

2024

**GUIDE MÉTHODOLOGIQUE
D'ÉLABORATION DU PLAN
DE GESTION DES TENSIONS
HOSPITALIÈRES ET DES
SITUATIONS SANITAIRES
EXCEPTIONNELLES DES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

REMERCIEMENTS

La Direction générale de la Santé et la Direction générale de l'offre de soins remercient toutes les personnes qui ont apporté leur expertise à l'élaboration de ce guide pour l'édition princeps de 2019 et son actualisation de 2023, dont la finalité est d'accompagner les établissements de santé dans la préparation et la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé.

Rédaction et coordination de l'actualisation 2024

Dr Julien CARRICABURU, chef de projet auprès de la Directrice générale de l'offre de soins
M. Enzo DELVECCHIO, chargé de mission auprès de la Direction générale de la santé
Mme Jessica MICHEL, chargée de mission auprès de la Directrice générale de l'offre de soins
Dr Jean-Marc PHILIPPE, conseiller médical auprès du Directeur général de la santé

Conception et réalisation de l'édition 2024 :

M. Olivier FLANDROIS (DGOS)
Dr Jean-Marc PHILIPPE (DGS)
M. Enzo DELVECCHIO (DGS)

AVANT-PROPOS

L'évolution des risques sanitaires et des différentes menaces pesant sur notre système de santé nécessitent le renforcement de sa préparation et l'adaptation de sa réponse aux crises. La réactivité et l'efficacité de l'ensemble des acteurs du système de soins notamment les établissements de santé sont essentiels pour garantir une réponse adaptée et la qualité des soins délivrés lors d'événements graves ou inhabituels. Aussi, un accent particulier doit être mis sur la formation des professionnels de santé pour permettre une appropriation des dispositifs de réponse et des procédures mises en place et une gestion efficace et coordonnée de la crise.

La gestion d'événements récents a démontré la nécessité d'apporter une réponse continue et graduée qui n'oppose pas la gestion des situations sanitaires exceptionnelles à celle du quotidien. La mobilisation au plus juste des ressources doit permettre d'assurer la continuité et la qualité des soins des patients non directement impliqués dans l'événement.

Depuis la création des ARS et la mise en place du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé (ORSAN), la préparation de la réponse s'est organisée sur un maillage régional, intégrant toutes les composantes de l'offre de soins (hospitalière, ambulatoire et médico-sociale). Les établissements de santé jouent un rôle pivot dans la réponse aux urgences et crises sanitaires et sont soumis à l'obligation de se doter d'un dispositif de gestion de crise leur permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont ils disposent pour faire face à une situation exceptionnelle. Le guide « plan blanc et gestion de crise » publié en 2006 a permis de fixer les bases de l'organisation des établissements de santé en situation de crise en fixant notamment le cadre de préparation. Toutefois au vu des retours d'expérience de ces dix dernières années et des évolutions de l'organisation sanitaire, il est apparu nécessaire de l'actualiser en 2019.

Le guide, élaboré avec de nombreux professionnels de santé et les ARS en 2019, visait à proposer un cadre actualisé de préparation et de gestion de crise, en cohérence avec les doctrines de mobilisation des ressources sanitaires régionales et nationales. L'épidémie de Covid-19 a mis en évidence la nécessité de renforcer la préparation du système de santé pour organiser la réponse aux enjeux sanitaires d'une situation exceptionnelle.

Durant cette crise, le système de santé a su faire face aux vagues épidémiques successives en adaptant et en montant en puissance l'offre de soins sur la base du dispositif ORSAN et du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé. Si ces dispositifs ont montré leur robustesse, la préparation du système de santé à des crises majeures et longues doit toutefois être renforcée en s'enrichissant du retour d'expérience pour s'inscrire pleinement dans la démarche de sécurité sanitaire et ainsi contribuer à la résilience de la nation.

Le présent guide capitalise le retour d'expérience de l'épidémie de Covid-19 et prend en compte les outils développés pendant cette crise. Pour permettre l'implémentation rapide des nouveaux éléments de doctrine, nous comptons sur la mobilisation de tous les acteurs concernés. La mise en œuvre de ces nouvelles recommandations permettra sans nul doute d'améliorer la réponse aux urgences sanitaires.

SOMMAIRE GÉNÉRAL

PRÉSENTATION DU GUIDE	3
I. PRÉSENTATION DES RISQUES	5
A. Événements générateurs de tensions hospitalières	5
B. Situations sanitaires exceptionnelles ayant un impact majeur sur l'offre de soins	6
C. Place de l'établissement de santé dans l'organisation nationale et territoriale de la gestion de crise	7
D. Préparation du système de santé aux SSE : le dispositif ORSAN	11
E. Les établissements de santé de référence (ESR)	13
F. La gestion des SSE : articulation au sein des GHT et coordination avec les acteurs	15
G. Grands principes d'organisation dans un établissement de santé en situation de crise	16
II. PRÉPARATION DE LA RÉPONSE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	19
A. Constitution de l'équipe projet en charge de la préparation de la réponse	19
B. Organisation de la réponse aux tensions hospitalières et SSE	21
C. Préparation de la conduite de crise	33
D. Structuration d'un plan de réponse en deux niveaux	42
E. Mise en place d'une politique d'information et d'un plan de formation	46
F. Réalisation d'exercices sur la gestion des tensions hospitalières et DES SSE	47
G. Retour d'expérience et évaluation de la réponse de l'établissements	52
III. PRÉSENTATION DES OUTILS GÉNÉRIQUES DE RÉPONSE	52
A. Moyens humains mobilisables et rappel de personnel	52
B. Moyens matériels supplémentaires mobilisables	54
C. Déprogrammation d'activités et libération de lits et de personnels	56
D. Adaptation des capacités d'accueil	57
E. Gestion des flux de patients	59
F. Évacuation, confinement et sécurisation	61
G. Adaptation de l'offre de soins	64
IV. ÉLÉMENTS PRINCIPAUX DE DOCTRINE DE LA CONDUITE DE CRISE	67
A. Alerte et réponse immédiate	67
B. Montée en puissance	70
C. Conduite de crise	73
D. Sortie de crise et retour d'expérience	78
ANNEXES	81
■ ANNEXE 1 : PRÉPARATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	83
• Objectifs fixés par plans ORSAN	85
• Méthodologie d'élaboration des 5 volets spécifiques	89
→ Méthodologie d'élaboration du volet AMAVI	91
→ Méthodologie d'élaboration du volet MEDICO-PSY	97
→ Méthodologie d'élaboration du volet EPI-CLIM	101
→ Méthodologie d'élaboration du volet REB	105
→ Méthodologie d'élaboration du volet NRC	119
• Élaboration du plan de formation	129
■ ANNEXE 2 : OUTILS DE PILOTAGE	137
• Fiche action pour le risque AMAVI	139
• Fiche action pour le risque MÉDICO-PSY	140
• Fiche action pour le risque EPI-CLIM	141
• Fiche action pour le risque REB	142
• Fiche action pour le risque NRC	143
• Fiche action du directeur médical de crise en cas de mise en œuvre du volet AMAVI ou NRC	144

■ ANNEXE 3 : FICHES TECHNIQUES	147
• Fiche technique sur l'évaluation des capacités AMAVI d'un établissement de première ligne	149
• Fiche technique sur l'accueil de blessés militaires au sein des structures de santé civile	173
• Fiche technique sur la mobilisation de renforts humains en situation sanitaire exceptionnelle	175
• Fiche technique sur la mobilisation de l'hospitalisation à domicile	179
• Fiche technique sur la stratégie de déprogrammation et de reprogrammation de soins	181
• Fiche technique sur la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle à cinétique lente	185
• Fiche technique sur la mobilisation des cellules de soutien éthique	189
• Fiche technique sur la communication en situation sanitaire exceptionnelle	191
• Fiche technique sur l'identification et le suivi des patients via SI-VIC	195
• Mise en place d'une cellule de réponse téléphonique dédiée (CIP ou INFOPUBLIC)	203
• Conduite à tenir pour l'information aux familles et aux proches	209
• Fiche technique sur la sécurisation des établissements de santé	211
• Fiche technique sur le confinement d'un établissement de santé	217
• Fiche technique sur l'évacuation d'un établissement de santé en péril	219
• Fiche technique sur la gestion d'un défunt présentant un risque sanitaire	227
■ ANNEXE 4 : GESTION DES VICTIMES CONTAMINÉES PAR UN AGENT NRBC	231
• Fiche technique sur l'accueil et parcours de prise en charge des victimes contaminées	233
• Fiche technique sur la décontamination d'urgence	237
• Fiche technique sur la décontamination approfondie	243
• Fiche technique sur la protection des intervenants	247
■ ANNEXE 5 : GESTION DES DÉCÈS MASSIFS	249
• Fiche sur la gestion de décès massifs en cas d'actes de terrorisme ou d'accident collectif	251
• Focus 1 : fiche de synthèse par institut médico-légal	256
• Focus 2 : convention d'exercice partagé	258
■ ANNEXE 6 : ÉVALUATION DU DISPOSITIF DE PRÉPARATION	261
• La conception et réalisation du retour d'expérience	263
• Questionnaire d'auto-évaluation	267
CAHIERS DOCUMENTAIRES	271
■ LA PLANIFICATION TERRITORIALE DE LA RÉPONSE AUX SSE	273
■ LE RÔLE DES DIFFÉRENTES AUTORITÉS ET STRUCTURES COMPÉTENTES	281
■ LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DE NOMBREUSES VICTIMES	297
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	305
RÉFÉRENCES LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES	311
CONTRIBUTEURS	313

PRÉSENTATION DU GUIDE

Actualisant le guide de 2019 intitulé « guide d'aide à l'élaboration du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles », ce guide impulse une nouvelle dynamique dans la préparation et la gestion des crises sanitaires au sein des établissements de santé.

Cette actualisation prend en considération d'une part l'évolution de la nature des risques et des menaces (dont sanitaires), et d'autre part le retour d'expérience de l'épidémie de Covid-19 mais aussi des enseignements tirés des crises ou événements rencontrés ces dernières années (en particulier les attentats de 2015 et 2016 mais aussi les épidémies à virus Ébola, MERS-CoV, Chikungunya, Zika).

Ces événements ont en effet conduit à actualiser la doctrine nationale de planification : initialement basée sur des plans spécifiques, celle-ci a évolué vers la définition de stratégies de réponse globale, adaptées aux différents niveaux d'intervention territoriale. Ce cadre de planification, défini en 2014, repose sur le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé (ORSAN) aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE).

Par ailleurs, des évolutions structurelles notables de l'organisation sanitaire ont eu lieu avec la création des agences régionales de santé (ARS) en 2010 et la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) à compter de 2016. Ce nouveau paysage institutionnel impacte la préparation, l'organisation et les modalités de réponse des établissements de santé face aux crises.

Ce guide propose à l'ensemble des établissements de santé publics et privés un cadre méthodologique et opérationnel actualisé de préparation et de gestion de crise.

La préparation des établissements de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est essentielle car elle permet d'adapter rapidement les organisations internes de chaque établissement pour notamment en mobiliser leurs ressources, dès lors qu'un événement vient perturber le fonctionnement normal de l'établissement. Chaque établissement de santé doit décliner dans son plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE, un arsenal de mesures graduées activables en fonction de la nature, de l'ampleur et de la cinétique de l'événement. L'objectif est d'optimiser la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels, tout en garantissant la continuité et la qualité des soins.

Cette phase de préparation constitue un prérequis indispensable pour permettre à l'établissement de santé de gérer de façon efficace une tension hospitalière ou une SSE.

Le guide présente en première partie, les risques encourus par les établissements de santé et l'organisation générale des dispositifs de préparation et de gestion des crises sanitaires.

En deuxième partie, le guide propose des moyens de planification de la réponse aux SSE pour les établissements de santé.

La troisième partie s'intéresse aux outils génériques de réponse mobilisables lors de la gestion d'une SSE.

La quatrième partie du guide s'attache à décrire la doctrine de la conduite de crise au sein des établissements de santé

Le guide présente plusieurs séries d'annexes. Ces annexes ont vocation à compléter certains points particuliers ayant été abordés dans les précédentes parties du guide en proposant des outils méthodologiques et opérationnels :

- Cadre de préparation des établissements de santé pour répondre aux objectifs fixés dans ORSAN par catégorie de risque ;
- Outils de pilotage à destination des gestionnaires de crise ;
- Fiches techniques portant sur des spécificités de la préparation des établissements de santé ;
- Méthodes d'évaluation du dispositif de préparation aux tensions hospitalières et aux SSE.

La réalisation régulière d'exercices au sein de chaque établissement de santé est un enjeu primordial dans la préparation aux SSE. Des éléments méthodologiques et d'évaluation sont ainsi proposés dans ce guide.

Enfin, le guide propose des cahiers documentaires relatifs aux dispositifs et aux rôles des acteurs de la planification et de la gestion des tensions et des SSE.

Cet ouvrage met ainsi à disposition des directeurs d'établissements de santé, des présidents de commission médicale d'établissement, des directeurs médicaux de crise et des professionnels des établissements de santé publics et privés un cadre général ainsi que des outils de planification opérationnels et de gestion de crise, quelle que soit la nature de l'événement.

I. PRÉSENTATION DES RISQUES, ORGANISATION GÉNÉRALE ET PLACE DES ÉTABLISSEMENTS

A. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES RISQUES

Pour les établissements de santé, on peut distinguer les risques liés à l'environnement extérieur (épidémies, attentats, catastrophes naturelles) et les risques liés à un incident interne ou une défaillance du fonctionnement de la structure elle-même (panne électrique, incendie, rupture d'approvisionnement, incident numérique, etc.).



Le tableau suivant recense les principaux risques et menaces auxquels les établissements de santé doivent se préparer (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Cartographie des risques et menaces auxquels un établissement de santé peut être confronté

Catégorisation du risque	Typologie des situations à risque ou menace
Afflux de blessés somatiques et psychiques	<ul style="list-style-type: none"> Accident de la route, aérien ou ferroviaire Accident de chantier Attentat (balistique, explosif, voiture bélier, piétinement, effondrement de structure ...) Incendie Explosion Accident du travail « en masse » Émeute/rixes importantes Conflit armé potentiellement de haute intensité
Afflux de malades notamment de personnes fragiles (personnes âgées, enfants)	<ul style="list-style-type: none"> Épidémie saisonnière (ex. grippe saisonnière, bronchiolite, toxi-infection alimentaire collective, etc.) Événement climatique (canicule, grand froid, pollution ...)

Prise en charge de patients atteints par un agent infectieux émergent (risque épidémique et biologique)	Coronavirus Fièvres hémorragiques virales Autre agent infectieux émergent
Prise en charge de patients atteints par un agent NRC	Accident ou attentat nucléaire, radiologique (NR) où chimique (C)
Dégradation du fonctionnement des installations	Incendie ou risque d'inondation qui menace l'établissement Panne électrique, risque de panne d'approvisionnement énergétique (ex : coupure électricité, défaut d'approvisionnement en carburant) Défaillance des systèmes d'information, cyberattaque Défaut d'approvisionnement en oxygène et plus largement en fluides médicaux Panne téléphonique Rupture d'approvisionnement d'eau potable Action malveillante, menace d'attentat au sein de l'établissement Conflit armé potentiellement de haute intensité
Infection associée aux soins	Fermeture d'une unité de production ou de soins (ex : liée à la présence de légionnelles, épidémie à <i>clostridium difficile</i>)
Altération de l'offre de soins	Pénurie de médicaments, d'oxygène ou de fluides vitaux Difficultés de circulation du personnel & endommagement de la structure (ex. épisode climatique intense, neige, inondation, cyclone, etc.)

B. CONSÉQUENCES DE LA SURVENUE D'ÉVÉNEMENTS SANITAIRES GRAVES SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Événements générateurs de tensions hospitalières

Une tension hospitalière résulte d'une inadéquation entre le flux entrant de patients et les capacités immédiates de prise en charge de l'établissement. Elle peut être générée par un problème structurel et/ou conjoncturel. On peut distinguer différents types de tensions hospitalières selon les causes à l'origine des difficultés rencontrées :

- **La tension liée à l'affluence de patients** : elle peut être due à un épisode épidémique, ou un phénomène climatique et peut être amplifiée par des difficultés constatées en médecine de ville (offre territoriale restreinte, etc.). Elle est consécutive à une augmentation du nombre d'admissions et/ou à une

modification des caractéristiques des patients pris en charge (arrivées de patients impliquant une forte charge de travail : patients graves, patients âgés polyopathologiques, enfants (ex. épidémie de bronchiolite), etc.) ;

- **La tension liée à une fragilisation du fonctionnement des structures d'accueil des urgences** qui est d'origine structurelle (problèmes d'effectifs provoquant l'inadéquation de l'offre de soins avec l'activité, difficultés d'accès aux plateaux techniques, difficulté d'accès aux lits d'aval, infrastructure défaillante par exemple du fait d'une panne informatique, cyberattaque, ...) et souvent exacerbée par une situation conjoncturelle (situation épidémique ou climatique durable touchant des populations fragiles).
- **La tension du fait d'une carence de lits d'aval**, liée à un déficit de lits dans les structures d'aval des urgences que ce soit, en hospitalisation "conventionnelle" (fermeture de lits en période de congés, hospitalisations programmées toutes le même jour, saturant les lits de l'établissement), en soins critiques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs), en psychiatrie (chambre d'isolement), en soins de suite et de réadaptation (SSR), etc.
- **La tension émanant du cumul des tensions précédentes**, liée à la dynamique de la crise (crise longue et/ou comprenant des rebonds d'intensité) et à son évolution incertaine (annexe 3, fiche gestion d'une crise à cinétique lente).

2. Situations sanitaires exceptionnelles ayant un impact majeur sur l'offre de soins

La notion de « situation sanitaire exceptionnelle » (SSE), englobe toutes les situations conjoncturelles susceptibles d'engendrer de façon immédiate et imprévisible une augmentation sensible de la demande de soins (événement à cinétique rapide de type attentat, ou accident grave) ou une perturbation de l'organisation de l'offre de soins. Une situation sanitaire exceptionnelle peut également résulter d'un événement à cinétique lente (épidémie ou épisode climatique exceptionnels par leur ampleur, leur durée, rebond épidémique, etc.) provoquant des tensions dans l'offre de soins et pour lequel les premières mesures de gestion s'avèrent insuffisantes.

Les situations sanitaires exceptionnelles peuvent être d'origine externe (accident, attentat, épidémie) ou d'origine interne (défaillance de l'infrastructure de l'ES, incendie ou destruction) et peuvent avoir un impact majeur sur l'offre de soins. Ces SSE d'une particulière gravité nécessitent des moyens de réponses proportionnés de l'établissement mais aussi le cas échéant, la mobilisation des partenariats et des coopérations. Eu égard à leur impact sur l'établissement, ces SSE imposent une planification robuste et une organisation permettant une réponse immédiate et coordonnée.

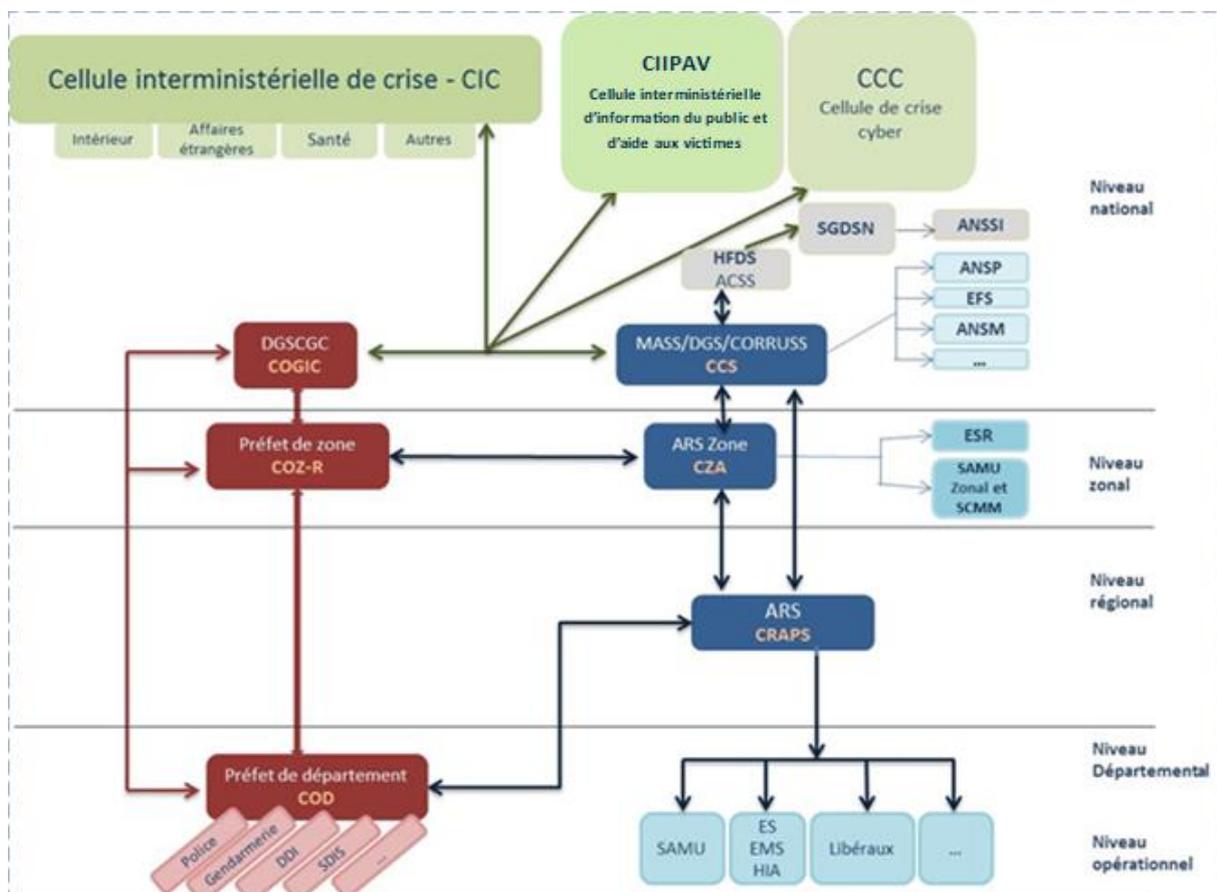
C. PLACE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DANS L'ORGANISATION NATIONALE ET TERRITORIALE DE LA GESTION DE CRISE

La gestion nationale et territoriale des SSE s'insère dans un cadre défini qui fait intervenir différentes autorités et structures compétentes, dont l'intervention se limite à un territoire précis et à des missions déterminées.

Les quatre échelons d'intervention opérationnels et de coordination qui peuvent être mobilisés en SSE sont les suivants (représentés dans le schéma 1) :

- **Le niveau national** : ministère en charge de la santé avec l'appui des agences sanitaires (ANSP, ANSM, IRSN, EFS, ABM, ANS, ...), ministère de l'intérieur, ministère des armées (service de santé des armées), les autres ministères en fonction de la nature de l'événement, ESR-N ;
- **Le niveau zonal** : préfet de zone, ARS de zone, SAMU zonal et CUMP zonale ;
- **Le niveau régional** : ARS ;
- **Le niveau départemental** : préfet de département, délégation territoriales des ARS, SAMU, SIS et associations agréées de sécurité civile.

Schéma 1 : Échelons d'intervention en situation de crise



L'organisation de la réponse aux crises, mise en place conformément aux orientations du livre blanc sur la défense et la sécurité nationale, prévoit un pilotage par le Premier Ministre, en lien avec le Président de la République avec l'appui du Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale. La conduite opérationnelle de la crise peut être confiée à un ministre désigné par le Premier Ministre en fonction de la nature des événements, du type de crise ou de l'orientation politique qu'il entend donner à son action¹. Elle est confiée en

¹Conformément aux dispositions prévues dans la circulaire relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures du 1^{er} juillet 2019

principe au ministre de l'intérieur lorsque la crise a lieu sur le territoire national ou au ministre des affaires étrangères pour les crises extérieures.

Lorsque l'ampleur de la crise le justifie, le Premier Ministre peut décider de l'activation de la cellule interministérielle de crise (CIC), qui réunit l'ensemble des ministères concernés. Elle constitue l'outil de pilotage politique et stratégique de l'action gouvernementale en matière de gestion de crises majeures en coordonnant l'ensemble des centres opérationnels des ministères. En matière de Cybersécurité, une cellule de crise « cyber » est mise en place au SGDSN au niveau de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI).



Également placée sous l'autorité du Premier Ministre, la cellule interministérielle d'information du public et d'aide aux victimes (CIIPAV), également appelée « cellule Infopublic » (elle succède à la CIAV qui avait été créée en novembre 2015²) et composée, notamment, de représentants des ministères de la justice, de l'intérieur, de la santé, des affaires étrangères, permet de centraliser en temps réel l'ensemble des informations concernant le lieu de prise en charge des victimes d'actes de terrorisme et ainsi de renforcer leur accompagnement et celui de leurs proches.

Le pilotage opérationnel de la réponse aux situations d'urgence et de crises sanitaires est confié au Ministère chargé de la santé³. Ce pilotage est assuré par le CORRUSS, chargé de centraliser l'ensemble des alertes et d'assurer la gestion des situations d'urgence sanitaire, en lien avec les autres directions des ministères et institutions concernées.

² Instruction interministérielle du 10 novembre 2017 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

³ La « sous-direction Veille et Sécurité Sanitaire » anciennement dénommée « département des Urgences Sanitaires ». Article R. 1421-1 du code de la santé publique



Dans chaque zone de défense et de sécurité (sept zones métropolitaines et cinq zones Outre-mer), l'État est représenté par un préfet de zone de défense et de sécurité qui, en liaison avec les préfets de département, prépare et met en œuvre les mesures concourant à la sécurité nationale, notamment en matière de sécurité civile et de gestion de crise⁴.

Il dispose pour cette activité d'un État-major interministériel de zone auquel l'ARS de zone participe pour le champ de la santé.

Le niveau opérationnel départemental est piloté par le préfet de département. La gestion opérationnelle de la crise consiste notamment à assurer la cohérence de l'action publique par la coordination de l'ensemble des acteurs publics, privés, associatifs et des collectivités territoriales. Pour ce faire, le préfet dispose d'un outil de gestion de crise, le centre opérationnel départemental (COD) rassemblant l'ensemble des acteurs de la sécurité civile, la police et la gendarmerie nationales, les services de l'État concernés, l'ARS et les représentants des collectivités. Cette gestion se fait en lien avec le préfet de zone lorsque la crise dépasse l'échelon départemental.

Au niveau du secteur de la santé, le pilotage de l'adaptation de l'offre de soins est assuré par l'ARS. Les ARS participent à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire en lien avec les autorités préfectorales et le ministère en charge de la santé. Leurs principales missions d'appui et de pilotage sont les suivantes :

- Élaboration et/ou mise en œuvre de mesures de protection des populations ;
- Organisation de la permanence des soins ;
- Gestion des moyens sanitaires (ressources humaines de renfort, produits de santé, ...);
- Suivi et analyse de la situation sanitaire ;
- Interface avec ses partenaires (sanitaires et autres).

L'ARS de zone exerce, le cas échéant en lien avec les ARS, des redéploiements ou la projection des moyens tactiques, ressources rares et/ou de ressources humaines de proximité, dans le cadre du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires⁵ (PZMRS).

Dans ce schéma de réponse complexe, chaque établissement de santé se voit attribuer un rôle propre défini par le dispositif ORSAN régional (classification en établissement de santé de première ligne, deuxième ligne ou de troisième ligne).

⁴ Article R. 1311-26 du code de la défense

⁵ Le PZMRS est arrêté par le préfet de zone de défense, après avis du comité de défense de zone mentionné à l'[article R. * 1311-25 du code de la défense](#)

D. PRÉPARATION DU SYSTÈME DE SANTÉ AUX SSE : LE DISPOSITIF ORSAN

Les ARS sont chargées d'organiser la déclinaison régionale de la réponse du système de santé pour faire face aux SSE, en élaborant le dispositif ORSAN régional dont les plans opérationnels prennent en compte l'ensemble des risques majeurs susceptibles d'impacter l'offre de soins du territoire.

Le dispositif ORSAN repose sur:

- Un schéma de planification relatif à l'organisation du système de santé en SSE ayant pour objet, de prédéfinir les parcours de soins des patients à l'échelon régional et de prévoir l'organisation de la montée en puissance coordonnée entre les différents intervenants du système de santé pour répondre aux situations envisagées ;
- Des mesures d'attribution et de gestion des moyens de réponse ;
- Des orientations relatives à la formation des professionnels de santé.

Le schéma ORSAN a pour objectif d'identifier les adaptations à prévoir dans l'organisation de l'offre de soins pour faire face aux situations pour lesquelles la réponse implique la mobilisation des ressources sanitaires disponibles au niveau territorial. Il est l'outil central de la planification de la réponse du système de santé aux SSE et a pour objet de planifier la montée en puissance progressive et coordonnée du système de santé au cours d'événements exceptionnels sur l'ensemble de ces secteurs (libéral, établissements de santé, établissements médico-sociaux). Dans cette optique, il définit les scénarii des principales SSE susceptibles d'impacter le système de santé et permet, ainsi, de répondre aux objectifs exprimés par le préfet dans le cadre de la déclinaison ou de la mise en œuvre des plans intersectoriels.

Il comprend les cinq plans suivants :

- Accueil massif de blessés victimes d'un événement grave (accident, catastrophe, attentat) (« ORSAN AMAVI ») ;
- Prise en charge médico-psychologique des patients victimes d'un événement grave (accident, catastrophe, attentat) (« ORSAN MEDICO-PSY ») ;
- Prise en charge des tensions dans l'offre de soin 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 ») ;
- Prise en charge des patients dans le cadre d'un événement NRC (« ORSAN NRC ») ;
- Prise en charge des patients dans le cadre du risque épidémique et biologique connu ou émergent (« ORSAN REB ») ;

Pour l'élaboration des différents plans ORSAN, l'objectif consiste à rechercher les approches les plus efficaces au sein de chaque territoire, en prenant en compte les particularités et les ressources locales disponibles dans les secteurs libéral, préhospitalier, hospitalier et médico-social.

Au sein de chaque plan sont définis le rôle et les objectifs de prise en charge assignés par l'ARS à chaque établissement de santé en fonction, notamment, de leur plateau technique.

Dans ce cadre, pour chaque plan ORSAN, une hiérarchisation fonctionnelle à trois niveaux est définie pour les établissements de santé pour les situations de crise :

- **Établissements de « première ligne »** : établissements de santé disposant d'une structure d'accueil des urgences et d'un plateau technique chirurgical activable H24 ou d'une unité d'infectiologie avec capacité d'isolement des patients pour le risque spécifique REB. Cette catégorie intègre des établissements dits « experts » qui disposent d'un plateau technique hautement spécialisé pour les patients nécessitant une prise en charge spécifique (neurochirurgie, chirurgie cardiothoracique, traumatologie pédiatrique, brûlés graves, etc.). Parmi ces établissements de santé de première ligne experts, les établissements de référence assurent la mise en œuvre des missions de référence : prise en charge du risque épidémique et biologique, risque nucléaire et radiologique, risque chimique, accueil massif de victimes et de blessés graves et prise en charge médico-psychologique.
- **Établissements de « deuxième ligne »** : établissements de santé disposant d'un plateau technique médico-chirurgical mais sans structure d'accueil des urgences H24. Ces établissements, mobilisables en seconde intention, contribuent à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne notamment chirurgicale et de soins critiques.
- **Établissements de « troisième ligne »** : établissements de santé avec hébergement non identifiés dans les plans opérationnels de réponse comme établissement de première ou seconde ligne. Ces établissements, mobilisables en troisième intention, contribuent à l'augmentation de la capacité d'accueil des établissements de première et de seconde ligne en assurant la prise en charge de certains patients issus de ces ES. Ils sont susceptibles d'accueillir et de prendre en charge des victimes ou patients se présentant spontanément sans régulation préalable par le SAMU.

D'autres structures de soins ont également un rôle à jouer dans la gestion des situations sanitaires exceptionnelles :

- **Structures d'hospitalisation à domicile**⁶ : ces établissements d'hospitalisation ont un rôle important au sein du dispositif ORSAN en permettant pour les patients éligibles la libération de lits et de personnels en établissement MCO par la poursuite de la prise en charge des patients à leur domicile ou en substitution d'une hospitalisation en MCO ou SSR. Dans la logique du SAS, l'HAD peut aussi permettre d'éviter le passage en structure d'urgence de résidents en ESMS ou prendre en charge des patients adressés directement depuis la ville.
- **Les établissements médico-sociaux** : ces établissements aux problématiques particulières induites par le type de patients pris en charge disposent également d'un dispositif de planification, le plan bleu, qui permet leur préparation à une SSE en intégrant les articulations avec les autres opérateurs de soins (HAD et ES).

Cette hiérarchisation qui se base sur les capacités de prise en charge des établissements de santé et de leur plateau technique, permet de faciliter la régulation par le SAMU centre 15 des patients vers les établissements de santé et de structurer le parcours de soins dans une logique de filière. **Les patients sont ainsi orientés prioritairement vers les établissements de « première ligne » pour le risque considéré, plus particulièrement vers les établissements « experts » pour les prises en charge spécialisées (orientation directe ou secondaire). Les**

⁶ Fiche mobilisation de l'hospitalisation à domicile en cas de SSE (annexe 3)

établissements de « deuxième ligne » sont susceptibles d'être mobilisés pour élargir l'offre de soins en cas de risque de saturation des établissements de première ligne (ex. augmentation des capacités de « damage control » chirurgical en utilisant les blocs opératoires de ces établissements) et de prendre en charge secondairement des patients transférés depuis un autre établissement. Les établissements de « troisième ligne » peuvent être mobilisés par l'ARS en tant que besoin pour accueillir des patients issus des établissements de première et de seconde ligne afin d'y libérer des places. Les capacités requises pour chaque ligne d'établissement sont précisées pour chacun des plans ORSAN en annexe 1.

A partir des objectifs de prise en charge fixés par l'ARS en concertation avec les ES pour chaque situation exceptionnelle considérée (plans ORSAN) et inscrits dans les contrats d'objectifs et de performance, l'établissement décline dans son plan de réponse les dispositions permettant leur mise en œuvre opérationnelle.

Lorsque l'organisation du système de santé prévue dans ORSAN ne permet pas à elle seule de faire face à l'événement considéré, un recours à des ressources complémentaires spécifiques peut-être envisagé *via* les plans de renfort établis aux échelons d'intervention des préfets⁷, dans le cadre de l'organisation gouvernementale de la gestion de crise.

L'évaluation des capacités de prise en charge dans les établissements de santé est essentielle. Le SI-ORSAN est un système d'information développé par le CHU de Caen avec le soutien de l'ARS Normandie et de la Direction générale de la santé, destiné à évaluer les capacités de prise en charge dans les établissements de santé. Ce système d'information, fondé sur la doctrine d'évaluation du capacitaire ORSAN est mis à la disposition des ARS, des SAMU et des établissements de santé pour étayer la planification régionale de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (dispositif ORSAN) et en déclinaison, celle des établissements de santé en fonction de leur positionnement (première ligne, deuxième ligne, troisième ligne). Le SI ORSAN contribue au travail de planification ORSAN (évaluation du capacitaire de prise en charge) mais aussi à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles réelles, ou des exercices, en mettant à disposition un « tableau de bord » pour la conduite de crise de type AMAVI avec potentiellement le recours à des filières de prise en charge complexes (grands brûlés, irradiés, intoxiqués graves), mais aussi l'orientation des patients en cas d'évacuations d'établissements de santé ou d'établissements médico-sociaux. Ce tableau de bord concourt à l'anticipation et au suivi des capacités d'accueil en établissement de santé, à l'identification des renforts et à leur projection en condition réelle de circulation sur tout point du territoire national.

E. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE RÉFÈRENCE (ESR)

Les ESR, désignés par arrêté du Ministre en charge de la santé sur proposition du DG de l'ARS, ont une place importante dans la gestion d'une SSE. En tant qu'établissements de première ligne « experts », les ESR assurent 5 missions spécifiques, dites de références, notamment en cas de SSE.

⁷ Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires



Disposant d'un plateau technique hautement spécialisé, ces établissements sont capables de prendre en charge des patients nécessitant des soins spécifiques liés au risque épidémique et biologique, risque nucléaire et radiologique, risque chimique, à l'accueil massif de victimes et de blessés graves et à la prise en charge médico-psychologique. Les ESR disposent à ce titre d'infrastructures de prise en charge adaptées à chaque mission de référence (laboratoire de biologie sécurisés (LSB3) par exemple) afin de répondre rapidement aux besoins de prise en charge spécifiques des patients. Leurs missions et le cahier des charges pour l'accomplissement de ces dernières sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

Les missions des ESR sont les suivantes :

- Assurer H24, le diagnostic et la prise en charge clinique et biologique des patients relevant des missions de référence ;
- Apporter une expertise technique aux établissements de santé sur toute question relative à la prise en charge des patients relevant des missions de référence, à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Animer le réseau constitué par les acteurs de la prise en charge des patients (filiales de prise en charge ville-ES-ESR) ;
- Apporter une expertise et une assistance technique à l'ARS pour l'élaboration du dispositif ORSAN notamment de ses plans opérationnels ;
- Proposer à l'ARS une organisation de la prise en charge médicale des patients et des examens biologiques, radiologiques ou toxicologiques par les établissements de santé de la région ;
- Conduire des actions de formation du personnel des établissements de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (formation des formateurs SSE et des référents SSE).

L'organisation territoriale des ESR est conçue en 2 niveaux :

- **Établissements de santé de référence régionaux (ESRR) :** désignés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'ARS. Cet arrêté précise la zone d'intervention de chacun du ou des ESRR ainsi désignés (un établissement de santé peut assurer une ou plusieurs de ces missions).
- **Établissements de santé de référence nationaux (ESRN) :** désignés par arrêté du ministre chargé de la santé, ils assurent la prise en charge des patients victimes

d'agents radiologiques, biologiques, nucléaires et chimiques dont le niveau de gravité est très élevé ou si la complexité de leur prise en charge nécessite des ressources spécifiques.

