정들을 내려야한다(Dufès & Ratinaud, 2013). 그러므로 위기의 관리는 단순한 응급상황에 대한 대처나

자원 동원에만 초점을 맞추는 것이 아니라 위기 상황에서 이루어질 주체 및 조직들의 결정들을 위한 소통 및 관계적 측면을 비중 있게 다룰 필요가 있다. 또한 위기를 하나 혹은 여러 시스템의 기본적 균형이 깨어진 것이라 할 때 이와 같은 균형 상태의 단절 혹은 “예외적 상황들의 등장”이 심각한 위기 상황으로 확대되는 과정에서 이루어지는 의사 결정에 대한 이해가 필요하다.

위기 상황은 다음 두 가지의 관점에서 접근할 수 있다(La Maisonneuve, 2008). 먼저 일련의 사건들을 통해 만들어진 상황적 요소를 통해, 그리고 그 상황이 진화되어가는 과정에서의 영향력을 행사하는 권력들을 통해 위기 상황을 들여다볼 수 있다. Nioche 모델은 위기 상황을 인지하고 위기 상황이 오기까지 영향을 미치는 의사 결정들이 이루어지는 과정을 두 개의 축, <환경-상황>의 축과 <권력-결정>의 축으로 도식화하여 설명하고 있다(Table 2). <환경-상황>의 축은 의사 결정이 이루어지는 환경적인 요인과 관련되는 것으로 안정적인 환경에서 어떤 결정을 내릴지가 드러나는 상황, 기존의 절차들이나 계획들을 통해 미리 예측할 수 있는 환경에서 기대 가능한 결정을 내릴 수 있는 상황, 혼란스런 환경 내에 전에 없는 돌발적인 결정을 내려야하는 상황을 단계적으로 나타낸다. <권력-결정>의 축은 개입의 주체들과 관련되는 것으로서 집중된 권력 구조 하에 결정 권한이 유일한 단계, 분산된 권력 구조 하에 결정이 조직적으로 이루어지는 단계, 권력 간 대립 하에 정치적인 결정이 이루어지는 단계를 나타낸다. 이 도식은 세 유형으로 단계별 세분화된 양 축을 결합하여

Table 2. Nioche model applied to decision process in situation of crisis

				Real environment and/or perceived		
				Stable	Previsible	Turbulent
				situation of decision		
				Emergent	Anticipated	Ocurrent
Power	Concentrated	Models of decision	Unique authority	Adjustment	Rationalization	Rule of art
	Divided		Organizational	Administrative adaptation	Plan of rescue and normal procedure	Plan of rescue
	Disputed		Politic	Agreed adjustment	Political game	Crisis

※ Source: Boutté, 2006

위기 상황으로 가는 총 아홉 가지의 특징적인 상황 (〈Table 2〉의 테두리 안쪽)을 도출하고 있다.

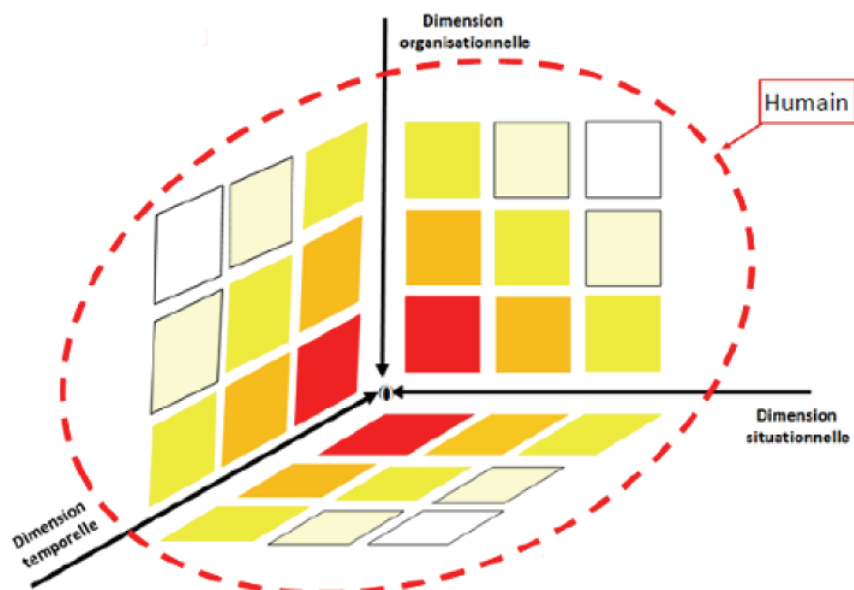
위기 상황으로 가는 의사 결정의 단계는 이성적인 조정 (Adjustment), 합리화(Rationalization), 기업가적 결정 (Rule of art), 행정적 적응(Administrative adaptation), 체계적 구조 계획(Plan of rescue and normal procedure), 비상 계획(Plan of rescue), 합의에 의한 조정(Agreed adjustment), 내부의 정치적 게임(Political game), 그리고 위기 단계(Crisis)로 구분할 수 있다. 이 모델에 의하면 위기를 벗어난다는 것은 나머지 8개의 상황이 위기로 치닫는 사태를 예방하는 것이라 할 수 있다. 이 도식에서 위기 단계와 경계 선상에 있는 정해진 절차에 따른 체계적 구조 계획, 정치적 게임, 비상계획 단계는 위기 상황으로 전환되는데 있어 상당히 민감하고 결정적인 변동 요인이 될 수 있다.

3D 모델(Dufès & Ratinaud, 2013)은 Nioche 모델의 상황의 축과 조직(권력)의 축에 시간의 축을 추가하여 감염병과 같은 위험이 제어할 수 없는 위기 상황으로 옮겨가는 메커니즘을 보다 구체적으로 설명하고 있다 (〈Figure 1〉). 위기 상황에서 반응속도가 느린 것에서부터 빠른 것의 단계를 나타내는 시간의 축이 더해진 3D 모델은 위기 상황이 초래하는 불안정한 상황과 의사

결정의 절차를 입체적으로 인지하고 이해할 수 있게 한다. Nioche 모델이 제시한 9가지 특징적 상황에 시간의 축 즉, 시간적 압박이 큰, 중간 정도의, 적은 상태의 세 단계적 분류가 추가됨으로 총 27 유형의 위기 상황의 특징을 유형화함으로 보다 정교한 불안정의 상황들을 도출하고 있다. 또한 3D 모델의 각 위기 상황의 특징들은 위기의 순환 구조에 따라 5가지 색깔로 단계화하여 하얀 색은 안정적인 상황, 노랑은 예외적 상황, 빨강은 위기 상황을 상징적으로 보여주고 있다.