Les hôpitaux des armées apportent un soutien aux établissements de santé de référence, pour assurer, dans le respect de leurs missions prioritaires de soutien sanitaire des forces armées, une ou plusieurs des missions de référence, à l'exclusion des prises en charge pédiatriques⁸.

F. LA GESTION DES SSE : ARTICULATION AU SEIN DES GHT ET COORDINATION AVEC LES ACTEURS

Depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, la mise en place des GHT constitue pour les établissements publics de santé une opportunité pour faire évoluer certaines modalités du dispositif actuel d'organisation en SSE, en **renforçant la coopération entre les différents établissements membres du GHT, notamment en phase de préparation et d'inter crise et potentiellement, en fonction de la structuration du GHT lors de la gestion des SSE.**

En effet, le projet médical partagé qui définit la stratégie médicale du GHT comprend, parmi les grands principes d'organisation des activités, **l'organisation de la réponse aux SSE.**

Une organisation à l'échelle du GHT peut présenter les avantages suivants :

En phase de préparation de la réponse :

- Permettre d'identifier ou de répertorier les ressources humaines présentes et ou mobilisables, les ressources intellectuelles et les expertises des établissements de santé constituant le GHT ;
- Mettre en cohérence et homogénéiser les plans de gestion des SSE, notamment par la détermination d'une trame de rédaction commune pour chaque établissement au sein d'un même GHT par la fixation d'une méthodologie commune de détermination des limites capacitaires ;
- Définir des seuils, des paliers de mobilisation et d'adaptation de l'offre de soins partagés en cas de SSE ;
- Favoriser l'acculturation, la sensibilisation et la formation de l'ensemble des personnels à la gestion de crise ;
- Permettre de mutualiser des formations (en lien avec les CESU) et des exercices ;
- Mettre en œuvre une réflexion commune sur la conduite à tenir face à la survenue d'une SSE dans le cadre du dispositif ORSAN (ex. épidémies de grippe saisonnière).
- Plus spécifiquement en phase d'inter-SSE, une organisation à l'échelle du GHT peut permettre :
 - Un partage d'expérience tant sur les exercices réalisés que sur la gestion des situations de tension ou de SSE auxquelles le GHT aura été confronté ;
 - Une « évaluation réciproque » de la préparation et de la gestion d'une SSE.

En phase de gestion :

Une organisation à l'échelle du GHT peut jouer un rôle facilitateur après la phase initiale de gestion concernant :

⁸ La prise en charge dans un service de pédiatrie est habituellement destinée aux moins de 15 ans et 3 mois (ceci est variable en fonction des structures et des pathologies en cause). Le suivi pédiatrique est toutefois possible jusqu'à l'âge de 18 ans.

- La mutualisation des personnels et des moyens matériels ;
- La libération de lit, dans le cadre d'une mise en tension solidaire entre les établissements du GHT ou en lien avec les secteurs d'hospitalisation privé et médico-social du territoire ;
- La gestion des flux de patients entre les établissements de santé via la mobilisation des transporteurs privés (transports secondaires).

En post-crise :

- Assurer le retour à la normale progressif des activités ;
- Organiser un RETEX auprès de tous les acteurs mobilisés.

Le pilotage du système de santé en SSE incombe exclusivement à l'ARS. Toutefois, l'établissement support, ou celui désigné comme pilote, peut jouer un rôle pivot pour canaliser la remontée et la descente d'informations en SSE et pour tous les aspects logistiques et de fonctionnement en réseau.

À cet effet, l'ARS pilote l'animation du système de santé en SSE, en y intégrant l'ensemble des secteurs de l'offre de soins : les établissements de santé publics, potentiellement organisés autour d'une stratégie commune de réponse sanitaire dans le cadre de leur GHT, les structures privées, le secteur libéral ainsi que l'ensemble des dispositifs d'exercice coordonné (CPTS, maisons et centres de santé, etc.).

Le GHT peut également représenter un risque dans le cadre :

- D'une panne informatique ou d'une cyberattaque. En effet, certains GHT partagent des applicatifs informatiques, ce qui permet à une cyberattaque ou à une panne de se propager à l'ensemble des établissements du GHT partageant les mêmes applicatifs⁹ ;
- D'une rupture d'approvisionnement en produits de santé et en matériel médical si les établissements du GHT ont centralisé la gestion des commandes et des stocks ou les activités de stérilisation.

G. GRANDS PRINCIPES D'ORGANISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ EN SITUATION DE CRISE

Tout établissement de santé doit mettre en place une organisation interne générique et structurée pour lui permettre de répondre à tout type d'événement susceptible de l'impacter.

Cette organisation s'appuie sur trois éléments de doctrine :

- Un **dispositif de montée en puissance gradué à deux niveaux** pouvant être mis en œuvre dès lors que l'établissement est confronté à une situation, pour laquelle la gestion courante ne suffit pas ;
- La **structuration d'une cellule de crise hospitalière (CCH)**, pilotée par le Directeur général ou le directeur de l'établissement, qui constitue l'organe de commandement de l'établissement lors de la survenue d'un événement ayant un impact sur l'organisation hospitalière ;
- Des **outils de réponse préparés en amont** pour faire face à toutes situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de

⁹ Voir le Guide d'aide à la préparation du plan blanc numérique en établissement de santé, DGOS, 2023.

perturber l'organisation interne de l'établissement. Ces outils de réponse permettent de réguler l'offre de soins (libération de lits, mobilisation supplémentaire de moyens humains et matériels, adaptation des capacités d'accueil, doctrine de déprogrammation d'activités) ou de répondre à des situations spécifiques en déclinaison des plans ORSAN (NRBC, afflux massif de blessés, épisode environnemental, épidémie, médico-psychologique, cyber, etc.).

L'ensemble de ces éléments, intégré dans un plan global de gestion des tensions hospitalières et des SSE, doit permettre à l'établissement de santé d'apporter une réponse adaptée et progressive selon la nature, l'importance en terme sanitaire et la cinétique de l'événement.

L'établissement de santé dispose, en complément du PGTHSSE, d'un PSE pour les risques spécifiques à la sûreté. La continuité d'activité de l'établissement est aussi importante et fait partie intégrante de la démarche de préparation aux situations sanitaires exceptionnelles. À ce titre, le PCA peut être inclus dans le PGTHSSE ou individualisé. Le PCA doit notamment tenir compte des perturbations sur l'activité pouvant survenir à la suite d'une cyberattaque afin d'assurer la continuité des soins. Il s'agit d'assurer concomitamment la continuité d'activité et la gestion des tensions ou de la SSE grâce aux outils développés dans le cadre de ce plan. Cette démarche est complémentaire de l'élaboration d'un plan blanc numérique par les établissements de santé, qui peut s'inclure dans le PGTHSSE de l'établissement¹⁰.

L'organisation de la montée en puissance repose sur la mise en place d'une gradation selon deux niveaux :

- **Niveau 1 – « Plan de mobilisation interne » : pour la gestion des tensions ou des situations avérées potentiellement critiques sans toutefois mettre à court terme, l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant.** Ce type de situation est toutefois suffisamment critique pour exiger une organisation particulière, une vigilance active et la mise en œuvre, le cas échéant, de mesures d'anticipation ou de gestion. Ce niveau, qui correspond à l'activation du plan de mobilisation interne nécessite la mise en place d'une CCH restreinte. Plusieurs circonstances peuvent être prises pour exemples telles que la gestion interne d'une épidémie saisonnière (ex : grippe), une crise de l'approvisionnement en carburants, les crues et inondations (réponse de niveau 1 engagée lorsque les informations météorologiques le justifient). Le niveau 1 peut également correspondre à l'anticipation d'un risque pouvant menacer l'établissement (ex : menace d'attentats) et nécessitant une mise en pré-alerte avec l'activation de la CCH et la mobilisation des services concernés. Ce niveau peut également être activé préventivement à la demande de l'ARS lors d'un événement potentiellement générateur d'une SSE (ex. grand événement sportif) ou en cas de risque ou de menace imminente sur le territoire.
- **Niveau 2 – « Plan blanc » : pour la gestion des situations exceptionnelles avec un impact potentiellement majeur sur l'établissement de santé.** Ce niveau qui correspond à l'activation du plan blanc, permet la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement (moyens humains et logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par une CCH structurée. Il permet d'assurer la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels tout en maintenant la continuité et la qualité des soins des patients non directement

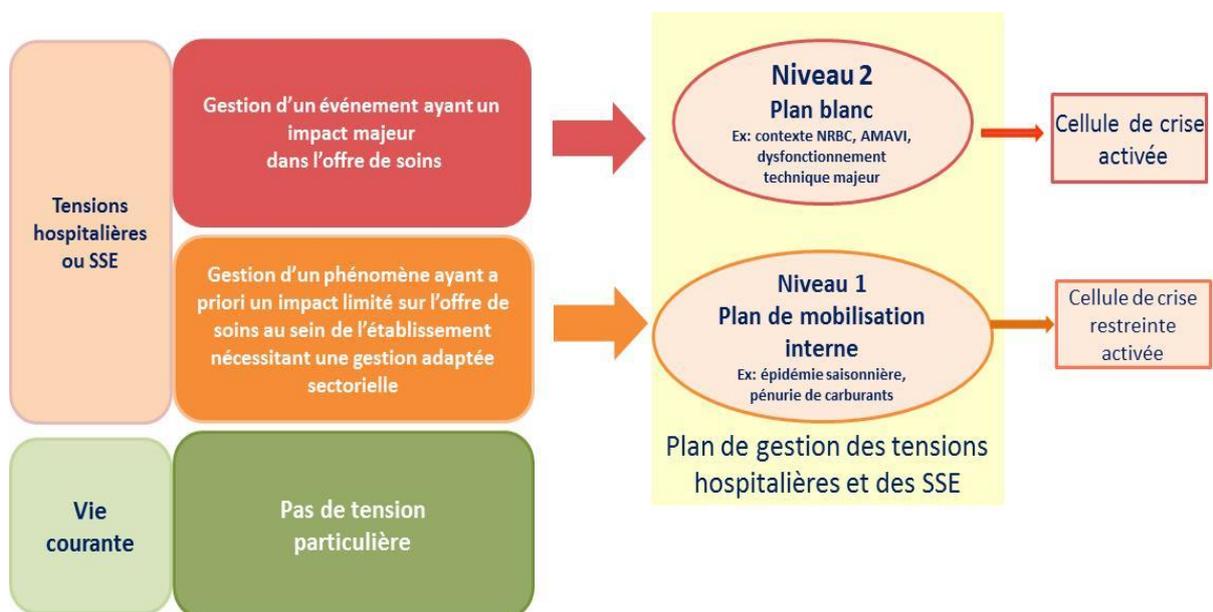
¹⁰ Voir le Guide d'aide à la préparation du plan blanc numérique en établissement de santé, DGOS, 2023

impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Il permet aussi de préserver la sécurité des patients et des personnels (ex. afflux de victimes potentiellement contaminées).

La mise en œuvre de ces dispositions intervient sans délai, par le directeur de l'établissement, ou le cas échéant, à la demande du directeur général de l'ARS.

Le schéma suivant représente le dispositif de montée en puissance tel que décrit précédemment :

Schéma 2 : Dispositif de montée en puissance à deux niveaux pour la gestion des tensions hospitalières et des SSE au sein des établissements de santé



Lors de la survenue d'un événement ayant un impact sur l'offre de soins, le directeur d'établissement ou le directeur général de l'ARS décide de l'activation de l'un des deux niveaux de réponse du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE et en assure le pilotage et la gestion. Il s'appuie pour cela sur une CCH rassemblant les principaux responsables de l'établissement chargés de coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs. La CCH doit pouvoir être mise en place en moins de 45 minutes et être dimensionnée en fonction du niveau de réponse à apporter afin que celle-ci soit efficace et proportionnée à la nature et à l'ampleur de l'évènement (équipes soignantes, techniques, numérique, DRH, etc.).

II. PRÉPARATION DE LA RÉPONSE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

En plus de la collecte et de l'analyse en routine d'indicateurs, l'élaboration d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE se décompose en sept étapes successives qui sont présentées sur le schéma 3, et détaillées dans les chapitres suivants.

A. CONSTITUTION DE L'ÉQUIPE PROJET EN CHARGE DE LA PRÉPARATION DE LA RÉPONSE

Pour l'élaboration du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE, le directeur de l'établissement s'appuie sur une **équipe projet** idéalement composée d'un membre de l'équipe de direction qui assure la fonction de chef de projet (en charge du pilotage des travaux - par exemple un directeur qualité et gestion des risques), du ou des référents SSE de l'établissement, notamment du ou des médecins occupant la fonction de Directeur médical de crise, et, le cas échéant, de toute personne ressource en fonction des volets spécifiques (par exemple le responsable sécurité/sûreté ou le responsable de la sécurité des systèmes d'information pour assurer l'interopérabilité des dispositifs de prise en charge des victimes et de sécurisation de l'établissement).

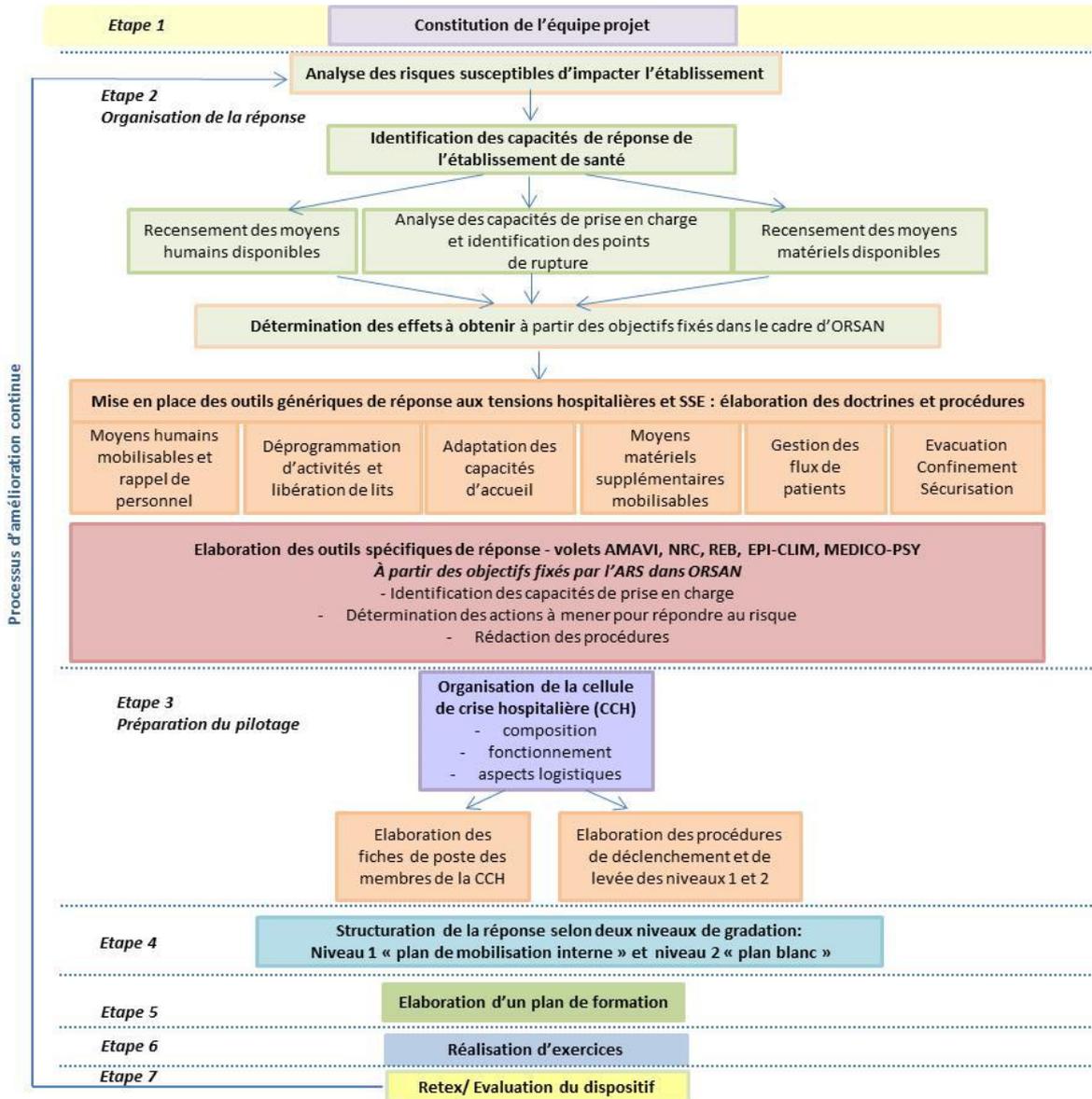
La désignation du chef de projet, qui est le référent SSE pour l'établissement, doit être portée à la connaissance de l'ARS.

Désignés par le Directeur d'établissement et le Président de la commission médicale d'établissement (CME), les référents SSE sont des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, cadres de santé, infirmiers, ingénieurs en gestion de risque...) ou tout autre personnel d'encadrement qualifié dans les domaines des SSE (médecine d'urgence, médecine de catastrophe, gestion de crise, NRBC-E, etc.). **Les référents SSE, dont les directeurs médicaux de crise (DMC), jouent un rôle pivot dans la préparation de la réponse de l'établissement.** Ils sont chargés de l'élaboration et de l'actualisation continue du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE, de sa diffusion auprès des professionnels de l'établissement, de l'organisation d'exercices en vue de tester son caractère opérationnel et de la mise en œuvre du retour d'expérience. Les directeurs médicaux de crise ont vocation à être référents SSE et participent dans la mesure du possible à l'équipe projet.



Ainsi, il est essentiel que les ARS aient connaissance du ou des référents SSE de l'établissement afin d'organiser le partage d'informations entre acteurs et de participer à l'organisation de la réponse sanitaire. L'élaboration du PGTHSSE inclut également des représentants des GHT afin d'assurer la mutualisation de moyens entre structures en cas de crise sanitaire.

Schéma 3 : Cadre méthodologique pour l'élaboration d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE



Après la constitution de l'équipe projet, l'étape suivante consiste à organiser la réponse de l'établissement pour permettre une montée en puissance progressive et coordonnée des moyens en fonction de l'ampleur et de la cinétique de l'événement.

B. ORGANISATION DE LA RÉPONSE AUX TENSIONS HOSPITALIÈRES ET SSE

1. Analyse des risques et menaces

L'établissement de santé doit mener une démarche méthodologique d'identification, d'analyse et de hiérarchisation des risques qui peuvent impacter son fonctionnement pour élaborer un plan de réponse adapté et efficace. Réalisée par chaque établissement de santé et transmise à l'ARS sous un format déterminé par l'ARS à échéances fixes, elle permet également à l'ARS de disposer d'une vision globale des risques pouvant impacter l'offre de soins au niveau de la région. *Cette démarche constitue également une étape nécessaire pour l'élaboration du plan de continuité d'activité (PCA) et du plan de sécurisation d'établissement (PSE).*

L'établissement établit une cartographie des risques à partir des différentes sources d'informations internes et externes disponibles, notamment l'identification des seuils de rupture.

Pour les risques et menaces propres à l'établissement, les documents sur lesquels s'appuyer sont les suivants :

- Les travaux sur l'évaluation des risques menés dans le cadre de la démarche de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- Les signalements d'événements indésirables ;
- Le document unique d'évaluation des risques professionnels. Ce document, mis à jour annuellement, est élaboré à partir de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des personnels ;
- Les rapports d'inspection, de contrôle, et de conformité de l'établissement ;
- Les audits cliniques et organisationnels ;
- Les diagnostics techniques et sanitaires (réseaux d'eau, réseau de fluide médicaux, réseau informatique, etc.).

Pour les risques et menaces extérieurs, l'établissement doit prendre en compte les éléments suivants :

- Le dispositif ORSAN qui recense au niveau de chaque région les risques pouvant impacter l'offre de soins ;
- Le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques, qui recense les risques de toute nature auxquels sont confrontés les SIS et les moyens mis en place pour y faire face ;
- Le dossier départemental des risques majeurs élaboré par le Préfet qui vise à informer la population sur les risques naturels et technologiques majeurs existant dans le département, ainsi que sur les mesures de prévention et de sauvegarde prévues pour limiter leurs effets¹¹ ;
- Et tout autre document de nature à apporter des informations utiles en cas de risques majeurs et de menaces graves.

¹¹ Possibilité de se rendre sur la plateforme géorisque : <https://www.georisques.gouv.fr/>

Ce travail d'identification, d'évaluation et de hiérarchisation des risques au sein des établissements est essentiel dans le processus de planification. Il convient ensuite, pour chacun des risques identifiés, de déterminer les capacités de réponse de l'établissement.

La prise en compte des indicateurs d'activité des structures de médecine d'urgence (SAMU et structures d'accueil des urgences) est aussi importante pour l'identification des risques de tensions hospitalières et l'anticipation des mesures de gestion.

2. Identification des capacités de réponse et détermination des « effets à obtenir » à partir des objectifs fixés par l'ARS dans ORSAN

Après avoir conduit les étapes d'identification des risques susceptibles d'impacter l'établissement, il convient d'identifier les capacités de réponses de l'établissement pour déterminer les « effets à obtenir » qui serviront de base à la définition d'une organisation interne adaptée.

L'établissement de santé doit tenir compte du rôle et du positionnement qui lui est attribué dans chaque plan ORSAN et intégrer, dans son plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE sous forme « d'effets à obtenir », les objectifs fixés par l'ARS dans une logique de contrat opérationnel. L'annexe 1 synthétise, pour chaque plan ORSAN, les capacités requises et les principaux objectifs à atteindre en fonction du rôle attribué à l'établissement (première ligne, deuxième ligne, troisième ligne et réponse minimale attendue pour chaque établissement).

Le rôle dévolu à l'établissement fait également l'objet d'une mention dans la fiche interface HAS/ARS établie dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé par la HAS.

Pour déterminer les « effets à obtenir » (et ainsi répondre aux objectifs fixés par l'ARS pour chaque plan considéré), notamment en terme de capacités de prise en charge (identification de seuils-plancher), l'établissement prend en compte ses ressources propres et les capacités d'ajustement de son offre de soins par réorganisation interne. Toutefois, si des écarts entre l'organisation cible déterminée par l'ARS et les capacités des établissements subsistent, l'ARS élabore un référentiel au sein du dispositif ORSAN par un document cadre appelé « programme d'actions ». Ce document vise à mettre en perspective les capacités détenues et les organisations ciblées afin d'envisager les actions correctives à conduire et les ajustements à programmer pour développer les capacités et modalités de réponse nécessaires. A ce titre, il fixe les objectifs à atteindre et identifie les priorités d'actions ainsi que les étapes à franchir pour y parvenir.

Des établissements de santé de référence régionaux (ESRR) sont proposés par l'ARS pour être mobilisés en première intention pour un ou plusieurs types de risques particuliers.

L'établissement de santé doit envisager dans son plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE la possibilité d'accueillir et de prendre en charge des victimes ou patients non régulés se présentant spontanément, avant que celles-ci ne soient orientées vers les établissements adaptés à leur état de santé après régulation par le SAMU. En effet, tout établissement peut finalement se trouver en première ligne si l'événement se déroule à proximité et que les patients se présentent spontanément aux urgences. Ainsi, il devient nécessaire pour l'établissement de santé de fournir à

l'avance une estimation du capacitaire au SAMU et à l'ARS même si celui-ci nécessitera des ajustements lors de la survenue d'une SSE¹².

Aussi, au-delà du rôle attribué dans le dispositif ORSAN, une réponse minimale est attendue pour tout établissement de santé.

Pour les risques propres à l'établissement qui ne sont pas intégrés dans les plans ORSAN (par exemple un incendie ou une inondation d'origine interne, un taux d'absentéisme élevé du personnel, une panne de matériel), l'établissement doit déterminer lui-même les objectifs à atteindre pour chacun des risques identifiés et intégrer dans son plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE les dispositions permettant leur déclinaison opérationnelle.

L'élaboration d'une stratégie de communication interne à l'ES (consignes, conduite à tenir, informations sur l'évènement en cours, etc.) voire externe (partenaires, institutions, etc.) est nécessaire.

Une fois la synthèse des risques et des effets à obtenir effectuée, l'établissement définit une organisation interne pour répondre aux effets à obtenir déterminés.

¹² Se reporter à l'annexe 3 : méthodologie d'élaboration du capacitaire AMAVI

RÉPONSE MINIMALE ATTENDUE POUR TOUT ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Pour le risque AMAVI :

- Accueillir et prendre en charge un nombre important de blessés non régulés avant éventuellement leur transfert vers des établissements spécialisés ;
- Gérer l'aval des urgences ;

Pour le risque MEDICO-PSY :

- Accueillir et prendre en charge des blessés psychiques et des proches en initiant, en tant que besoin, une prise en charge médico-psychologique.

Pour le risque EPI-CLIM :

- Gérer l'aval des urgences en adaptant les capacités d'hospitalisation dans les services de médecine polyvalente et de gériatrie et dans les services spécialisés d'infectiologie ;
- Assurer la prise en charge de patients présentant des signes de gravité (USC, réanimation) ;
- Mettre en œuvre les mesures d'isolement adéquates pour éviter la contagion dans un contexte épidémique ;

Pour le risque REB :

- Accueillir et détecter le ou les patients cas suspects non régulés ;
- Mettre en œuvre des mesures d'isolement, y compris aux urgences ;
- Contacter l'infectiologue référent de l'ESRR REB pour évaluer le ou les patients, organiser le transfert et le diagnostic biologique ;

Pour le risque NRC :

- Détecter par l'interrogatoire un événement inhabituel de nature NRC ;
- Alerter par un circuit prédéfini le directeur et les structures chargées de la sécurité de l'établissement, le SAMU territorialement compétent et l'ARS ;
- Protéger son infrastructure, son personnel, les patients et visiteurs en procédant à la fermeture et à la sécurisation des accès ;
- Gérer l'aval des urgences ;
- Assurer l'orientation des personnes se présentant à l'entrée de l'établissement vers une zone prédéfinie et leur permettre de réaliser de façon autonome une décontamination d'urgence ;

3. Suivi des capacités de réponse de l'établissement

La mobilisation en routine des systèmes d'information (SI) disponibles au sein des établissements de santé et leur mise à jour régulière facilitent l'organisation des prises en charge hospitalières au quotidien, mais également en anticipation d'éventuelles SSE et lors de leur survenue.

Au-delà de ceux dédiés à une SSE tel que SIVIC, de nombreux SI doivent être mis à jour en temps réel pour permettre le fonctionnement des ES et l'organisation des soins au quotidien, tout en fournissant des données essentielles en cas de crise. **Les ES doivent veiller à l'actualisation des SI en toutes circonstances, plus régulièrement encore en cas de SSE.**

L'établissement doit se préparer à assurer le suivi de ses capacités de réponse sans systèmes d'informations dans le cas d'une panne informatique ou d'une cyberattaque durant une situation sanitaire exceptionnelle.

■ **Capacitaire : actualisation du capacitaire des ES et suivi des disponibilités (ROR)**

Dans le cadre de l'élaboration du dispositif ORSAN, l'ARS confronte l'analyse capacitaire des établissements de santé avec les effets à obtenir au niveau régional, pour déterminer le niveau d'adaptation de l'offre de soins et sa répartition entre les différents secteurs de l'offre de soins. Les objectifs fixés à chaque opérateur doivent en effet permettre de répondre dans les meilleures conditions à tous types d'événements exceptionnels et/ou d'une intense gravité.

La connaissance en temps réel des capacités et des disponibilités en lits est un préalable à l'organisation des soins. Elle est essentielle au quotidien et devient cruciale en cas de SSE pour l'ensemble des services qu'ils soient directement plus impactés ou nécessaires à la continuité d'activité courante.

Le ROR est positionné comme le référentiel de ressources de l'offre de santé, dont le capacitaire et la disponibilité en lits constituent un axe stratégique pour les acteurs opérationnels et institutionnels (établissements, ARS, Ministère) : identification des tensions hospitalières, déclenchement des plans blancs, appui à une tension locale, transferts de patients au sein d'une région, planification d'EVASAN...

En dehors des périodes de crise, chaque ARS a pu diffuser des consignes régionales concernant notamment les fréquences d'actualisation des disponibilités en lits, en particulier en soins critiques. En cas de SSE, une fréquence d'actualisation a minima biquotidienne est attendue pour les soins critiques et quotidienne pour les secteurs d'aval en fonction des spécialités et des besoins identifiés.

Il est à noter que la mise en œuvre de logiciel de « *bed management* » connecté au ROR et d'une cellule ressource sur le sujet constituent des leviers améliorant la qualité des données sur le capacitaire et la disponibilité des lits.

Pour chaque plan ORSAN, il convient d'identifier les capacités de l'établissement qui seront impactées et nécessiteront *de facto* une montée en puissance. Il est préférable de distinguer les capacités de prise en charge adultes, pédiatriques et les patients nécessitant une prise en charge spécifique au sein de plateaux hautement spécialisés (Annexes 3 méthodologie d'évaluation du capacitaire AMAVI).

■ **Équipements et matériels : réalisation d'inventaires physiques réguliers et mise à jour des SI relatifs à la propriété et à la maintenance (type GMAO) des actifs**

La connaissance précise des biens détenus par les établissements (bâtiments, équipements médicaux, matériels...) et de leurs caractéristiques en termes d'acquisition, de localisation et de maintenance est essentielle en routine et en cas de SSE. Les mises à la réforme de biens, les cessions, doivent être particulièrement suivies, afin que l'ES dispose d'un état des lieux à date précis, reflétant la réalité physique de ses actifs. Il est essentiel d'anticiper ce suivi ; en, effet, en l'absence d'actualisation régulière, l'ES n'a pas la capacité à réaliser une mise à jour en urgence dans le cadre d'une SSE compte tenu du caractère chronophage de ces travaux.

Le logiciel SIGESSE a pour objectif de faciliter la gestion par les établissements de santé et le suivi par les ARS l'acquisition et la maintenance des moyens pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles, afin d'avoir une réelle visibilité sur l'opérationnalité des moyens tactiques.

Exemple : connaissance précise des bâtiments et des circulations en cas d'incendie

Exemple : inventaire des respirateurs de réanimation en cas de crise sanitaire / d'afflux massifs de patients nécessitant une ventilation

■ **Stocks de médicaments et dispositifs médicaux**

Il en est de même pour les consommables au sein des ES : connaissance des stocks, localisation des produits, gestion des périmés, anticipation des éventuelles ruptures de stocks, déclenchement des commandes...

Exemple : inventaire régulier des stocks de médicaments et des dispositifs médicaux, fournissant un état des lieux essentiel en cas de consommation importante soudaine liée à une SSE ; inventaire des EPI à port immédiat ou complet.

Exemple : mise en place d'un SI dédié pour l'approvisionnement et le suivi des médicaments dans le cas de la crise sanitaire COVID (voir infra, partie « Dispostock »)

L'établissement de santé réalise un inventaire exhaustif de ses équipements et matériels disponibles et assure un suivi en temps réel de ses stocks. Ces derniers doivent être facilement accessibles et mobilisables H24 et 7J/7 (voir page 19 sur la préparation en routine des établissements).

L'établissement de santé doit disposer d'un stock de matériels et de produits de santé suffisant pour assurer la montée en puissance de la réponse, la prise en charge de patients adultes et le cas échéant pédiatriques (et réciproquement pour les établissements de santé uniquement pédiatrique). La liste des matériels et produits composants ces stocks, est à adapter (en terme qualitatif et quantitatif) en fonction du rôle attribué dans le dispositif ORSAN et des capacités de réponse requises pour chacun des risques.

Conformément à la doctrine de protection des travailleurs face aux maladies hautement pathogènes à transmission respiratoire y compris lors d'une épidémie,

il revient à chaque employeur de constituer des stocks d'équipements de protection individuelle pour protéger son personnel¹³.

Afin de permettre une disponibilité opérationnelle permanente des stocks de produits de santé, l'établissement procède à l'entretien et à la maintenance des matériels et équipements dont il dispose et à la rotation des produits de santé pour lesquels il existe une date de péremption. Les procédures pour l'organisation des rotations et l'entretien du matériel doivent être formalisées et incluses dans le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE.

En situation de crise, la consommation de gaz médicaux peut être très largement supérieure aux besoins quotidiens. Ainsi, il est recommandé de réaliser une estimation prévisionnelle des besoins en fonction des risques auxquels l'établissement peut être confronté, pour permettre d'adapter les ressources en oxygène en tant que de besoin et assurer le stockage de ces ressources complémentaires, la gestion et la distribution le moment venu.

Une attention particulière doit être portée au matériel chirurgical et aux capacités de stérilisation en particulier pour des établissements de santé qui ont externalisé cette fonction. Ainsi, à titre d'exemple, une répartition au sein d'un même GHT peut être pensée si la stérilisation du matériel est mutualisée. Une montée en puissance des capacités de stérilisation au sein du GHT doit être planifiée en amont avec rappel de personnel si besoin, voire un déplacement des missions de stérilisations dans l'ES prenant en charge la SSE durant toute la durée de l'événement.

■ **Ressources humaines**

Les SIRH alimentent les dispositifs mobilisés en cas de SSE : recensement des effectifs, identification des moyens et de leurs compétences, conditions de leur mobilisation. En fonction des SI utilisés, les SIRH peuvent être reliés au RPPS.

Le recensement des personnels hospitaliers susceptibles d'être mobilisés lors de l'activation du niveau 1 ou 2 du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE doit être mis à jour

a minima chaque semestre, compte tenu du turnover important des personnels dans les établissements de santé.

Pour les établissements de santé siège d'un institut médico-légal (IML), ce recensement inclut les médecins légistes, les agents d'amphithéâtre et/ou les aides-soignants et secrétaires de l'IML. Annexe 3 fiche mobilisation RH.

Exemple : plan blanc permettant de redéployer des effectifs, d'ouvrir des lits supplémentaires pour accueillir les malades, mais aussi de déprogrammer et de reporter des opérations non urgentes.

¹³ SGDSN : Doctrine de protection des travailleurs face aux maladies hautement pathogènes à transmission respiratoire n° 241/SGDSN/PSE/PSN du 16 mai 2013

■ **Suivi de l'activité hospitalière**

Les données des SI internes aux hôpitaux (Gestion administrative du patient, logiciel de programmation aux blocs opératoires...), actualisées au fil de l'eau, seront mobilisées dans le cadre des SSE :

- En termes de connaissance de la situation à un temps t (état des lieux) ;
- Mais aussi en anticipation (ex : programmations d'opérations urgentes liées aux SSE / déprogrammations d'opérations non vitales selon la situation).

Les données du PMSI, bien qu'exploitables avec plus de recul, peuvent également éclairer les décisions à prendre dans le cas de SSE, au niveau local, régional ou national. Par ailleurs, le PMSI peut s'adapter pour permettre un suivi plus fin en cas de SSE au niveau national.

Exemple : analyse rétrospective concernant l'activité de réanimation via le PMSI

Exemple : intégration du suivi des patients COVID+

■ **Autres SI utiles en local et pour les autorités**

Un certain nombre de données sont collectées et utilisées en routine par les ES et les autorités sanitaires, et peuvent se révéler très utiles en situation de crise pour le pilotage et l'anticipation **Il est demandé aux ES / organismes concernés de poursuivre leur mise à jour en toutes circonstances, avec une attention particulière en cas de SSE :**

Exemple : activité des SAMU (nombre d'appels, dossier de régulation (DR) / dossier de régulation médicale (DRM), ...)

Exemple : activité des urgences (donnés notamment suivies via le Réseau OSCOUR® - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences).

■ **SI spécifiquement liés aux SSE**

Plusieurs SI sont mobilisés en cas de SSE. Ils sont détaillés au chapitre suivant (cf. partage des informations avec les organismes de tutelle et identification de solution extra établissement). Leur renseignement au fil de l'eau, selon les consignes nationales / régionales, est essentiel pour la gestion de crise.

Exemple : SIVIC (système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles) déclenché lorsque des événements et des catastrophes de ce type se produisent.

4. Partage des informations avec les organismes de tutelle et identification de solutions extra établissement

Si la situation à laquelle l'établissement est confronté rend difficile voire impossible une résolution en interne, il est important que l'établissement puisse sécuriser les échanges avec ses organismes de tutelle que sont les ARS et le niveau national ainsi qu'avec l'ensemble de ses partenaires locaux. Le partage d'information entre ces acteurs permet leur coordination pour répondre à l'événement et un meilleur pilotage de crise au niveau de l'ARS et/ou du niveau national en permettant un suivi fin de l'événement,

une mobilisation des moyens au plus juste et une anticipation de l'évolution de la situation.

Pour favoriser les échanges et les automatiser, il est nécessaire que l'établissement dispose ou soit en capacité de disposer très rapidement des accès aux différents systèmes et outils d'alerte et de suivi des ressources en tension (annexe 3 fiche communication de crise en cas de SSE).

Comme précisé *supra* (partie « Préparation de la réponse au sein des établissements de santé – Systèmes d'information »), il peut s'agir :

- De systèmes d'information dédiés aux SSE, ex : SIVIC, détaillée en annexe 3 Fiche technique sur l'identification et le suivi des patients via SI-VIC ;
- De systèmes d'information utilisés au quotidien par les ES, qui seront mobilisés en cas de SSE, avec une actualisation plus fréquente ;
- Des canaux de remontée d'information non-informatiques en cas d'indisponibilité des systèmes d'informations (annuaire téléphonique, ...).
- Un focus sur quelques SI est réalisé ci-dessous, ciblé spécifiquement sur le partage des informations en cas de SSE.

■ **La capacité de prise en charge (capacités en lits, disponibilités) :**

Afin d'anticiper et de gérer les situations où l'afflux de patients dépasse la capacité de prise en charge de l'établissement sans solution interne permettant un fonctionnement en mode dégradé, il est essentiel que :

- Les données relatives aux capacités de prise en charge disponibles et occupées partagées à travers les ROR soient à jour (actualisations au fil de l'eau ou plusieurs fois par jour) ;
- Les capacités prévisionnelles d'ouverture de lits complémentaires (soins critiques / réanimation) puissent être partagées, le cas échéant, avec précision des conditions à cette augmentation de capacité, en matériels et / ou RH (enquête nationale en ligne ou système d'information spécifique en cours de développement).