3D 모델에서 상황적 측면은 조직적 측면과 시간적 측면의 조합으로 만들어지고, 각 측면들은 상호작용하며 위기 상황으로 도래하게 된다. 이 과정에서 동원되는 의사 결정이나 전략들은 불균형의 요소들을 축소시키지 못해 위기 상태에 도달하게도 아니면 벗어나게도 할 수 있다. 이 모델은 또한 세 측면의 결합으로 이루어진 27개의 유형 외에도 이 도식을 둘러싸고 있는 모든 관계자들(Humain)을 고려하고자 한다. 각 개인들은 각 단계에서 균형 상태를 유지할 수도 시스템 전체의 불안을 불러올 수도 있는 불균형의 중요한 요인으로 작용하게 된다.

위기 시 촉발되는 사건의 역동성, 사태의 불확실성, 소통의 난항 혹은 부재, 부적합하거나 충분치 못한 자



※ Source: Dufès & Ratinaud(2013)
Figure 1. 3D Explanation model of decision practice

원들과 같은 다양한 요소들은 위기 상황으로의 진화를 촉진시킬 수 있다. 그러나 위기 도래 시 불확실의 요소가 없더라도 시간적 압박만으로도 조직 체계가 위기 상황을 맞이할 수 있다. 또는 강한 시간적 압박과 큰 불확실성의 결합이 오히려 조직 체계의 강한 구조화를 불러올 수도 있고, 아니면 극도의 약화를 초래할 수도 있다. 그러므로 위기 상황에 봉착하느냐 아니냐는 단순히 정보의 불확실성, 시간적 압박 등만으로 결정되는 것이 아니라 그 과정에 있어 어떤 의사 결정을 통해 어떻게 그 상황을 이끌어어나가느냐, 어떤 관리 전략을 세우느냐에 따라 다른 결과를 가져올 수 있다.

2. 위기 상황에서의 조직의 특성

3D 모델의 의사 결정에 관한 설명 중 조직적 측면에서의 불안정성이 증가하는 원인에 대한 이해는 조직에 대한 전략적(strategic) 관점과 시스템적(systemic) 관점에서 접근할 수 있다(Crozier & Friedberg, 1977).

시스템적 관점은 조직이 구체적인 행위 체계(système d'action, action system)를 만들어내는 것으로 보고, 어떤 위기 상황이 발생하는 것을 인과론적인 관점에서 위기의 원인을 분석하고 해결책을 제시하는 관점이라고 할 수 있다. 즉, 조직이 주체들의 의사결정에 어떻게 관련되느냐의 문제로 다루어질 수 있다.

전략적 관점은 반드시 조직의 목적과 일치하지 않는 동기를 가지고 있는 다양한 주체들이 조직 내에서 활동하고 있다는 것을 인정하고, 다양한 주체들이 참여하는 사회적 구성물(construit social), 즉 조직 내 주체들이 참여하여 벌린 게임의 결과물로서 시스템을 설명한다. 게임의 결과 탄생한 조직이라 하더라도 조직 내 주체들은 항상 일정한 행동의 자유(marge de liberté)를 가지고 있기 때문에 협력과 상호의존성의 문제들이 상존하며 이에 따라 위기 상황에서 주체의 행동상의 적응과정에서 위기를 증폭시킬 수 있는 원인이 된다. 이 관점에서 주체들의 전략은 조직의 전략들에 의해 고정되는 것만이 아니라 이성과 그 주체가 살아온 과정의 맥락 속에서 만들어진다. 따라서 조직은 문화적 구성물(construit

culturel)로 주체들이 공동의 행동으로 협력하고 상호작용할 수 있도록 하지만 자립적 특성 또한 가지게 된다.

본 연구에서는 시스템적 접근방식으로 프랑스의 감염병 관리체계를 제시하고자 한다. 감염병 관리체계라는 시스템을 출발점으로 시스템을 구성하고 있는 요소들에 대해 설명하고, 감염병 위기를 이러한 요소들의 작동 및 비작동에 의한 인과관계를 반영하여 분석하였다.

III. 프랑스 감염병 관리 체계와 특징

Nioche 모델과 3D 모델의 의사 결정에 관한 설명은 위기 상황에서 의사 결정 체계에 혼란을 초래하는 상황적, 조직적, 시간적 요인들과 이에 대한 예방적 접근의 중요성을 드러내주고 있다. 이러한 위기 상황의 요인들을 예방하고 관리하기 위해서는 더 심각한 위기 단계로의 진화를 제어할 수 있는 확실한 관리 체계 구축을 필요로 한다. 위기 상황에서의 관리체계는 “위기 상황의 대비와 관리에 있어서의 정치, 전략, 기술, 작업 활동”으로 정의할 수 있다(Dufès & Ratinaud, 2014: 50). 그리고 어떤 특성을 가진 위기 상황인지 즉, 우연, 사고, 재난, 대참사 혹은 혼돈 상태인지를 파악하여 그 수준에 맞는 대응이 이루어져야 할 것이다.

감염병 위기는 다른 위기들과 과학적 연구 방법의 측면에서나 관리 전략적 측면에서나 차별화된 접근을 요한다. 전염성은 총체적이고 심각한 측면이 있을 뿐 아니라 한 구역, 또는 국가 전체를 위기 상황에 빠뜨릴 수 있기 때문이다. 위기의 사회적이고 정치적인 측면에 보건의 측면이 결합된 이러한 위기들의 전반적인 특성은 의사 결정자들이 산업적, 기술적 위기와는 다른 관리 기법을 적용해야 함을 의미한다. 앞서 언급한 바와 같이 에볼라와 같은 보건의 위기를 비교적 잘 모면한 프랑스의 감염병 관리는 어떤 방식으로 조직화 되어 있고 기능하는지를 살펴보고자 한다.

1. 프랑스 감염병 관리 체계

1984년 이전까지 프랑스는 법정감염병(la notification des maladies à déclaration obligatoire, MDO)에 중점을 두고 감염병을 관리하여 왔다. 이후 1984년에는 프랑스내의 개업의사들(médecins généralistes) 간 정보 공유 네트워크(Réseau Sentinelles)를 마련하여 감염병 정보를 공유할 수 있는 최초의 네트워크를 구축하였다. 1992년 6월에는 공중보건국가네트워크(Réseau national de santé publique, RNSP)를 설치하여 국가 공중보건의 감시역할을 강화하였고, 감염병 뿐만 아니라 환경보건의 감시활동까지 그 활동 범위를 확대하였다. 이후 1998년 7월 1일 법²⁾에서는 RNSP를 InVS³⁾로 전환하고 만성질환과 산업보건의 영역까지 포괄하는 공중보건의 감시활동을 수행하였다.