Par ailleurs, il conviendra de rapidement identifier les ressources qui permettront à l'établissement d'augmenter ses capacités de prise en charge.

■ **Les tensions et les besoins en ressources humaines :**

Lors de situations sanitaires exceptionnelles nécessitant des renforts en personnel médical ou paramédical, les effectifs de l'établissement peuvent s'avérer insuffisants. Lors de crises longues (ex : covid-19) les effectifs peuvent se retrouver épuisés par la surcharge de travail couplée à la durée de la SSE. Ainsi, il est important de rendre compte à l'ARS des tensions pesant sur les ressources humaines propres à l'établissement et sur les éventuels besoins de renforts. En effet, c'est l'ARS qui a charge de traiter les demandes de renforts. Pour les territoires d'outre-mer, il est d'autant plus important d'informer l'ARS à temps des tensions pesant sur les RH compte tenu de l'éloignement avec les autres

établissements pouvant prêter main forte (Annexe 3, fiche technique sur la mobilisation des ressources humaines en situation sanitaire exceptionnelle).

■ **Les consommables et équipements concourant à la prise en charge :**

Lorsque la cause de la situation critique impacte également les filières d'approvisionnement et que des solutions locales de substitution ne suffisent pas, des systèmes d'information partagés permettent également de faire remonter la situation au niveau régional afin de faciliter le cas échéant, des « dépannages » inter établissement voire la mise en place d'une régulation des ressources lorsque celles-ci se font rares au niveau régional, voire national.

Selon la situation rencontrée, les systèmes d'information devront permettre :

- le partage d'information avec l'ARS permettant une régulation régionale ou nationale en cascade en s'appuyant sur le dispositif « e-Dispostock » déployé pendant la crise sanitaire COVID : la plateforme e-Dispostock centralise le suivi des médicaments, consommables (ex. EPI à port immédiat ou complet), dispositifs médicaux et équipements en tension (respirateurs, ECMO...). Cette plateforme est disponible sur le site de l'ATIH: <https://dispostock.atih.sante.fr>. Les accès à cette plateforme sont administrés par le référent PLAGÉ de votre établissement.
- la possibilité de faire directement remonter les besoins « critiques » pour que ceux-ci puissent être comblés par les stocks Etat administrés par Santé Publique France (ex cas des dispositifs d'administration des vaccins COVID).

De manière générale, dans un but de partage d'information et identification de solutions extra établissement, **l'établissement de santé doit être attentif aux diffusions de consignes, régionales et nationales notamment par MINSANTE et MARS**, concernant les systèmes d'information ou remontées de données (ex : enquêtes spécifiques) mis en place dans le cadre des SSE.

L'établissement veille à **utiliser les systèmes d'information signalés par le Ministère**, afin de faciliter l'homogénéité et la consolidation des remontées des données pour l'ensemble des établissements.

5. Mise en place des outils génériques de réponse

L'établissement de santé doit avoir préparé en amont de la survenue d'une tension hospitalière ou d'une SSE les moyens et les outils de réponse qu'il peut déployer pour y faire face.

Les outils génériques de réponse sont explicités dans le chapitre III ci-après et peuvent être utilisés de façon indépendante ou simultanée pour gérer des situations de niveau 1 (tensions de l'offre de soins ou situations potentiellement critiques) ou de niveau 2 (situations ayant un impact potentiellement majeur sur l'organisation hospitalière).

Ils concernent la mobilisation de moyens humains supplémentaires, la déprogrammation d'activités, l'adaptation de l'accueil et la gestion des flux de patients, la sécurisation de l'établissement, ainsi que l'adaptation de l'offre de soins en période de situation sanitaire exceptionnelle.

6. Élaboration des outils spécifiques de réponse

L'établissement de santé doit élaborer des volets (ou annexes) spécifiques pour chaque risque ou catégorie de risque identifié dans ORSAN (AMAVI, NRC, REB, EPI-CLIM, MEDICO-PSY) pour lui permettre d'apporter une réponse adaptée et pertinente en fonction de la nature de l'événement. Ces volets correspondent donc à la déclinaison d'ORSAN au niveau de l'établissement de santé. Pour les élaborer, l'établissement doit donc tenir compte du rôle et des objectifs de prise en charge qui lui ont été donnés par l'ARS pour chaque catégorie de risque.

Les volets définissent les modalités d'adaptation et les mesures spécifiques à prévoir par l'établissement pour répondre à une situation particulière. Ils formalisent les plans d'actions à mettre en œuvre par les acteurs impliqués en amont et pendant la crise.

Pour l'élaboration des différents volets, une réflexion doit être menée sur les aspects suivants :

- Les spécificités de l'événement (mécanisme, gravité, cinétique, durée, fréquence, conséquences potentielles) ;
- La typologie des patients à prendre en charge (médicale, chirurgicale, pédiatrique, gériatrique, à risque de contamination...);
- L'état des moyens et des ressources nécessaires et disponibles mais aussi les éventuels équipements et produits de santé ;
- Les mesures particulières à prévoir (protection, sécurisation, confinement, évacuation, prise en charge médico-psychologique, formation du personnel...);
- La communication et les circuits d'information ;
- L'évaluation du dispositif et le retour d'expérience.

Comme tous les établissements de santé, les ESRR ont un volet de préparation spécifique à chacune des missions de référence exercées identifiées dans ORSAN.

Leurs missions sont celles d'un établissement de santé de première ligne, comprenant des dispositions supplémentaires spécifiques compte-tenu de leur plateau technique hautement spécialisé et de leurs ressources spécifiques propres (chambres d'isolement, laboratoire LSB3, ...).

En fonction des ressources sanitaires propres à l'établissement, des besoins de renfort, de partenariat et de coopération avec d'autres acteurs publics (notamment dans le cadre des GHT) et privés peuvent être identifiés et faire l'objet d'une prise en compte par l'ARS. Tant que possible, les besoins de coopérations en SSE sont planifiés en amont de la survenue d'une crise et des canaux de communications sont créés entre l'ES et les partenaires. Dans la même optique, les coopérations entre l'ES et un ou plusieurs autres acteurs en situation de routine comprennent un volet de coopération en cas de crise planifié en amont.

La méthodologie proposée en annexe 1 pour l'élaboration des différents volets a pour objet de fournir un cadre commun aux établissements de santé. Le contenu de ces volets doit néanmoins être complété et adapté aux spécificités locales.

FOCUS SUR LA CHIRURGIE ET LES PRATIQUES INTERVENTIONNELLES



La disponibilité du matériel chirurgical et interventionnel, notamment des boîtes opératoires « d'instrumentation chirurgicale », constitue un paramètre important dans la capacité d'un établissement de santé à prendre en charge un flux important de blessés et impose une réflexion sur les capacités de reconstitution des stocks et de stérilisation du matériel.

Pour faire face aux besoins inhérents à un afflux massif de patients, il est recommandé :

- D'anticiper la gestion du matériel chirurgical et interventionnel tel que les plateaux opératoires de laparotomie, thoracotomie, chirurgie vasculaire et autres dispositifs médicaux réutilisables ainsi que les fixateurs externes et de formaliser les procédures ;
- Identifier le contenu minimal d'une boîte d'instrumentation chirurgicale pour damage control.
- Prévoir des procédures RH pour avoir le personnel nécessaire au reconditionnement des boîtes.
- Prévoir le maintien d'un stock de réserve de boîtes de chirurgie, élaboré par les chirurgiens, cadres de bloc et infirmiers de bloc opératoire et le pharmacien responsable de la stérilisation ;
- D'étudier les possibilités d'élaboration d'un processus de stérilisation « rapide », sur la base des recommandations des sociétés savantes ;
- D'élaborer une organisation interne, le cas échéant par astreinte, permettant d'assurer la préparation des dispositifs médicaux stériles indispensables à la prise en charge de nombreuses victimes H24, 7J /7 ;
- D'évaluer la possibilité et l'intérêt de faire appel à d'autres établissements proches géographiquement, en cas d'urgence et en informant l'ARS ;
- D'évaluer le besoin de recourir à un tiers pour la réalisation d'opérations de stérilisation pour répondre aux objectifs fixés par l'ARS.

L'établissement de santé a la possibilité de confier une ou plusieurs opérations de stérilisation à un tiers, sur la base d'un contrat conforme aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière. Ce tiers peut-être :

- Une pharmacie à usage intérieur (PUI) d'un établissement ;
- Un prestataire industriel.

Il convient dans ce cadre, que les contrats avec des structures externalisées de stérilisation prévoient des procédures de réponse en situation d'urgence.

L'externalisation temporaire ou définitive requiert l'autorisation du Directeur général de l'ARS. Les contrats de sous-traitance de la stérilisation, avec une autre PUI ou un prestataire, doivent prévoir une possibilité de mobilisation en urgence, afin d'assurer une continuité de l'activité de stérilisation des

C. PRÉPARATION DE LA CONDUITE DE CRISE

La préparation de la réponse aux tensions hospitalières et aux SSE implique au préalable la définition et la mise en place d'outils de pilotage.

1. La cellule de crise hospitalière

Tout établissement de santé doit avoir une cellule de crise hospitalière (CCH). Placée sous l'autorité du Directeur de l'établissement de santé, elle est l'unique organe de décision et de coordination au sein de l'établissement.

■ *Les principales missions de la cellule de crise hospitalière*

La CCH constitue l'organe de commandement de l'établissement lors de la gestion des tensions hospitalières et des SSE : les informations y sont centralisées, la tactique y est décidée et les instructions données en conséquence. Ses principales missions sont les suivantes :

- Analyser la situation ;
- Coordonner les actions ;
- Prendre les décisions permettant de répondre à la situation, notamment :
 - Adapter l'organisation des soins et organiser la prise en charge médicale des patients tout en assurant la continuité des soins en lien avec la cellule médico-chirurgicale de déprogrammation et reprogrammation ;
 - Dimensionner les moyens matériels à mobiliser et assurer un soutien technique / logistique ;
 - Assurer le suivi des victimes et l'accompagnement des familles et des proches ;
 - Assurer la sécurisation de l'établissement (personnel, patients, visiteurs, etc.).
- Assurer le lien avec les autorités ;
- Communiquer en interne (communication institutionnelle) et en externe (communication avec les autorités et les médias) ;
- Anticiper l'évolution de la SSE et l'éventuelle survenue d'un double choc.

■ *L'organisation de la cellule de crise hospitalière*

La CCH doit être adaptée au niveau de montée en puissance de l'établissement, à sa taille et configurée pour répondre à la situation à laquelle l'établissement est confronté.

La structuration de la CCH peut être envisagée en termes de fonctions/missions avec un **noyau central comprenant les deux fonctions indispensables quel que soit le niveau de réponse de l'établissement (niveau 1 ou 2) : les fonctions décisions et situation/coordination anticipation.**

Ces deux fonctions sont essentielles en CCH et doivent être bien distinctes.

En fonction de la typologie de l'événement d'autres cellules fonctionnelles peuvent être requises au sein de la CCH : la cellule « organisation de la prise en charge médicale » et les cellules « sécurité/sûreté », « communication », « suivi des victimes et prise en charge des familles et des proches » et la « fonction support ». Le tableau ci-dessous présente les principales missions de ces cellules, les

Tableau 3 : Principales missions et interlocuteurs des cellules fonctionnelles de la CCH

Fonctions (sous-cellules / pôles)	Principales missions	Personnes ressources	Interlocuteurs privilégiés (externe et interne)
Décision	<ul style="list-style-type: none"> - Liens avec les autorités ; - Constitution de la CCH dimensionnée en fonction du niveau de réponse activé ; - Validation de la stratégie d'adaptation de l'établissement face à la situation (organisation des soins et de la prise en charge des patients, moyens humains et matériels à mobiliser, etc.) ; - Validation de la stratégie de communication et d'information (aux familles et aux proches, aux médias en lien avec la CIIPAV, l'ARS et la préfecture) ; - Validation des mesures relatives à la sécurisation de l'établissement, des personnels, patients, visiteurs. 	<p>Pilotage de la crise : Directeur de l'établissement ou Directeur de garde</p> <p>Président de CME</p> <p>Directeur des ressources humaines</p> <p>Directeur des soins</p> <p>Directeur logistique</p> <p>Responsable sécurité des systèmes d'information (RSSI) <i>si existant et en tant que de besoin</i></p>	ARS
Situation/ coordination/ anticipation	<ul style="list-style-type: none"> - Animation et coordination de la CCH ; - Réception, analyse et synthèse des informations ; - Élaboration des points de situation ; - Mise en œuvre des actions et de leur suivi (tableau de bord / main courante) ; - Lien opérationnel avec l'ARS et le SAMU 	<p>Coordinateur de la cellule de crise</p> <p>Responsable qualité ou gestion des risques</p> <p>Médecin spécialiste (si le type de SSE le nécessite)</p> <p>Épidémiologiste rompu aux méthodes d'anticipation</p> <p>Cadres administratifs</p> <p>Secrétaires</p>	ARS SAMU (en l'absence de Directeur médical de crise)
Organisation de la prise en charge médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Définition de la stratégie de prise en charge médicale des patients - Adaptation de l'organisation des soins et de la prise en charge médicale des patients (réorganisation interne, gestion 	<p>Responsable du service d'urgence</p> <p>Directeur des soins</p>	SAMU Directeur médical de crise

	<p>des lits, coordination de la déprogrammation, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordination médicale au sein de la CCH (en lien avec le SAMU si absence de direction médicale de crise) ; - Qualité et sécurité des soins ; - Mobilisation et gestion du personnel médical, paramédical et médicotechnique ; - Gestion des plateaux techniques (biologie, radiologie, blocs opératoires). - Si besoin, une aide à la réflexion éthique peut être sollicitée auprès de la cellule de soutien éthique (créée par l'espace de réflexion éthique régional ou à l'échelon local). 	<p><i>En lien avec le Directeur médical de crise</i></p> <p>Référent cellule médico-chirurgicale de déprogrammation/re programmation de soins</p> <p>Représentant de l'équipe opérationnelle d'hygiène</p> <p>Référent handicap (si existant)</p> <p>Responsable de la cellule de soutien éthique</p>	
--	--	---	--

<p>Suivi des victimes et prise en charge des familles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de la traçabilité et du suivi des victimes (mise en place d'une cellule d'identitovigilance dédiée à cette activité au sein de l'établissement en cas d'afflux massif de victimes); - Gestion de l'accueil des familles et des proches ; - Identification dans les meilleurs délais de l'intégralité des personnes prises en charge aux urgences ou hospitalisés (Victimes régulées comme les présentations spontanées) - Transmission à l'ARS des informations relatives aux victimes ; - Suivi dans le temps de l'état des victimes tout au long de leur parcours de soins et mise à jour des informations dans le système d'information des victimes (SIVIC). 	<p>Référents identitovigilance</p> <p>Référent SIVIC</p> <p>Agents administratifs</p>	<p>Autorité judiciaire</p> <p>Cadres hospitaliers de chaque unité d'hospitalisation</p> <p>Référent « zone d'accueil des familles et des proches »</p> <p>CUMP</p> <p>Représentant des usagers (RU)</p>
--	---	---	---

<p>Fonctions support (ressources humaines, informatique, restauration, blanchisserie, transports, crèches, biomédical, stérilisation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identification et recensement des besoins, organisation de l'approvisionnement des différents pôles et répartition des moyens (y compris NRBC) ; - Organisation du rappel des personnels; - Lien avec les différents services techniques et logistiques. 	<p>Pharmacien responsable de la PUI ou son représentant</p> <p>Référent RH</p> <p>Référent informatique</p> <p>Responsable de la logistique</p> <p>Directeur médicoteknique</p>	<p>Responsables des services support</p>
--	--	---	--

<p>Communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définition de la stratégie de communication et des principaux messages qui seront délivrés en lien avec la préfecture et l'ARS ; - Rédaction des communiqués de presse et des « éléments de langage » - Organisation des points presse et des conférences de presse (selon la stratégie de communication). 	<p>Directeur ou responsable de la communication</p>	<p>Organes de presse/médias</p> <p>Ou</p> <p>Service de communication de l'ARS (selon la stratégie de communication)</p>
<p>Sécurité/sûreté</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination de la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues dans le PSE (balisage et sécurisation du site, orientation des voitures, refoulement des piétons et voitures venant pour des consultations ou des hospitalisations programmées non urgentes, fermeture et contrôle des accès, etc.) ; - Lien avec les forces de sécurité intérieure. - Assurer la cyber sécurisation des outils nécessaires à la gestion de la crise (SI, ...) ; 	<p>Responsable sûreté/sécurité</p>	<p>Agents de sécurité et de sûreté</p> <p>Service des urgences</p> <p>Forces de sécurité intérieure</p> <p>Autres services internes et externes (sapeurs-pompiers, ambulanciers, etc.)</p>

Cette organisation est à adapter en fonction du dimensionnement de l'établissement et de la situation à laquelle il est confronté.

FOCUS SUR L'ORGANISATION SPATIALE ET FONCTIONNELLE DE LA CELLULE DE CRISE HOSPITALIÈRE



La CCH doit être adaptée à l'établissement de santé et localisée dans un lieu sécurisé.

La ou les salles identifiées doivent permettre l'activation quasi immédiate de la CCH.

La cellule décision doit être située dans une salle à proximité immédiate des autres fonctions de la CCH.

Les équipements nécessaires pour armer la cellule décision sont a minima les suivants :

- Table permettant la bonne visualisation des personnes assises ;
- Branchements réseaux Ethernet (ou accès wifi) ; (avec une adresse de messagerie générique dédiée à la gestion de la crise et veillée par une personne identifiée)
- Une ligne téléphonique filaire au moins (connue de l'ARS et du COD) ;
- Un vidéoprojecteur.

Selon l'importance de l'établissement, les différentes cellules de la CCH (en dehors de la cellule décision) pourront éventuellement être centralisées au niveau d'une même pièce ou organisées sur plusieurs salles. Dans tous les cas, il convient de prévoir un espace dédié, isolé des postes de travail, pour accueillir l'ensemble des acteurs et réaliser des points de situation réguliers. **Les équipements nécessaires sont les suivants :**

- Une grande table et des connexions Ethernet ou wifi accessibles de cette table ;
- Un ou deux rétroprojecteurs permettant de partager de l'information (main courante partagée, SIVIC, Synergie, SINUS, mails sensibles ...) ;
- Des moyens de communication de crise (ligne indépendante du reste du réseau et analogique, GSM, téléphones Satellite Antares et RFF à partir de téléphones avec alarme visuelle et non sonore, etc.) ;
- Un dispositif d'audio ou de visio-conférence ;
- Une télévision pouvant diffuser les chaînes d'information en temps réel ;

Des listes préétablies tenues à jour sont disponibles dans le local de crise :

- De l'équipe de crise du site : noms et fonctions, adresses et téléphones privés des personnes désignées et de leurs suppléants ; des personnes extérieures à l'établissement (et de leurs suppléants) avec lesquelles il conviendra à un moment ou un autre de communiquer ;
- Des contacts téléphoniques et mails des différentes institutions partenaires (préfecture, sous-préfecture, ARS, ...);
- Des interprètes bénévoles parmi le personnel hospitalier ;
- Des autres structures sanitaires et sociales à proximité ;
- Des coordonnées des personnels (utiles en cas de coupure électrique ou informatique).

Un dossier complet imprimé comprenant :

- Le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE et les autres plans et dispositifs propres à l'établissement (PCA, PSE, etc.) ;
- Les plans des bâtiments ;
- La documentation technique et les consignes et procédures d'intervention ;

Une fiche de poste par fonction permettant aux différents professionnels siégeant en CCH de prendre rapidement la mesure de la fonction (cf. infra)

Un dossier de référence de l'établissement comprenant :

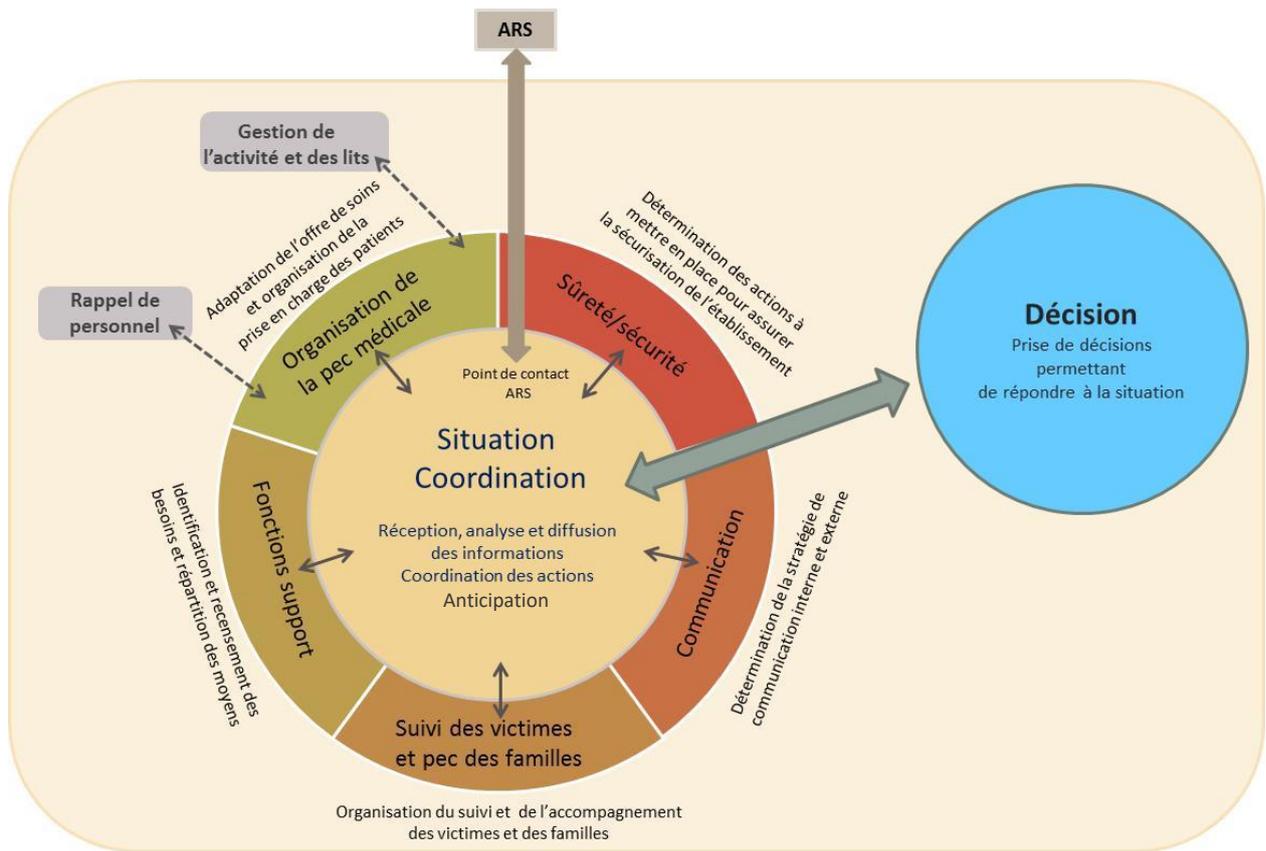
- L'organigramme ;
- Les renseignements utiles sur les matières à risque stockées et les équipements stratégiques ;
- Une fiche descriptive de l'établissement (implantation géographique, effectifs, activité).

Chaque poste de la CCH doit disposer de :

- Un ordinateur connecté à internet, disposant de toutes les solutions informatiques métiers nécessaires pour effectuer la tâche attribuée ;
- Une adresse mail dédiée ;
- Une ligne téléphonique

Logistique de vie

La crise pouvant durer, il est indispensable d'anticiper l'intendance de la CCH et les éventuelles rotations ou renforts de personnels. L'espace dédié doit être agréable, bien insonorisé et suffisamment dimensionné pour faciliter le travail.



Un poste (point de contact) en lien permanent avec l'ARS doit être identifié au sein de la CCH.

La fonction « organisation de la prise en charge médicale » au sein de la CCH doit être exercée par des médecins ayant une légitimité décisionnaire sur toutes les spécialités et préalablement identifiés par le président de la CME et les directions.

Pendant la crise, le SAMU est en lien direct avec le directeur médical de crise ou le cas échéant avec un correspondant au sein de la CCH.

■ **Le fonctionnement de la cellule de crise hospitalière**

La CCH doit être adaptée à la cinétique, à l'ampleur et à la durée de la crise (niveau 1 ou 2) et les ressources dimensionnées en conséquence. Toutefois la CCH ne doit être composée que d'un nombre limité d'acteurs ayant un rôle et des responsabilités clairement définis.

Les règles de confidentialité et de diffusion de l'information s'appliquant aux membres de la CCH doivent être établies et connues de tous.

Grace à un secrétariat mis en place dès l'ouverture de la CCH la mise en place d'une main courante et d'un tableau de bord permet d'assurer le suivi et la traçabilité des actions engagées. Des points de situations doivent être réalisés régulièrement.

Pour assurer une gestion de la crise dans la durée, il convient d'organiser :

- Des relèves régulières de ces membres ;
- Le tuilage entre les agents ;

- La mise à disposition d'une salle de repos.

L'ARS territorialement compétente est informée de l'activation de la CCH puis un lien constant doit être établi et maintenu entre la CCH et d'une part la cellule de crise de l'ARS (CRAPS) si elle est activée et d'autre part, le Centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) SAMU-Centre 15.

Les liens stratégiques avec les autorités se font *via* la cellule « décision » tandis que les liens opérationnels avec l'ARS se font *via* la cellule « situation » au sein de laquelle un poste sera dédié à cette mission.

La CCH doit être activable en moins de quarante-cinq minutes (H24, 7J/7) et armée de façon autonome avec des équipements fonctionnels et testés régulièrement (cf. fiche technique sur la logistique de la CCH ci-dessus II. 3. L'organisation de la cellule de crise hospitalière)

2. Détermination du rôle et des missions de chaque acteur au sein de la CCH

Il est recommandé d'élaborer des fiches de poste pour chaque mission/fonction identifiée au sein de la CCH. En fonction de la taille de l'établissement il pourra être identifié un ou plusieurs agents dans chacune des cellules. L'élaboration des fiches de poste par agent doit permettre à chaque membre de la CCH de connaître précisément son rôle, ses responsabilités et ses interlocuteurs privilégiés en cas d'activation du niveau 1 ou 2. Ces fiches doivent avoir été validées par la direction de l'établissement, diffusées à l'ensemble des personnes susceptibles d'occuper une des fonctions de la CCH et être facilement accessibles et disponibles. Ces personnes ressources devront avoir été préalablement formées pour être opérationnelles et efficaces lors de l'activation de la CCH. Des exercices sont indispensables afin que ces personnes puissent pleinement s'approprier leur fonction.

■ ***Chaîne de commandement intra-hospitalière : cas particulier d'un afflux massif de patients contaminés ou non contaminés ou d'un flux de patients en situation d'épidémie ou d'épisode climatique intense***

Le pilotage de la réponse aux tensions hospitalières et aux SSE au sein d'un établissement de santé est placé sous la responsabilité du directeur général ou du directeur de l'établissement avec l'appui du président de la commission médicale d'établissement (PCME). En cas d'afflux massif de patients, l'organisation médicale opérationnelle aux urgences et au niveau du plateau technique médico-chirurgical, doit-être placée sous la responsabilité d'un médecin préalablement identifié et formé qui assure, dès lors, les fonctions de « directeur médical de crise » (DMC).

Cette fonction doit impérativement être mise en place dans les établissements identifiés comme étant de « première ligne » dans le cadre du dispositif ORSAN (plans AMAVI, NRC et REB).

Pour rappel ces établissements disposent d'un service d'urgence, d'un plateau technique chirurgical et d'une structure de réanimation en mesure d'accueillir et de traiter les urgences absolues et relatives. De fait, ils sont susceptibles d'accueillir un nombre important de patients en cas de survenue de SSE sur leur territoire.

Le DMC assure le pilotage opérationnel de la réponse médicale et veille à l'optimisation du parcours de soins des patients au sein de l'établissement de santé, en lien avec le directeur d'établissement et le PCME. Le PCME mobilise les ressources médicales de l'établissement pour répondre aux demandes du DMC en lien avec le directeur d'établissement et la CCH.

Le DMC est positionné de façon à avoir une vision permanente sur le flux de patients à prendre en charge et assurer la coordination directe des professionnels mobilisés.

Pour les autres établissements, une capacité de réponse minimale est attendue. Ceux-ci doivent *a minima* mener une réflexion « à froid » sur un schéma organisationnel permettant d'assurer l'organisation de la prise en charge médicale en cas d'afflux massif de patients.

■ **Le profil et les compétences du DMC**

La fonction de DMC doit être confiée par le directeur d'établissement et le PCME à un médecin expérimenté ayant préférentiellement une pratique de la médecine d'urgence (dans l'idéal un praticien en médecine d'urgence, en anesthésie et/ou réanimation ou en chirurgie, ou un infectiologue en situation d'épidémie), reconnu par ses pairs, formé et possédant une aptitude au commandement opérationnel en situation exceptionnelle.

Les compétences requises pour occuper cette fonction sont les suivantes : bonne connaissance de la gestion préhospitalière des secours, de l'aide médicale urgente, de l'organisation hospitalière, de la gestion des risques épidémiques et NRBC (en particulier si l'établissement est un établissement de santé de référence) et de la traumatologie d'urgence. Il connaît parfaitement les différentes filières (AMAVI, MÉDICO-PSY, NRC, REB...) de son ES et les personnes contact pour la mobilisation des filières.

Un même établissement de santé doit pouvoir compter en son sein plusieurs médecins disposant des compétences pour exercer la fonction de DMC, en particulier s'il s'agit d'un établissement de « première ligne ». La liste des médecins susceptibles d'assurer cette fonction doit être préalablement définie par le PCME en lien avec le directeur d'établissement et faire l'objet d'une information institutionnelle.

Les différents praticiens d'un même établissement désignés pour occuper ce poste doivent s'organiser afin qu'un DMC soit mobilisable dans les meilleurs délais.

En complément, une fonction de cadre de santé de crise (CSC) positionnée en appui du DMC a vocation à être identifiée et mise en œuvre dans les établissements de santé de première ligne notamment les établissements de santé de référence. Le CSC facilite notamment l'organisation des soins dans la zone d'accueil des patients et assure en tant que de besoin le lien avec le directeur des soins au sein de la CCH qui est en charge de la coordination générale des activités de soins infirmiers et médicotéchniques.

■ Les missions du DMC

Lors de la gestion d'une SSE :

- Analyser la SSE d'un point de vue médical et définir la stratégie de réponse de l'établissement pour la prise en charge des patients, en lien avec la CCH et en recourant au besoin à des experts ad hoc sur des domaines spécifiques ;
- Évaluer les ressources nécessaires pour assurer la réponse à la SSE et le maintien de l'activité courante (personnels soignants et médicaux, matériels, plateaux techniques, procédures de soins) ;
- Proposer, le cas échéant, à la CCH des réorganisations de l'offre de soin pour répondre aux besoins identifiés : modification des activités (déprogrammation d'activités, réorientation des missions du personnel, etc.), réorganisation des équipes, réorganisation des flux de patients (sortants et entrants) réorganisations **des lits pouvant assurer des prises en charge de soins critiques** ;
- Organiser et piloter la réponse médicale en lien avec le PCME pour faire appliquer les décisions prises en CCH par les coordinateurs des différents secteurs du plateau technique médico-chirurgical (tri, structures d'accueil des urgences, blocs opératoires, pharmacie, laboratoire, dépôt de sang, imagerie, etc.) ;
- Être le correspondant direct du SAMU-centre 15 et de tout correspondant médical extérieur.

En dehors des périodes de gestion des SSE :

- Les DMC et les CSC sont *de facto* des référents SSE de l'établissement, pleinement associés à la préparation et la planification de la réponse hospitalière en cas de SSE. Ils doivent faire partie de l'équipe projet chargée d'élaborer le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE, être également impliqués dans l'élaboration du plan de formation des personnels et proposer des outils de formation adaptés.

D. STRUCTURATION D'UN PLAN DE RÉPONSE EN DEUX NIVEAUX

Après avoir défini et préparé les outils de réponse adaptés à chacun des risques et organisé la cellule de crise, l'étape suivante consiste à structurer le dispositif de réponse aux tensions hospitalières et aux SSE selon deux niveaux de gradation :

- **Le niveau 1 ou « plan de mobilisation interne »** pour répondre à une situation de tension ou de risques avérés ne mettant pas à court terme l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant mais nécessitant toutefois la mise en œuvre de mesure d'adaptation partielle de l'offre de soins. Le plan de mobilisation interne peut aussi constituer une posture préventive en cas de situation ou d'événement à risque de SSE. L'activation du plan de mobilisation interne doit ainsi intervenir lorsque les mesures de gestion courante ne permettent pas de faire face à la situation sans pour autant qu'il y ait de nécessité de recourir à une mobilisation exceptionnelle de moyens humains et logistiques. ;

- **Le niveau 2 ou « plan blanc »** pour les situations exceptionnelles ayant un impact potentiellement majeur sur l'organisation hospitalière et nécessitant la mobilisation de tout ou partie de l'établissement. Ce niveau doit aussi être activé lorsque les mesures de gestion mises en œuvre après l'activation du niveau 1 s'avèrent insuffisantes ou directement lors de la survenue d'un événement d'ampleur territoriale dépassant le seul établissement.

Ces deux niveaux de réponse mobilisent les outils précédemment mis en avant et formalisés par la Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) dans le cadre du dispositif « hôpital en tension » (HET). Le présent guide s'appuie sur les travaux ainsi conduits et capitalise les pratiques des dernières années permettant d'actualiser la doctrine ministérielle.

Bien qu'il soit nécessaire de mener « à froid » au sein de chaque établissement une réflexion sur les seuils d'activation de ces deux niveaux de réponse, leur activation par le directeur d'établissement doit être fonction de la nature de l'événement, de sa cinétique et du contexte dans lequel il s'inscrit. **L'anticipation de la réponse par l'activation précoce d'un des deux niveaux constitue sans nul doute un facteur de réussite et doit être privilégié par rapport à une réponse tardive.** Cette activation déclenche la mise en œuvre d'un plan d'action dont les outils de réponse sont ceux évoqués précédemment (outils génériques et/ou outils spécifiques). Le niveau de mobilisation de ces outils dépend de la typologie et de la cinétique de l'événement. Par exemple, selon le niveau de plan activé (1 ou 2) le recours à des outils comme le rappel de personnel ou la déprogrammation d'activités sera plus ou moins important.

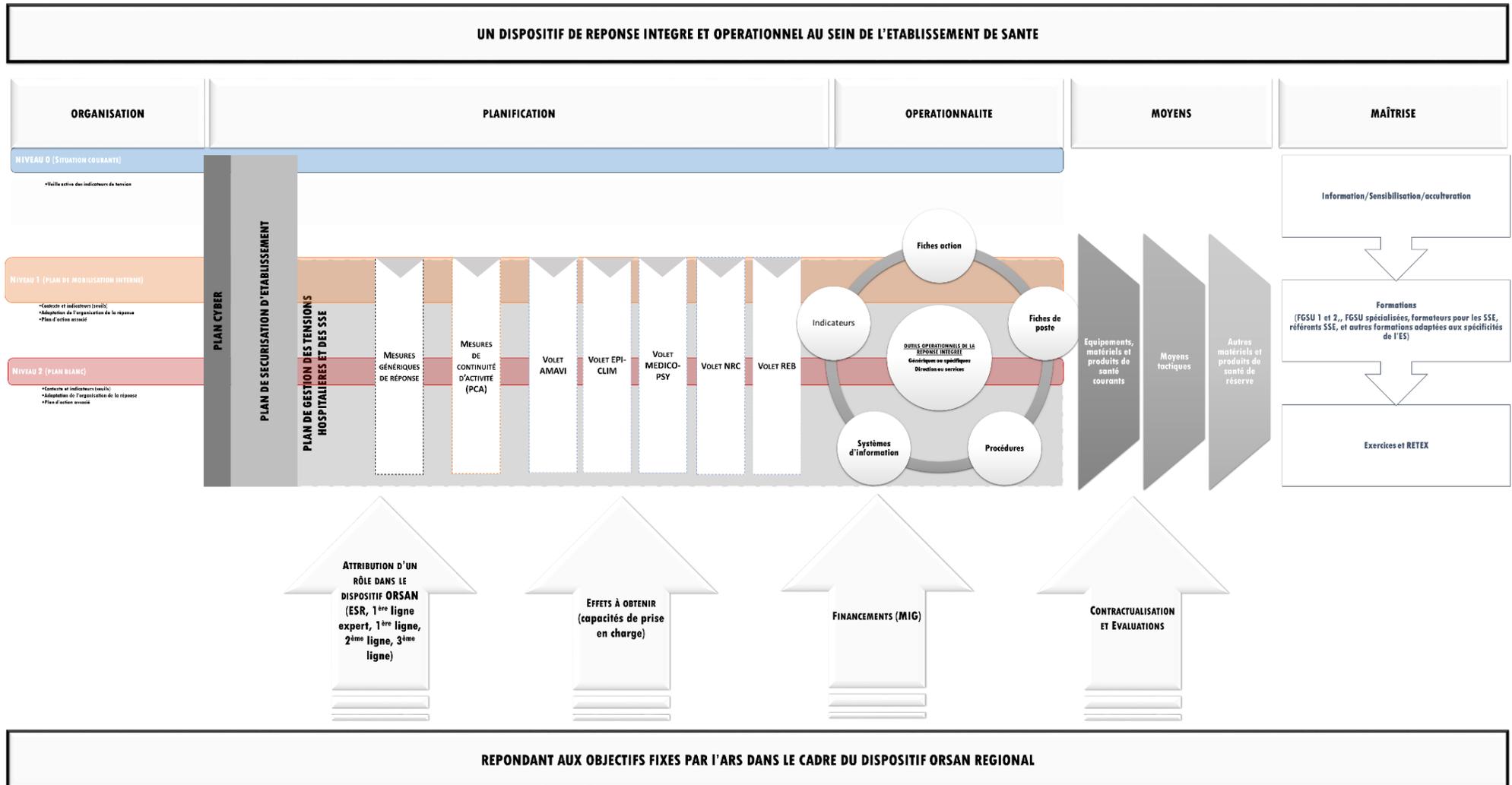
Les outils spécifiques de réponse évoqués précédemment qui nécessitent au préalable de la part de l'établissement l'élaboration de plan d'actions spécifiques (volets AMAVI, MEDICO-PSY, NRC, REB, EPI-CLIM), permettent de répondre aux risques ou catégories de risques identifiés dans ORSAN (déclinaison des plan ORSAN). Ces cinq risques ne présentant pas le même niveau de criticité pour l'établissement, le niveau de mobilisation requis pour y répondre diffère (activation du niveau 1 ou du niveau 2). (Voir annexe 1 méthodologies d'élaboration des plans)

L'afflux massif de victimes (AMAVI) ou de victimes potentiellement contaminées (NRC), susceptible d'avoir un impact potentiellement majeur sur l'organisation hospitalière, doit entraîner immédiatement le déclenchement du niveau maximal de mobilisation à savoir le niveau 2 « plan blanc ».