InVS는 새로운 감염병 출현 증가, 특히 1996년 광우병 발생으로 공중보건에서 감시활동의 전문화와 위기 대응체계의 필요성이 증가하여 설립된 것으로, 의약품 안전처(Agence française de sécurité sanitaire des produits sanitaires, AFSSAPS), 식품안전처(Agence française de sécurité sanitaire des aliments, AFSSA)도 동일한 시점(1998년 7월 1일)에 설립되었다. 이렇게 새로운 기관들이 설립된 배경에는 보건부가 가지고 있던 위험관리의 영역으로부터 위험에 대한 평가 등 기타의 전문영역을 분리하고자 하는 원칙이 계기가 되었다.

감염병 발생시 확진판정을 하는 기관으로 프랑스 보건부는 1972년부터 국가지정 표준진단연구기관(Centre national de référence, CNR)을 운영해오고 있다. 국가지정 표준진단연구기관은 감염병 발생시 확진판정을 하는 기관으로 보건부에 의해 5년 마다 지정을 받는다.

현재 파스퇴르연구소(Institut Pasteur)등 47개 기관이 국립표준연구기관으로 지정되어 있다. 우리나라의 경우 메르스 발생 이전에는 13개 시도 보건환경연구원에서 선별검사를 하고 확진을 국립보건연구원에서 2단계 구조로 유지하여 오다가, 2016년 6월부터는 민간의료기관에서도 진단검사가 가능하도록 확대하였다. 프랑스의 경우 질환별로 국가지정표준연구소가 전국에 분포되어 있다는 점이 우리나라의 체계와 큰 차이점이다.

프랑스 보건부(Ministère chargé de la Santé) 중 감염병 관련 업무를 총괄하는 부서는 보건실(la direction générale de la santé, DGS)이다. 보건실은 직속산하에 보건위기대응국(Département des urgences sanitaires)을 두고 있으며, 보건위기대응국 내의 보건위기대응센터(CORRUSS), 경보 발동팀(Bureau alertes et repos, BAR), 대응준비팀(Bureau organisation et préparation, BOP)에서 감염병 위기에 대응한다. 우리나라에서도 메르스 발생이후 보건위기 대응센터와 같은 조직의 필요성이 인식되어 질병관리본부 내에 24시간 긴급 상황실을 운영하도록 방역체계를 개편하였다. 이에 따라 감염병 의심환자 발생 즉시 신고 접수에 서부터 의심환자 대응에 필요한 조치들을 실시간으로 보고되도록 하였다(Jeong, 2017: 298). 프랑스는 보건부 내에 긴급 상황실이 설치되어 있는 반면에 우리나라는 질병관리본부 내에 설치하도록 하였다.

공공보건 고등위원회(Haut Conseil de la santé publique, HSCP)는 전문가들로 구성된 위원회로 감염병 환자의 분류기준, 예방수칙 및 의심사례에 대한 대처 등 권고안을 만들어 질병관리연구소(InVS)등에 전달하는 역할을 한다. 프랑스는 환자 분류기준과 관련하

2) Loi n° 98-535 du 1 juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme

3) 질병관리연구소(InVS)는 공공기관(Etablissement public de l'Etat)으로 질병관리연구소장은 정부에서 임명한다. 예산은 정부의 출연금이나 지출과 인사 등 행정업무는 정부로부터 독립되어 있다. 2016년 현재 총 인력은 425명(행정 150명, 연구자 275명, 여자 72%, 남자 28%)으로 감염병뿐만 아니라 환경보건, 만성질환 및 트라우마 그리고 산업보건을 다루고 있다. 질병관리연구소(InVS) 산하에는 17개 지방조직(CIRE, Inter-regional Epidemiological Units)이 있으며, 이 지방조직에는 총 130여명이 근무하고 있다. 질병관리연구소의 예산은 6천만 유로(한화 약 7백억 원)(2013년 기준)로 감염병 분야 지출 30%, 만성질환 및 트라우마 관련 질환 지출 20%, 지역, 국가 및 국제 위기 연계활동 19%, 환경보건분야 10%, 노동분야 8%, 기능간 프로그램 9% 등을 이루고 있다.

여서는 WHO 등 국제기구의 권고안을 존중하지만 내부적으로는 더 보수적인 입장으로 지침을 만들어 적용하고 있다(2016년 9월 8일 프랑스 보건부의 보건위기대응센터장 인터뷰 내용). 메르스의 경우에도 HSCP는 2013년 6월 28일 이후 지속적인 업데이트를 통해 감염에 대한 정의를 개정하고, 확진 등을 위한 진단방법, 감염 예방 수칙 등을 개발하여 왔다.

2. 프랑스의 감염병 관리체계의 특징

1) 감염병 감시의 지역화(localization)

감염병의 경우 초기 대응 과정 중 의심환자 발견·조치와 접촉자 관리는 중앙과 지방자치단체의 신속하고 정확한 연계가 중요하다. 2009년 7월에 시행된 병원개혁법안(La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST)에서 지방보건청(Agence régional de santé, ARS)⁴⁾이 창설되면서 프랑스의 일반적인 Top-down 방식의 행정체계와 달리 지역단위에서 감염병 정보수집이 이루어지고 ARS를 경유하여 중앙정부로 정보가 전달되고, 필요한 감염병 관리조치가 이루어지도록 하였다.

감염병 감시업무는 일반적으로 ARS내의 CVAGS(Cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire), 질병관리연구소(InVS)의 지역 단위 조직인 지역역학팀(Cellule interregionale d'épidémiologie, CIRE, 이하 CIRE)이 플랫폼이 되어 업무를 수행한다. CVAGS는 ARS에 소속되어 있고, CIRE는 질병관리연구소(InVS)

에 소속된 기관으로 협력 관계에 있다. CIRE는 전국 17개의 지역에 있으며, 총 130명 중 90명이 역학자(épidémiologistes)로 구성되어 있다⁵⁾. 평균적으로 매년 각 지역역학관리팀별로 약 800여개의 신호(signaux d'alerte)를 접하며, 상황에 따라 단순 의견제시 이외에 수일에서 수주에 걸친 종합조사를 벌이기도 한다⁶⁾. 전체 신호 중 약 1/4가량은 심층 분석이 필요하며, 주로 감염병과 환경보건 분야이다. 감염병 발생 초기단계에서 CIRE는 1차 방어막 역할을 하기 때문에 상황을 제어하고, 조정하는 역할을 못할 경우 위기단계로 진화할 수 있다.

응급구조대(SAMU)로부터 감염병 의심환자가 의료기관으로 이송되면 지방보건청(ARS)이 어느 의료기관으로 의심환자를 이송할 것인지 결정하고, 지방보건청(ARS)에서 승인한 격리병상에서 격리가 이루어진다. 병원 응급실로 바로 방문하는 환자의 경우에도 감염병 의심환자는 다른 환자와 섞이지 않도록 바로 격리시킨다. 추정환자의 샘플은 국가지정 표준진단연구소 등에서 진단하며, 양성 판정이 이루어지면 국가지정 격리병동에서 격리된다.

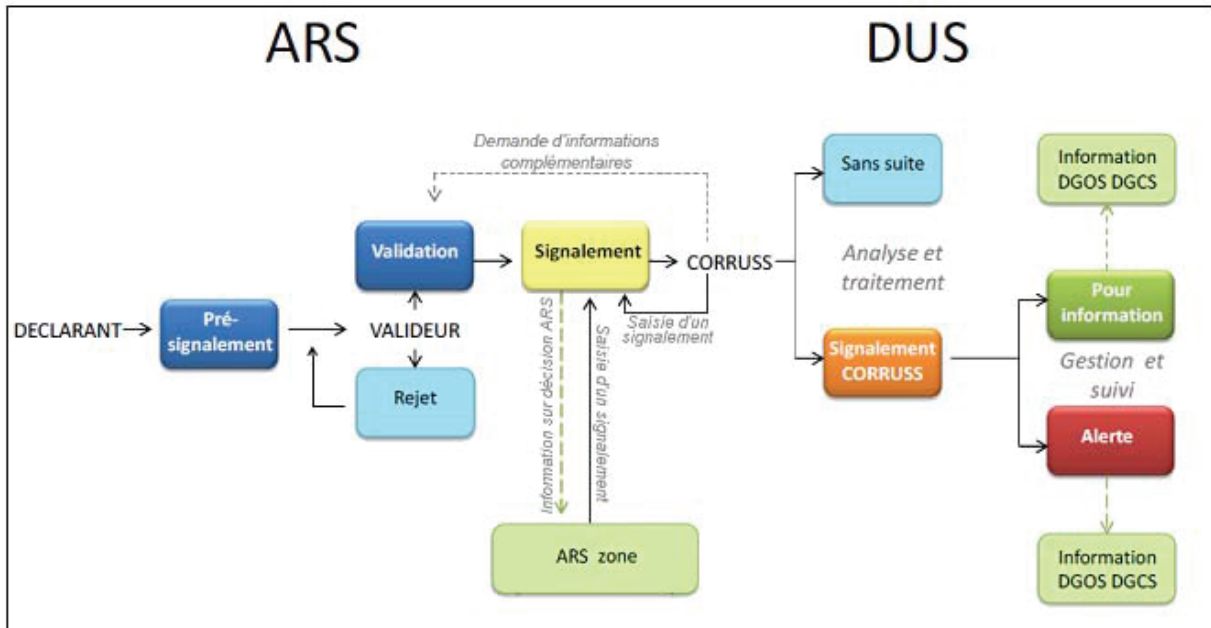
2) 적극적 감시활동 확립

우리나라의 질병관리본부에 해당하는 프랑스 질병관리연구소(Institut De Veille Sanitaire, 이하 InVS)의 이름에서 나타난 바와 같이 1998년 InVS 창설이후 감염병 관리는 소극적 감시업무(surveillance)에서 적극적 감시활동(veille)으로 진화하였다. 소극적 감시

4) 지방보건청(ARS)은 전국 26개 지역에 설치되어 있으며 크게 공중보건활동과 의료공급규제 활동을 수행하고 있음. 지방보건청의 전신은 지방병원청(Agence régional de hospitalisation, ARH)로 ARH는 각 지방의 도지사(Préfet)에서 담당하던 지방보건계획의 수립, 병상규제 등 자원배분의 역할을 수행하였음. 이후 2010년 4월 지방병원청을 포함한 7개 지방보건행정관련 기관들을 통합하여 지방보건청(ARS) 창설. 지방보건청은 중앙정부인 보건부 산하기관으로, ARS의 대표이사는 국가조정위원회(보건부장관, 예산처장관, 건강보험 장관 등 장관들로 구성)에서 임명함. 국가와 ARS의 일관된 보건정책 및 계획수립을 위해 설립됨. 각 지역별로 약 300~350명이 근무하고 있으며, 전국적으로 9,000여명이 근무함. 공공행정기관으로 경영과 인사에서의 독립성이 보장됨.

5) 예를 들면, 일드프랑스(Ile de France) 지역의 CIRE에는 역학조사관(médecin inspecteur de santé publique), 역학자(épidémiologistes) 2명, 위기 평가자(ingénieur-évaluateur du risque), 공중보건간호사 1명, 연구모니터 1명, 보조원 1명, 인턴 등으로 구성되어 있다. 역학조사관(médecin inspecteur de santé publique)은 의학박사학위(Doctorat en médecine) 소지자 대상으로 이론 및 구두시험을 거친 후 공중보건고등교육학교(Ecole des hautes études en santé publique, EHESP)에서 12개월 교육(8개월은 실습)을 받고 자격을 취득한다.

6) <http://www.invs.sante.fr/Regions-et-territoires/Missions-des-Cire>



※ Source: Direction générale de la santé(2012)

Figure 2. Information flow of in ARS and DUS after the infectious disease signals

(surveillance)는 의사결정과 평가를 지원하기 위해 보건의로 데이터를 수집, 분석, 해석 및 배포하는 과정에 멈추지만, 적극적 감시(veille sanitaire)는 위험을 나타내는 신호를 수집, 분석, 해석하여 보건당국이 미리 위험을 예측하고(anticipation), 경고(alerte)하며 조기에 액션을 취할 수 있도록 지원하는 역할까지 포함하는 것으로 정의할 수 있다.