A contrario, des événements dont la cinétique est plus lente comme des événements climatiques ou des épidémies saisonnières (EPI-CLIM) et qui génèrent des tensions, requièrent dans un premier temps une organisation particulière de niveau 1 « plan de mobilisation interne ». L'activation du niveau 1 donne lieu à la mise en place d'une CCH restreinte, d'un plan d'action comprenant des mesures de gestion graduées (rappel de personnel et plan d'affectation, régulation des flux entrants et sortants, libération de lits stock de matériel médical et de consommables, etc.), d'une vigilance active et de la mise en œuvre de mesures de précaution. Ensuite, en fonction de l'évolution de la situation, la mise en œuvre du niveau 2 peut être requise si les mesures de gestion du niveau 1 s'avèrent insuffisantes

L'établissement de santé doit maintenir des échanges réguliers avec l'ARS et ce dès l'activation d'un des deux niveaux de réponse et pendant toute la durée de la crise (signalement, points de situation réguliers, etc.).

La mise en place d'un dispositif de montée en puissance à deux niveaux permet ainsi d'apporter une réponse adaptée et proportionnée à la nature et à la cinétique de l'événement.



E. MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE D'INFORMATION ET D'UN PLAN DE FORMATION

L'établissement de santé doit mettre en place une politique d'information du personnel hospitalier sur sa préparation et son organisation pour faire face aux crises et définir un plan de formation et d'acculturation pour les personnels directement impliqués dans la réponse ainsi que pour professionnels extérieurs assurant une mission spécifique au sein de l'établissement (par exemple les services de sécurité en sous-traitance).

La mise en place d'une politique d'information de l'ensemble du personnel hospitalier à la gestion des tensions et des SSE est essentielle pour faciliter l'appropriation des organisations mises en œuvre par l'établissement et permettre une gestion efficace et coordonnée de la crise, le cas échéant. Elle permet également de limiter le stress occasionné par la survenue d'un événement soudain et inhabituel qui peut parfois générer des prises de décisions ou des comportements inappropriés. Ce type de politique concourt également à la prévention de certains risques, comme les pratiques d'hygiène informatiques.

Tous les personnels hospitaliers doivent être en capacité de réagir immédiatement à une alerte et de contribuer à sa gestion. Pour ce faire, chaque acteur doit connaître l'organisation de la réponse mise en place au sein de son établissement ainsi que son rôle et ses responsabilités lors de l'activation du niveau 1 ou 2 du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE (pour éviter la confusion qui provoquerait une perte de temps et d'efficacité). Des réunions d'information doivent être organisées au sein de chaque pôle ou services pour permettre des échanges interactifs et collaboratifs.

Des sessions régulières d'information doivent ainsi être dispensées à l'ensemble des personnels (en associant éventuellement les prestataires susceptibles d'être sollicités en cas de crise) pour leur permettre de mieux appréhender l'organisation nationale et territoriale de la gestion de crise (dispositifs ORSEC, dispositif ORSAN, plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires, etc.) et le dispositif de réponse propre à l'établissement. Ces informations doivent être délivrées de façon systématique à tous les nouveaux arrivants, renouvelées régulièrement et mises en pratique lors d'exercices (voir ci-après).

Enfin, en cas d'événement particulier, des points spécifiques d'information sur l'événement en cours doivent être délivrés au personnel hospitalier pour qu'ils soient tenus informés de la situation et de son évolution pour pouvoir y répondre le cas échéant.

Au-delà de ces sessions d'information dispensées à l'ensemble du personnel, il est demandé à chaque établissement de définir annuellement un plan de formation aux SSE et d'en assurer la mise en œuvre effective. Ce plan incluant une formation spécifique délivrée aux membres de la CCH et les formations aux gestes et soins d'urgence et aux SSE (FGSU de niveau 1, 2 et spécialisée) délivrées par les centres d'enseignements des soins d'urgence (CESU), les unités de formation et de recherche de médecine et de santé, et l'École du Val-de-Grâce.

L'attestation spécialisée SSE est délivrée par des formateurs FGSU SSE eux-mêmes formés par les ESRR qui établissent les besoins de formation en lien avec les référents SSE des établissements. Les besoins en formateurs SSE sont définis par l'ARS en lien avec les établissements de santé.

Le plan de formation doit anticiper différents niveaux de formation :

- Les formations réalisées en « anticipation d'une crise » en s'appuyant sur la FGSU spécialisée SSE.

- Les possibilités de recours à des formations « courtes » en cas de crise afin de permettre aux soignants de s'adapter et se préparer face à une nouvelle situation. Ces formations pouvant être réalisées localement avec une mise en place rapide ou être intégrées à des plans de formation nationaux.

Le plan de formation doit également permettre de maintenir les compétences du personnel soignant en poste comme celles du personnel soignant qui serait mobilisable au sein d'un vivier de soignants ou de retraités volontaires. Les professionnels de ce vivier devraient idéalement pouvoir être formés de façon conjointe aux professionnels en poste afin de favoriser les échanges interprofessionnels, cette formation conjointe étant complétée par des mises en pratique « en immersion » afin que les personnels de la réserve aient une connaissance des soignants, des services et de la typologie des lieux qu'ils seraient amenés à renforcer.

Le plan de formation doit aussi promouvoir les formations interdisciplinaires favorisant le travail en équipe et ses déterminants ainsi que la prise en compte des facteurs humains essentiels en cas SSE. À ce titre, les coopérations inter services sont à privilégier dès la création des formations en suivant des logiques de « parcours patient » (urgences et soins critiques, urgences et services d'aval...) ou des logiques de « renfort potentiels » (formation de personnels de réanimation adulte à la réanimation pédiatrique, partages de documents et de protocoles, ...).

Le plan de formation doit répondre aux orientations relatives à la formation des professionnels de santé définies dans le dispositif ORSAN et être adapté aux missions confiées à l'établissement. Lorsque l'établissement fait partie d'un GHT, le plan de formation aux SSE a vocation à être décliné au sein du groupement dans le cadre des orientations du projet médical partagé relatif à l'organisation de la réponse aux SSE.

Le détail des formations accessibles au personnel hospitalier est précisé en annexe 1. En complément, une note technique de cadrage relative à la formation des professionnels du système de santé aux SSE est disponible en téléchargement sur le site du Ministère de la santé et de la prévention.

F. RÉALISATION D'EXERCICES SUR LA GESTION DES TENSIONS HOSPITALIÈRES ET DES SSE

1. Objectifs généraux de réalisation d'exercices

La réalisation d'exercices permet de tester les dispositifs et procédures en place, d'acquérir de l'expérience et de déterminer les points forts, les faiblesses et les axes d'amélioration. La conception d'un exercice consiste en la mise en place d'une démarche pédagogique visant, d'une part, l'apprentissage et, d'autre part, l'évaluation.

L'exercice constitue une étape essentielle dans le processus de préparation de la réponse aux tensions et aux SSE. En l'éprouvant, il infirme ou confirme la pertinence de la construction du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE et donne lieu à des actions correctrices.

Les exercices peuvent impliquer ou non un engagement de moyens sur le terrain. Il s'agit d'exercices « cadre » lorsqu'ils sont réalisés sur table, en cellule de crise par exemple et d'exercices « terrain » lorsque des moyens sur le terrain sont engagés.

2. Classification et typologie des exercices

■ *Échelon de réalisation de l'exercice*

L'établissement de santé peut être à l'initiative de l'organisation d'un exercice ou contribuer à un exercice organisé à un autre échelon. En effet, selon l'autorité qui l'organise (ministère(s), préfecture(s), ARS, établissement de santé, etc.), un exercice peut être réalisé à l'échelon national, zonal, régional, départemental ou local.



■ *Exercice global ou partiel*

Un exercice peut être global ou partiel selon que l'on teste une partie ou la totalité du dispositif de gestion de crise.

La réalisation d'un exercice ne nécessite donc pas systématiquement d'impliquer tout le personnel de l'établissement et peut être envisagé en sectoriel pour tester un ou plusieurs circuits de fonctionnement. L'exercice peut ainsi ne couvrir qu'une partie du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE ou qu'un élément du processus de gestion de crise.

Cela présente l'avantage de simplifier la préparation, la réalisation et l'évaluation de l'exercice en n'impliquant qu'une partie du personnel.

Les exercices partiels peuvent cibler par exemple : la CCH, la communication interne, externe, l'afflux des victimes, ou les systèmes d'information.

Avant d'engager l'institution toute entière dans un exercice mettant en jeu tous les éléments constitutifs de la gestion de crise, il peut être profitable de les tester successivement dans une démarche progressive. En effet, l'exercice global ne doit être que l'aboutissement de tests préalables. Ces derniers portent, par exemple, sur le fonctionnement de la CCH ou la communication entre la CCH et les services concernés. L'expérience montre que des études de cas, des mises en situation itératives sur de courtes durées (une demi-journée) et dans un secteur très limité d'activité, peuvent contribuer à l'acquisition d'une réelle maîtrise pour ceux qui se trouvent ensuite confrontés à la crise.

■ **Exercice inopiné ou annoncé**

Un exercice peut être réalisé de façon inopinée ou annoncée. L'effet de surprise ne se justifie que si le personnel est déjà entraîné. L'exercice inopiné sera réservé dans un premier temps à des objectifs très ciblés comme par exemple la vérification des circuits de l'alerte, le rappel des personnels, etc.

3. Phases de préparation et de réalisation d'un exercice

La conception, l'organisation et le suivi de l'exercice nécessitent comme préalable la mise en place d'un comité de pilotage pluridisciplinaire sous l'égide du directeur d'établissement. Les recommandations formulées ont vocation à constituer une aide méthodologique pour la conception et la mise en place d'un exercice de gestion de crise.

Le scénario de l'exercice, plus ou moins complexe, doit être crédible, réaliste et permettre l'évaluation des objectifs retenus. Il doit simuler des situations proches de la réalité et être soigneusement préparé par un comité de pilotage pour éviter l'improvisation de l'équipe d'animation.

Pour mener une évaluation constructive de l'exercice, les modalités d'évaluation doivent faire l'objet d'une préparation rigoureuse avec des objectifs clairement définis et des outils d'évaluation appropriés. En plus d'observateurs internes à l'établissement, il paraît souhaitable d'inviter des observateurs extérieurs pour enrichir les discussions post-exercices.

L'évaluation de l'exercice peut concerner par exemple :

- Le fonctionnement de la CCH (vérification du local et du matériel prévu à cet effet, vérification des canaux de communication internes et externes, de la fiabilité d'exécution des ordres...). Cet objectif est incontournable car la mise en œuvre des dispositions de l'un des niveaux (« plan de mobilisation interne » ou « plan blanc ») dépend du bon fonctionnement de la CCH. Ce test est donc indispensable pour tous les établissements de santé.
- La capacité des acteurs à identifier les missions qui leur sont confiées et à les exécuter ;

- La robustesse de la chaîne d'informations interne ;
- Les délais et les modalités de déstockage du matériel (oxygène, antidotes, brancards, etc.).

De façon générale, la mise en œuvre d'un exercice s'intègre nécessairement dans une démarche globale inscrite dans la pérennité. Un programme pluriannuel d'exercices pourra être construit, offrant ainsi une lisibilité à l'ensemble des acteurs sur le cheminement de la démarche et le but à atteindre.

Chaque exercice doit être suivi d'un retour d'expérience (RETEX) afin d'en tirer les enseignements positifs et négatifs.

FOCUS SUR LES EXERCICES INCONTOURNABLES

Il est recommandé de tester certaines fonctions au moins une fois par an dans le cadre d'un exercice global ou d'exercices partiels :

- Les procédures d'alerte ;
- Le délai de constitution de la CCH ;
- La fermeture des entrées et leur sécurisation en cas d'alerte NRC ou de déclenchement du plan de sécurisation de l'établissement ;
- Le rappel des personnels ;
- Le suivi et la traçabilité des victimes (SIVIC) ;
- La prise en charge d'un afflux massif de victimes non contaminées ;
- La prise en charge d'un patient suspect d'une infection hautement contagieuse (REB) ;
- La prise en charge de patients contaminés et la capacité de décontamination hospitalière ;
- La mise en sécurité d'un ES ;
- Les circuits logistiques ;
- La Communication (formulation courte, compréhensible et circonstanciée) ;
- Les canaux d'information, Cyber sécurité.

Il est demandé de tester le fonctionnement de la CCH au moins une fois par an et plus si possible, soit en réel, soit via de courts exercices d'État-major

Lors d'exercices de gestion d'attentats ou de catastrophes faisant de nombreuses victimes, il est conseillé d'intégrer l'IML à leur organisation afin de tester toute la chaîne de

Le Directeur d'établissement fixe annuellement les exercices qui seront réalisés au sein de sa structure. Cela comprend les exercices réalisés à son initiative ou dans le cadre de sa participation à des exercices portés par les échelons départemental, régional, zonal et national.

GRANDS PRINCIPES D'ELABORATION D'UN EXERCICE

Définir les caractéristiques de l'exercice :

- Le contexte,
- Les objectifs (principaux et secondaires),
- Les enjeux,
- La nature (ex : test, entraînement, exercice global ou partiel, inopiné, etc.).

Déterminer le cadre et le périmètre de l'exercice :

- Le lieu,
- La date,
- Les horaires,
- La convention d'exercice.

Concevoir le scénario :

- Déterminer qui seront les joueurs, les animateurs, les évaluateurs, les observateurs et les éventuels autres participants (autorités, médias, etc.),
- Définir la « cadence » de l'exercice (temps compressé ou non) et le moment du déclenchement,
- Établir un bilan d'ambiance,
- Préparer les « injects » et lister les actions attendues,
- Définir la communication qui sera diffusée aux acteurs.

Déterminer les moyens nécessaires :

- Moyens humains supplémentaires à prévoir (plastrons, personnels engagés pour l'exercice...),
- Moyens matériels et logistiques (portables, radios, brancards, signalétique, chasubles, etc.),
- Coûts et financements (collations, personnels supplémentaires, etc.).

Organiser les conditions d'animation et d'observation de l'exercice :

- Définir le rôle précis de chacun des acteurs dans le jeu avec un briefing (pilote, animateurs, observateurs),
- Identifier les documents et supports à fournir ou à préparer,
- Prévoir au besoin une réunion de calage en amont de l'exercice avec l'équipe d'animation et d'observation.

Définir les modalités d'évaluation de l'exercice :

- Organiser le débriefing (pilotage, animation, format, ressenti des « plastrons » etc.),
- Déterminer les outils et critères d'évaluation.

G. RETEX ET ÉVALUATION DE LA RÉPONSE DE L'ÉTABLISSEMENTS

L'évaluation est une étape primordiale dans le processus d'amélioration de la préparation de la réponse aux SSE. En situation d'urgence, la mise en œuvre de mesures dans des délais souvent très courts ne permet pas une analyse lucide en temps réel de l'efficacité des actions menées. L'évaluation permet de vérifier les procédures et d'évaluer l'implication des personnels et des moyens engagés. Elle doit donc être menée à l'issue d'un exercice ou d'une situation réelle et donner lieu ensuite à un processus d'amélioration continue associant, dans la mesure du possible, l'ensemble des services concernés.

La mise en place d'un RETEX permet de mener une analyse *a posteriori* de la gestion d'un événement réel ou fictif (situation de crise ou exercice) et de tirer les enseignements positifs ou à améliorer. Il se fonde sur l'analyse méthodologique des informations collectées dans les aspects techniques, humains, événementiels et organisationnels. Le RETEX constitue donc un outil d'apprentissage et doit impulser une démarche d'amélioration par la mise en place d'un plan d'action. Voir annexe 6, fiche technique sur la conception et réalisation d'un retour d'expérience.

III. PRÉSENTATION DES OUTILS GÉNÉRIQUES DE RÉPONSE

A. MOYENS HUMAINS MOBILISABLES ET RAPPEL DE PERSONNEL

La survenue d'un événement sanitaire grave peut nécessiter le recours à des moyens humains supplémentaires. Eu égard au principe de continuité du service public, le directeur d'établissement public a le droit et le devoir de maintenir ou de rappeler certains agents si la situation le justifie. Le responsable de l'établissement privé s'appuiera, quant à lui, sur les dispositions du code du travail et de la convention collective qui font référence aux circonstances exceptionnelles, du surcroît d'activité et des travaux urgents.

La mobilisation de ressources propres supplémentaires doit tout particulièrement être envisagée par les établissements disposant d'une ou de plusieurs structures de médecine d'urgence (SAMU/SMUR/SU¹⁴) car ceux-ci sont en première ligne en cas de survenue d'une SSE. Une attention particulière doit aussi être portée sur le plateau technique médico-chirurgical (blocs opératoires, imagerie, laboratoire, réanimation, etc.).

Le rappel des personnels doit s'articuler avec le maintien de ceux déjà en place.

Les modalités et les conditions de maintien et de rappel du personnel doivent être préétablies et intégrées dans le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE. Elles doivent être présentées aux instances consultatives et délibératives de l'établissement.

En situation de tension ou de crise, la mise en œuvre du rappel s'effectue de deux manières :

- Via des systèmes numériques constitués de fichiers et d'automate de rappel paramétrables susceptibles de diffuser, si nécessaire, un message préétabli et des consignes de sécurité. Ces systèmes peuvent constituer une aide précieuse en cas

¹⁴ Structure des urgences

de rappel massif des personnes (fichier à déclarer à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)) ;

- Via le standard de l'établissement, ou le service directement. Cette disposition présente l'avantage d'intégrer des éléments essentiels du rappel en discriminant le niveau de compétences, d'expérience, et de disponibilité (maladie, formation...).

Compte tenu du turnover des personnels dans les établissements de santé et des changements fréquents de numéro de portable des personnels, il est recommandé de mettre à jour *a minima* de façon semestrielle les listes des numéros de téléphone. Celles-ci ne doivent être communiquées qu'aux personnes habilitées à y avoir accès sous la responsabilité du directeur de l'établissement et du directeur des ressources humaines. Chaque établissement arrête le lieu de dépôt au sein de l'établissement de cette liste et fixe les modalités permettant à tout moment à la CCH et au standard d'en prendre connaissance.

L'attribution de cartes professionnelles nominatives pour l'ensemble du personnel permet de sécuriser leur identification lors de leurs retours au point de regroupement.

Le rappel gradué des personnels en repos doit permettre d'organiser des rotations en cas de crise durable. Toutefois, il convient de préserver les personnels assurant la permanence du lendemain. En contrepartie de ce rappel, le personnel perçoit une rémunération et dispose de droits à récupération.

Si les moyens de l'établissement en personnel sont dépassés, des renforts peuvent être organisés au niveau :

- **De l'établissement** par la mobilisation de leviers RH (réorganisation des cycles et services, réintégration de personnels en disponibilité, rappel sur congés ou utilisation des heures supplémentaires) ;
- **Du GHT** si l'établissement de santé est effectivement rattaché à un GHT via des mises à disposition de personnels d'un établissement à l'autre ;
- **De l'ARS** avec le mécanisme de « mise en tension solidaire » d'un établissement en soutien à un autre établissement en difficulté en assurant une coordination entre établissements publics et privés dans une logique de mutualisation avec l'activation des dispositifs d'appui sanitaire (astreintes, équipes mobiles) notamment dans le cadre du déclenchement d'un plan ORSAN et/ou de la disposition spécifique transversale (DST) « mobilisation des ressources humaines ». Il s'agit aussi d'assurer un rôle de coordination dans la recherche de ressources humaines disponibles ou supplémentaires, avec l'activation de plateformes de renforts RH (en s'appuyant notamment sur le service public de l'emploi local) et le cas échéant, la réserve sanitaire.

Enfin, l'aménagement des formations des étudiants en santé et la mise en place d'un vivier de professionnels retraités (sur base du volontariat) propre à l'établissement constituent également deux leviers supplémentaires de renforts. La mobilisation des étudiants peut se faire lors des périodes de stage (par une réaffectation dans un service ou un établissement en tension) ou en dehors (sur la base d'un contrat de vacation). Annexe 3 fiche sur la mobilisation des ressources humaines en SSE.

B. MOYENS MATÉRIELS SUPPLÉMENTAIRES MOBILISABLES

L'établissement de santé doit disposer, au-delà de ses ressources propres (stocks détenus pour les besoins quotidiens), des produits de santé, dispositifs médicaux, matériels de soins et équipements de protection individuels nécessaires pour la prise en charge des patients en urgence notamment en cas d'afflux de blessés et/ou de malades dimensionnés pour répondre aux objectifs de prise en charge des patients en fonction de leur positionnement dans les plans ORSAN (première ligne, deuxième ligne, troisième ligne). En effet, la survenue d'une SSE nécessite généralement dans les établissements impactés, la mobilisation de moyens matériels supplémentaires (fluides médicaux, brancards, produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux, produits sanguins labiles, etc.).

En complément, le ministère chargé de la santé a positionné au sein des établissements de santé sièges de SAMU ou de SMUR des moyens tactiques (postes sanitaires mobiles 1 et 2, postes sanitaires mobiles pédiatriques, équipements de protection individuelle, etc.), pour prendre en charge rapidement des victimes en cas de survenue d'une SSE. Ces moyens tactiques pré-positionnés dans les établissements et gérés sous la responsabilité des établissements détenteurs et le contrôle des ARS doivent permettre d'assurer la réponse précoce.

Les postes sanitaires mobiles (PSM) sont catégorisés selon trois niveaux:

- PSM de 1er niveau (PSM1) permettant la prise en charge immédiate de 25 victimes nécessitant des soins de réanimation ;
- PSM de 2ème niveau (PSM2) positionnés au sein de CHU permettant la prise en charge de 500 victimes pendant 24h dont 100 nécessitant des soins de réanimation ;
- PSM pédiatriques permettant la prise en charge pendant 6 heures de 25 victimes pédiatriques nécessitant des soins de réanimation (âgés de moins de 10 ans à l'exclusion des nouveaux nés).



Ces moyens tactiques ont vocation à être utilisés principalement dans trois cas :

- Pour renforcer en SSE et dans des délais très courts, le potentiel d'intervention des SMUR en préhospitalier ;
- Pour renforcer les stocks pharmaceutiques d'un établissement de santé dans le cadre de l'activation du plan blanc (niveau 2 du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE) ;
- Pré-positionnement du PSM dans le cadre de la préparation à de grands événements potentiellement à risque de SSE.
- Pour faire face aux SSE, les établissements de santé disposent donc de leurs ressources propres dimensionnées pour répondre aux objectifs de prise en charge définis dans les plans ORSAN, et le cas échéant de stocks « tactiques » mis à disposition par l'État. La présence de ces stocks « tactiques » ne dispense donc pas les établissements d'acquiescer les produits de santé et équipements médicaux nécessaires à la prise en charge des patients conformément aux bonnes pratiques qui relèvent de son obligation de moyens et de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Le tableau suivant précise la constitution de ces stocks, les responsabilités de chaque acteur, et la nécessité ou non d'un signalement à l'ARS compétente.

Tableau 2 : Stocks de matériels et produits de santé disponibles au sein des établissements pour répondre aux SSE

Moyens matériels mobilisables en SSE	Qui en a la responsabilité ?	Qui les mobilise?	Signalement à l'ARS compétente en cas d'utilisation
<p>Stocks constitués par l'établissement en fonction de son classement (première ligne, deuxième ligne, etc.) dans les plans ORSAN : dispositifs médicaux, fluides médicaux, produits pharmaceutiques, produits sanguins labiles, consommables, équipements de protection individuelle, etc.</p>	<p>L'établissement détenteur pour la gestion, l'entretien et l'utilisation</p>	<p>L'établissement détenteur pour son usage propre en réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, ou le cas échéant, l'ARS pour un autre établissement au sein de la région</p>	<p>Non</p>
<p>Stocks « tactiques » : PSM1, PSM2, PSM pédiatrique, dotations CGI antidotes, UMDH, respirateurs, équipements de protection individuelle notamment pour le risque infectieux et NRC</p>	<p>L'établissement qui en est doté pour la gestion et l'entretien (éventuellement l'utilisation si celle-ci a lieu sur le site)</p>	<p>Le SAMU territorialement compétent en lien avec l'établissement et l'ARS, ou le SAMU de zone en lien avec l'ARS de zone en cas de mise en œuvre du PZMRS</p>	<p>Oui</p>

De façon générale, la mobilisation au sein d'un établissement de santé de moyens matériels supplémentaires par rapport à ceux utilisés quotidiennement doit être décidée et validée dès lors que la CCH est activée. De plus, le recours aux équipements de santé issus des stocks tactiques doit être signalé à l'ARS et au SAMU territorialement compétents.

C. DÉPROGRAMMATION D'ACTIVITÉS ET LIBÉRATION DE LITS ET DE PERSONNELS

La déprogrammation d'activités de soins constitue un des leviers dont dispose l'établissement pour permettre le redéploiement des capacités hospitalières et des personnels nécessaires à la gestion de la situation, en cas de tension hospitalière ou de SSE. **Le recours à cette mesure de gestion, lourde de conséquence pour l'établissement et potentiellement pour les patients, doit néanmoins être réservé aux situations pour lesquelles la mise en œuvre des autres mesures de gestion s'avère insuffisante, voir annexe 3 fiche technique sur la stratégie de déprogrammation et de reprogrammation des soins.**

La stratégie de déprogrammation doit être anticipée mais les mesures de déprogrammation de toutes ou partie des activités de soins sont à envisager lors de l'activation par le directeur de l'établissement des niveaux 1 ou 2. Dans ce cadre, **l'établissement organise la déprogrammation des secteurs d'activités au cas par cas**, en fonction de l'évolution de la situation et des besoins, de la durée prévisible de la crise et au regard de l'analyse de situation du ou des patients concernés. **Les priorités sont à envisager de façon concertée dans une approche pluridisciplinaire et multiservice avec l'appui d'une cellule médico-chirurgicale interne à l'établissement et si nécessaire avec le renfort d'une cellule de soutien éthique.**

Certaines prises en charge ne peuvent faire l'objet *de facto* de reports, comme par exemple dans le cas de pathologies avec risque évolutif immédiat ou les urgences potentiellement évolutives (cardiologie, dialyse, cancérologie, obstétrique, etc.). *A contrario*, d'autres prises en charge, comme notamment les interventions de chirurgie dites fonctionnelles ou les explorations fonctionnelles, peuvent dans certaines situations être reportées, après évaluation médicale collégiale, au cas par cas en fonction d'un rapport bénéfice/risque, en tenant compte de la durée du report de l'activité et des possibilités d'orientation alternative des patients vers d'autres établissements, de traitements alternatifs ou de substitution.

Une organisation permettant d'**informer et accompagner les patients** faisant l'objet de reports de soins, doit être envisagée, notamment pour assurer la continuité des soins, le cas échéant, en lien avec les professionnels de soins de ville, notamment les médecins traitants.

Pour permettre, après la crise, la planification de la reprogrammation par ordre de priorité et dans des délais les plus brefs, il est recommandé de tenir à jour **un registre de suivi des déprogrammations**. Comme pour le plan de déprogrammation, **le plan de reprogrammation doit faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire avec l'appui de la cellule médico-chirurgicale précitée**, pour éviter un effet rebond de suractivité.

Enfin pour augmenter les capacités hospitalières de prise en charge, l'établissement peut également avoir recours à des réorganisations internes pour permettre l'ouverture d'unités de soins supplémentaires ou la libération de lits (transfert de patients vers des services de soins de suite et de réadaptation, dédoublement des chambres d'hospitalisation).

Il peut également procéder à des sorties anticipées de patients hospitalisés qui ne nécessitent plus une surveillance hospitalière prolongée (en organisant le cas échéant leur prise en charge en HAD, en mobilisant les professionnels de santé de ville dans le cadre de l'articulation du plan blanc avec le plan de mobilisation des professionnels de santé de ville en situation sanitaire exceptionnelle, ou leur transfert vers des structures médico-sociales). La mise en place d'un « salon de sortie » pour les patients sortants assis nécessitant un transport sanitaire ou un taxi permet, en outre, une libération plus rapide des lits d'hospitalisation. Enfin, le délestage temporaire des urgences peut également faire partie des solutions envisagées, en lien avec le SAMU. L'ARS assure le pilotage à l'échelle du territoire impacté ou de la région.

Les coopérations ou partenariats effectifs en routine dans la logique du service d'accès aux soins (SAS) doivent prévoir une organisation de crise afin de permettre une gestion optimale des situations sanitaires exceptionnelles. De même, l'établissement de santé est invité à créer des coopérations ou partenariats de crise avec d'autres structures (CPTS, HAD ; etc.). Ces coopérations le cas échéant, fondées sur des organisations utilisées en routine, ont pour but d'anticiper les besoins en coopération en cas de crise ou de risque important.

De même, les établissements de santé sont incités à développer les solutions de télémédecine et/ou de télésoin afin de pouvoir les déployer au besoins en cas de SSE. La télémédecine permet, dans une certaine mesure, de pallier la déprogrammation et d'assurer une continuité des consultations.

D. ADAPTATION DES CAPACITÉS D'ACCUEIL

■ *L'accueil des victimes dans l'établissement de santé*

Pour les événements à effet limité et à cinétique lente, le service d'accueil des urgences dispose d'un peu de temps pour s'organiser. En revanche, lors d'un événement majeur à cinétique rapide (attentats, accidents collectifs, etc.), des premières victimes peuvent arriver spontanément et le service des urgences est alors en première ligne. L'accueil aux urgences dans un établissement de santé en situation de crise doit s'inspirer de l'organisation préhospitalière du poste médical avancé (PMA) pour permettre l'accueil, le triage des victimes, l'identification, l'enregistrement et la délivrance des premiers soins. Cette organisation de l'accueil des patients est anticipée et formalisée dans le volet AMAVI du PGTHSSE. Elle inclut l'accueil des familles et des proches en identifiant des locaux dédiés et en prévoyant la mise en œuvre d'un soutien médico-psychologique en mobilisant les ressources existantes de l'établissement (CUMP, professionnels de santé mentale, psychologique, ...). Les représentants des usagers (RU) de l'établissement de santé sont associés à son élaboration de cette organisation. Ils doivent dès le départ être intégrés dans les décisions susceptibles d'impacter l'accueil des patients et l'organisation des soins. Les RU bénéficient également de points d'information sur l'événement en cours et son évolution.

L'accueil et l'enregistrement administratif des patients ne doivent pas retarder leur prise en charge. Les établissements doivent donc être en capacité de renforcer rapidement et en tant que de besoin les effectifs au niveau du service d'accueil des urgences pour fluidifier au maximum le parcours administratif des patients. La saisie des patient dans SIVIC doit toutefois rester une priorité pour l'établissement de santé car elle permet l'élaboration du bilan victimaire et l'information des

proches des victimes. La prise en compte d'une indisponibilité des systèmes d'information (panne, cyber attaque) doit être systématique avec l'identification de système alternatifs (ordinateurs non connectés au réseau, planches d'étiquettes d'admission pré imprimés, etc.) pour assurer la continuité de la prise en charge des patients.

Les locaux utilisables pour l'accueil des victimes dans le cas d'un afflux de patients peuvent être ceux du service d'accueil lorsqu'il existe des possibilités d'extension, ou d'autres locaux facilement activables, accessibles et équipés de fluides médicaux (structure mobile de type PMA). Quel que soit le choix, leur utilisation doit pouvoir être la plus simple et rapide possible ; mais surtout, cette extension doit avoir été présentée à l'ensemble du personnel et testée en amont lors d'exercices.

Dans un établissement de santé de taille importante, la CCH peut décider de ne pas mobiliser l'ensemble des services grâce à une déclinaison du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE en fonction du nombre et du profil des victimes à accueillir. Ainsi, il est intéressant d'élaborer un plan sectoriel (par ex. secteur chirurgie-soins critiques, grands brûlés ou maladies infectieuses-soins critiques).

Comme vu précédemment, l'augmentation des capacités d'accueil et d'hospitalisation dans les services « impactés » par la crise peut passer par des sorties anticipées et des transferts vers d'autres services décidés par un médecin expérimenté. La CCH est alors tenue informée et les transports sanitaires organisés en lien avec le DMC de l'établissement et le SAMU territorialement compétent.

■ **L'accueil des familles et des proches**

L'organisation de l'accueil des familles et des proches est anticipée et formalisée (cf. supra). L'accueil est effectué dans des locaux vastes et adaptés, facilitant une attente susceptible d'être longue (proches d'équipements sanitaires), avec des moyens de communication et de restauration. Les RU sont associés au choix des locaux et à leur équipement pour permettre de ne pas majorer l'anxiété suscitée par la situation. La prise en charge médico-psychologique doit être initiée avec les ressources propres de l'établissement et l'appui de la CUMP.

Un accueil téléphonique renforcé et dédié au sein de l'établissement de santé doit également être mis en place en situation de crise et renforcée le cas échéant (numéro de téléphone spécifique avec des personnes formées et des lignes téléphoniques en nombre suffisant). **Les informations délivrées aux familles doivent avoir été préalablement validées par la CCH** en associant les RU.

La préfecture pourra activer sa cellule d'information du public (CIP), qui pourra être complétée pour les événements les plus dimensionnant, par la cellule nationale interministérielle d'information du public et d'aide aux victimes (C2IPAV) dite « Cellule Infopublic ».

Ces cellules (CIP ou Infopublic) sont chargée d'assurer une réponse fiable et personnalisée aux appelants, de diffuser des consignes de comportements, de recueillir des informations et de réorienter les appels le cas échéant¹⁵.

¹⁵ Instruction interministérielle du 26 avril 2021 portant organisation de la cellule Infopublic.

Dans le cas où une des cellules téléphoniques est activée, l'établissement pourra renvoyer les appelants à la recherche de proches vers le numéro 09 70 80 90 40.



En outre, la préfecture pourra décider de l'ouverture d'un centre d'accueil des familles (CAF) pour permettre un accueil physique pour les victimes, leurs familles, ainsi que pour les personnes à la recherche d'un proche.

Les personnes recherchant un proche qui pourrait être victime de l'événement pourront s'y signaler, être informées de la situation de la personne qu'elles recherchent, bénéficier d'une prise en charge médico-psychologique adaptée et, le cas échéant, fournir les éléments nécessaires à la cellule ante mortem de l'unité d'identification de victimes de catastrophes (UIVC). Le CAF est composé de personnels mobilisés par la cellule Infopublic et associant des équipes d'identification judiciaire, des équipes CUMP, des personnels de l'institution judiciaire, du Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres Infractions et des associations d'aide aux victimes ou de victimes¹⁶ (cf. annexe 3 fiche communication de crise).

E. GESTION DES FLUX DE PATIENTS

■ *Adaptation de la prise en charge des patients*

Lorsque le flux de patients au niveau du service d'urgence approche les limites des capacités d'accueil et de prise en charge immédiate, le triage des patients devient nécessaire. Le triage consiste en la priorisation des patients selon leur niveau de gravité à l'aide d'une méthode de tri validée. Le triage doit permettre d'orienter chaque patient vers le secteur de prise en charge adapté au sein de l'établissement et d'éviter une perte de chance liée à l'attente par l'identification rapide des patients nécessitant les soins les plus urgents. Le triage s'effectue dans la logique du SAS, qui propose des alternatives à l'hospitalisation en lien avec les autres acteurs du soin (médecin traitant, CPTS, HAD, ...).

Pour l'organisation de la gestion d'un flux de patient notamment le triage et l'optimisation du parcours de soins intra hospitalier, les établissements de santé de première ligne dans la plan ORSAN AMAVI doivent s'appuyer sur la fonction de DMC.

La régulation des patients à l'entrée des urgences permet ainsi d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge.

¹⁶Instruction interministérielle du 15 décembre 2023 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

Le triage des patients doit être réalisé par un médecin le plus tôt possible après l'arrivée du patient dans le service d'urgence. Ces derniers doivent être formés à l'outil de triage utilisé et aux aspects techniques, juridiques, psychologiques et éthiques.

Afin d'optimiser la gestion opérationnelle des flux de patients en cas d'afflux massif et éviter un engorgement au niveau du service d'urgence, l'établissement doit avoir identifié au préalable des circuits de prise en charge rapide des patients non graves et organisé les transferts rapides de patients vers les unités d'hospitalisation, notamment pour les patients âgés.

Lorsque la tension hospitalière est liée à un événement conjoncturel générant une augmentation du nombre d'admissions relevant d'une SSE, la mobilisation de l'ensemble des établissements du GHT voire du territoire concerné est alors organisée par l'ARS dans le cadre du dispositif ORSAN et de ses plans opérationnels (solidarité inter-établissement ou tension solidaire).

De plus, pour augmenter le flux sortant, il peut être envisagé des solutions alternatives à l'hospitalisation (transfert vers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, etc.), ou des transferts vers d'autres structures hospitalières dans le cadre d'une mise en tension solidaire (au sein du GHT en priorité). L'hospitalisation à domicile permet, pour certaines prises en charge, la mise en œuvre au domicile de soins relevant de l'hospitalisation complète, elle peut ainsi contribuer à faciliter les sorties sans interrompre les soins. Un algorithme d'orientation rapide mis au point par l'HAS : ADOPHAD est disponible en ligne et sur application mobile, afin de permettre une évaluation rapide de l'éligibilité à l'HAD des patients.

■ **Organisation de transferts**

Lorsque la situation le nécessite, des transferts de patients vers d'autres établissements en dehors du périmètre du GHT peuvent être organisés. La destination de ces patients sera fonction des disponibilités en lits des établissements receveur et répondent à l'instruction DGS/CCS/2020/71 du 18 mai 2020 relative à l'organisation des transferts infrarégionaux, interrégionaux et internationaux de professionnels de santé et de patients.

L'objectif recherché par la mise en œuvre de ces transferts consiste à libérer des places d'hospitalisation et de pouvoir procéder à l'admission de nouveaux patients. Ce besoin capacitaire est à mettre en lien avec la cinétique de la crise et des projections envisagées de flux à venir.

Les critères d'éligibilité des patients au transfert sont formalisés en fonction de la nature de la situation.

Les transferts infrarégionaux sont coordonnés par les ARS qui s'appuie sur les cellules de crise et les SAMU locaux. Les informations concernant les lits disponibles figurent sur le ROR qui est remis à jour de manière biquotidienne.

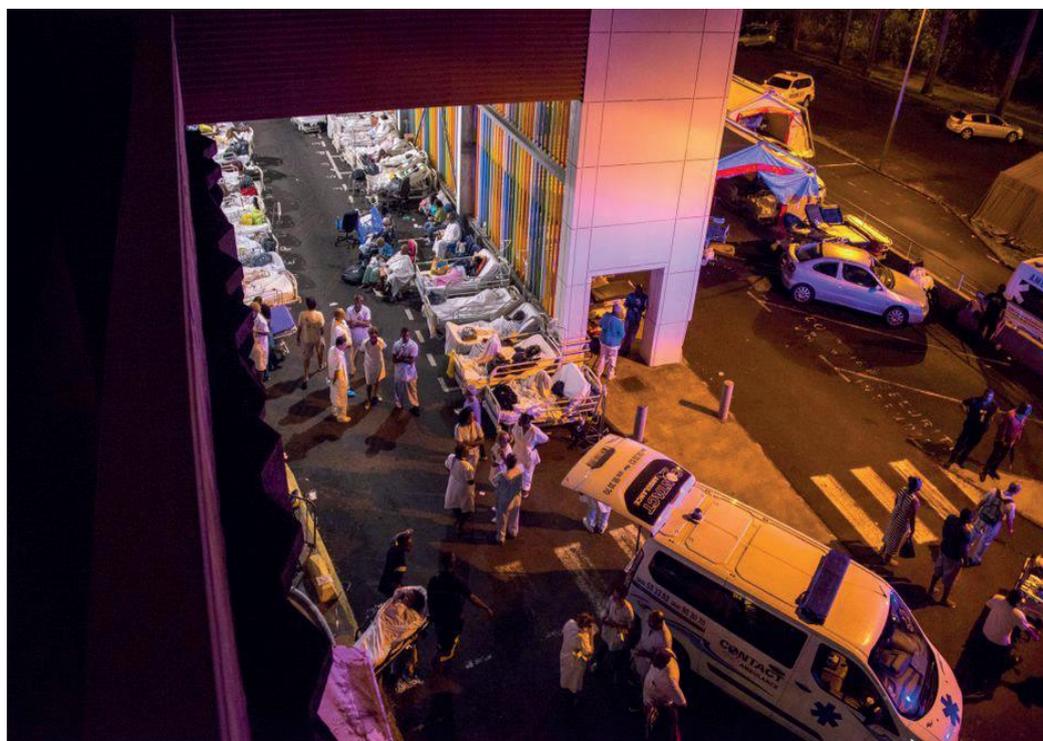
Les transferts interrégionaux et internationaux sont coordonnés par le centre de crise du ministère de la santé avec le soutien des ARS. Pour ces transferts, l'accord des familles est requis.

F. ÉVACUATION, CONFINEMENT ET SÉCURISATION

■ *Évacuation et confinement*

La survenue d'un événement grave susceptible d'impacter la structure d'un établissement de santé (incendie, inondation, risque d'effondrement, dégagements de produits toxiques...) peut nécessiter la mise en place immédiate de mesures de mise en sûreté des patients et du personnel. L'organisation de l'évacuation ou du confinement doit permettre de maintenir la qualité et la sécurité des soins dispensés.

Compte tenus de la complexité et des risques potentiels engendrés par le transfert de patients, l'évacuation ne doit être décidée qu'en dernier recours en lien avec les services de l'État, lorsqu'il n'existe plus d'alternative, ni de possibilités de maintien d'un fonctionnement sur site. Cette décision incombe au directeur d'établissement ou au préfet en tant que directeur des opérations. Le directeur général de l'ARS concernée doit être alerté.



Pour permettre la conduite efficace, progressive et coordonnée des opérations de confinement et d'évacuation lors de la survenue d'une SSE, l'établissement de santé doit définir au préalable une organisation interne et l'intégrer dans son plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE. La réponse apportée doit être graduée et proportionnée à l'ampleur de l'événement et la cinétique de mise en œuvre des actions être fonction du temps « disponible ».

Pour définir les modalités d'évacuation et de gestion efficace des transferts de patients vers des locaux sécurisés, l'établissement de santé doit s'interroger notamment sur :

- Les critères de priorisation des évacuations de patients (ordre d'évacuation en fonction de la gravité, du matériel nécessaire et disponible, des moyens humains, de la proximité du sinistre...);
- Les procédures de recensement des patients précisant leur degré de validité, d'autonomie et de médicalisation (patients à médicaliser ou non en cas de transfert, patients valides...);
- L'orientation des patients et leur suivi pendant et après le transfert ;
- La définition de la ou des zones à évacuer selon la nature du sinistre et la durée de l'évacuation ;
- La répartition des tâches entre les différents acteurs impliqués ;
- Les voies de circulation et d'évacuation et les lieux de rassemblement éventuels ;
- Les modes de transports utilisables.

Les procédures de confinement et d'évacuation doivent également intégrer les aspects matériels et logistiques car elles nécessitent la mobilisation de matériels spécifiques (chaises, brancards, bouteilles d'oxygène, insufflateurs manuels, respirateurs de transport, aspirateurs de mucosités, scope-défibillateurs, etc.). Les voies d'évacuation d'urgence doivent être clairement signalées et les issues de secours à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement dégagées. Le matériel de lutte contre l'incendie doit avoir été testé et être en bon état de marche (appareils de détection, d'alerte et extincteurs).

L'ensemble des procédures établies doit être applicable les jours, les nuits et le week-end. Il est également recommandé de tester régulièrement leur pertinence et leur fonctionnalité, par la réalisation d'exercices.

Lors de la mise en œuvre des procédures, il convient de porter une attention particulière aux personnes vulnérables, davantage impactées par les changements. Aussi, il peut être envisagé une prise en charge médico-psychologique pour ces patients.

La décision d'évacuer tout ou partie d'un établissement de santé est une décision lourde de conséquences qui ne peut s'envisager que dans le cadre d'une concertation entre le directeur de l'établissement, le PCME, le préfet, et le directeur général de l'ARS. Dès lors que l'évacuation a été décidée, elle est organisée dans le cadre de la mobilisation des moyens du dispositif ORSEC sous l'autorité du préfet : SAMU-SMUR, SIS, associations agréées de sécurité civile et transporteurs sanitaires privés.

La préparation et la réactivité de l'établissement le moment venu sont essentielles pour permettre le déroulement optimal des opérations de secours et/ou d'évacuation.

L'évacuation d'un établissement nécessite une coordination entre l'ARS, le SAMU et la préfecture qui peut procéder à des réquisitions de matériel et de personnel, en tant que de besoin dans le cadre du dispositif ORSEC.

Lors des opérations d'évacuation ou de confinement, une communication simple et explicite sur la nature de l'événement et les consignes à respecter permet d'éviter la panique, et d'améliorer la réactivité des personnels impliqués dans la

mise en œuvre des procédures. Les modalités et circuits de communication interne (personnel, patients, visiteurs) et externe (secours, autorités) doivent être clairement établis et testés.

Les procédures de déclenchement de l'alerte doivent être formalisées et les alarmes d'évacuation fonctionnelles et audibles. Annexe 3, fiche sur l'évacuation d'établissement de santé en péril et fiche sur la confinement d'un établissement de santé.

■ **Sécurisation de l'établissement de santé**

L'établissement de santé doit assurer dans son enceinte la sécurité des personnes et des biens. Cette sécurisation concerne les personnels de santé, les patients, les visiteurs et les prestataires.

Chaque établissement est tenu d'élaborer un plan de sécurisation d'établissement (PSE), en coordination avec les autorités préfectorales et les forces de sécurité intérieure. Ce plan définit la politique et l'organisation globale mise en place pour sécuriser l'établissement. Il doit être articulé avec le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE (en particulier le chapitre III – sécurisation complémentaire en situation d'attentat ou de crise locale du PSE).



S'agissant des établissements qui relèvent du secteur d'activité d'importance vitale « santé », l'élaboration de leur PSE est complémentaire au plan particulier de protection (PPP) de leur(s) point(s) d'importance vitale (PIV). Le PSE portera en particulier sur les mesures non couvertes par le PPP.

G.ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS

1. Organisation des soins de suite et de réadaptation

Les établissements de SSR constituent un maillon essentiel permettant de fluidifier les parcours de soins, et ainsi d'optimiser l'utilisation des capacités d'accueil, notamment en court séjour. En cas d'afflux massif de patients, l'objectif premier pour ces établissements consiste à maintenir les admissions du secteur MCO, afin de conforter la capacité de réponse du système hospitalier dans son ensemble.

Par ailleurs, les patients accueillis par les établissements SSR (personnes âgées, personnes handicapées, personnes fragiles - insuffisance cardiaque ou respiratoire...) présentent des polypathologies, des affections chroniques ou des déficiences qui peuvent être à l'origine d'une vulnérabilité particulière, compte tenu de leur fragilité et des facteurs de sensibilité propres. En conséquence et selon le risque considéré (et plus particulièrement pour les risques REB et EPI-CLIM), les établissements SSR doivent adapter leurs organisations à la prise en charge de patients fragiles et vulnérables.

2. Organisation de l'appui sanitaire aux personnes âgées

Dès lors que le public des personnes âgées plus vulnérable est particulièrement concerné, l'organisation de l'appui sanitaire est à anticiper afin d'éviter les arrivées aux urgences et en hospitalisation de personnes âgées dès lors qu'elles peuvent être prise en charge à domicile ou en établissement médico-social sans perte de chance.

La check liste de l'organisation de cet appui sanitaire porte notamment sur :

- L'assurance d'une réponse des plateformes territoriales personnes âgées et portant sur les soins palliatifs au travers d'une hotline, en articulation avec le SAMU Centre 15, au travers d'astreintes couvrant le week-end afin de répondre aux médecins et professionnels des EHPAD notamment ;
- Les filières gériatriques de coopération ;
- Une mobilisation des structures d'hospitalisation à domicile
- Une identification des équipes mobiles en capacité de se projeter vers les lieux de vie des personnes âgées en établissement médico-social ;
- L'appui des ressources en matières d'hygiène vers les établissements médico-social;
- Les admissions directes en service hospitalier de médecine y compris en établissement de SSR sans passer par les services d'urgences ;
- L'appui en matière psychologique.

3. Organisation de l'appui sanitaire aux personnes en situation de handicap

Afin de garantir la continuité de l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et d'assurer une prise en charge sans perte de chance de ce public, un appui sanitaire spécifique est organisé.

La situation de handicap peut engendrer une vulnérabilité et accroître les risques de troubles du comportement en cas d'attente importante dans des lieux non adaptés.

L'organisation de la continuité de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, à domicile ou accueillies en établissement médico-social s'appuie notamment sur :

- Le référent handicap au sein des établissements de santé et des SAMU Centre-15 ;
- Le recours à l'HAD, pour les personnes à domicile mais aussi en établissement médico-social ;
- L'accès aux centres ressources/de référence qui existent sur l'ensemble des handicaps, à titre d'exemple : centres de références et compétence maladies rares (filière « DéfiScience », par exemple), centre de « ressources autisme », etc. ;
- Le recours à l'offre de soins ambulatoires spécifique aux personnes en situation de handicap et notamment les dispositifs de consultation dédiée en soins somatiques ;
- Les astreintes « soins palliatifs » organisées par les ARS ;
- L'appui des ressources en matières d'hygiène vers les établissements médico-social.

4. Organisation des soins de psychiatrie

Les personnes bénéficiant d'un suivi psychiatrique ou hospitalisées en psychiatrie sont vulnérables. La continuité de leur parcours est primordiale en cas de situation sanitaire exceptionnel. L'appui sanitaire est à anticiper avant d'éviter les ruptures de parcours.

Par ailleurs, la situation sanitaire peut faire naître des troubles psychiatriques dans la population et parmi les professionnels mobilisés sur la gestion de l'événement. Ceux-ci doivent être pris en charge le plus rapidement possible par les structures de santé mentale assurant leur suivi et le cas échéant, les CUMP pour éviter une aggravation de l'état psychique des patients.

L'appui sanitaire aux personnes ayant des troubles psychiatriques repose notamment sur :

- Le fonctionnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie, notamment des structures ambulatoires (CMP, CATTP...) pour éviter les ruptures de parcours ;
- Les équipes mobiles des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour les publics adultes, infanto-juvéniles ou les personnes âgées ;
- Les visites à domicile ou hospitalisations à domicile gérées par les professionnels des CMP ou des équipes mobiles ;
- La mobilisation des services d'urgence pour identifier les troubles psychiatriques ;
- La mobilisation du réseau Vigilans pour prévenir les risques de suicide ;
- La mobilisation des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) pour éviter de laisser sans réponse des personnes en grande difficulté face à l'accès aux soins ;
- L'appui psychologique.

5. Organisation des soins palliatifs

L'organisation doit permettre de garantir l'accès aux soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie. Il s'agit pour l'établissement de soulager les symptômes, la souffrance psychologique, sociale et spirituelle de la personne malade, de soutenir ses proches et de contribuer, à travers ses équipes spécialisées, à la délivrance de soins adéquats.

Les conditions de prise en charge auront été autant que possible anticipées, y compris à domicile :

- Adoption de mesures adaptées permettant le maintien des visites aux personnes en fin de vie ;
- Information sur le droit de recours à des bénévoles d'accompagnement, membres d'une association d'usagers du système de santé agréée ;
- Offre d'un appui psychologique ;
- Maintien de la possibilité, pour les professionnels de santé, de réaliser la toilette mortuaire et préservation du temps de présentation du corps aux proches ;
- Organisation d'astreintes palliatives afin de répondre aux médecins et aux professionnels des établissements médico-sociaux ;
- Préservation de la disponibilité des professionnels des unités de soins palliatifs et des équipes mobiles de soins palliatifs ;
- Mobilisation des équipes d'HAD, étant entendu que la prise en charge à domicile nécessite une évaluation préalable et requière des conditions et des facteurs favorables : proximité de médecins généralistes formés en soins palliatifs et pouvant bénéficier de l'expertise requise en cas de nécessité et d'équipes recours, collectif d'intervenants cordonnés, entourage/famille en capacité d'exercer leur rôle d'aidants, principalement.

Quelles que soient les circonstances, tout doit être mis en œuvre pour accompagner les personnes malades et leurs proches, dans le respect des volontés exprimées et en s'appuyant sur les savoir-faire et les référentiels mis en place au sein de l'établissement¹⁷. La vigilance se portera aussi sur le soutien des professionnels et des personnels intervenant auprès des personnes en fin de vie.

¹⁷ HAS, janvier 2021, « Covid-19 - Fin de vie des personnes accompagnées par un établissement ou service social ou médico-social » https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/2020_05_07_fin_de_vie_-_covid19.pdf
HAS, décembre 2016, « l'essentiel de la démarche palliative » https://www.has-sante.fr/jcms/c_2730546/fr/l-essentiel-de-la-demarche-palliative

IV. ÉLÉMENTS PRINCIPAUX DE DOCTRINE DE LA CONDUITE DE CRISE

Le processus de gestion de crise se décompose schématiquement en 4 principales phases :



La phase initiale d'alerte et de réponse immédiate consiste à détecter l'événement générateur de la crise, décrypter les premières informations reçues et alerter l'ensemble des personnes potentiellement concernées par l'événement (autorités, direction de l'établissement, personnels hospitaliers, etc.).

La seconde phase, de montée en puissance de l'établissement, repose sur le suivi, l'analyse de la situation et la mise en place d'une stratégie de réponse. Celle-ci sera ensuite à adapter en fonction de l'évolution de la situation.

La troisième phase est la conduite de la crise qui correspond à une phase d'actions guidée par la réflexion et l'adaptation permanente à la situation.

Enfin, la phase de sortie de crise qui est essentielle, vise à un retour à la normale et à la mise en place par l'établissement d'une démarche d'analyse *a posteriori* de la gestion de l'événement (RETEX).

A. ALERTE ET RÉPONSE IMMEDIATE

1. Alerte émanent des autorités

La transmission d'informations par les autorités aux établissements de santé sur un événement susceptible d'avoir des conséquences graves doit pouvoir être rapide, ce qui nécessite la mise en place au sein des établissements de santé de points d'entrée uniques pour les alertes sanitaires¹⁸.

Ces points d'entrées fonctionnels non nominatifs (téléphone, fax, email) ont pour fonctions de :

¹⁸ Instruction DGS/CORRUS/DGOS/USID n°2014 – 339 du 5 décembre 2014 relative à la mise en place des boîtes mails fonctionnelles pour les alertes sanitaires dans les établissements de santé

- Permettre à tout moment la veille de la boîte mail fonctionnelle dédiée ;
- Réceptionner et retransmettre immédiatement aux services concernés de l'établissement tout message d'alerte transmis par l'ARS ou le Ministère en charge de la santé, notamment les messages d'alerte rapide sanitaire (MARS).

La désignation de ces points d'entrée au sein de l'établissement doit s'accompagner de la mise en place d'une organisation interne et de procédures pour assurer, y compris en période d'astreinte, la diffusion sans délai de l'alerte vers les destinataires et services concernés (direction, CME, SAMU, SU, PUI, équipe opérationnelle d'hygiène...).

Par ailleurs, dès qu'un niveau de réponse (1 ou 2) est activé par le directeur d'établissement ou à la demande du directeur général de l'ARS (DG d'ARS) ou du préfet, il convient d'en informer l'ensemble du personnel de l'établissement.



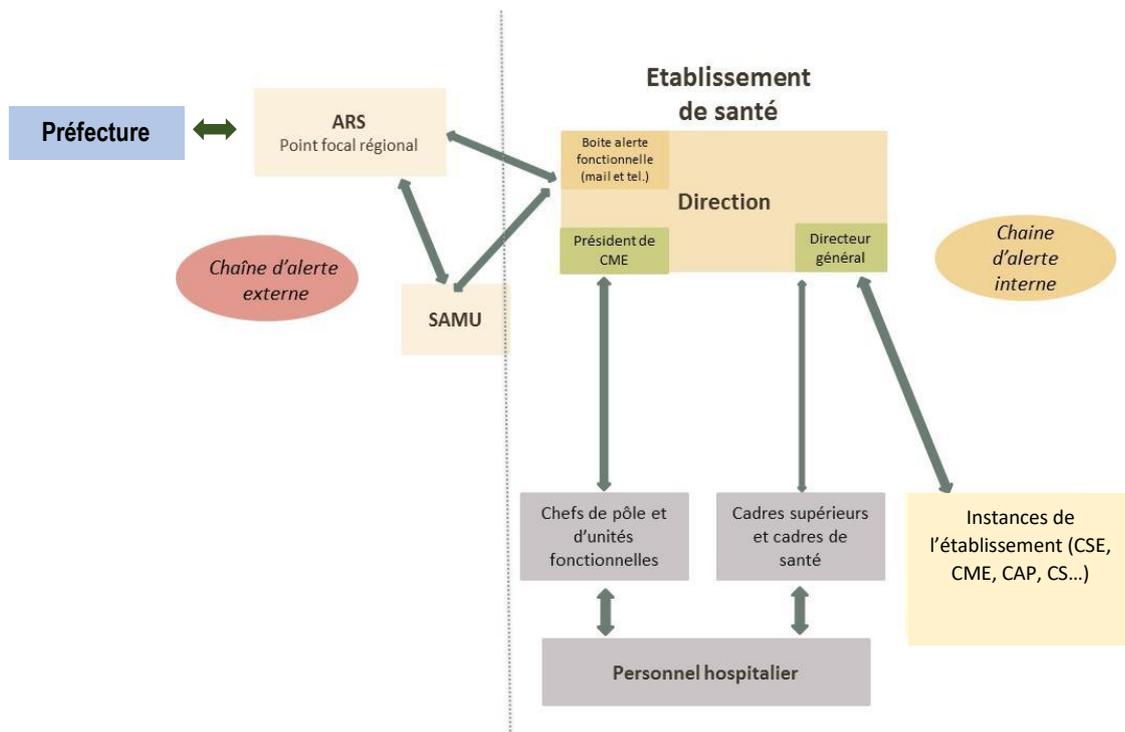
2. Transmission des signaux aux autorités

Lorsque les alertes émanent des établissements de santé, ces derniers sont alors tenus de signaler sans délai au point focal régional (PFR) de l'ARS les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance, ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée¹⁹.

Pour permettre une remontée d'informations et de signalements efficace des services hospitaliers jusqu'à la direction de l'établissement, les critères de signalement des situations anormales doivent être définis et connus de l'ensemble du personnel, ainsi que les procédures à suivre et les contacts à établir en cas d'alerte. Les circuits de remontée de l'information doivent être courts pour éviter la déperdition d'informations.

Le schéma qui suit présente la chaîne d'alerte des autorités ainsi que les principaux liens opérationnels entre la CCH de l'établissement et le personnel hospitalier.

¹⁹ Article L1413-15 du Code de la santé publique

Schéma 6 : Chaîne d'alerte et de diffusion de l'information au sein des établissements

Les informations descendantes délivrées au personnel hospitalier émanent de la CCH *via* le directeur général pour le personnel paramédical et *via* le président de CME pour le personnel médical (par l'intermédiaire des chefs de pôle et d'unités fonctionnelles).

Pour la transmission de l'information en interne, il est recommandé d'appliquer les principes suivants :

- Diffuser rapidement l'information afin de préparer au mieux les différents services (y compris tous les services logistiques, techniques, administratifs) pour leur éventuelle sollicitation dans le cadre de la gestion de crise et permettre aux personnels de prendre l'ensemble des dispositions nécessaires à leur mobilisation à l'aide d'une liste de diffusion de textos ou de courriels, ou à un logiciel automatique de rappel ;
- Demander aux services de garder la ligne téléphonique libre ;
- Identifier un interlocuteur unique (porte-parole) pour assurer la communication interne ;
- Informer les personnels de l'évolution de la situation ;
- Sensibiliser le personnel au fait de ne pas surcharger la CCH : limiter les appels, transmettre des messages courts et ne pas prolonger les conversations téléphoniques ;
- Alerter de façon exhaustive les personnels de la levée du dispositif.

La rapidité de diffusion de l'alerte à l'ARS, au SAMU et aux personnels hospitaliers est essentielle car elle conditionne l'efficacité de la réponse (cf. annexe 3, fiche communication de crise).

Focus sur la réponse immédiate en cas d'afflux massif de victimes

Lors de la phase de montée en puissance, et lorsque l'événement extérieur à l'établissement entraîne la prise en charge rapide de nombreuses victimes, les acteurs du secteur pré-hospitalier et hospitalier mobilisés sont : le SAMU et le SAMU de zone, les établissements situés à proximité de l'événement et par conséquent susceptibles d'accueillir des patients se présentant spontanément, et ceux identifiés par l'ARS dans ORSAN comme établissements de première ligne.

Tableau 4 : Rôle des différents acteurs en phase d'alerte et de réponse immédiate lors de la survenue d'un événement générant un afflux massif de victimes

Rôle des différents acteurs en phase d'alerte et de réponse immédiate	
SAMU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilisation des équipes SMUR et renforcement des capacités d'intervention (rappel d'équipes en renfort) ; ▪ Renforcement des capacités de la régulation médicale du SAMU avec activation d'une régulation spécifique pour l'événement ; ▪ Alerte des SAMU limitrophes (appui réciproque) et du SAMU de zone (mobilisation des renforts) ; ▪ Alerte des établissements de proximité et de première ligne et de l'ARS ; ▪ Identification des points de rassemblement des victimes ; ▪ Alerte de la direction de son établissement ; ▪ Sécurisation et traçabilité des équipes engagées.
Établissements de santé siège de SAMU (au niveau du territoire impacté)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en pré-alerte de l'établissement ; ▪ Déclenchement précoce de la réponse dès réception de l'alerte ; ▪ Activation d'une CCH.
Établissements de proximité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge des victimes spontanées ; ▪ Déclenchement du plan blanc et le cas échéant du PSE.

B. MONTÉE EN PUISSANCE

Après la diffusion de l'alerte en interne et auprès des autorités (lorsque celles-ci n'en sont pas à l'initiative), l'établissement organise la montée en puissance du dispositif de gestion de crise en mettant en place une stratégie de réponse. En fonction de la typologie et de la cinétique de l'événement, les actions à engager peuvent différer. Les moyens humains et matériels à mobiliser dépendent du niveau de réponse activé.

Certains événements entraînant une augmentation importante du flux de patients au niveau du service d'accueil des urgences nécessitent des réorganisations internes et le recours éventuel à des personnels supplémentaires pour absorber la surcharge d'activité. Il

est notamment essentiel de libérer le plus rapidement possible les urgences pour être en capacité d'accueillir les arrivées spontanées et organiser leur prise en charge.

D'autres événements au contraire, n'entraînent pas d'augmentation du nombre global de patients (panne technique, carence de lits d'aval, légionellose...) mais impactent l'organisation de leur prise en charge. Les actions à mettre en œuvre pour maintenir la qualité et la continuité des soins dans ces situations difficiles diffèrent donc de celles prévues pour faire face à une surcharge d'activité au niveau du service des urgences.

Le dispositif de remontée d'information au sein de l'établissement doit être fiable et efficace, afin que les professionnels des services de soins puissent transmettre en temps réel les tensions et les difficultés observées dans l'offre de soins. Ils doivent disposer pour cela d'indicateurs pertinents permettant le repérage et le suivi des signaux faibles ou forts, précurseurs d'une situation de tension.

La caractérisation de l'événement et l'évaluation anticipée de ses conséquences sur la qualité et la sécurité des soins est une étape essentielle et incontournable à mener avant d'initier la phase de conduite de crise proprement dite. Cette évaluation détermine le niveau de réponse à apporter pour faire face à l'événement (gestion courante, activation du niveau 1 ou du niveau 2).



Focus sur la phase de montée en puissance de la réponse en cas d'afflux massif de victimes

Lors de la phase de montée en puissance, et lorsque l'événement extérieur à l'établissement entraîne la prise en charge rapide de nombreuses victimes, les acteurs du secteur pré-hospitalier et hospitalier mobilisés sont : le SAMU et le SAMU de zone, les établissements situés à proximité de l'événement et par conséquent susceptibles d'accueillir des patients se présentant spontanément, et ceux identifiés par l'ARS dans ORSAN comme établissements de première ligne.

Tableau 5 : Rôle des différents acteurs en phase de montée en puissance de la réponse lors de la survenue d'un événement générant un afflux massif de victimes

Rôle des différents acteurs en phase de montée en puissance de la réponse	
SAMU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise à jour des capacités réelles de prise en charge des établissements de première ligne du territoire concerné ; ▪ Régulation des victimes ; ▪ Alerte des SAMU limitrophes et du SAMU de zone ; ▪ Bilan SMUR et héliSMUR (SZ).
SAMU de zone	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des renforts mobilisables (équipes SMUR terrestres et héliportées, PSM, ...).
Etablissements situés à proximité de l'événement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activation de la CCH ; ▪ Prise en charge des victimes se présentant spontanément ; ▪ Communication à l'ARS et au SAMU du point de situation: nombre de victimes prises en charge et capacités supplémentaires disponibles.
Etablissements de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge des victimes ; ▪ Activation de la CCH ; ▪ Communication à l'ARS et au SAMU du point de situation ▪ Mobilisation de l'institut médico-légal.
Etablissements de deuxième ligne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réception de l'alerte par l'ARS ; ▪ Mise en pré-alerte des services ; ▪ Envoi à l'ARS des capacités mobilisables.
ARS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activation de la CRAPS ; ▪ En fonction de l'organisation territoriale, envoi d'officiers de liaison en COD et au SAMU ; ▪ Analyse de la situation en lien avec le SAMU ; ▪ Alerte des établissements de proximité, de première ligne et de deuxième ligne ; ▪ Alerte de l'établissement français du sang ; ▪ Demande aux établissements de première ligne de se mettre en position pour une prise en charge éventuelle d'UA en bloc (sans tenir compte de l'aval) ; ▪ Identification de moyens de renforts en lien avec le SAMU, et appui à la recherche de places hospitalières ; ▪ Information de l'ARS de zone ; ▪ Participation aux conférences téléphoniques nationales avec le SAMU, le SAMU de zone, le centre de crise sanitaire (CCS) de la DGS.

C. CONDUITE DE CRISE

Le processus de pilotage de crise par le directeur d'établissement peut s'envisager en quatre grandes étapes :

- Étape 1 : Organiser et initier la réponse ;
- Étape 2 : Déterminer le processus de fonctionnement interne adapté à la situation ;
- Étape 3 : Disposer d'une capacité de décision et les faire appliquer ;
- Étape 4 : Organiser les relations et la communication avec l'extérieur.

1. Étape 1 : Organiser et initier la réponse

L'organisation de la réponse aux tensions hospitalières et aux SSE implique la mise en place d'une CCH adaptée au niveau requis de montée en puissance de l'établissement, dimensionnée et configurée pour répondre à la situation à laquelle il est confronté. En fonction de la typologie de l'événement, les cellules fonctionnelles spécifiques « sécurité/sûreté », « communication », « fonctions support » et « suivi des victimes et prise en charge des familles et des proches » peuvent également être requises au sein de la CCH. Le représentant de chacune de ces cellules assure la liaison opérationnelle entre la cellule décision de la CCH et le personnel hospitalier du ou des service(s) concerné(s).

Après la réalisation du diagnostic sur la situation en cours et son évolution potentielle et la mise en place opérationnelle de la CCH, la mission suivante consiste à définir les objectifs cibles et les ressources à allouer pour les atteindre. Ces objectifs guideront les actions à mener par les équipes de terrain.

Sur le plan des ressources médicales, des renforts peuvent être sollicités auprès de l'ARS en tant que de besoin pour compléter la prise en charge des patients. La mise à disposition de personnels entre établissements et le cas échéant d'équipes en renfort, est alors organisée.

2. Étape 2 : Déterminer le processus de fonctionnement interne adapté à la situation

Pour assurer un suivi et une traçabilité de l'ensemble des informations relatives à l'événement en cours, il convient de définir dès le début les modalités de réception et de gestion des flux d'information et de déterminer les outils de suivi et de suivi de l'activité (point de situation horodaté, main courante, rétro-information des équipes suite à la réunion de décision, etc.). Un modèle de point de situation est proposé infra.

Dans le cadre de la mise en œuvre des volets ORSAN AMAVI, NRC et REB, le pilotage opérationnel de la réponse médicale doit être confié au DMC, en particulier pour les établissements de « première ligne ». Une fonction de cadre de crise peut être pertinente en appui du DMC.

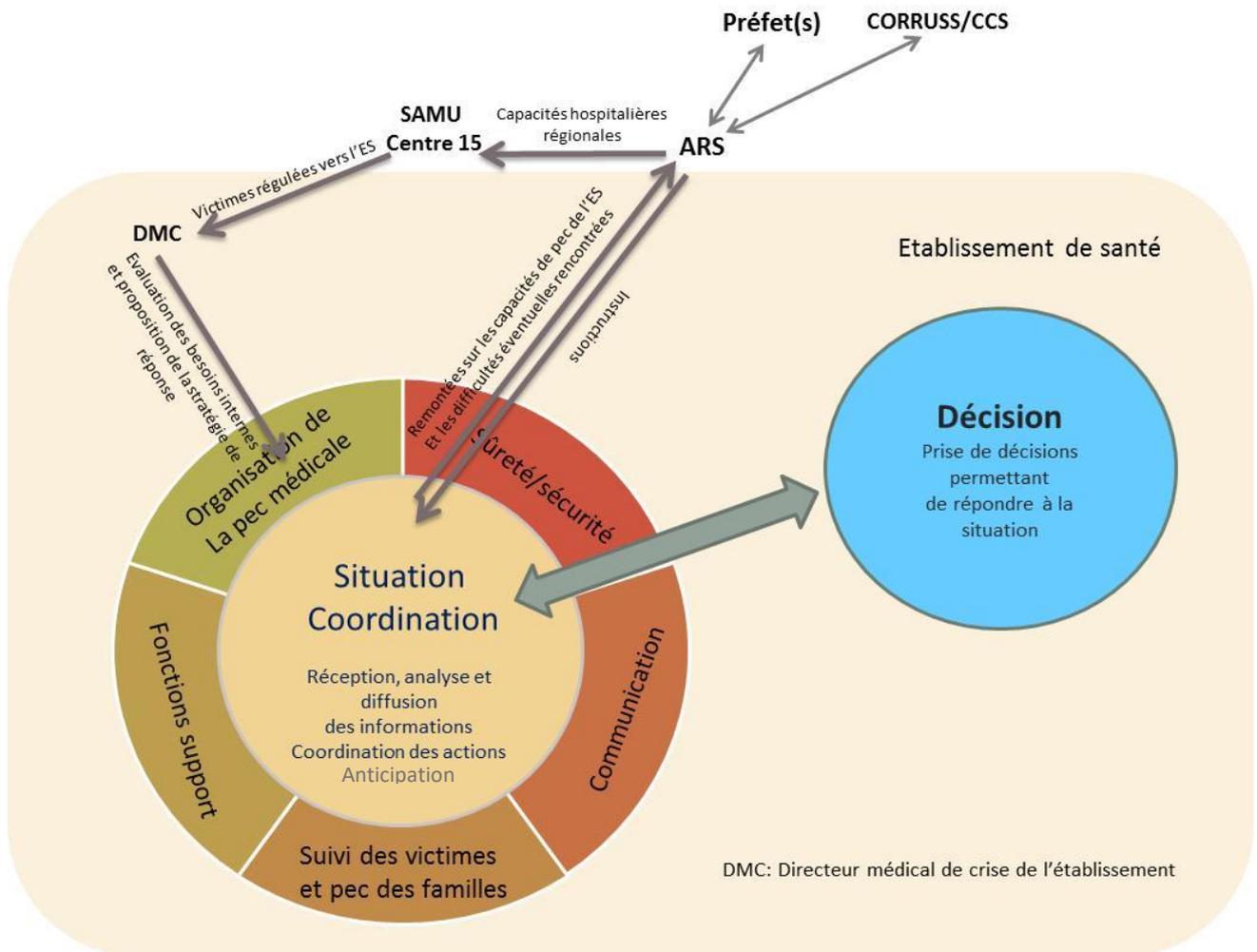
Les principes de la chaîne de commandement hospitalière doivent alors être les suivants : en cas d'afflux massif de victimes, le DMC doit être positionné au cœur des structures d'accueil de première ligne (SU, soins critiques, blocs opératoires, etc.) pour assurer le pilotage opérationnel de la réponse médicale au plus près des acteurs. **Il est le garant de l'optimisation du parcours de soins des patients. Il est par ailleurs, l'interlocuteur privilégié du SAMU Centre 15 concernant la régulation des victimes et**

transmet des propositions de stratégie de réponse au correspondant médical présent en CCH (cellule organisation de la prise en charge médicale).

Le schéma ci-dessous précise les liens fonctionnels entre la CCH, les autorités et le SAMU centre 15.

Point de situation n° X
Description de l'événement (date de début de l'événement, nature, typologie, lieu de survenue de l'événement, etc.)
Impact de l'événement et conséquences (impact organisationnel, médiatique, sur la sécurisation du site, sur la prise en charge des patients, etc.)
Mesures de gestion (activation du plan « alerte » ou du plan blanc, rappel ou maintien de personnel, déprogrammation, transferts de patients, évacuation, etc.)
-Effectuées :
- En cours :
- Envisagées ou planifiées :
Bilan capacitaire
Acteurs informés (ARS, SAMU, etc.)

Schéma 7 : Articulation fonctionnelle entre la CCH, le SAMU et les autorités

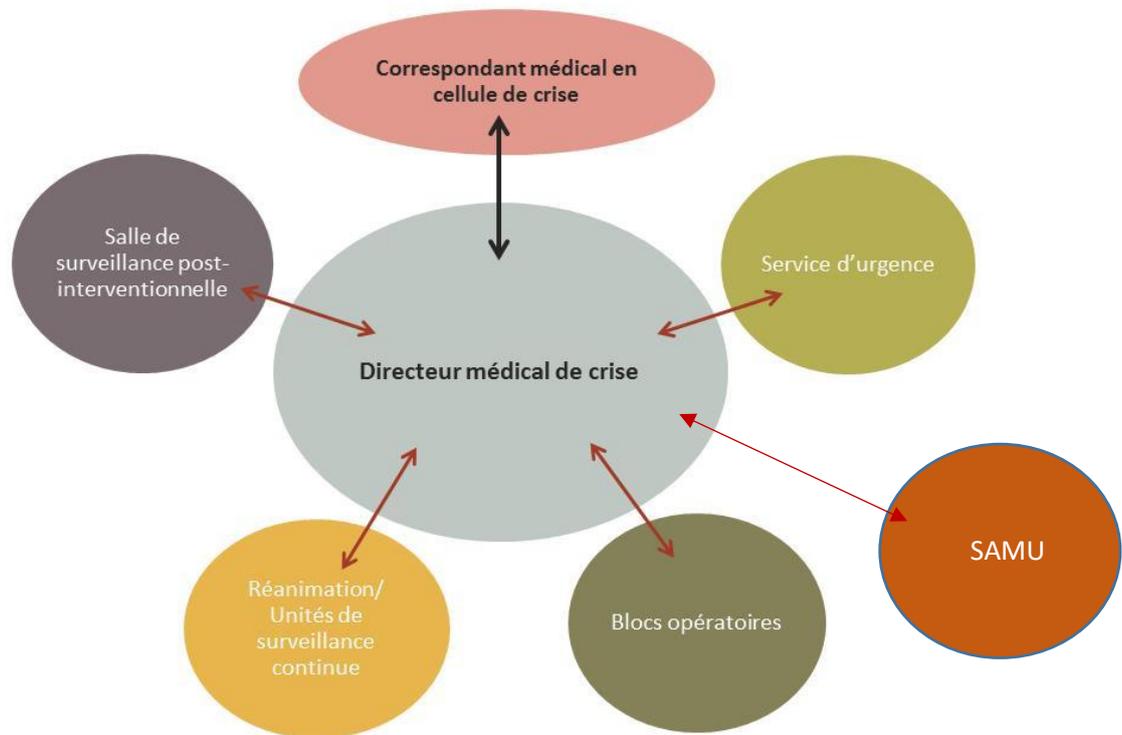


Le DMC est l'interlocuteur unique de la CCH concernant la prise en charge immédiate des victimes et joue le rôle de « chef d'orchestre » auprès des services de première ligne en conduisant la démarche allant de l'anticipation de l'arrivée des victimes (lien avec le SAMU centre 15 et le médecin de tri) à l'entrée des victimes, jusqu'à leur admission dans le service post-opératoire (réanimation, unité de surveillance continue (USC), service conventionnel, transfert vers d'autres structures).