현재 프랑스의 적극적 감시활동은 크게 4가지 단계로 구성되어 있다(Figure 2). 첫째, 의심사례 발생의 수집단계이다. 감염병 의심사례 정보는 질병관리연구소(InVS), 응급이송시스템(SAMU), 지방보건청(ARS), 의료진, 병원 등으로부터 수집되며 이들 정보는 지방보건청(ARS)에 전달된다. 둘째, 신호의 밸리테이션(validation) 단계이다. 지방보건청(ARS)의 심사원(valideur)이 수집된 정보를 분석하고, 위기상황임을 확증(validation) 한다. 위기상황임이 확증되면 이 정보는 보건부의 보건실 내 보건위기대응센터(Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales, CORRUSS)에 전달된다. 동시에 동일 지방구역(ARS zone)에 정보를 전달하는 것도 ARS에서 담당한다. CORRUSS에 전달된 정보

는 세 가지 카테고리 분류되는데 후속조치 필요 없음(Sans suite), 정보차원에서의 전달(Pour information), 위기(alerte)로 구분하여 처리한다. 지방보건청(ARS)에서 보건부로의 정보전달은 SISAC(Système d'Information Sanitaire des Alertes et Crises)라는 정보망을 통해 이루어진다. 셋째, 위협에 대한 평가와 경고(alert)발생 단계이다. 보건위기대응센터(CORRUSS)는 질병관리연구소(InVS)등의 전문가 의견을 수렴하여 경고발동 여부를 판단하고 경고발동시 보건국(DGS)에서 대응한다. 넷째, 대응(mesure de gestion)단계이다. 위기 발생 시 지방차원의 위기(alerte du niveau régional)의 경우 시도시자의 도움을 받아 ARS에서 대응하거나 시도시자가 직접 대응한다, 국가차원의 위기(alerte du niveau national)의 경우 보건부의 보건위기국 또는 범부처 위기본부에서 대응한다.

3) 대응에서의 협력체계 강화

국가차원의 위기대응이 필요할 시 총리는 즉시 범부처 위기본부(Cellule Interministérielle de Crise, CIC)를 가동한다. 범부처 위기본부 가동 시점은 국가안전사무원국(Secretariat general de la defense et la securite

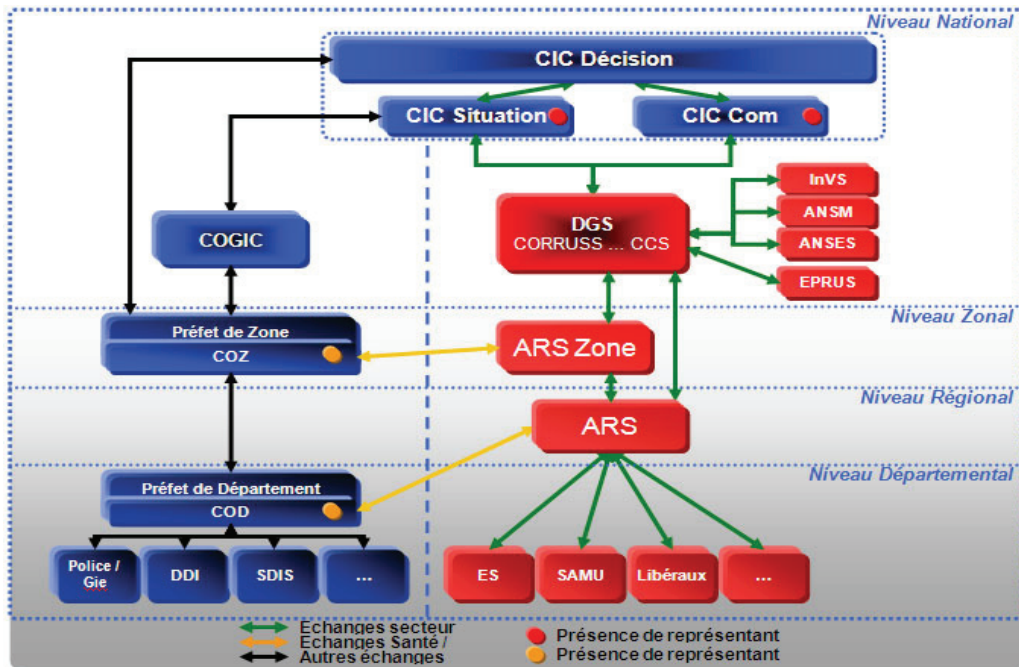


Figure 3. French response system in the infectious disease crisis⁸⁾

nationale, SGDSN)이 관계 부처 소집을 명함으로써 공식화된다. 총리실 산하 국가안전사무국(SGDSN)은 총리산하의 부처 간 조직(intermistierial organism)으로 1906년에 창설되어 2010년 현재의 명칭으로 정해졌다. 국가방위(Défense nationale)와 국가안전(Sécurité nationale) 분야에서 부처 간 조율 및 대응전략을 마련하는 역할을 한다⁷⁾. 범부처위기본부(CIC)는 위기대응을 책임질 장관을 임명하고 CIC의 이름으로 부처 간 조율 등의 의사결정을 내린다(〈Figure 3〉). 정부차원의 위기 대응은 지역단위(Centre opérationnel zonal, COZ), 시도단위(Centre opérationnel départemental, COD)에 하달되어 수행된다. 지역단위 또는 시도단위의 위기대응은 지방보건청(ARS)를 통해서 또는 직접 시도지사(Prefet)를 통해서 수행된다. 공중보건위기의 경우 보건부 내의 “공중보건위기 대응센터”(Centre de Crise

Sanitaire, CCS)가 가동되어 방역대책을 수립하고, 지방보건청과 함께 현장 대응을 조율한다.

감염병 등 보건위기가 발생하면 이에 대응하기 위해서는 보건의료자원의 총동원이 필요하며 보건의료전달체계에 있는 개별 기관들이 하나가 되어 대응하여야 한다. 이를 이해 2014년 보건부는 Plan Orsan(organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles)을 개발하여, 지방보건청(ARS)와 지방보건청 구역(ARS zone)에서 보건위기상황 발생 시 해당지역 의료기관과 사회복지시설이 취해야 할 조치들에 대한 법적 기반을 마련하였다⁹⁾. 이 지침의 목적은 감염병을 포함한 보건위기 발생시 지역차원에서 환자들의 이송과 격리병상 확보 등 보건의료자원을 효율적으로 활용하기 위한 지침이다(DGS, 2014). Plan Orsan은 국가재난 시(지진, 홍수, 산업재해 등)의

7) 2004년 프랑스는 “national plan for the prevention and control of the influenza pandemic”, 2015년 le plan national de prévention et de lutte maladie à virus Ebola 등 주제별로 대응방안을 발간하여 위기 대응에 활용함. 이 계획들은 감염병 등으로 인해 발생이 예상되는 프랑스 국내의 자국민들의 건강과 사회경제적 피해로부터 보호하기 위해 작성, 총리실 산하 국가안전사무국 주도록 개발됨

8) <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/organisation-de-la-gestion-de-crise>

9) 해당 법령은 Instruction ministérielle n° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014, relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

인명구조 등을 위한 지침인 Plan Orsec (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile)을 보완하는 지침으로 보건의료분야에서의 위기 발생시에 보건부나 시청의 요청에 따라 ARS의 장은 발동시킬 수 있다. Plan Orsec이 인명구조 등을 위해 서로 다른 부처들의 대응을 조직하는 것이 목적이라고 하면, Plan Orsan은 위기상황 발생시 보건의료체계 내에 있는 기관들 간 협력하에 환자와 희생자들을 돌보기 위한 목적이다. 개별 병원에서는 위기상황 발생 시에 대비하여 병원 내에 대응책인 Plan blanc¹⁰⁾을 수립하여야 한다. 병원에서 Plan blanc이 병원장에 의해 발동되면 위기대응팀(celleule de crise opérationnelle)을 구성하여 환자선별, 병상 확보, 환자 이송 등이 Plan blanc에서 수립된 계획에 따라 진행된다.