Le DMC assure la remontée des informations à la CCH sur les actions réalisées et les difficultés éventuelles rencontrées par les différents services.

Les liens fonctionnels entre le DMC et les services impliqués dans la prise en charge immédiate des victimes sont représentés sur le schéma ci-dessous.

Schéma 8 : Liens opérationnels directs entre le DMC et les services hospitaliers



Pour optimiser le pilotage opérationnel, il est recommandé d'adjoindre au DMC un cadre de santé chargé notamment de faire le lien avec les personnels non médicaux et les services logistiques mais aussi de l'assister en tant que de besoin. Dans un établissement de santé siège de SAMU et en fonction des ressources disponibles, un assistant de régulation médicale en charge des communications et de la traçabilité des échanges peut être mis à disposition du DMC.

Les autres services hospitaliers doivent être coordonnés par leurs chefs de pôle, de services ou d'unités fonctionnelles respectifs (à adapter selon le type de structure).

Voir annexe 2, fiche action du DMC.

3. Étape 3 : Disposer d'une capacité de décision

Le pilotage stratégique de crise est assuré par la cellule décision de la CCH. Cette cellule pilotée par le directeur de l'établissement avec l'appui du PCME et composée de responsables médicaux, administratifs et techniques, prend toutes décisions qui s'imposent à l'établissement et dirige les opérations en coordonnant les équipes de terrain.

Pour une gestion efficace de crise, il est recommandé d'appliquer les principes fondamentaux suivants :

- Ne pas agir dans la précipitation et prendre le temps d'analyser la situation ;
- Prioriser les problèmes ;
- Anticiper ;

- Ne pas vouloir tout valider et mettre une place une gestion répondant au principe de subsidiarité ;
- Instaurer une relation de confiance par une prise de responsabilité assumée et expliquée ;
- Assurer un pilotage efficace afin de s'assurer que les décisions soient mises en œuvre de façon opérationnelle par les équipes hospitalières en cohérence avec la situation du terrain évaluée par le DMC.

L'application stricte de ces principes doit permettre aux membres de la CCH de prendre des décisions et de les faire appliquer par les équipes de terrain.

4. Étape 4 : Organiser les relations et la communication avec l'extérieur

Les circuits de l'information ascendante et descendante doivent être identifiés sur la base d'un organigramme fonctionnel et connu. L'identification d'un interlocuteur unique (porte-parole) pour assurer en période de crise la communication en interne (lien avec le personnel et la direction de l'établissement) et avec l'extérieur (autorités, médias...), permet d'assurer son efficacité, sa pertinence et de maîtriser le rythme, la nature et la cohérence des informations délivrées. La presse et les médias doivent être canalisés au sein d'une zone dédiée et préalablement identifiée.

Dès l'ouverture de la CCH, l'ensemble des partenaires doit être prévenu et tenu informé de l'évolution de la situation. Les messages transmis doivent être harmonisés avec ceux délivrés par les autorités, notamment lorsque la crise dépasse le niveau local.

Compte tenu de la sensibilité des informations et des données relatives aux patients qui sont disponibles dans les établissements de santé, il est essentiel de veiller, en amont de la crise, à protéger et à sécuriser les outils de communication, les droits fondamentaux du patient devant être respectés.

Lorsque le porte-parole de l'établissement communique avec l'extérieur, il doit délivrer les informations qui se rapportent directement à la situation de l'établissement et ne doit pas aborder ce qui relève d'autres corps professionnels²⁰ (police, gendarmerie, procureur et sapeurs-pompiers). Il est recommandé d'établir et de délivrer régulièrement aux médias des communiqués de presse. Dans le cas contraire, les médias tenteront probablement de venir les chercher dans les zones de soins, risquant de fait de gêner les soignants dans l'exercice de leur art.

La communication en situation de crise doit être adaptée à la cible, à la sensibilité et à la criticité de l'événement. Il convient d'évaluer l'impact médiatique pour éviter que la crise sanitaire ne se transforme en crise médiatique (voir annexe 3 « fiche communication de crise »).

Les principes de communication à retenir en situation de crise sont les suivants :

- **Anticiper** et préparer les réponses à la crise par la mise en place d'un dispositif de communication en rapport avec l'analyse des risques (organisation, stratégie, outils et plan d'actions);

²⁰ Pour rappel, conformément à l'instruction interministérielle n°6385/SG, dans les premiers temps de la crise, la communication sur le bilan victimaire est du ressort exclusif du préfet ou du procureur en charge de l'enquête.

- **Veiller** les informations médiatiques sur la crise afin d'optimiser sa communication ;
- **Établir et maintenir la confiance** : un climat de confiance doit être établi avec le public ;
- **Reconnaître et communiquer sur l'incertitude** ;
- **Être transparent** : dans les limites fixées par la loi, par le secret médical et les relations locales (préfet, procureur, etc.) ;
- **Coordonner la communication entre toutes les parties prenantes** ;
- **Être proactif et fournir rapidement** de l'information, dès la première annonce officielle puis les suivantes même si l'information est incomplète ;
- **Impliquer et engager les victimes, les parties prenantes le plus tôt possible** (les impliquer dans les messages, les recommandations) ;
- **Communiquer de manière graduelle et proportionnée** : les dispositifs de communication doivent être adaptés à l'ampleur de l'alerte/de la crise.

Il est recommandé d'être vigilant quant à l'impact que peuvent avoir les réseaux sociaux sur la diffusion d'informations relatives à un événement en cours. A ce titre, l'établissement met en place une stratégie visant à en maîtriser la portée (cf. annexe 3 « fiche communication de crise en cas de SSE »).

D. SORTIE DE CRISE ET RETOUR D'EXPERIENCE

Chaque crise se caractérise par une phase aigüe et une phase de retour à la normale. Lorsque la situation est stabilisée, le directeur de l'établissement procède à la levée du dispositif et s'assure que les personnes sollicitées et impliquées en soient informées.

Le retour à la normale doit se faire de façon progressive.

La tenue d'une main courante, indispensable dans sa phase aigüe, doit être maintenue, sous une forme allégée, pendant la phase de retour à la normale afin de documenter la suite donnée aux actions entreprises et permettre un retour d'expérience efficace. L'analyse rétrospective des actions menées et de leurs conséquences est en effet essentielle pour repérer les faiblesses et les dysfonctionnements et ainsi proposer des mesures correctrices.

La démarche de retour d'expérience (RETEX), en deux phases, doit être systématique après une crise ou un exercice. Un RETEX « à chaud » doit être réalisé le plus tôt possible après la survenue de l'événement critique pour limiter le risque d'oubli sélectif et les reconstitutions personnelles. Une seconde phase de RETEX dite « à froid » doit être conduite quelques semaines après la survenue de l'événement. Le mode de diffusion doit être prévu.

Les objectifs conceptuels de la démarche RETEX sont les suivants :

- Partager une vision globale de l'événement et renforcer les liens entre les partenaires ;
- Repérer les points positifs et les capitaliser ;
- Identifier les points négatifs et proposer des axes d'amélioration ;
- Reconnaître le travail de chacun et faciliter la résilience ;
- Valoriser l'expérience acquise pour la gestion des événements futurs ;

- Sensibiliser le plus grand nombre d'acteurs potentiels et pas seulement ceux concernés par l'événement source ;
- Mise en œuvre de groupes de travail idoine sur les axes d'amélioration et suivi de l'avancée des travaux par le DG.

Le RETEX est utile non seulement aux acteurs qui ont participé à l'exercice mais également à ceux qui pourraient être amenés à participer à la gestion d'une situation semblable. Un partage d'expérience au sein de l'établissement ou du GHT doit être envisagé. De plus, il peut être prévu de recourir à des observateurs extérieurs à l'établissement de santé.

Le RETEX est à géométrie variable en fonction de l'événement source et de la définition des objectifs opérationnels. Son organisation doit donc être précédée d'une évaluation du rapport coût/bénéfice, au regard :

- Du temps disponible pour sa réalisation et sa restitution aux équipes ;
- Des moyens financiers à mobiliser.

Des bénéfices potentiels en termes de capitalisation d'expérience, de valorisation de l'implication des acteurs, d'actualisation des connaissances ou d'évolution de la réglementation.

La conduite du RETEX nécessite au préalable l'identification d'un pilote. La qualité essentielle requise pour exercer cette fonction est la neutralité par rapport à l'événement afin d'avoir l'approche la plus objective et d'éviter l'effet sanction. Idéalement, le pilote n'a pas de lien hiérarchique avec les acteurs concernés. Le pilote peut s'entourer d'une équipe pour l'aider dans sa tâche.

Si les critères de mise en œuvre sont réunis, la démarche doit ensuite être validée par la hiérarchie. Dans l'idéal, il s'agit d'un échelon hiérarchique non impliqué dans la gestion de l'événement source. La mise en œuvre du RETEX comprend toujours un temps de préparation, un temps pour le déroulement de la réunion d'échange et un temps de restitution. Pour cette dernière étape, il convient d'impliquer les formateurs FGSU SSE des CESU pour avoir des retours sur les aspects formation.

Une méthodologie pour la conception et la conduite d'un RETEX est proposée en annexe 6. Elle est à adapter au contexte et à l'événement source.

Focus sur la conduite de crise en cas d'afflux massif de victimes

En phase de conduite de crise et dans le cas particulier d'un événement entraînant la prise en charge de nombreuses victimes, le rôle des différents acteurs territoriaux de la chaîne santé est présenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Rôle des différents acteurs de la chaîne santé en phase de conduite de crise lors de la survenue d'un événement générant un afflux massif de victimes

Rôle des différents acteurs de la chaîne santé en phase de conduite de crise	
SAMU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Configuration en gestion de crise ; ▪ Régulation (informe les SAMU des autres départements et le SAMU de zone si orientation vers des établissements hors département) ; ▪ Réception des informations de l'ARS : volumétrie régionale/ opération nationale (contact SAMU <-> SAMU).
SAMU de zone	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajustement des renforts à la situation ; ▪ Appui si besoin, à l'organisation des évacuations de patients, à partir des établissements de santé de première ligne voire experts.
Établissements situés à proximité de l'événement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge des victimes se présentant spontanément ; ▪ Information vers l'ARS des capacités complémentaires disponibles/ points de rupture ; ▪ Traçabilité et identification des patients.
Établissements de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge des victimes après régulation par le SAMU ; ▪ Information vers l'ARS des capacités complémentaires / points de rupture ; ▪ Traçabilité et identification des patients.
Établissements de deuxième ligne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge de patients transférés depuis les établissements de santé de première ligne voire experts afin de libérer des places.
ARS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envoi des capacités de prise en charge des établissements au SAMU (volumétrie régionale) ; ▪ Identification des points de rupture des territoires.
ARS de zone	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui logistique de l'engagement des renforts.

ANNEXES : OUTILS MÉTHODOLOGIQUES ET OPÉRATIONNELS

ANNEXE 1 : PRÉPARATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

OBJECTIFS FIXES PAR PLANS ORSAN

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DES 5 VOLETS SPÉCIFIQUES

ÉLABORATION DU PLAN DE FORMATION DU PERSONNEL HOSPITALIER

OBJECTIFS FIXÉS DANS ORSAN PAR CATÉGORIE DE RISQUE

Les critères suivants sont fournis à titre indicatif pour assurer le classement mais ce dernier a vocation à tenir compte des spécificités de l'offre de soins régionale dans une logique d'optimisation des parcours de soins des patients.

	Volet ORSAN	ORSAN AMAVI	ORSAN NRC
Etablissements de « première ligne »	Capacités requises	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit des établissements de santé disposant d'une autorisation de structure des urgences, d'un plateau technique chirurgical (prise en charge H24) et d'une structure de réanimation en mesure d'accueillir et de traiter les urgences absolues et relatives. 	<p>Il s'agit des établissements disposant d'une autorisation de structure des urgences, d'un plateau technique médico-chirurgical, d'une structure de soins continus et/ou de réanimation, en mesure d'accueillir et de prendre en charge les urgences absolues et relatives en relation avec un agent N, R ou C. Doivent également être considérés comme établissements de première ligne les établissements situés à proximité d'un site présentant des risques spécifiques.</p>
	Capacités supplémentaires requises pour les établissements « experts »	<ul style="list-style-type: none"> Les établissements « experts » disposent en outre d'un plateau technique hautement spécialisé (centre de traumatologie, réanimation, chirurgie cardio-thoracique, neurochirurgie, chirurgie et réanimation pédiatrique, centre de traitement des brûlés) 	<p>Les ESR (établissements experts) disposent en outre d'un plateau technique hautement spécialisé, et d'une capacité d'expertise NRC et de projection de personnel et matériel de décontamination approfondie.</p>
	Effets à obtenir	<ul style="list-style-type: none"> Accueillir et prendre en charge des blessés (UA et UR) régulés par le SAMU voire un afflux de blessés se présentant spontanément (non régulés) ; Assurer, en tant que de besoin pour les blessés le nécessitant, une prise en charge intégrant le recours au damage control chirurgical et la stabilisation des patients avant leur transfert éventuel vers un autre établissement chargé de la prise en charge chirurgicale complète. 	<ul style="list-style-type: none"> Détecter par l'interrogatoire un événement inhabituel de nature NRC Protéger son infrastructure, son personnel, les patients et visiteurs en procédant à la fermeture et à la sécurisation des accès Assurer l'orientation des personnes se présentant à l'entrée de l'établissement vers une zone prédéfinie et leur permettre de réaliser de façon autonome une décontamination d'urgence Réaliser la décontamination approfondie des victimes valides (après une décontamination d'urgence) et, le cas échéant, non valides se présentant spontanément selon les objectifs définis par l'ARS pendant au moins 2 heures Assurer la prise en charge médicale des victimes notamment celles en urgence absolue.
	Effets à obtenir» supplémentaires requis pour les établissements « experts »	<ul style="list-style-type: none"> Assurer une prise en charge spécialisée pour les patients qui le nécessitent 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge de patients en urgence absolue évacuée des lieux de l'événement après régulation médicale par le SAMU territorialement compétent, sans décontamination approfondie mais préalablement déshabillée (afin de réaliser une décontamination approfondie avec médicalisation continue et le cas échéant, le transfert rapide au bloc opératoire) ; Etre en capacité de prendre en charge de façon concomitante plusieurs victimes non valides contaminées avec médicalisation continue ; Assurer la mise en œuvre de techniques spécialisées de décontamination approfondie hospitalière ;

Volet ORSAN		ORSAN AMAVI	ORSAN NRC
Etablissements de « deuxième ligne »	Capacités requises	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit des établissements de santé disposant d'un plateau technique sans structure d'accueil des urgences. Ces établissements mobilisables en seconde intention, contribuent à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne. 	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit des établissements de santé disposant d'un plateau technique sans structure d'accueil des urgences. Ces établissements mobilisables en seconde intention, contribuent à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne.
	Effets à obtenir	<ul style="list-style-type: none"> Accueillir et prendre en charge un nombre important de blessés non régulés avant éventuellement leur transfert vers des établissements spécialisés ; Assurer la prise en charge de patients «conventionnels» transférés depuis les établissements de première ligne. 	<ul style="list-style-type: none"> Détecter par l'interrogatoire un événement inhabituel de nature NRC Protéger son infrastructure, son personnel, les patients et visiteurs en procédant à la fermeture et à la sécurisation des accès Assurer l'orientation des personnes se présentant à l'entrée de l'établissement vers une zone prédéfinie et leur permettre de réaliser de façon autonome une décontamination d'urgence Assurer la prise en charge en fonction de leur plateau technique, de patients nécessitant des soins après décontamination approfondie (ex. patients intoxiqués nécessitant une prise en charge en réanimation).

	Volet ORSAN	ORSAN REB	ORSAN EPI-CLIM	ORSAN MEDICO-PSY
Etablissements de « première ligne »	Capacités de l'établissement requises	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit des établissements disposant d'une autorisation de structure des urgences, et d'une unité d'infectiologie avec une capacité d'isolement des patients. Les établissements de première ligne sont en capacités de prendre en charge des patients infectés par des agents biologiques de classe 1, 2 ou 3 (selon la classification proposée dans l'arrêté du 18 juillet 1994 fixant la liste des agents biologiques pathogènes). 	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit des établissements disposant d'une capacité d'accueil H24 	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit des établissements siège d'une structure des urgences disposant d'une cellule d'urgence médico-psychologique départemental.
	Capacités supplémentaires requises pour les établissements « experts »	<ul style="list-style-type: none"> Les ESR (établissements experts) disposent en outre d'un plateau technique spécialisé en mesure d'accueillir et de traiter les patients présentant une maladie infectieuse hautement transmissible, d'une unité de réanimation et de pédiatrie et d'un laboratoire en capacité de réaliser le diagnostic microbiologique et la biologie courante des patients malades (y compris les patients infectés par des agents de type 4). 		<ul style="list-style-type: none"> Les établissements experts sont ceux disposant d'une cellule d'urgence médico-psychologique régionale.
	Effets à obtenir (objectifs à atteindre)	<ul style="list-style-type: none"> Accueillir et détecter les cas suspects Mettre en œuvre des mesures d'isolement Mettre en œuvre les mesures barrières requises, et assurer leur prise en charge diagnostique et thérapeutique (cas confirmés de classe 1,2 ou 3) Organiser le cas échéant le transfert du patient vers un établissement expert. Organiser la prise en charge adaptée de patients contaminés en phase épidémique (mise en place de secteurs dédiés, etc.)» 	<ul style="list-style-type: none"> Gérer l'aval des urgences en adaptant les capacités d'hospitalisation dans les services de médecine polyvalente et de gériatrie et dans les services spécialisés infectiologie) Assurer la prise en charge de patients présentant des signes de gravité (USC, réanimation) Dans un contexte épidémique, mettre en œuvre les mesures d'isolement adéquates pour éviter la contagion» 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge médico-psychologique des blessés et des proches notamment en déployant un poste d'urgence médico-psychologique hospitalier Organiser les relais de prise en charge des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS
	Effets à obtenir supplémentaires requis pour les établissements « experts »	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge complète des patients confirmés en mettant en œuvre les mesures d'isolement adéquates pour éviter des transferts de contamination. 		<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser les renforts médico-psychologiques de la région au bénéfice du territoire impacté par l'évènement Organiser l'appui à la prise en charge médico-psychologique d'un établissement de santé en déployant, le cas échéant, un poste d'urgence médico-psychologique Renforcer les relais de prise en charge au-delà des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS

Volet ORSAN		ORSAN REB	ORSAN EPI-CLIM	ORSAN MEDICO-PSY
Etablissements de « deuxième ligne »	Capacités requises	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit des établissements mobilisables en seconde intention ou en mesure de contribuer en phase épidémique à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne. 	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit des établissements ne disposant pas d'une capacité d'accueil H24 	<ul style="list-style-type: none"> Disposer d'une filière de prise en charge en santé mentale
	Effets à obtenir	<ul style="list-style-type: none"> Accueillir et détecter les cas suspects Mettre en œuvre des mesures d'isolement Prendre en charge les patients qui ne sont plus contagieux en post maladie transférés depuis un établissement de première ligne. 	<ul style="list-style-type: none"> Gérer l'aval des urgences en adaptant les capacités d'hospitalisation dans les services de médecine polyvalente et de gériatrie et dans les services spécialisés infectiologie) Assurer la prise en charge de patients présentant des signes de gravité (USC, réanimation) 	<ul style="list-style-type: none"> Accueillir et de prendre en charge des blessés psychiques et des proches en initiant, en tant que besoin, une prise en charge médico-psychologique. Assurer les relais de prise en charge au-delà des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS dans le cadre du projet territorial de santé mentale

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DES PLANS

Les différents volets ci-dessous peuvent se structurer selon la forme suivant :

MESURES D'ORDRE GÉNÉRALES ET TRANSVERSALES À TOUS LES DISPOSITIFS :

- La chaîne d'alerte ;
- Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;
- Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
- Des modalités adaptées et graduées d'adaptation des capacités et de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'orientation des patients ;
- Les modalités de communication interne et externe ;
- Un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
- Un plan de sécurisation et de confinement de l'établissement ;
- Un plan d'évacuation de l'établissement ;
- Des mesures spécifiques pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, notamment les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ;
- Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES À CHAQUE VOLET ORSAN

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU VOLET AMAVI

OBJECTIFS ET ENJEUX

L'objectif pour l'établissement consiste à définir l'organisation des soins à mettre en œuvre pour faire face à un événement entraînant la prise en charge simultanée de nombreux blessés (accident collectif, catastrophe naturelle, attentat, incendie, conflit armé potentiellement de haute intensité ...). L'établissement doit être en mesure d'apporter une réponse adaptée à l'événement tout en garantissant la continuité et la qualité des soins des patients non directement impliqués, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires.

Lorsque les limites capacitaires de l'établissement sont dépassées ou lorsque l'établissement n'est pas en mesure de dispenser les soins nécessaires, des transferts peuvent être organisés dans le cadre des parcours de soins définis par le plan AMAVI du dispositif ORSAN soit au sein d'un même GHT, soit dans la région ou en interrégional.



RAPPEL DES CAPACITES REQUISES EN FONCTION DE LA PLACE ATTRIBUÉE DANS ORSAN AMAVI

Chaque établissement répond à des objectifs d'accueil et de prise en charge définis dans le plan ORSAN AMAVI en fonction de sa classification.

Les critères suivants sont fournis à titre indicatif pour assurer le classement mais ce dernier a vocation à tenir compte des spécificités de l'offre de soins régionale dans une logique d'optimisation des parcours de soins des patients.

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements de santé disposant d'une structure d'accueil des urgences H24 et d'un plateau technique chirurgical activable en urgence. Les établissements « experts » notamment l'ESRR AMAVI disposent en outre d'un plateau technique hautement spécialisé pour les patients nécessitant une prise en charge spécifique (centre de traumatologie, soins critiques, chirurgie cardio-thoracique, neurochirurgie, chirurgie et soins critiques pédiatrique, centre de traitement des brûlés, etc.) dans une logique de filière spécialisée.

Les établissements de première ligne doivent être en capacité :

- D'accueillir et de prendre en charge des blessés (UA et UR) régulés par le SAMU voire un afflux de blessés se présentant spontanément (non régulés) ;
- D'assurer, en tant que de besoin pour les blessés le nécessitant, une prise en charge intégrant le recours au damage control chirurgical et la stabilisation des patients avant leur transfert éventuel vers un autre établissement chargé de la prise en charge chirurgicale complète ;

Établissements de deuxième ligne

Il s'agit des établissements de santé disposant d'un plateau technique sans structure des urgences. Ces établissements mobilisables en seconde intention, contribuent à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne.

Les établissements de deuxième ligne doivent être en capacité :

- D'accueillir et prendre en charge un nombre important de blessés non régulés avant éventuellement leur transfert vers des établissements spécialisés ;
- D'assurer la prise en charge de patients "conventionnels" transférés depuis les établissements de première ligne voire experts.

Établissement de troisième ligne et réponse minimale attendue pour chaque établissement

Il s'agit des établissements de santé non identifiés dans les plans opérationnels de réponse comme établissements de première ou de deuxième ligne. Ces établissements, mobilisables en troisième intention, contribuent à l'augmentation de la capacité d'accueil des établissements de première et de deuxième ligne.

Les établissements de troisième ligne doivent être en capacité :

- D'accueillir et prendre en charge des blessés se présentant spontanément, avant que ceux-ci ne soient orientés vers les établissements adaptés à leur état de santé après régulation par le SAMU.

ÉLÉMENTS A INTEGRER DANS LE VOLET AMAVI

1. Les capacités de réponse de l'établissement et plus particulièrement

Les limites capacitaires en termes de prise en charge de blessés en UA et UR (à exprimer en patient pris en charge par heure) et les points de rupture (à transmettre à l'ARS) ;

Les capacités maximales de mobilisation des personnels et du matériel ;

Les capacités maximales de prise en charge chirurgicale urgente pour la prise en charge des UA en intégrant la réalisation du « damage control réanimatoire et chirurgical » (flux de patients pouvant être pris en charge) et d'accueil post-opératoire pour les établissements disposant des capacités pour réaliser les techniques de « damage control chirurgical ». **Il est à noter que pour la réalisation du « damage control » chirurgical, la saturation de la capacité d'accueil en unité de surveillance post-interventionnelle ne doit pas être un facteur limitant, des transferts pouvant être envisagés après stabilisation chirurgicale ;**

La méthodologie d'élaboration du capacitaire AMAVI et les spécificités de l'accueil massif de militaires blessés dans les établissements de santé civils font l'objet d'une fiche technique en annexe 3. En complément un système d'information (SI-ORSAN), fondé sur la doctrine d'évaluation du capacitaire ORSAN est mis à la disposition des ARS, SAMU et établissements de santé pour étayer la planification régionale de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (dispositif ORSAN) et en déclinaison, celle des établissements de santé en fonction de leur positionnement (première ligne, deuxième ligne, troisième ligne). Le SI-ORSAN permet de disposer d'un « tableau de bord » identifiant les capacités d'accueil dans les établissements de santé estimée à T0 (capacités ORSAN AMAVI consolidées dans les plans régionaux par les ARS), puis mises à jour en temps réel avec la montée en puissance des établissements (enquête flash aux établissements et décompte des orientations) pour faciliter l'orientation des patients par le médecin régulateur du SAMU (places disponibles selon le délai d'arrivée du patient, le plateau technique de l'établissement de santé, filière bloc/urgence adulte/enfant jour/nuit-WE, places restantes)

Le **recensement des moyens humains et matériels de l'IML** pour les établissements siège d'un IML. Pour conduire ce recensement, l'établissement pourra s'appuyer sur la fiche de gestion des décès massifs, qui figure en annexe 4.

Les procédures et actions mises en place pour répondre au risque AMAVI

- **Les procédures de mobilisation et de rappel des personnels ;**
- **L'identification des personnes ressources internes à l'établissement** (listing et coordonnées) ;
- **Les procédures relatives à l'accueil massif de victimes, au tri médico-chirurgical des blessés et à leur orientation** en fonction de leur gravité et des priorités de prise en charge (pour les établissements sièges d'une structure d'accueil des urgences) ;
- **L'organisation de la prise en charge chirurgicale** en urgence des blessés reposant notamment sur la mobilisation des équipes des blocs opératoires (avec mise en œuvre en tant que de besoin du « damage control chirurgical ») ;
- **Les procédures de gestion des flux de patients notamment post chirurgicaux** incluant les **modalités de libération en urgence de lits**, en particulier en réanimation ;
- **L'organisation des transferts secondaires de patients** élaborée en lien avec le SAMU territorialement compétent et l'ARS ; *Pour déterminer les conditions et les modalités de gestion des évacuations de patients, il convient de s'interroger sur les points suivants :*
 - *Pour quels types de patients ;*

- *Auprès de quels établissements de santé;*
- *Avec quels types de transports (médicalisés ou non) ;*
- *Quelle communication entre les établissements de santé « adresseur » et « receveur ».*

- Les **moyens de transport** de patients pouvant être mis à disposition (moyens des établissements de santé, de la sécurité civile, des associations agréées de sécurité civile, des transporteurs sanitaires privés, d'autres moyens public ou privés mobilisés par le préfet ou le cas échéant, par le CORRUSS-CCS, ...);
- Les **circuits d'accueil et de prise en charge médico-psychologique des familles et proches de victimes** admises dans l'établissement ; les établissements doivent prévoir la possibilité d'aménager leurs locaux ou de recourir à des locaux supplémentaires, accessibles et équipés notamment pour installer un poste d'urgence médico-psychologique (annexe 1 méthodologie d'élaboration du volet MEDICO-PSY) ;
- Les **modalités de renforcement de la cellule d'identitovigilance** (identification des victimes à leur entrée dans le système de soins et tout au long de leur parcours) ;
- Les **procédures pour la gestion et l'approvisionnement en dispositifs médicaux et chirurgicaux**. *Cela impose de mener une réflexion sur les capacités de reconstitution et de stérilisation du matériel chirurgical et des dispositifs réutilisables ;*
- Les **mesures de protection** à mettre en place en cas d'afflux massif de patients (intégrées dans le PSE) ;
- Les **actions de formation à la mise en œuvre du volet AMAVI du plan blanc notamment aux techniques de « damage control »** des équipes médico-chirurgicales hospitalières ;
- Le **dispositif de prise en charge médico-psychologique des blessés hospitalisés et des équipes impliquées ;**
- **L'organisation du parcours de soins et de réinsertion des blessés graves**. La prise en charge des blessés graves notamment en cas d'événement collectif (accidents collectif, attentats, catastrophes) s'inscrit dans un parcours global qui impose d'intégrer les soins et la réhabilitation. Elle nécessite la mise en place d'une coordination multidisciplinaire d'acteurs médicaux et institutionnels pour contribuer à l'amélioration du parcours de soins des blessés dans une logique globale, dès sa prise en charge initiale, afin de faciliter leur réinsertion (ex. cellule de réadaptation et de réinsertion des blessés).
- **La préservation des droits des victimes** doit aussi être une préoccupation permanente des professionnels de santé, la qualité de leurs constatations certifiées étant essentielle pour la reconnaissance des préjudices subis par les victimes. Lors de la sortie du patient, les établissements de santé doivent aussi organiser la liaison avec les médecins traitants des patients hospitalisés, mais aussi avec les structures de soins spécialisées en cas de nécessité d'une prise en charge médico-psychologique durable. Les associations d'aide aux victimes peuvent, le cas échéant, intervenir en relais pour préparer l'après hospitalisation et proposer un suivi global : juridique, social, psychologique.
- **Organisation d'un retour d'expérience en post crise ;**
- En post-crise, **mise en place d'une cellule de prise en charge médico-psychologique aux personnels impliqués dans la gestion de la crise.**

ROLE DE L'ARS

En amont de la crise :

L'ARS s'assure de la prise en compte des objectifs opérationnels de prise en charge assignés à chaque établissement de santé de première et de deuxième ligne dans le cadre du contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et dans leurs plans respectifs de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;

En phase d'alerte :

Alerte des établissements de santé de deuxième ligne ;

Point de situation avec le SAMU pour disposer de la première évaluation

Alerte de l'EFS (local/régional) ;

Point de situation avec l'ARS de zone : anticipation des besoins de renfort ;

Déclenchement d'un événement SIVIC (si non encore fait par la SAMU) ;

En phase de conduite de crise :

Assurer la conduite de crise ;

S'assurer de la mobilisation effective des établissements de santé de première ligne et le cas échéant, de deuxième ligne ;

Assurer la coordination et le suivi de la réponse des établissements de santé en particulier le suivi des victimes (SIVIC) ;

Mobiliser les moyens nécessaires à la prise en charge des blessés au bénéfice des établissements de santé impactés ;

Coordonner en appui des établissements de santé, leur mise en sécurité en lien avec le préfet et les forces de sécurité intérieure ;

Solliciter le cas échéant, des moyens de renfort auprès de l'ARS de zone ;

Organiser d'une conférence téléphonique avec les établissements de santé impactés, SAMU et CUMP pour identifier les points de rupture dans l'offre de soins ;

En phase de post-crise :

Assurer le suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SIVIC) ;

Assurer la coordination de la mise en œuvre des mesures médico-sociale de prise en charge et de réhabilitation des blessés (CLAV) ;

Organiser en lien avec la CUMP régionale, en appui des structures de soins impactées, une offre de prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels ;

Organiser un retour d'expérience avec les différents acteurs mobilisés (SAMU, SMUR, établissements de santé) et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations.

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU VOLET MEDICO-PSY

OBJECTIFS ET ENJEUX

Le dispositif de l'urgence médico-psychologique est institué au profit des victimes de catastrophes, d'accidents impliquant un grand nombre de victimes, ou d'événements susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent. Il doit être adapté au nombre de victimes à prendre en charge. L'objectif consiste donc à définir l'organisation des soins d'urgence médico-psychologique en réponse à un événement entraînant la prise en charge de nombreuses victimes.

L'enjeu pour les établissements de santé est d'être en mesure d'accueillir, d'initier et, le cas échéant, d'assurer la prise en charge médico-psychologique des personnes blessées mais aussi de leurs proches dans le cadre du volet médico-psychologique du dispositif ORSAN.

Le volet MEDICO-PSY peut intervenir en complément des autres volets (AMAVI, EPI-CLIM, REB et NRC), afin de prendre en charge les victimes et les proches des victimes d'une situation sanitaire exceptionnelle, mais également les professionnels ayant participé à la gestion de la crise.



RAPPEL DES CAPACITES REQUISES EN FONCTION DE LA PLACE ATTRIBUÉE DANS ORSAN MEDICO-PSY

Le plan ORSAN MÉDICO-PSY définit les capacités de réponse et de prise en charge de chaque catégories d'établissement.

Les critères suivants sont fournis à titre indicatif pour assurer le classement mais ce dernier a vocation à tenir compte des spécificités de l'offre de soins régionale dans une logique d'optimisation des parcours de soins des patients.

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements siège d'une structure des urgences disposant d'une cellule d'urgence médico-psychologique départemental. Les établissements experts sont ceux disposant d'une cellule d'urgence médico-psychologique régionale et/ou zonale. Les établissements de santé disposant d'une cellule d'urgence médico-psychologique renforcée font partie des établissements de santé de première ligne.

Les établissements de santé de première ligne doivent être en capacité :

- D'assurer la prise en charge médico-psychologique des blessés et des proches notamment en déployant un poste d'urgence médico-psychologique hospitalier ;
- D'organiser les relais de prise en charge des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS.

Les établissements de santé experts sièges de la CUMP régionale (ESRR MÉDICO-PSY) doivent en outre être en capacité :

- De mobiliser les renforts médico-psychologiques de la région au bénéfice du territoire impacté par l'événement ;
- D'organiser l'appui à la prise en charge médico-psychologique d'un établissement de santé en déployant, le cas échéant, un poste d'urgence médico-psychologique ;
- De renforcer les relais de prise en charge au-delà des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS ;
- D'organiser les relais de prise en charge des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS.

Établissements de deuxième ligne

Il s'agit des établissements disposant d'une filière de prise en charge en santé mentale

Les établissements de santé de deuxième ligne doivent être en capacité :

- D'assurer les relais de prise en charge au-delà des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS.

Établissement de troisième ligne et réponse minimale attendue pour chaque établissement

Il s'agit des établissements de santé non identifiés dans les plans opérationnels de réponse comme établissements de première ou de deuxième ligne. Ces établissements, mobilisables en

troisième intention, contribuent à l'augmentation de la capacité d'accueil des établissements de première et de deuxième ligne.

Les établissements de troisième ligne doivent être en capacité :

- Accueillir et prendre en charge des blessés psychiques et des proches en initiant, en tant que besoin, une prise en charge médico-psychologique.

ÉLÉMENTS A INTÉGRER DANS LE VOLET MÉDICO-PSY

1. Les capacités de réponse de l'établissement et plus particulièrement :

- Les effectifs de personnels et professionnels de santé spécialistes ou compétents en santé mentale au sein de l'établissement, notamment ceux formés pour participer au dispositif de l'urgence médico-psychologique ;
- Les capacités de mobilisation de professionnels susceptibles de participer aux activités de la CUMP départementale (pour les établissements sièges d'une CUMP) ;
- Les capacités de prise en charge ambulatoire et d'hospitalisation en cas de troubles psychiques post-traumatique graves.

2. Les procédures et actions mises en place pour répondre spécifiquement au risque MEDICO-PSY

- Les modalités de mobilisation des personnels compétents pour la prise en charge médico-psychologique des blessés et de leurs proches ;
- La coordination du volet MEDICO-PSY avec les autres volets du plan blanc ;
- La détermination de la localisation du poste d'urgence médico-psychologique hospitalier et son organisation, comprenant accès facile et identifié ;
- Prévoir un dispositif permettant de contacter la cellule de soutien ultérieurement ;
- Les modalités de mise en œuvre du suivi de la prise en charge médico-psychologique des victimes dans SIVIC ;
- Le suivi du taux d'occupation des lits dans l'unité de psychiatrie ;
- Les actions de formation envisagées pour les personnels susceptibles d'accueillir et/ou de prendre en charge des victimes de blessures psychiques en lien avec la CUMP ;

Et en outre pour les établissements sièges d'une CUMP départementale :

- La convention type entre l'établissement de santé et les établissements de rattachement des personnels et professionnels de santé spécialistes ou compétents en santé mentale volontaires pour intervenir au sein de la CUMP départementale ;
- Le schéma type d'intervention de la cellule d'urgence médico-psychologique en lien avec le psychiatre référent et le SAMU de rattachement ;
- Le circuit d'approvisionnement rapide en matériel équipant la CUMP ;
- En post-crise, organisation d'un retour d'expérience.

ROLE DE L'ARS

En phase d'alerte :

- Évaluation de la situation avec le SAMU ;
- Déclenchement du plan ORSAN MÉDICO-PSY, le cas échéant conjointement avec le plan ORSAN AMAVI ;
- Activation de la CRAPS dès réception de l'alerte du SAMU et/ou de la Préfecture ;
- Déclenchement d'un événement SIVIC (si non encore fait par la SAMU) ;
- Alerte du CORRUSS.

En phase de conduite de crise :

- Constitution effective de la CRAPS : conduite de crise ;
- Désigne le psychiatre coordinateur sur le territoire impacté et un adjoint administratif (cadre de l'ARS) pour constituer la cellule de coordination du dispositif médico-psychologique (CCMP) ;
- Premier point de situation avec les officiers de liaison ARS présent au SAMU et au COD si activé ;
- Alerte et mobilisation en tant que de besoin des établissements de santé de deuxième ligne ;
- Point de situation avec l'ARS de zone : anticipation des besoins de renfort ;
- Transmission au CORRUSS d'un premier point rapide de situation ;
- Participation à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUSS : ARS et SAMU.

En phase de post-crise :

- Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SIVIC) ;
- Coordination de la mise en œuvre des mesures médico-sociale de prise en charge et de réhabilitation des blessés (CLAV) ;
- Organisation en appui des structures de soins impactées avec la CUMP régionale d'une offre de prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels ;
- Organisation d'un retour d'expérience avec les différents acteurs mobilisés (SAMU, SMUR, établissements de santé) et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations.

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU VOLET EPI-CLIM

OBJECTIFS ET ENJEUX

Face aux conséquences sanitaires et sociales des épidémies saisonnières et de l'exposition aux phénomènes climatiques (canicules, grand froid) voire d'épisodes sévères de pollution atmosphérique ou de pollinisation, le système de santé doit être en mesure de garantir à la population une prise en charge adaptée. Le caractère souvent prévisible et la cinétique lente de ces phénomènes, permettent une mise en œuvre graduée et continue des mesures de gestion de l'événement selon l'analyse de la situation.

Les enjeux principaux pour les établissements portent sur l'adaptabilité de l'offre de soins pour faire face à une demande accrue de lits et de soins et sur la surveillance des patients vulnérables.

L'activation du volet EPI-CLIM doit s'appréhender en anticipation en amont des tensions (par exemple au moment de l'accélération de la circulation virale dans le cas d'une épidémie) pour préparer les acteurs de l'offre de soins hospitalière et de ville à une période de tensions à venir. L'objectif doit être de mettre en œuvre précocement des mesures de gestion des flux de patients : fluidification des parcours de soins et développement des filières de prise en charge des populations concernées (personnes âgées, enfants, ...) pour éviter les tensions.



RAPPEL DES CAPACITES REQUISES EN FONCTION DE LA PLACE ATTRIBUEE DANS ORSAN EPI-CLIM

Le plan ORSAN EPI-CLIM définit les capacités de réponse et de prise en charge de chaque catégories d'établissement.

Les critères suivants sont fournis à titre indicatif pour assurer le classement mais ce dernier a vocation à tenir compte des spécificités de l'offre de soins régionale dans une logique d'optimisation des parcours de soins des patients.

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements disposant d'une capacité d'accueil H24 adulte et idéalement pédiatrique pour les pathologies pédiatriques.

Les établissements de santé de première ligne doivent également :

- Mettre en œuvre les mesures d'isolement adéquates pour éviter la contagion dans le cadre d'un contexte épidémique

Établissements de deuxième ligne

Il s'agit des établissements ne disposant pas d'une capacité d'accueil H24 mais d'une capacité d'hospitalisation conventionnelle

Établissements de troisième ligne et réponse minimale attendue pour chaque établissement

Il s'agit des établissements de santé non identifiés dans les plans opérationnels de réponse comme établissements de première ou de deuxième ligne. Ces établissements, mobilisables en troisième intention, contribuent à l'augmentation de la capacité d'accueil des établissements de première et de deuxième ligne.

ÉLÉMENTS A INTÉGRER DANS LE VOLET EPI- CLIM

1. Les capacités de réponse de l'établissement et plus particulièrement :

- Les capacités d'hospitalisation dans les services suivants:
 - Service de médecine polyvalente ;
 - Service de gériatrie ;
 - Service de pédiatrie ;
 - Service de pneumologie ;
 - Service d'infectiologie ;
 - Services de soins critiques adulte, pédiatrique et néo-natale ;
 - Soins de suite et de réadaptation ;
 - Capacités de vaccination et de tests,
 - Capacités d'analyse pour les laboratoires des ESR R.

2. Les procédures et actions mises en place pour répondre spécifiquement au risque EPI-CLIM

- **Définition des seuils d'alerte** donnant lieu à la montée en puissance et à l'alerte de l'ARS ;
- **L'identification des personnes ressources internes à l'établissement** (listing et coordonnées) ;
- Les **modalités de suivi du taux d'occupation des lits** par spécialité, pour anticiper les phénomènes de tension notamment grâce au besoin journalier minimal en lits (BJML) ;
- Les **conventions types** entre :
 - **Les établissements de santé et les établissements médico-sociaux** pour permettre la prise en charge sociale des patients seuls, âgés et/ou handicapés ;
 - **Les établissements de santé et les structures d'hospitalisation à domicile (HAD)** pour favoriser le retour à domicile dans le cadre de la coordination entre le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles et le plan de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles des professionnels de santé de ville.
- Pour le risque infectieux, **les procédures de lutte contre la transmission d'agents infectieux** (mesures barrières) ;
- Le recensement des stocks de matériels disponibles susceptibles d'être utilisés pour répondre à un risque épidémique (EPI à port immédiat ou complet) ;
- Pour les phénomènes climatiques, **les mesures pour limiter l'impact de la chaleur** ;
- Les **actions de communication et de formation envisagées pour sensibiliser le personnel hospitalier** aux risques liés aux températures extrêmes (déshydratation, œdème, épuisement, syncope, hypothermie, etc.) ;
- **Inclure les filières gériatriques de coopérations** dans le cas où l'ES est un établissement hospitalier de proximité pour un ou plusieurs ESMS ;
- **Lors de la phase de montée en puissance ou du déclenchement du plan régional ORSAN EPI-CLIM par l'ARS, l'établissement veille à :**
 - Mise en place de la cellule de crise hospitalière (CCH) ;
 - Veille renforcée des indicateurs de tensions ;
 - Identification des capacités de prise en charge adultes et enfants (chambre individuelle, surveillance continue et réanimation, chambre d'isolement à pression négative) et des points de rupture ;
 - Mise en place des premières mesures de gestion prévues dans le « plan de mobilisation interne » niveau 1 (volet EPI-CLIM) : renforcement du dispositif de gestion des lits, adaptation des effectifs soignants, mis en place des mesures d'isolement pour le risque infectieux ;
 - Activation du niveau 2 « plan blanc » si les mesures de gestion mises en œuvre dans le cadre de l'activation du plan de mobilisation interne s'avèrent insuffisantes ;
 - Mobilisation de l'équipe opérationnelle d'hygiène en cas d'épidémie.
- **Organisation d'un retour d'expérience en post crise** ;
- **En post-crise, mise en place d'une cellule de soutien MEDICO-PSY aux personnels impliqués dans la gestion de la crise.**

Le guide de gestion des épisodes de tensions en établissement publié par la Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) en 2019 permet l'élaboration d'outils complémentaire au volet EPI-CLIM en permettant un focus opérationnel pour la mise en œuvre du plan de mobilisation interne dans le cadre du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles²¹.

ROLE DE L'ARS

En amont de la crise :

L'ARS s'assure de la prise en compte des objectifs opérationnels de prise en charge assignés à chaque établissement de santé de première et de deuxième ligne dans le cadre du contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et dans leurs plans respectifs de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;

En phase d'alerte :

- Assurer la coordination de la réponse et l'articulation entre les différents acteurs (hospitaliers, médico-sociaux et libéraux) ;
- Faciliter les transferts de patients entre les différentes structures ;
- Mobiliser les moyens nécessaires à la prise en charge des patients ;
- Organiser le cas échéant, des renforts en personnel (redéploiement, mobilisation de la réserve sanitaire) ;

En phase de conduite de crise :

- Conduite de crise ;
- Alerte et mobilisation en tant que de besoin des établissements de santé de deuxième ligne ;
- Surveillance épidémiologique renforcée en lien avec la CIRE ;
- Analyse des indicateurs sanitaires ;
- Coordination des mesures de gestion et articulation entre les différents acteurs (conférence téléphonique en tant que de besoin) ;
- Demande de mobilisation de renforts nationaux (réserve sanitaire) si l'offre de soins demeure insuffisante malgré les mesures mises en œuvre ;
- Poursuite du renforcement des mesures de lutte antivectorielle en cas d'arbovirose ;

En phase de post-crise :

Organisation du retour d'expérience interne et avec l'ensemble des partenaires mobilisés dans la gestion de crise et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations.

²¹ https://fedoru.fr/?jet_download=1744

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU VOLET REB

OBJECTIFS ET ENJEUX

L'apparition d'un risque épidémique et biologique émergent nécessite une surveillance renforcée et l'organisation d'une filière de prise en charge spécifique et sécurisée des patients, en liaison étroite avec les dispositifs de veille et de sécurité sanitaire.

L'objectif recherché est d'assurer à toutes les phases la prise en charge des patients atteints d'infection liée à des agents infectieux connus ou émergents (comprenant aussi les agents infectieux du bioterrorisme), notamment ceux présentant un risque épidémique, de même que la protection de l'établissement de santé et de ses professionnels mais aussi de la communauté (mesures de protection et de biosécurité). Il s'agit en premier lieu de retarder l'introduction d'un agent infectieux potentiellement émergent et le cas échéant, de limiter leur propagation en cas de transmission interhumaine de la maladie sur le territoire. Il s'agit, en réponse à la détection d'une menace à l'étranger ou sur le territoire national, d'enrayer rapidement un risque épidémique ou de ralentir son introduction sur le territoire en :

Identifiant rapidement les cas et leurs contacts selon une procédure préétablie permettant le tri, la prise en charge sécurisée et la confirmation diagnostique ;

Mettant en œuvre les mesures de prise en charge médicale éventuelles pour les personnes malades et les sujets contacts ou co-exposés ;

Limitant le risque de transmission au personnel soignant et aux autres patients hospitalisés en cas de maladie à contagiosité interhumaine par la mise en œuvre de mesures barrières et d'isolements.

En phase épidémique, il convient d'assurer la prise en charge de flux potentiellement importants de patients en soins critiques comme en soins conventionnels adultes et le cas échéant, pédiatriques : prise en charge des patients atteints par des formes sévères et graves dans les établissements de santé de référence régional REB (ESRR REB) et les établissements de santé de première ligne et le cas échéant, de deuxième ligne. La prise en charge des formes mineures et modérées est assurée en médecine de ville et la prise en charge de patients ne présentant pas de risque épidémique et biologique est assurée dans la mesure du possible par les établissements de troisième ligne. Cette action nécessite la montée en puissance du système de santé notamment des soins critiques et l'optimisation du parcours de soins des patients ainsi que la coordination des différents établissements de santé.

Le secteur hospitalier doit donc être mobilisé et le SAMU prévenu dès le début de l'émergence des premiers cas, pour en assurer la détection précoce et permettre de réaliser rapidement les investigations nécessaires à l'expertise épidémiologique. Cette surveillance permet également la mise en œuvre contrôlée des mesures d'isolement. L'ARS organise dans le cadre du volet REB du dispositif ORSAN, la prise en charge des patients suspects ou atteints de pathologies hautement contagieuses à transmission aérienne (Grippe, SRAS, MERS-CoV,...), ou à transmission par contact avec les liquides biologiques (fièvres hémorragiques virales,...) ou liées à des agents du bioterrorisme à potentiel épidémique (variole, peste pulmonaire) ou sans transmission interhumaine (charbon) dans les établissements les mieux

adaptés en tenant compte des critères cliniques et épidémiologiques (définition de cas) et des besoins de prise en charge spécifique. Dans la mesure du possible, la prise en charge doit être sécurisée dès le domicile grâce à la régulation médicale opérée par le SAMU et la classification du cas en lien avec l'infectiologue référent de l'ESRR, l'ARS et le cas échéant, l'ANSP.

Les établissements impliqués dans la prise en charge de patients suspects ou infectés peuvent recevoir, en tant que de besoin, un appui de l'ESRR (via le référent REB de l'établissement).

La préparation du volet REB, son co-pilotage, sa coordination et sa mise en œuvre impliquent l'infectiologue référent REB du SMIT de l'ESRR en lien avec l'ARS et la direction hospitalière ; accompagné par toute l'expertise nécessaire à la réalisation de ces objectifs (hygiène hospitalière, microbiologie, santé au travail, pédiatrie et réanimation).

En cas d'afflux massif de patients se présentant spontanément ou orienté par le SAMU dans l'ES, le volet REB peut être complété par le déclenchement du volet AMAVI.



RAPPEL DES CAPACITES REQUISES EN FONCTION DE LA PLACE ATTRIBUEE DANS ORSAN REB

Tous les établissements doivent être en capacité d'accueillir des patients suspects se présentant spontanément et de mettre en œuvre des mesures d'isolement et de prise en charge immédiate.

Les critères suivants sont fournis à titre indicatif pour assurer le classement mais ce dernier a vocation à tenir compte des spécificités de l'offre de soins régionale dans une logique d'optimisation des parcours de soins des patients.

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements disposant d'un accueil des urgences H24, d'une activité d'hospitalisation conventionnelle et de soins critiques avec une unité d'infectiologie avec une capacité d'isolement des patients. Les établissements de première ligne sont en capacité de prendre en charge des patients infectés par des agents biologiques du groupe 2 ou 3 (selon la classification proposée dans l'arrêté du 16 novembre 2021 fixant la liste des agents biologiques pathogènes²²).

Les établissements de santé de première ligne doivent être en capacité :

- D'accueillir et de détecter les patients cas suspects (activation du volet REB du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : procédures, information des personnels, EPI, ...);
- De mettre en œuvre les mesures barrières requises et assurer leur prise en charge diagnostique et thérapeutique ;
- D'évaluer et de classer les patients avec le SAMU et le secteur d'infectiologie de l'ESRR REB en lien avec l'ARS ;
- D'organiser le cas échéant, le transfert du patient vers un établissement expert (en particulier pour la prise en charge de patients infectés par certains agents infectieux du groupe 3 et tous ceux du groupe 4) en lien avec le SAMU ;
- D'organiser la prise en charge adaptée de patients contaminés en phase épidémique (mise en place de secteurs dédiés, etc.) ;
- D'organiser un retour d'expérience et l'élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations.

Les établissements de première ligne experts sont les établissements de santé de référence (ESRR et *a fortiori* ESRN). Ils doivent disposer des capacités suivantes :

- La disponibilité permanente d'un médecin infectiologue référent pour le risque épidémique et biologique afin d'assurer la prise en charge des patients et d'apporter une expertise aux établissements de santé de la région ;
- Une unité de soins dotée d'un nombre de chambres d'isolement à pression négative avec un sas d'entrée conforme aux objectifs quantifiés de prise en charge assignés par l'agence régionale de santé à l'établissement dans le cadre du plan « ORSAN REB », permettant d'assurer la prise en charge d'adultes et d'enfants atteints d'infection liée à un agent biologique pathogène du groupe 3 défini par l'arrêté du 16 novembre 2021 fixant la liste des agents biologiques pathogènes et nécessitant le cas échéant, des soins de réanimation,. L'établissement doit aussi être en capacité d'assurer la prise en charge initiale d'un patient « cas possible » d'infection liée à un agent biologique pathogène du groupe 4 du même arrêté, le temps de la confirmation ou de l'infirmité du diagnostic ;

²² <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044454319>

- Un laboratoire de biologie médicale d'un niveau de confinement L3 avec un poste de sécurité microbiologique de niveau 2 au minimum et une équipe de professionnels formés et habilités, en capacité d'assurer en permanence :
 - Le traitement des échantillons (prélèvements et transport) en vue du diagnostic microbiologique en lien avec les établissements de santé de référence nationaux pour le risque épidémique et biologique et les centres nationaux de référence ;
 - Les examens de biologie médicale nécessaires à la prise en charge des patients et le cas échéant, des examens de biologie médicale délocalisés pour les patients en chambre d'isolement ;
- Une organisation permettant d'assurer la réalisation des examens biologiques d'urgence strictement nécessaires à la prise en charge d'un patient cas possible d'une infection par un agent biologique pathogène du groupe 4, avant exclusion ou confirmation du diagnostic. Cette organisation prend en compte l'analyse des risques selon l'organisation locale, le type de dispositifs et les contraintes architecturales afin de permettre une prise en charge de ces échantillons pour examens d'urgence :
 - Soit en niveau de confinement L3 sous un poste de sécurité microbiologique de type 3 ;
 - Soit en niveau de confinement L3 sous un poste de sécurité microbiologique de type 2 avec des équipements de protection individuels adaptés et des pratiques de biosécurité renforcées ;
 - Soit dans la chambre d'isolement à pression négative du patient avec des équipements de protection individuels adaptés et des pratiques de biosécurité renforcées.
- Un centre de de dépistage et de vaccination des professionnels et des patients, susceptible d'assurer la mise en œuvre d'une vaccination exceptionnelle ;
- Une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des établissements de santé de la région, dans le cadre du plan « ORSAN REB » pour la prise en charge des patients ;
- Un stock d'équipements de protection individuels adaptés à la protection contre les agents biologiques pathogènes, permettant notamment de couvrir les besoins pour répondre aux objectifs quantifiés de prise en charge assignés par l'agence régionale de santé à l'établissement dans le cadre du plan « ORSAN REB » ou définis dans le contrat spécifique pour les hôpitaux des armées ;
- Une filière pour les déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) compatible avec les agents biologiques pathogènes infectieux responsables de l'infection.

La prise en charge des patients infectés (cas confirmés) est organisée sur le territoire en fonction de la nature de l'agent infectieux en cause :

- Les patients cas confirmés d'infection par un agent du groupe 3 présentant un risque important de transmission interhumaine et nécessitant des mesures d'isolement renforcées (ex. MERS-CoV) sont pris en charge au niveau régional dans les ESRR REB ;
- Les patients cas confirmés d'infection par un agent du groupe 4 sont pris en charge au niveau national dans les ESRN REB.

Les ESRN REB doivent en complément de leur capacités régionales :

- Apporter une expertise et un appui aux établissements de santé de référence régionaux pour le risque épidémique et biologique pour la prise en charge et l'aide au diagnostic d'un patient « cas possible » d'infection liée à un agent biologique pathogène du groupe 4 défini par l'arrêté du 16 novembre 2021 fixant la liste des agents biologiques pathogènes le temps de la confirmation ou de l'infirmité du diagnostic ;
- Assurer en permanence la prise en charge d'adultes et d'enfants atteints d'infection confirmée par un agent biologique pathogène du groupe 4 et nécessitant le cas échéant, des soins de réanimation ;
- S'assurer de la permanence du diagnostic microbiologique en lien avec les centres nationaux de référence concernés et assurer les examens de biologie médicale nécessaires à la prise en charge des patients atteints d'infection confirmée par un agent biologique pathogène du groupe 4 et le cas échéant, des examens de biologie délocalisés pour les patients en chambre d'isolement ;
- Disposer d'un stock d'équipements de protection individuels adaptés à la protection contre les agents biologiques pathogènes du groupe 3 et 4, permettant notamment de couvrir les besoins pour répondre aux objectifs quantifiés de prise en charge assignés par le ministère chargé de la santé ;
- Assurer la constitution et le maintien en condition opérationnelle permanente d'une composante territoriale de l'équipe nationale pour le risque épidémique et biologique en charge notamment :
 - D'assurer la prise en charge initiale et, au besoin, le transfert des patients « cas possible » ou « confirmé » d'infection par un agent biologique pathogène du groupe 4, en assurant une expertise sur la nature de l'agent, les premières investigations épidémiologiques et, au besoin, le transport des patients cas possibles ou confirmés vers un établissement de santé de référence nationaux pour le risque épidémique et biologique ;
 - De limiter la transmission de l'agent biologique pathogène par mobilisation des compétences épidémiologiques et d'hygiène adaptées ;
 - D'initier pour certains agents biologiques pathogènes, la vaccination des professionnels de santé et assimilés assurant la prise en charge des patients voire si nécessaire de vacciner d'autres professionnels.

Établissements de deuxième ligne

Il s'agit des établissements mobilisables en seconde intention ou en mesure de contribuer en phase épidémique à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne.

Les établissements de deuxième ligne doivent être en capacité de prendre en charge des patients atteints par des formes sévères pour permettre d'alléger les tensions hospitalières dans les établissements de santé de première ligne, ainsi que de prendre en charge les patients qui ne sont plus contagieux pour libérer des lits dans les établissements de santé de première ligne.

Les établissements de deuxième ligne doivent aussi être en capacité de prendre en charge des patients suspects pour les agents de type 3 et 4 se présentant spontanément dans l'établissement, et, le cas échéant, d'organiser le transfert vers l'ESRR ou à défaut vers l'établissement de santé de première ligne dont il dépend pour certains agents du groupe 3.

Les établissements de deuxième ligne doivent être en capacité de :

- Prendre en charge les patients qui ne sont plus contagieux transférés depuis un autre établissement (de première ligne) ;
- Accueillir et détecter les cas suspects en complément des établissements de santé de première ligne ;
- Mettre en œuvre des mesures d'isolement et de prise en charge des patients avec l'appui des établissements de santé de première ligne.

Établissement de troisième ligne et réponse minimale attendue pour chaque établissement

Il s'agit des établissements de santé non identifiés dans les plans opérationnels de réponse comme établissements de première ou de deuxième ligne. Ces établissements, mobilisables en troisième intention, contribuent à l'augmentation de la capacité d'accueil des établissements de première et de deuxième ligne.

Les établissements de troisième ligne doivent être en capacité :

- Accueillir et détecter les cas suspects non régulés ;
- Mettre en œuvre des mesures d'isolement, y compris aux urgences ;
- Prendre en charge les patients qui ne sont plus contagieux en post maladie transférés depuis un établissement de première ligne.

ÉLÉMENTS A INTEGRER DANS LE VOLET REB

1. Les capacités de réponse de l'établissement et plus particulièrement :

- Les capacités de prise en charge en identifiant notamment:
 - Le nombre de lits en chambre individuelle ;
 - Le nombre de lits en chambre d'isolement à pression négative dans les structures adultes et pédiatriques ;
 - Le nombre de lits de soins critiques (réanimation et soins intensifs) : adulte, pédiatrique, pédiatrique spécialisée permettant l'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) et la mise en œuvre de techniques d'épuration extrarénale ;
 - Les points de rupture des capacités de prise en charge.

2. Les procédures et actions mises en place pour répondre au risque REB

- **Les procédures de pré-alerte, d'alerte et de levée d'alerte** de l'événement à la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaire de l'ARS et à la régulation du SAMU de son département ;
- **Les procédures internes d'information** autour du risque biologique (instances de l'établissement et personnels hospitaliers) ;
- **Les procédures d'orientation et d'isolement des personnes se présentant spontanément à l'entrée de l'établissement ;**
- **Le circuit de prise en charge** intégrant notamment les lieux d'hospitalisation dédiés (zones d'isolement) et les mesures d'isolement adaptées (chambres à un lit, chambres à pression négative), le cas échéant, les mesures de désinfection ou de décontamination de la chambre ;

- **La coordination des volets REB et AMAVI**, en cas d'afflux massif de patients présentant des besoins de soins relevant du volet REB ;
- **Le circuit de transfert des patients** en privilégiant les circuits courts directement vers les services spécialisés ou services d'urgence préparés en lien avec le SAMU-centre 15 ;
- **Inclure les filières gériatriques de coopérations** dans le cas où l'ES est un établissement hospitalier de proximité pour un ou plusieurs ESMS ;
- **Le recensement des stocks de matériels disponibles** susceptibles d'être utilisés pour répondre à un risque biologique (contre-mesures, EPI, etc.) ;
- **L'identification des personnes ressources internes à l'établissement** (listing et coordonnées) ;
- **Les actions de sensibilisation/formation au risque biologique des personnels** de l'établissement, notamment les personnels en charge de la sécurité et de l'accueil (port des EPI à port immédiat ou complet, mesures renforcées d'hygiène, circuits des Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI), stratégies de vaccination pour le personnel et le public, etc.) **et les supports de formation** (fiches d'information sur les agents biologiques, sur les données clinico-épidémiologiques, etc.) ;
- **Les procédures d'habillage et de déshabillage des EPI complets;**
- **La gestion sécurisée des DASRI ;**
- **Le listing des personnes formées au port des EPI complets avec les tailles correspondantes** (listing à mettre à jour régulièrement et *a minima* annuellement) ;
- **Organisation d'un retour d'expérience en post crise ;**
- **Procédures de prise en charge des personnes décédées ;**
- **En post-crise, mise en place d'une cellule de soutien MEDICO-PSY aux personnels impliqués dans la gestion de la crise.**

ROLE DE L'ARS

En phase d'alerte :

- Diffusion de l'alerte aux SAMU, établissements de santé et ESMS, professionnels de santé du secteur de ville ;
- Rappel du parcours de soins REB et mobilisation des acteurs de la filière de prise en charge ;
- Pré activation des capacités des ressources humaines, des produits de santé et des capacités nécessaires à la prise en charge des patients ;
- Évaluation de l'impact de l'alerte avec la cellule d'intervention en région (CIRE).

En phase de conduite de crise :

- Suivi de la mise en œuvre de la réponse par les opérateurs de soins en particulier de l'opérationnalité de l'ESRR REB et des établissements de santé de première ligne ;
- Alerte et mobilisation en tant que de besoin des établissements de santé de deuxième ligne ;
- Participation à l'évaluation des patients avec le clinicien, le SAMU et l'infectiologue référent de l'ESRR REB (classement des cas) ;
- Alerte le CORRUSS des patients cas possibles ;
- Renfort de la structure autour de la plateforme de veille et d'urgence sanitaire (PVUS), par des personnels des différentes directions de l'ARS, selon les besoins identifiés ;
- Coordination et conduite des opérations de secours : renforcement des moyens humains disponibles afin de faire face à l'évènement et d'éviter une saturation du système de soin ;
- Recensement des besoins en réservistes sur le territoire de compétence (nombre, qualifications, lieu et durée de mobilisation). La demande de recours à la réserve sanitaire est adressée à l'ARS de zone ;
- Organisation de la prise en charge de personnes contacts et co-exposées.

En phase de post-crise :

- Levée de l'alerte et désactivation de la CRAPS. Le cas échéant, bascule sur le plan ORSAN EPI-CLIM dès lors maladie devient saisonnière, et donc contrôlée ;
- Organisation du retour d'expérience en collaboration avec tous les acteurs impliqués à l'échelon régional ;
- Rééquilibrage de l'offre de soin de la région (rattrapage de dépistage/consultation de suivi) :
plan d'action en lien avec les opérateurs de soins.

FOCUS SUR L'ÉQUIPE NATIONALE REB

L'équipe nationale REB reprend les attributions de la composante santé de l'équipe nationale variole élargies aux autres risques épidémique et biologique. Cette équipe est spécialisée et préparée à prendre en charge de manière sécurisée des patients « cas possibles » ou « confirmés » de maladie infectieuse hautement contagieuse. Elle constitue une force d'action rapide en cas de menace liée à un agent infectieux comportant un risque épidémique et biologique. Elle est positionnée dans les établissements de santé de référence nationaux REB (ESRN REB) et elle est composée de professionnels compétents pour prendre en charge des malades potentiellement infectés par un agent infectieux comportant un risque épidémique et biologique.

MISSIONS

L'équipe nationale REB a pour missions principales :

- D'assurer la prise en charge initiale et, au besoin, le transfert des patients « cas possible » ou « confirmé » d'infection par agent du groupe 4, en assurant une expertise sur la nature de l'agent, les premières investigations épidémiologiques et, au besoin, le transport des patients cas possibles ou confirmés vers un ESRN REB ;
- De limiter la transmission de l'agent infectieux par mobilisation des compétences épidémiologiques et d'hygiène adaptées ;
- D'initier pour certains agents infectieux (ex. variole, ...), la vaccination des professionnels de santé et assimilés assurant la prise en charge des patients voire si nécessaire de vacciner d'autres professionnels.

À ce titre, l'équipe nationale est en charge :

- Pour un cas possible d'infection REB :
 - D'assurer la prise en charge du patient ;
 - De confirmer ou d'infirmer cliniquement le diagnostic ;
 - De réaliser des prélèvements biologiques en articulation avec le CNR et, le cas échéant, leur transmettre les échantillons biologiques ;
 - D'initier l'enquête épidémiologique : recherche des cas-contacts, source d'exposition, modalités de transmission ;
 - De mettre en œuvre les mesures prophylactiques adaptées aux personnes contacts.
- Pour un cas confirmé, de :
 - D'assurer la prise en charge du patient ;
 - D'initier l'enquête épidémiologique : recherche des cas-contacts, source d'exposition, modalités de transmission ;
 - De mettre en œuvre les mesures prophylactiques adaptées aux personnes contacts ;
 - D'assurer le transport du ou des patients vers l'ESRN REB.

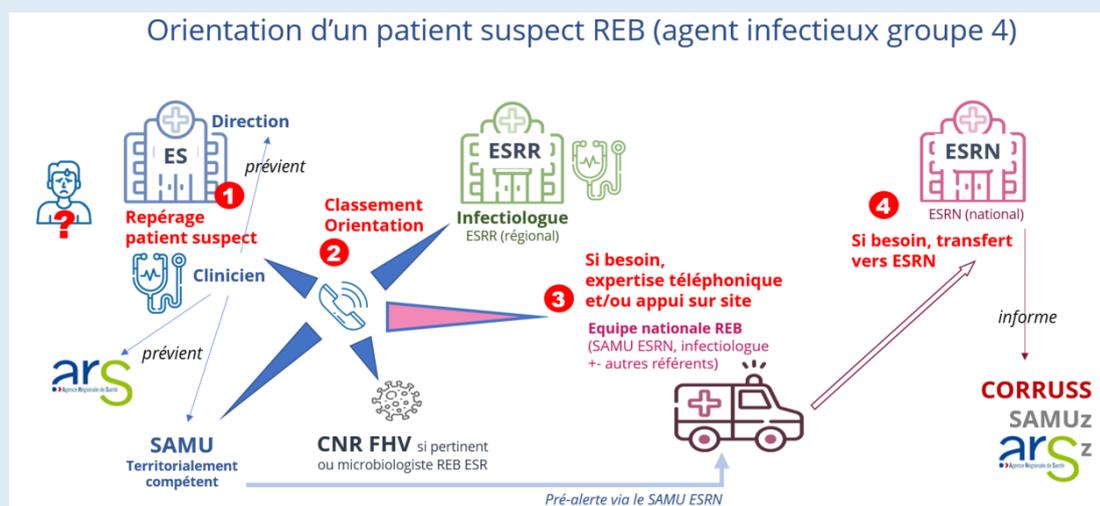
L'équipe nationale REB constitue en outre la composante de réponse rapide santé en cas de suspicion de cas de variole sur le territoire national. Elle est à ce titre spécialisée et préparée à prendre en charge des cas probables ou confirmés de variole. Il s'agit notamment pour ce qui relève de la variole :

- De confirmer ou d'infirmer cliniquement le diagnostic de variole ;
- De réaliser des prélèvements biologiques en articulation avec le centre national de référence pour les orthopoxvirus, et le cas échéant transmettre les échantillons biologiques au CNR ;
- D'assurer la prise en charge des cas probables ;
- D'investiguer autour des cas probables/confirmés (entourage des cas) ;
- De mettre en œuvre les mesures prophylactiques adaptées sur les cas contacts (vaccination post-exposition en anneaux autour des cas, isolement, ...) ;
- D'assurer le transport du ou des cas vers l'ESR en cas de confirmation biologique.

L'équipe nationale REB est mobilisable sur l'ensemble du territoire national (DOM inclus) et peut, le cas échéant et sous réserve de sa disponibilité, après accord bilatéral entre le gouvernement français et le pays concerné, être déployée à l'étranger.

ÉTAPES OPÉRATIONNELLES DE LA MOBILISATION DE L'ÉQUIPE NATIONALE REB

Le schéma suivant résume les différentes étapes de prise en charge du patient suspect / cas possible / confirmé depuis l'ES jusqu'à l'ESRN REB, avec les différents acteurs concernés.



COMPOSITION

Pour la composante « santé », l'équipe nationale est composée de professionnels de santé, civils et militaires, des établissements de santé issus des ESRN REB : infectiologues, épidémiologistes, microbiologistes, urgentistes, réanimateurs, infirmiers, aides-soignants, ambulanciers ou pilote de vecteur aériens, et en tant que de besoin, de santé publique France pour la composante épidémiologique et du centre national de référence concerné en particulier du centre national de référence des orthopoxvirus (CNR orthopoxvirus) en cas de suspicion de variole.

Les professionnels qui la composent sont compétents pour prendre en charge des malades à risque épidémique et biologique notamment ceux infectés par le virus de la variole. La liste de ces professionnels est établie par la direction de l'ESRN sur proposition des services concernés. Les professionnels extérieurs à l'ESRN REB (épidémiologistes de santé publique France, microbiologistes des CNR) sont mis à disposition de l'établissement de santé siège

de l'équipe nationale REB dans le cadre d'une convention. Cette équipe nationale peut être le cas échéant, renforcée par des professionnels de santé des ESR régionaux.

La liste des professionnels composant l'équipe nationale REB est établie en tenant compte notamment des capacités de port des EPI en effort soutenu et prolongé. Ces professionnels bénéficient de la protection vaccinale requises pour les professionnels de santé complétée par une vaccination contre la variole, Ébola, et le cas échéant, d'autres agents infectieux en fonction des recommandations existantes.

En cas de mobilisation les membres de l'équipe nationale REB bénéficient des dispositions de l'article L. 3133-6 du code de la santé publique.

L'équipe nationale REB inclut un « superviseur REB » dont les missions et le profil sont les suivants :

- Missions : disponible pour vérifier l'habillage au départ, matériel qui équipe le vecteur, accompagne également l'EN REB en VL avec l'hygiéniste et/ou l'infectiologue, vérifie la sécurité du parcours patient, est présent à toutes les étapes de la prise en charge du patient, se met en contact avec le superviseur du service d'accueil de l'ESRN, supervise le déshabillage de l'équipe et la désinfection du vecteur, tient la traçabilité des personnels et du circuit emprunté, des équipements utilisés, est en contact permanent avec l'équipe qui effectue le transport. Il peut également, avec l'infectiologue de l'EN REB, être conseiller pour l'établissement de départ en terme de procédures de désinfection, et de gestion des matériels et des déchets une fois le patient transféré.
- Profil : le superviseur REB est identifié / formé en lien étroit avec le reste de l'équipe nationale REB. Il travaille en proximité avec les logisticiens / aides-soignants en charge des équipements REB. Il participe aux exercices entraînements REB locaux / zonaux. Il participe à l'écriture et à la mise en œuvre des procédures REB du service.

ORGANISATION

L'équipe nationale REB (EN REB) est prépositionnée au sein des ESRN REB et assure H24 la couverture d'une partie du territoire national métropolitain. Un dispositif d'appui mutuel entre les composantes territoriales de l'EN REB est assurée par les SAMU qui en sont le siège.

Les modalités d'astreinte de l'équipe nationale REB : astreinte opérationnelle définie par le niveau d'alerte nationale (nombre et qualité des professionnels mobilisés).

FORMATION

Les membres de l'équipe nationale REB sont formés et entraînés :

- Ils sont titulaires a minima de l'AFGSU SSE module REB en ESR ;
- Ils participent à une formation initiale et continue nationale ;
- Ils bénéficient d'exercices et/ou entraînements annuels communs, par exemple sur le site du CNCMFE-NRBC, ou en CEZ, ou en centre de simulation ;
- Les entraînements comprennent notamment :
 - La manipulation des dispositifs d'isolement de transports de type isolateur de brancard, caisson de transport en milieu protégé ;
 - L'utilisation des automates de biologie délocalisée sous tente ;

→ Et de tout autre dispositif spécifique à disposition de l'EN REB.

- Ils effectuent des entraînements « habillage-déshabillage » sur site, tous les 3 à 6 mois ;
- En fonction du niveau d'alerte, l'EN REB est en capacité d'augmenter rapidement les fréquences d'entraînements ;
- La direction de l'ESRN REB s'assure de l'accès des membres de l'EN REB aux formations requises qui sont systématiquement inscrites au plan de formation de l'établissement.

MOBILISATION

L'équipe nationale REB constitue la composante de réponse rapide dans le cas où un établissement de santé n'est pas en mesure d'assurer en toute sécurité la gestion d'une situation REB liée à un agent infectieux de groupe 4, sur le territoire national. Pour le transport des patients cas confirmés d'infection par un agent infectieux du groupe 4 vers un ESRN REB, le SAMU de l'ESRN REB informe le centre opérationnel du ministère de la santé de la mobilisation de l'équipe nationale.

En cas d'événement de nature biologique notamment lié à une suspicion de variole, l'activation de la composante « santé » de l'équipe nationale REB sera décidée par le ministère en charge de la santé.

En ce qui concerne l'EN REB, chaque ESRN REB a pour rôle via son SAMU :

- En phase d'alerte : la mise en alerte de l'EN REB ;
- En phase de montée en puissance : l'organisation de la régulation médicale et le transport des patients cas possibles ou confirmés d'infection par agent infectieux du groupe 4 depuis l'établissement de santé de présentation spontanée du patient ou de l'ESRR) vers un des ESRN REB (mobilisation de l'équipe nationale REB) ;
- En phase de conduite de crise : la régulation médicale et le transport des patients cas confirmés d'infection par agent infectieux du groupe 4 vers un des ESRN REB (mobilisation de l'équipe nationale REB).

Chaque mobilisation de l'EN REB fait l'objet d'un retour d'expérience systématique avec tous les acteurs ayant participé à l'évènement, et/puis avec les autres membres de l'EN REB, tous sites confondus.

L'ESRN REB s'assure par ailleurs du suivi de la formation des membres de l'EN REB, du stockage et de l'entretien du matériel et des équipements de protection individuelle, ...