4) 우리나라와의 비교

감염병 감시 및 신고체계는 프랑스의 경우 감염병 의심 사례 발생 시 정부의 지방 보건조직인 ARS로 보고창구가 일원화 되어 있고, 응급이송체계(SAMU)를 통해 격리하고 있다. 우리나라의 경우 의심환자가 발생할 때 시·군·구의 보건소에 신고하면, 환자를 격리하도록 조치하고, 보건소에서 검체를 운송하여 진단검사기관에서 검사를 실시한 후 양성판정이 나오면 국가지정입원치료(격리)병상¹¹⁾에서 치료를 하도록 하고 있다. 그러나 메르스 유행 시에 이미 신종인플루엔자(H1N1) 대응을 경험했음에도 불구하고 지역사회의 대응이 크게 부족하였다¹²⁾. 우선, 의료기관에서 보건소, 보건소에

서 질병관리본부로의 신고체계 작동이 미흡하였다. 지역 내 격리병상의 현황, 중환자실 현황, 위기 발생 시 가용 의료인력, 보호 장구 비축현황 등 감염병 대응관련 전반적인 정보가 감염병 발생 이전에 지방정부에서 파악이 되지 않았으며, 중앙정부와의 정보공유도 제대로 이루어지지 않아 메르스가 유행으로 번질 때는 환자들이 격리병상을 찾아 헤매는 일이 발생하였다. 또한 감염병 의심환자의 응급실에서의 격리 프로세스¹³⁾ 등에 대한 관리가 전혀 이루어지지도 않았다. 이를 관리하고 감독할 지방자치단체의 감염병 담당부서의 인력도 크게 부족하였고, 순환보직 등으로 인한 인력의 전문성도 부족하여 현장 대응 능력이 떨어졌다. 감염병 관련 위기 대응을 위한 감염병 위기관리 표준 매뉴얼을 준비하고, 지방자치단체에서 감염병 대응 교육을 실시하였음에도 실제로는 전혀 작동이 되지 않았다¹⁴⁾.

위기상황의 판단 및 정보공유의 관점에서는 프랑스의 경우 지역단위의 역학조사를 지방보건청(ARS)과 질병관리연구소(InVS)의 17개 지역역학관리팀(CIRE)에서 수행하고 있다. 지역역학관리팀은 역학조사관, 역학자, 간호사, 모니터 요원 등으로 구성되어 있다. 우리나라의 경우 지역단위 역학조사 인력이 부족하고 전문성도 취약하다. 역학조사에서 메르스 발생초기 밀접접촉자에 대한 조사에서 의심환자에 대한 판단 기준 등이 경직적으로 운영되었고¹⁵⁾, 이에 따라 동일 병실 이외 입원한 환자는 접촉자 범위에 포함되지 않음으로 해서 확진환자수가 늘었다. 이는 현장에서 지침을 적용할 때 상황에 따라 탄력적으로 적용할 수 있는 현장 역학조사

10) 대량적으로 환자가 발생할 경우 병원의 대응책은 Circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes에서 규정하고 있음

11) 우리나라의 경우 2009년 신종인플루엔자(H1N1) 이후 감염병 관리 위기 대응을 위한 차원에서 국가지정입원치료(격리) 병상을 지정하여 운영하여왔다.

12) 보건복지 메르스 백서는 “의심 및 확진환자 진료와 입원치료를 위한 의료기관과의 협력체계, 환자 이송을 위한 소방본부와의 협력체계, 관리대상자 추적관리를 위한 경찰청과의 협력체계 등이 대부분의 지방자치단체에서 위기 발생 시 즉각 가동될 수 있도록 구축되어 있지 못하였다.”고 평가하고 있다(Ministry of Health and Welfare, 2016: 335).

13) 메르스 확진환자 총 186명 중 응급실 감염자가 88명으로 감염병 의심환자의 응급실에서의 격리 프로세스가 마련되어 있지 않은 것이 메르스 확산의 원인 중 하나로 많이 지적되었다(Ministry of Health and Welfare, 2016: 292).

14) 음압병상 찾아 600km, 20일 사투 끝 ‘생명의 빛’(Chosun Ilbo, 2015)

15) “중증호흡기중후군 대응 지침 2판(‘14.12.24)’에서는 밀접접촉자의 범위를 - 확진 또는 의사환자와 신체적 접촉을 한 자(또는 환자가 증상이 있는 동안 2m 이내의 공간에 1시간 이상 함께 머문 자)로 정의함

관의 자율성과 전문성이 위기확산을 차단하는데 중요하였음을 알 수 있다. 우리나라의 경우 현장의 의견 혹은 전문적 의견의 반영이 미흡하고, 상황에 따른 유연한 의사결정을 내리는데 문제가 있다.

마지막으로 위기상황에서의 대응을 보면, 프랑스의 경우 위기상황에 대한 판단은 보건부의 위기대응센터(CORRUSS)에서 판단하여 위기상황임을 발동하고, 이에 따라 보건부 내의 공중보건위기 대응센터(CCS)가 가동되어 방역대책을 수립하고, 지방보건청과 함께 현장 대응이 이루어지는 구조이다. 우리나라에서도 보건복지부에서 소관분야에 위기 징후가 포착되거나 위기 발생이 예상되는 경우, 그 위협 또는 위협의 수준을 평가하기 위해 자체위기평가회의를 운영하고, 이의 판단 결과에 따라 위기경보를 발동하도록 하고 있다(감염병 위기관리 표준매뉴얼). 위기 상황의 대응은 중앙방역대책본부(질병관리본부)에서 대응하도록 하고 있으나, 메르스 사태시에 결국 정부의 초기 방역조치의 실패가 거듭되면서 정부의 컨트롤타워가 계속 바뀌었고, 민간 전문가들이 정부조직에 들어온 이후에야 사태가 진정되었다. 이는 문서화된 지침과 실제 실행 간의 간극을 보여주는 대표적인 사례이다. 우리나라의 경우 정부의 현장 방역대책 역량을 대폭 강화하지 않는 한 또 다시 정부의 실패를 경험하지 않을 수 없다. 이를 방지하려면 결국 현장에서의 대응역량을 강화하는 것이 해결책이라 할 수 있을 것이다. 프랑스는 보건위기상황 발생시에 대비하여 지역사회 대응책(Plan Orsan)을 수립하고 있고, 병원 내 대응책(Plan blanc) 수립도 의무화하고 있다. 우리나라에서도 의료기관용 대응지침과 매뉴얼을 마련하고 정기적인 교육 훈련이 실시되도록 하여야 할 것이다.

IV. 결론

우리나라에서 메르스 유입 이후 186명의 확진환자가 발생할 만큼 대유행으로 번진 이유를 보건의료 정책전문가들은 “메르스 숙주는 낙타가 아닌 대한민국 보건

료체계”라고 지적한 바 있다(Ministry of Health and Welfare of Republic of Korea, 2016: 430). 예외적인 보건 상황에서 극단적인 위기로 치닫는 것을 차단하기 위해서는 보건의료시스템 내 개별 기구들의 전문성(competency) 뿐만 아니라 관련 기구들 간의 효율적인 연계와 조정이 필요한 일이다. 이를 위해서는 감염병 관리라는 예외적 보건 상황에 대한 대비와 대응을 보건의료시스템이라는 하나의 거대한 조직적 맥락에서 이해할 필요가 있다.

보건 위기 상황의 관리를 위한 체계를 살펴보기 위해 프랑스 사례를 분석한 결과 법적, 규범적, 행정적 원칙의 틀이 체계화되어있을 뿐 아니라 전국적으로 연계된 조직들이 비교적 효과적으로 작동하고 있는 것을 볼 수 있었다. 특히 프랑스의 감염병 관리는 중앙에서 의사결정을 내리고, 지역에서 정보를 수집하는 이원체계가 확립되어 있는 것이 가장 큰 특징이다.

방역체계를 개편함에 있어서 긴급 상황에서 적용할 문서화된 지침과 실제 수행하는 역할 간 간극, 의사결정 상의 한계점을 극복하는 문제가 남아있다. 위기 상황에서 조직은 상시 취약성에 노출되어 있다. 조직은 산재해 있는 위협들 뿐 아니라 인간적, 기술적, 조직적, 정치적, 의사소통적 수준에 영향을 받을 수밖에 없으므로 인한 취약성은 위기를 증폭시키는 요인이 된다. 위기 상황을 초래하는 요인들을 제어하여 위기에 봉착하지 않도록 하는 것, 그리고 위기 상황을 속히 벗어나도록 하는 것이 위기관리에 있어 매우 중요하다. 이러한 관점에서 감염병 관리 체계의 구조적 기반, 관계성 및 상호작용, 의미의 해석 및 공유의 측면에서 위기를 증폭시킬 수 있는 요인들은 다음과 같다.

첫째, 시스템 내 개별 기구들의 이기주의가 위기 증폭을 초래할 수 있다. 보건의료 시스템의 작동은 전체적인 기능 여부에 달려있다 해도, 전략 및 조직주의적인 관점에서 시스템은 작용하는 여러 주체들의 영향을 받게 된다. 특히 이 주체들은 각자 맡은 단편적인 기능과 책임들을 기반으로 이기적인 행위들을 보일 수 있다. 이와 같은 각 주체들의 분열된 기능은 의사결정 과정에

대한 강요, 불협화, 상호 이해하지 못하는 “불확실성의 영역(zone d'incertitude)”의 확장 등 위기를 불러오는 부정적 절차로의 진입을 야기한다. 그러므로 보건의료 조직들 간 유기적인 협력 및 위기 상황의 대응을 위한 정보와 지식의 원활한 공유가 이루어지지 못하는 등과 같은 개별 조직들의 역량 부족은 감염병 발생 시 위기 상황 증폭의 원인이 된다.

둘째, 시스템의 유연성 부족이 위기를 증폭시킬 수 있다. 예외적 보건 위기 상황에서 조직은 예측할 수 없는 상황의 강제적 요구들과 제약들을 조절하고 최소한의 안정성을 보장할 수 있어야 한다. 이러한 위기 상황에서의 적응력 혹은 회복력은 봉착한 난관 앞에서 조직이 얼마나 유연하게 대처할 수 있는가의 문제로 해석될 수 있다. 시스템의 유연성 여부는 각 개인과 기관들 즉, 주체들 간 상호작용에 상당 부분 종속될 수밖에 없다. 또한 조직의 안정도 혹은 신뢰도는 각 주체들이 위기 상황 시 보완할 수밖에 없는 원칙들 및 구성 체계들을 지속적으로 수정해 나가는 비공식적 조정들이 얼마나 능란하게 이루어지는가에 달려있다. 따라서 위기 상황 관리의 성공 요소는 반드시 강력한 권한 및 통제와 연결되어 있다기보다는 오히려 서로 다른 주체들의 노력을 조율(coordination)할 수 있다는데서 찾을 수 있었다. 위기의 대비와 대응에서 여러 주체들에게 주어지는 상호작용은 조직의 망이 잘 짜여 있을 때 조직이 강한 내성과 회복 수준을 갖추는데 기여한다. 관계망의 존재는 위기 상황에서 조직 체계의 틀을 지탱하는 적응력을 가능하게 하여 조직이 그 기능을 유지하고 통제할 수 있도록 한다(Wybo, 2010: 178).

셋째, 시스템에 대한 의미부여 활동이 없고 또 관계자들이 부여된 의미를 공유하지 못할 경우 위기가 증폭될 수 있다. 예상하지 못한 위기 상황에서 조직의 최소 기능을 보장하지 못할 때 의미 부여된 조직의 개념은 약화된 조직이 지속적으로 기능할 수 있게 한다. 이 수준은 조직이 불확실성이나 ‘무지의 분야’라는 최악의 상황에서도 저항할 수 있는 견고함을 가지고 있으며, 조직의 기능을 지속할 수 있도록 대응 계획을 작성해나

가고 실행해 나갈 수 있도록 한다. 즉, “의미의 구성(construction de sens)”은 조직의 강화를 가져올 수 있다(Wybo, 2010: 178). 일어날 법하지 않은 성격의 위기를 이해하고 해석할 수 있는 역량은 예외적 보건 위기 상황을 예측하고 대비할 수 있게 한다. 이러한 의미의 구성 과정이 적을수록, 위기 또한 적게 제어되는 것이고, 부적절한 파악으로 인한 무지의 확장, 실제상황과 다른 잘못된 해석, 의미전달의 부족 등이 초래된다. 의미란 것은 예측할 수 없는 혹은 제어할 수 없는 상황이 붙어졌을 때 취약한 측면들을 최소화하고 안심할 수 있게 한다. 의미의 부여 즉 의미의 구성은 개인적 수준 뿐 아니라 그룹, 또 같은 관심거리나 문제를 가진 관계자들 사이에서 이루어져야 한다. 이 의미는 한 사회를 나타내고, 나아가 생각의 방식을 드러나게 한다. 즉 의미는 사회적 표상이며 개인들은 위험, 감염이나 대유행 그리고 질병 등의 위협에 대한 사회적 표상을 결정짓는다.

본 논문에서는 감염병 관리체계를 하나의 조직으로 인식하고, 이 조직에 대해 시스템적 관점으로 살펴보았다. 그러나 시스템적 관점의 분석만으로는 결정론적 오류를 범하기 쉽다는 문제가 제기될 수 있다. 향후 시스템적 관점과 상호 보완적 관계에 있는 전략적 관점을 통해 보건의료시스템에 대한 보다 다각적인 분석으로 발전시켜 가고자 한다.

References

- Botteé, G. 2006. *Risques et Catastrophes: Comment Éviter et Prévenir Les Crises?* Montreuil: Editions du Papyrus.
- Chosun Ilbo. 2015. 4. 6. 600km in Search of Negative Pressure Room 600. http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2015/07/03/2015070300292.html
- Crozier, Michel and Erhard Friedberg. 1977. L'acteur et le Système les Contraintes de l'action Collective. *In Editions du Seuil, (col) Points Politique, 2014.*
- Dautun, C. 2009. Du Terrain du Risque au Terrain de la Crise. *In Cahiers de la Sécurité n°10: 19-36, Les Crises Collectives*

- au XXI^e Siècle: Quel Constat? Quelles Réponses? Paris: INHES.
- Direction Générale de la Santé. 2012. *Instruction N°DGS/CORRUSS/2012/432 du 21 décembre 2012.*
- Direction Générale de la Santé. 2014. *Aide à l'organisation de l'offre de Soins en Situations Sanitaires Exceptionnelles.*
- Dufes, E. and C. Ratinaud. 2013. Modélisation des Crises: Une Démarche en Trois Dimensions. In *Préventique*, n°132: 27-29, Novembre-Décembre 2013.
- Gilbert, Claude. 2007. Comment Gérer les Crises? Les Pouvoirs Publics Face à des Risques Polymorphes. Regards sur l'actualité. In *la Documentation Française*. n°328: 61-77, Février 2007.
- Jeong, Eun Kyeong. 2017. Public Health Emergency Preparedness and Response in Korea. *Journal of the Korean Medical Association*. 60(4): 296-299.
- Kim, Nam Soon, Dae Jung Kim, et. al. 2015. *A Study on Infectious Disease Prevention and Control Systems of Korea: Focused on the Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*. 2015-02, KIHASA.
- La Maisonneuve, E. 2008. *Précis de Stratégie: Cinq éléments Pour Agir*. Paris: Dunod.
- Mailles, A., et. al. 2013. First Cases of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) Infections in France, Investigations and Implications for the Prevention of Human-to-human Transmission, France. *Euro Surveill*. 18(24).
- Ministry of Health and Welfare of Republic of Korea. 2016. *The 2015 MERS Outbreaks in the Republic of Korea: Learning from MERS.*
- Ministry of Health and Welfare of Republic of Korea. 2016. *The Guideline for MERS: The 2nd Version.*
- Salvan, Manon. 2016. *Repenser la Gouvernance de la Gestion des Risques Sanitaires Exceptionnels Vers une Optimisation de l'évitement de Crise?*, Mimeo.
- Korean References Translated from the English*
- 김남순, 김대중 외. 2015. 감염병 관리체계의 문제와 개선방안: 메르스 감염 중심으로. 연구수시보고서. 한국보건사회연구원.
- 보건복지부. 2014. 중동호흡기증후군 대응 지침 2판.
- 보건복지부. 2016. 2015 메르스백서.
- 정은경. 2017. 국가 감염병 공중보건위기 대비와 대응체계. *Journal of the Korean Medical Association*. 60(4): 296-299.
- 조선일보 2015년 7월 3일자. 음압병상 찾아 600km... 20일 死闘 끝 '생명의 빛'. http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2015/07/03/2015070300292.html

Received: Jul. 16, 2017 / Revised: Aug. 22, 2017 / Accepted: Aug. 30, 2017

예외적 보건 위기와 위기 상황의 차단

– 프랑스 감염병 관리 및 위기 대응 체계를 중심으로 –

국문초록 위기 상황은 어떤 의사결정을 통해 어떤 관리전략을 세우느냐에 따라 다른 결과를 가져올수 있으므로 예외적 보건위기 상황에서의 대응체계를 시스템적 관점에서 파악할 필요가 있다. 본 연구에서는 감염병이 대유행과 같은 위기로 전이되는 것을 차단하기 위해 고려되어야 하는 요인들을 프랑스의 감염병 관리와 위기대응 체계를 통해 살펴보았다. 프랑스의 감염병 관리는 중앙에서 의사결정을 내리고, 지역에서 정보를 수집하고 대응하는 이원체계가 확립되어 있는 것이 가장 큰 특징이다. 의료 기관과 지역사회에서 발생하는 감염병 발생 신고는 각 지역의 ARS에서 수집이 되고, 위기경보 발동 시 ARS를 중심으로 대응에 나서고 있다. 위기 발생 시를 대비하여 지역 내 보건의료분야 위기 대응 매뉴얼(Orsan)이 준비되어 있고, 일선의 의료기관에서도 별도의 대응 매뉴얼(Plan Blanc)을 확보하고 있다. 이러한 시스템적 관점이외에 위기 증폭 차단을 위한 시스템 내 개별 기구들의 이기주의 극복, 시스템의 유연성 확보, 시스템에 대한 의미부여 활동과 의미 공유와 같은 조직적 또는 전략적 관점에서의 접근도 필요함을 제시하였다.

주제어 : 위기 관리, 위기 차단, 감염병 위기, 프랑스 지방보건청(ARS)

Profiles **Haemi Park** : She received her M.A., Ph.D. from University of Lille III, France in 2013. She is an assistant professor of the Department of Social Welfare at Daejeon University since 2014. Her interesting subject and area of research is gerontological sociology, coordination of health & social services, and long term care(haemiclara@gmail.com).

Daejung Kim : He received his M.A., Ph.D. from Toulouse School of Economics, France in 2010. He is an associate Research Fellow at Korea Institute for Health and Social Affairs(KIHASA), in which he has worked since 2012. His interesting subject and area of research is health economics, regulation of health industry, and health policy(daejungkim07@gmail.com).