BESOINS LOGISTIQUES & TRANSMISSIONS

Tenues et équipements de protection individuelle (EPI)

- Protections REB renforcées = EPI catégorie III type 3B + tablier, APR type FFP2, double paire de gants, lunettes ou masque facial, charlotte, sur-chaussures ;
- Les tenues complètes sont adaptées en nombre et en taille aux personnels habilités de l'EN REB du site, en prévoyant des tenues supplémentaires pour des spécialistes non référencés qui pourraient se joindre à la mission.

Dispositifs médicaux - consommables :

L'équipement habituel SMUR est requis, sont précisés dans la liste suivante les spécificités ou ajouts pour l'EN REB :

- Bouteilles O₂ agréées aéronautiques ;
- Vidéolaryngoscope en cas de nécessité d'intubation d'urgence en EPI ;
- Échographe de transport ;
- Moniteur de surveillance multiparamétrique ;
- Matériel de biologie délocalisée : automates type i STAT, pour possibilité de réaliser des examens biologiques courants (NFS-plaquettes, ionogramme, créatinine, glycémie, TDR paludisme et/ou frottis sanguin), tente ou boîtier d'isolation portatif de protection. Discuter les outils diagnostics type tests rapides SARS-CoV2. Il est à noter que pour la bonne utilisation de ces matériels pendant le transport, le dispositif nécessite d'être fixé sur une surface de travail plane et stable de 60 x 80 cm (possible dans certains avions seulement, ou dans l'ES de départ) ;
- Matériel de prélèvements et de transport compatibles avec les normes répondant à la catégorie A de transport des matières infectieuses (N°ONU 2814) ;
- Matériel de désinfection, de gestion des DASRI et des excréta ;

Le matériel et les consommables doivent être tenus à disposition sur chaque site d'ESRN REB. Leur entretien, vérification et maintenance sont assurés et tracés.

Brancard et isolateur

- Un caisson de transport à pression négative est recommandé. Il permet la prise en charge d'un patient conscient et/ou intubé-ventilé. La possibilité de prise en charge de patients de grande taille, en situation d'obésité, ou d'un petit enfant, aura été anticipée. Des manchettes de travail permettront d'intervenir à tout moment. La gestion des excréta est anticipée.
- La compatibilité avec les différents vecteurs de transport aura été testée.

La mise à disposition de vecteurs de transport terrestre et aérien est indispensable à la mobilisation de l'équipe nationale REB. Elle doit être connue et anticipée en vue d'adapter le matériel de soin et de transport de l'équipe nationale REB, et adaptée selon l'agent pathogène :

- Possibilité 1 : durée de transport < 2 heures et milieu non insulaire = terrestre
- Possibilité 2 : durée de transport > 2 heures, ou milieu insulaire = aérien

La gestion des vecteurs de transports et leurs disponibilités peut aussi être source de contraintes logistiques : la capacité d'intervention est dépendante des vecteurs terrestres et/ou aériens mis à disposition. En tant que de besoin les moyens, le CORUSS-CCS mobilise les vecteurs nécessaires à la mission, avec le cas échéant, l'appui des ministères compétents.

Éligibilité au transport

L'éligibilité au transport est systématiquement évaluée sur la base des recommandations des sociétés savantes concernées.

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU VOLET NRC

OBJECTIFS ET ENJEUX

La préparation de la réponse sanitaire en cas de survenue d'un événement accidentel ou intentionnel de type nucléaire (explosion ou attaque d'une installation nucléaire par ex.), radiologique (dispersion ou explosion de matière radioactives de type « bombe sale ») ou chimique (dispersion de produits toxiques) provoquant de nombreuses victimes s'organise dans une logique régionale en s'appuyant sur l'expertise des ESRR NR et C.

Les ARS identifient dans le volet ORSAN-NRC, la place et le rôle de chaque établissement dans la prise en charge de ces patients, en fonction de leur plateau technique, de la présence éventuelle d'une structure d'accueil des urgences, d'un SAMU et de sa proximité avec des risques identifiés, des sites sensibles ou des menaces identifiées.

Les victimes prises en charge par les secours sur le site de l'événement reçoivent des traitements d'urgence et une prise en charge le plus tôt possible. Conformément aux circulaires relatives à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques ou radioactives²³, la décontamination des victimes (personnes blessées ou impliquées) incombe aux unités spécialisées des services de secours et elle est réalisée sur le lieu de l'évènement ou à proximité immédiate.

Cependant certaines victimes peuvent échapper au dispositif préhospitalier et se présenter spontanément vers l'établissement de santé le plus proche ou celui dans lequel elles ont l'habitude de se faire soigner. Ces victimes sont essentiellement valides, mais peuvent être, pour certaines d'entre-elles, invalides, conduites par des tiers. Sans la mise en œuvre de mesures adaptées de protection et de décontamination hospitalière des victimes, il existe un risque potentiel de transfert de contamination aux personnels et à l'établissement de santé.

La décontamination hospitalière réalisée à l'entrée des établissements de santé a donc pour objectif d'une part, d'assurer la prise en charge médicale de ces victimes et d'autre part, d'assurer la protection des personnels et de l'établissement face à un afflux non régulé de victimes potentiellement contaminées fuyant le lieu d'un évènement de nature NRBC-E.

La décontamination d'urgence, réalisée immédiatement, consiste par des techniques très simples à enlever la couche externe des vêtements et les chaussures et à éliminer le toxique sur les parties découvertes de peau. La décontamination approfondie fait suite à la décontamination d'urgence qu'elle complète. Elle est indispensable notamment en cas d'exposition à certains agents (ex. agents NR, neurotoxiques et vésicants). Elle a pour but d'éliminer toute trace de contamination résiduelle et donc d'éviter un transfert de contamination vers le personnel, le matériel et les locaux. Dans le cadre d'un événement C, la décontamination prime sur le soin ; dans le cadre d'un événement NR, le soin prime sur la décontamination.

Les établissements de santé doivent donc tous se préparer à l'arrivée de victimes non annoncées, non triées et non décontaminées, à prendre les mesures adéquates pour protéger

²³ Circulaire n° 700/SGDSN/PSE/PSN du 2 octobre 2018 et circulaire n°800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011

les personnels y compris les prestataires de service (ex. service de sécurité) et la structure contre un transfert de contamination et à assurer la décontamination d'urgence des victimes. **En cas d'afflux massif de patients se présentant spontanément ou orienté par le SAMU dans l'ES, le volet NRC peut être complété par le déclenchement du volet AMAVI.**

Dans ce cadre, tous les établissements doivent être en mesure d'assurer l'accueil et la prise en charge de victimes potentiellement contaminées selon un niveau de réponse défini en cohérence avec le plan ORSAN NRC élaboré par l'ARS concernée avec l'appui des ESRR.



RAPPEL DES CAPACITÉS REQUISES EN FONCTION DE LA PLACE ATTRIBUÉE DANS ORSAN NRC

Tous les établissements de santé doivent apporter une réponse minimale de protection et de décontamination d'urgence, qui consiste à :

- Détecter par l'interrogatoire un événement inhabituel de nature NRC ;
- Alerter par un circuit prédéfini le Directeur et les structures chargées de la sécurité de l'établissement, le SAMU territorialement compétent et l'ARS ;
- Protéger son infrastructure, son personnel, les patients et visiteurs (fermeture et sécurisation des accès et ouvrants, protection du personnel potentiellement exposé, signalement des circuits d'accueil et de rassemblement des victimes) ;
- Assurer l'orientation des personnes se présentant à l'entrée de l'établissement vers une zone prédéfinie et leur permettre, de manière autonome, sous la conduite de personnels formés, de se déshabiller, ou d'être déshabillé par le personnel médical formé pour les éventuels patients non-valides, de confiner leurs vêtements dans un

sac plastique étanche et de prendre une douche dans un espace isolé (décontamination d'urgence) ;

- Être en capacité de réorienter vers la décontamination approfondie (soit vers un dispositif préhospitalier soit vers autre ES disposant des capacités de décontamination approfondie si celle-ci est nécessaire) ;

Les modalités pratiques de protection et de décontamination d'urgence sont définies respectivement dans les fiches techniques relatives à l'accueil et à la prise en charge des victimes contaminées et à la décontamination d'urgence en annexe 4.

La décontamination d'urgence constitue la première étape du processus de décontamination qui doit être complétée, pour certains agents, par une décontamination approfondie. En cas de besoin, le SAMU a vocation à guider l'établissement de santé dans la mise en œuvre de la décontamination d'urgence en fonction de l'agent contaminant suspecté.

En cas de nécessité et en l'absence de capacités de décontamination approfondie dans l'établissement de santé impacté, la mise en œuvre de ce type de décontamination pour les victimes ayant bénéficié d'une décontamination d'urgence est organisée soit dans l'établissement par la projection de moyens mobiles de décontamination approfondie, soit sur un autre site après transferts des victimes. Toutefois, en situation d'urgence, le cas échéant, sur indication du SAMU, la possibilité de doucher une victime en post décontamination d'urgence dans l'établissement de santé doit être envisagée.

Au-delà de cette réponse minimale, les établissements doivent répondre aux objectifs qui leurs sont fixés dans ORSAN en fonction de leur positionnement.

Les critères suivants sont fournis à titre indicatif pour assurer le classement mais ce dernier a vocation à tenir compte des spécificités de l'offre de soins régionale dans une logique d'optimisation des parcours de soins des patients.

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements disposant d'un accueil des urgences H24, d'un plateau technique médico-chirurgical, d'une activité de soins critiques, en mesure d'accueillir et de prendre en charge les urgences absolues et relatives en relation avec un agent NR ou C. Doivent également être considérés, dans la mesure du possible, comme établissements de première ligne les établissements disposant d'un accueil des urgences H24 et d'un plateau technique médico-chirurgical situés à proximité d'un site présentant des risques spécifiques (cf. document départemental des risques majeurs : site industriel, transport de matière dangereuse, etc.). Les établissements experts (ESRR et quelques autres établissements spécialisés) disposent en outre d'un plateau technique hautement spécialisé et de missions spécifiques.

Les établissements de première ligne doivent disposer d'une capacité de décontamination approfondie. À ce titre, en complément des capacités minimales de protection et de décontamination d'urgence requises, ils doivent être en mesure d'assurer la :

- Décontamination approfondie des victimes valides et, le cas échéant, non valides se présentant spontanément à l'hôpital pendant au moins 2 heures, (temps nécessaire pour mobiliser les renforts, adapter le dispositif sanitaire de réponse à la nature de l'événement et à la réorganisation des moyens et disposer d'une identification précise de l'agent en cause) et en considération des objectifs fixés par l'ARS ;
- Prise en charge médicale des victimes notamment celles en urgence absolue.

Une fiche technique décrivant les modalités pratiques de la décontamination approfondie est proposée en annexe 4.

Les **établissements de première ligne experts sont les établissements de santé de référence (ESRR NR ou C et a fortiori ESRN)**. Ils disposent en outre d'un plateau technique hautement spécialisé en mesure d'accueillir et de traiter les patients présentant pour les ESRR C une intoxication par un agent chimique ou une toxine et pour les ESRR NR, des patients irradiés voire radiocontaminés.

ESRR NR et ESRN NR

Les établissements de première ligne experts pour le risque nucléaire et radiologique (ESRR NR et a fortiori ESRN NR) doivent disposer des capacités suivantes :

- Une unité de soins intensifs hématologiques ayant une expertise dans la prise en charge des aplasies et immunodépressions prolongées et une unité de réanimation polyvalente permettant d'assurer la prise en charge d'adultes et d'enfants ;
- Un laboratoire d'analyse radiotoxicologique ou le cas échéant, une convention avec un laboratoire d'analyse radiotoxicologique ;
- Une capacité de détection de la radioactivité, de dosimétrie biologique et physique ou le cas échéant, une convention avec l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire ;
- Une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des établissements de santé dans le cadre du plan « ORSAN NRC » pour la prise en charge des patients et notamment leur décontamination ;
- Un stock d'équipements de protection individuels adaptés au risque nucléaire et radiologique en termes de nombre de patients et de durée de prise en charge conformément aux objectifs quantifiés fixés par l'agence régionale de santé ou définis dans le contrat spécifique pour les hôpitaux des armées ;
- Une unité de décontamination hospitalière permettant la mise en œuvre d'une décontamination approfondie et des équipements de protection individuels et de détection adaptés pour sa mise en œuvre.

Les ESRN NR doivent en complément de leurs capacités régionales :

- Apporter une expertise et un appui aux établissements de santé de référence régionaux pour la prise en charge et le diagnostic d'un patient exposé à un rayonnement radioactif ou à une substance radioactive ;
- Assurer en permanence la prise en charge d'adultes et d'enfants présentant un syndrome aigu d'irradiation ou syndrome d'irradiation aiguë localisée ;
- Confirmer et caractériser l'irradiation et évaluer la dose reçue, le cas échéant, en lien avec l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire.

ESRR C et ESRN C

Les établissements de première ligne experts pour le risque chimique et toxique (ESRR C et a fortiori ESRN C) doivent disposer des capacités suivantes :

- Une unité de réanimation polyvalente permettant d'assurer la prise en charge d'adultes ou d'enfants intoxiqués ou intoxiqués ;
- Une capacité de détection pour le contrôle de la contamination chimique et un laboratoire de biologie clinique en mesure de réaliser en particulier une évaluation de

l'activité acétylcholinestérase globulaire ou à défaut d'activité cholinestérase plasmatique et pour des analyses spécifiques, une convention avec un laboratoire d'analyse toxicologique ;

- Une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des établissements de santé dans le cadre du plan « ORSAN NRC » pour la prise en charge des patients et notamment leur décontamination ;
- Un stock de produits de santé et d'équipements de protection individuels adaptés au risque chimique et toxique, en termes de nombre de patients et de durée de prise en charge conformément aux objectifs quantifiés fixés par l'agence régionale de santé ou définis dans le contrat spécifique pour les hôpitaux des armées ;
- Une unité de décontamination hospitalière permettant la mise en œuvre d'une décontamination approfondie et d'équipements de protection individuels et de détection adaptés pour sa mise en œuvre.

Les ESRN C doivent en complément de leur capacités régionales :

- Apporter une expertise et un appui aux établissements de santé de référence régionaux pour la prise en charge et le diagnostic d'un patient exposé à un agent chimique ou à une toxine ;
- Assurer en permanence la prise en charge d'adultes et d'enfants présentant une intoxication ou une intoxication complexe ;
- Assurer en permanence le diagnostic toxicologique et les examens biologiques nécessaires pour la conduite thérapeutique.

Les ESRR C ou NR doivent disposer en outre d'une capacité d'expertise NRC et de projection de personnel et matériel de décontamination approfondie. À ce titre, ces établissements de santé doivent également être en mesure d'assurer :

- La prise en charge d'au moins un patient en extrême urgence évacué des lieux de l'événement après régulation médicale par le SAMU territorialement compétent, sans décontamination approfondie mais préalablement déshabillé (afin de réaliser une décontamination approfondie avec médicalisation continue et le cas échéant, le transfert rapide au bloc opératoire) ;
- La prise en charge concomitante de plusieurs victimes invalides contaminées avec médicalisation continue ;
- La mise en œuvre de techniques spécialisées de décontamination approfondie hospitalière.

En outre dans le cadre du PZM, les ESRR doivent être en mesure, d'assurer le renfort d'un établissement de santé impacté par la présentation spontanée de victimes contaminées par la projection de personnels formés voire d'équipements spécialisés.

La prise en charge des patients est organisée sur le territoire en fonction pour le risque C, de la gravité de l'intoxication et de l'agent en cause et pour le risque NR, de la gravité de l'irradiation et/ou de la contamination interne :

- Les patients intoxiqués et irradiés sont pris en charge au niveau régional dans les ESRR C ou NR ;
- Les patients présentant une intoxication grave avec des agents chimiques complexes (ex. nouveaux agents neurotoxiques) sont pris en charge au niveau national dans un ESRN C. Pour les patients irradiés avec une contamination interne grave sont quant à eux pris en charge dans un ESRN NR.

•

Établissements de deuxième ligne

Il s'agit des établissements de santé disposant d'un plateau technique. Ces établissements mobilisables en seconde intention, contribuent à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne notamment en soins critiques.

Les établissements de deuxième ligne comme tous les autres établissements de santé doivent assurer une réponse minimale de protection et de décontamination d'urgence. Ils sont aussi susceptibles d'assurer la prise en charge en fonction de leur plateau technique, de patients nécessitant des soins après décontamination approfondie (ex. patients intoxiqués nécessitant une prise en charge en soins critiques).

La notion d'établissement de deuxième ligne « renforcé » peut être appliquée dans certains territoires. Il s'agit de proposer un positionnement adapté pour les établissements de deuxième ligne pouvant proposer une réponse plus complète. Ainsi, les établissements disposant d'un service d'accueil d'urgence mais non pourvus d'un plateau technique médico-chirurgical ni d'USC, ou les ES de deuxième ligne situés à proximité d'une zone à risque NR ou C, peuvent, en plus des missions incombant aux ES de deuxième ligne, identifier une zone dédiée à l'accueil d'une UMDH (comprenant eau mitigée, électricité et gestion des effluents) et de renforts et contribuer à la décontamination approfondie des victimes de l'événement en lien avec les équipes de renforts.

Établissement de troisième ligne et réponse minimale attendue pour chaque Établissement

Il s'agit des établissements de santé non identifiés dans les plans opérationnels de réponse comme établissements de première ou de deuxième ligne. Ces établissements, mobilisables en troisième intention, contribuent à l'augmentation de la capacité d'accueil des établissements de première et de deuxième ligne.

Les établissements de troisième ligne doivent être en capacité :

- Détecter par l'interrogatoire un événement inhabituel de nature NRC ;
- Alerter par un circuit prédéfini le Directeur et les structures chargées de la sécurité de l'établissement, le SAMU territorialement compétent et l'ARS ;
- Protéger son infrastructure, son personnel, les patients et visiteurs en procédant à la fermeture et à la sécurisation des accès ;
- Assurer l'orientation des personnes se présentant à l'entrée de l'établissement vers une zone prédéfinie et leur permettre de réaliser de façon autonome une décontamination d'urgence.

ÉLÉMENTS A INTEGRER DANS LE VOLET NRC

1. Les capacités de réponse de l'établissement et plus particulièrement :

- La mise en place du PRVH : lieu, fonctionnent, personnel, matériel défini...

- Le nombre de chaînes de décontamination fixes ou mobiles pour personnes valides et pour personnes non valides ;
- Le temps d'activation de la chaîne de décontamination approfondie ;
- Le nombre de personnels formés techniques et soignants pour activer la chaîne pendant au moins les deux premières heures ;
- La période de temps pendant laquelle l'établissement pourra faire fonctionner sa chaîne de décontamination avant la mise en place d'un renfort ;
- Le débit moyen de patients valides et non valides potentiellement contaminés pouvant être pris en charge par heure ;
- Les capacités de prise en charge hospitalière de patients potentiellement intoxiqués :
 - Nombre de lits de surveillance continue et de réanimation : adulte ; pédiatrique et pédiatrique spécialisée ;
- Les capacités maximales de mobilisation de matériel dédié à la prise en charge de patients intoxiqués :
 - Nombre d'EPI à port immédiat et complet ;
 - Nombre de kits ou capacités de décontamination d'urgence ;
 - Nombre et le type d'antidotes.

2. Les procédures et actions mises en place pour répondre au risque NRC

- **Les circuits d'accueil et de prise en charge des patients contaminés et non contaminés selon la nature de l'agent NRC ;**
- **Coordination des plans NRC et AMAVI** en cas d'afflux massif de patients se présentant spontanément ou non dans l'ES et présentant une prise en charge N, R ou C ;
- **L'identification d'un lieu pour les impliqués non symptomatiques ;**
- **L'identification des personnes ressources internes à l'établissement** (listing et coordonnées) ;
- **Le balisage du circuit des victimes, du PRVH et des zones contaminées et propres ;**
- **La procédure de pré-alerte, d'alerte et de levée d'alerte de l'événement à la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaire de l'ARS et à la régulation du SAMU de son département ;**
- **Les mesures de sécurisation et de protection de l'établissement (intégrées dans le PSE) ;**
- **Les modalités de mise en œuvre de la décontamination d'urgence autonome des victimes valides** sous la conduite de personnels formés et protégés dans une zone prédéfinie de l'établissement (PRVH) ;
- **Les actions de formation réalisées ou programmées des personnels hospitaliers et le cas échéant, des personnels de sécurité prestataires de service, susceptibles d'accueillir ou de prendre en charge des victimes d'accident NRC (au port des EPI, à la détection des signes permettant l'identification d'un risque NRC, etc.) ;**

- **Le listing des personnes formées au port des EPI complets avec les tailles correspondantes** (listing à mettre à jour régulièrement, *a minima* annuellement). Les types d'EPI sont détaillés dans la fiche technique en annexe 4 ;
- **Les procédures d'habillage et de déshabillage des EPI complets ;**
- **Le listing des personnels en charge de la mise en œuvre de la décontamination.** Ces personnels doivent faire l'objet d'une attention particulière sur le plan de leur formation et bénéficier d'un suivi spécifique par le service de santé au travail en particulier en cas d'intervention. Les modalités de formation et de suivi des personnels sont détaillées dans la fiche technique en annexe 1 ;
- **Le circuit de décontamination et de prise en charge médicale** le cas échéant, des personnels ayant travaillé en EPI complet ou à port immédiat;
- **Les modalités de prise en charge médico-psychologique des patients et de leurs proches ;**
- **Le circuit de traitement et de stockage des déchets et des effets personnels des victimes potentiellement contaminées ;**
- **Organisation d'un retour d'expérience en post-crise ;**
- **En post-crise, assurer la prise en charge MEDICO-PSY des personnels impliqués dans la gestion de la crise.**

ROLE DE L'ARS

En amont :

- L'ARS s'assure de la prise en compte des objectifs opérationnels de prise en charge assignés à chaque établissement de santé de première et de deuxième ligne dans le cadre du contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et dans leurs plans respectifs de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.

En phase d'alerte :

- Activation de la CRAPS dès réception de l'alerte du SAMU et/ou de la Préfecture ;
- Évaluation de la situation avec le SAMU ;
- Déclenchement du plan ORSAN NRC et du plan ORSAN AMAVI si le nombre de victimes est important ;
- Activation de la DST ORSAN SECUR (contexte terroriste) ;
- Déclenchement d'un événement SIVIC (si non encore fait par la SAMU) ;
- Mobilisation des officiers de liaison pour le COD et le SAMU ;
- Alerte du CORRUSS.

En phase de conduite de crise :

- Constitution effective de la CRAPS : conduite de crise ;
- Premier point de situation avec les officiers de liaison ARS présent au SAMU et au COD ;
- Alerte et mobilisation en tant que de besoin des établissements de santé de deuxième ligne ;
- Point de situation avec l'ARS de zone : anticipation des besoins de renfort (PZM) ;
- Transmission au CORRUSS d'un premier point rapide de situation ;
- Participation à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUSS : ARS et SAMU.

En phase de post-crise :

- Suivi de la prise en charge des patients dans le système de santé (SIVIC) ;
- Coordination régionale de la mise en œuvre des mesures médico-sociale de prise en charge et de réhabilitation des blessés (CLAV) ;
- Organisation en lien avec la CUMP régionale et en appui des structures de soins impactées d'une offre de prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels ;
- Organisation d'un retour d'expérience avec les différents acteurs mobilisés (SAMU, SMUR, établissements de santé) et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations.

ÉLABORATION DU PLAN DE FORMATION

L'établissement de santé définit annuellement un plan de formation de son personnel à la gestion des SSE. Ce plan de formation intègre les actions de formations dispensées à l'ensemble du personnel hospitalier et les formations plus spécifiques dispensées à certaines catégories de personnels en fonction de leur activité et de leur rôle dans la prise en charge des patients. Les formations à la gestion des tensions hospitalières et SSE à intégrer dans le plan de formation sont les suivantes :

FORMATION SPÉCIFIQUE DES MEMBRES DE LA CCH ET DES PERSONNELS DE DIRECTION A LA GESTION DE CRISE

Pour les membres de la CCH et les personnels de direction, il est demandé de mettre en place une formation spécifique pour leur permettre de se familiariser avec les procédures de gestion de crise mises en place par l'établissement et avec les outils et matériels mis à disposition au sein de la CCH afin d'être opérationnels en cas d'activation du niveau 1 ou 2 du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE.

FORMATION DES FORMATEURS ET RÉFÉRENTS SSE

Les ESRR assurent la formation des formateurs et des référents SSE des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux. Les « référents SSE » sont en charge de l'élaboration du plan de réponse de l'établissement aux SSE. Les missions des référents et des formateurs SSE peuvent être, le cas échéant, mutualisées en fonction des besoins et des ressources des établissements, notamment dans le cadre des GHT.

FORMATION DES PERSONNELS HOSPITALIERS NON PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'ensemble du personnel non professionnel de santé doit bénéficier de la formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 (FGSU 1) pour être en capacité d'identifier :

- Une urgence à caractère médical et la prendre en charge seul ou en équipe en attendant l'arrivée d'une équipe médicale ;
- Les urgences collectives et les situations sanitaires exceptionnelles et d'agir en conséquence.

Cette formation est mise en place par l'établissement de santé en lien avec le CESU et les connaissances sont actualisées tous les 4 ans.

En complément, une formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence en SSE (FGSU spécialisée SSE) peut être dispensée aux personnels non professionnels de santé ayant un rôle identifié dans le cadre du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE, notamment dans la logistique ou l'activation d'une UDH.

FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

En complément de leur formation universitaire initiale, les professionnels de santé bénéficient depuis 2007 de la formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 (FGSU 2) dont les objectifs de formation sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'AFGSU 2 est une formation opérationnelle, adaptée et contextualisée au mode d'exercice de chaque professionnel de santé et dispensée dans le cadre d'un dispositif structuré sur la base d'un référentiel national de formation par les unités de formation et de recherche de médecine ou de santé, les CESU et l'École du Val-de-Grâce. L'AFGSU 2 a pour objectif l'acquisition par les professionnels de santé des connaissances nécessaires à :

- La prise en charge, seul ou en équipe, d'une personne en situation d'urgence mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel ;
- La participation à la mise en œuvre des dispositifs d'organisation de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles (dispositif ORSAN, plan blanc ou plan bleu) notamment des risques NRBC-E.

Il convient de veiller à ce que tous les professionnels de santé disposent de cette formation, indispensable pour ceux qui n'en n'ont pas bénéficié durant leur formation initiale. Il est aussi nécessaire d'assurer l'actualisation des connaissances des professionnels de santé titulaires de l'AFGSU 2, par le suivi tous les 4 ans d'une journée de formation.

Une formation complémentaire qui repose sur l'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence en situations sanitaires exceptionnelles (FGSU spécialisée SSE) est recommandée pour les professionnels de santé suivants :

- Professionnels participants à la réponse mise en œuvre par l'établissement de santé face à une SSE dans le cadre du plan blanc ;
- Professionnels des structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, SU) ;
- Professionnels des unités de soins participant à la prise en charge d'un afflux de blessés notamment pas armes de guerre, de patients victimes d'un agent nucléaire, radiologique, chimique, ou biologique;
- Professionnels en charge de la prise en charge du risque épidémique et biologique ;
- Professionnels des cellules d'urgence médico-psychologique.

La FGSU spécialisée SSE, dispensée sous l'égide des CESU, des unités de formation et de recherche de médecine ou de santé et de l'école du Val de Grace, a pour objectif de permettre l'acquisition des connaissances théoriques et pratiques nécessaires pour participer à la gestion d'une SSE notamment dans le cadre d'un risque NRBC-E. Les objectifs de formation sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Cette formation est composée de modules qui peuvent être enseignés et délivrés pour certains séparément, en fonction des missions confiées aux professionnels de santé notamment dans le cadre du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE et de la place de l'établissement de santé dans le dispositif d'accueil et de prise en charge des victimes potentiellement contaminées. Compte tenu du caractère spécialisé et technique des prises en charge couvertes par cette formation, le maintien des connaissances acquises pour chaque module requiert une actualisation théorique et pratique annuelle.

À chaque module correspond une cible de professionnels de santé à former en fonction de leurs activités et de leurs rôles dans la prise en charge de certains patients.

La formation initiale et continue au GSU 1, 2 et spécialisée SSE est intégrée au plan de formation des établissements de santé et participe au développement professionnel continu

(DPC) des professionnels de santé. Elle est prise en compte dans la certification des établissements de santé au titre de la préparation aux SSE dans le cadre du plan blanc.

L'établissement de santé recense les besoins en formation de son personnel en fonction de son rôle identifié dans le schéma ORSAN et des risques auxquels il a à faire face. Dans ce cadre, l'établissement :

- Inscrit la formation au GSU notamment celle spécialisée SSE dans son plan de formation ;
- Détermine ses besoins de formation (FGSU 1, 2 et spécialisée SSE) en liaison avec l'ARS qui est en charge de l'élaboration du plan régional de formation des professionnels aux SSE;
- Définit les modalités de réalisation des formations pour ses professionnels de santé et/ou ses personnels (en lien avec le CESU et le cas échéant, l'ESRR) ;
- Assure le maintien de l'opérationnalité des équipes et des dispositifs de réponse dans le cadre du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui le lie avec son ARS.

La stratégie de formation des professionnels est établie par l'établissement en lien avec les référents SSE et conjointement avec les formateurs FGSU SSE du CESU de rattachement. Le CESU de zone assure l'appui pédagogique aux CESU de la zone de défense et de sécurité.

Par ailleurs, il est important que les professionnels de santé s'inscrivent dans la dynamique pédagogique interministérielle portée par le Centre national civil et militaire de formation et d'entraînement aux événements de nature nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosive (CNCMFE NRBC-E). La participation aux enseignements pédagogiques et aux entraînements dispensés par le centre (rattaché au ministre de l'intérieur) est garante d'une meilleure articulation entre les différents intervenants et d'une plus grande réactivité en situation de crise. En effet, le centre a pour mission d'améliorer les capacités d'intervention face aux menaces et aux risques de nature nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosive, notamment par le développement et la mise en œuvre d'une politique interministérielle de formation et d'entraînements. Il l'exerce pour le compte du ministère de l'intérieur, du ministère de la défense, du ministère chargé de la santé et, le cas échéant, de tout autre ministère intéressé. Il est donc important que cette offre spécifique de formation soit intégrée aux actions prioritaires des programmes de formation.

En complément, une note technique de cadrage relative à la formation des professionnels du système de santé aux SSE est disponible en téléchargement sur le site du Ministère de la santé et de la prévention.

FOCUS SUR LA FORMATION DES PERSONNELS SUSCEPTIBLES DE PRENDRE EN CHARGE DES PATIENTS POTENTIELLEMENT CONTAMINÉS

L'acquisition et le maintien des capacités de décontamination nécessitent que l'établissement dispose d'un pool de personnels identifiés, formés, régulièrement entraînés et bénéficiant d'une actualisation annuelle de leurs connaissances au cours d'entraînements et d'exercices. Dans la mesure où tout établissement de santé doit observer une capacité minimale de protection et de décontamination d'urgence, la formation des personnels de l'établissement à la décontamination fait l'objet d'une inscription au plan de formation. A fortiori, les établissements de santé identifiés par l'ARS comme devant disposer d'une capacité de décontamination approfondie (établissement de santé de première ligne), ont des obligations supplémentaires de formation des personnels impliqués dans la mise en œuvre de la décontamination approfondie (dispensée par le CESU départemental par des formateurs SSE en lien avec les référents SSE de l'établissement et les référents techniques de l'ESR). La liste des personnels formés est tenue à jour par l'établissement de santé.

Ainsi tous les personnels susceptibles de prendre en charge des victimes potentiellement contaminées doivent bénéficier d'une formation spécifique. Cette formation est dispensée dans le cadre de la FGSU spécialisée sur la base des modules dédiés.

Le tableau suivant recense l'ensemble des formations relatives à la gestion des tensions hospitalières et des SSE pour les personnels hospitaliers, leurs objectifs pédagogiques et les publics cibles.

Tableau 8 : Formations du personnel hospitalier à la gestion des SSE

Personnel concerné au sein de l'établissement	Objectifs de formation	Types et modalités de formations
Membres de la CCH et personnels de direction	Savoir identifier une tension hospitalière ou une SSE et anticiper une crise Connaître les principes d'organisation d'une CCH notamment : - le rôle et les responsabilités de chacun en cas d'activation ; - les modalités de fonctionnement ;	<ul style="list-style-type: none"> ● Formation spécifique à mettre en place

	<p>- les moyens de communication et les systèmes d'information utilisés en gestion de crise (SIVIC, etc.) ;</p> <p>- les procédures prévues dans le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE</p>	
<p>« Référents SSE »</p> <p>Professionnels de santé (médecin, pharmacien, cadre de santé, infirmier, etc.) ou tout autre personnel d'encadrement qualifié dans les domaines des SSE (médecine d'urgence, de catastrophe, etc.)</p>	<p>- Élaborer le dispositif de gestion des tensions hospitalières et des SSE, organiser des exercices et entraînements en vue de tester son caractère opérationnel et mettre en œuvre un retour d'expérience ;</p> <p>- Participer à la diffusion de l'organisation de la réponse aux tensions et SSE mise en place par l'établissement auprès des personnels ;</p> <p>- Recenser le besoin de formations de l'établissement, dont celles liées au risque NRBC-E ;</p> <p>- Participer aux exercices et entraînements (internes, départementaux, zonaux, nationaux)</p>	<p>● Formation délivrée par les ESRR</p>
<p>Personnels hospitaliers</p> <p>Non professionnels de santé</p>	<p>Être en capacité d'identifier :</p> <p>- une urgence à caractère médical et la prendre en charge seul ou en équipe en attendant l'arrivée d'une équipe médicale</p> <p>- les risques collectifs et les SSE et d'agir en conséquence</p>	<p>● Formation à l'AFGSU 1 dans l'établissement de santé (<i>actualisation des connaissances prévue tous les 4 ans</i>)</p>
<p>Tout professionnel de santé</p>	<p>Être en capacité d'identifier une urgence à caractère médical et la prendre en charge seul ou en équipe en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée de l'équipe médicale en particulier pour les :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Urgences vitales ● Urgences potentielles ● Risques collectifs et les SSE 	<p>● Formation à l'AFGSU niveau 2 délivrée en formation initiale, à défaut dans l'établissement de santé.</p> <p>(<i>actualisation des connaissances tous les 4 ans</i>)</p>
<p>Personnels hospitaliers et professionnels de santé ayant un rôle identifié dans le cadre du plan de gestion des tensions et des SSE</p>	<p>Acquérir les connaissances nécessaires pour intervenir en cas de SSE.</p>	<p>● Formation à l'AFGSU 1 ou 2, à défaut le module AFGSU spécialisée relatif aux risques collectifs et aux SSE</p>

		<i>(actualisation des connaissances tous les ans sous forme d'un exercice au minimum)</i>
Professionnels de santé destinés à accueillir et/ou prendre en charge des victimes potentiellement contaminées	Acquérir les connaissances et les techniques nécessaires pour accueillir et/ou prendre en charge en urgence des victimes potentiellement contaminées.	<ul style="list-style-type: none"> ● Formation à l'AFGSU spécialisée - module relatif à la décontamination hospitalière d'urgence et aux moyens de protection individuels et collectifs NRC <i>(actualisation des connaissances tous les ans avec 1 entraînement annuel portant respectivement sur le port des tenues de protection ou la mise en œuvre d'une chaîne de décontamination)</i>
Professionnels de santé chargés d'assurer la mise en œuvre d'une unité de décontamination hospitalière	Acquérir les connaissances et les techniques nécessaires pour mettre en œuvre une décontamination approfondie.	<ul style="list-style-type: none"> ● Formation à l'AFGSU spécialisée module relatif à la décontamination hospitalière approfondie <i>(Actualisation des connaissances tous les ans avec 1 entraînement annuel portant respectivement sur le port des tenues de protection ou la mise en œuvre d'une chaîne de décontamination)</i>
Professionnels de santé susceptibles d'assurer la prise en charge d'un afflux de blessés : personnels structures d'urgence, plateaux techniques opératoires, etc.		<ul style="list-style-type: none"> ● Formation à l'AFGSU spécialisée module relatif à la prise en charge d'un afflux massif de victimes en établissement de

	Assurer la prise en charge d'un afflux de blessés notamment par armes de guerre et organiser le parcours de soins des blessés	santé (<i>actualisation des connaissances tous les ans et 1 entraînement annuel</i>)
Professionnels de santé susceptibles de mettre en œuvre des techniques de « damage control » : personnels des SAMU, SMUR, structures d'urgence, plateaux techniques opératoires, etc.	Connaitre et mettre en œuvre les techniques de « damage control » en préhospitalier et en intrahospitalier (réanimation et chirurgie)	<ul style="list-style-type: none"> • Formation à l'AFGSU spécialisée module relatif à la stratégie médicale de damage control
Professionnels de santé susceptibles d'assurer la prise en charge de patients présentant un risque infectieux transmissible : personnels des SAMU, SMUR, des structures d'urgence, de maladies infectieuses et tropicales et de réanimation, laboratoire, etc.	Assurer l'accueil et la prise en charge de victimes présentant un risque infectieux transmissible (en établissements de santé)	<ul style="list-style-type: none"> • Formation à l'AFGSU spécialisée module relatif à la prise en charge des patients présentant un risque épidémique et biologique en établissement de santé » (<i>actualisation des connaissances tous les ans</i>)
Professionnels de santé des établissements de santé chargés de renforcer les capacités de prise en charge des patients en soins critiques : personnels identifiés pour renforcer les capacités de soins critiques pédiatriques ou adultes	Renforcer les capacités de soins critiques en situation sanitaire exceptionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Formation à l'AFGSU spécialisé module : soins critiques en situation sanitaire exceptionnelle adulte et pédiatrique

<p>Professionnels de santé des ESRR susceptibles d'assurer la prise en charge de patients présentant un risque infectieux transmissible : personnels des SAMU, SMUR, des structures d'urgence, de maladies infectieuses et tropicales et de réanimation, laboratoire, etc.</p>	<p>Assurer l'accueil et la prise en charge de victimes présentant un risque infectieux transmissible (en ESR)</p>	<p>● Formation à l'AFGSU spécialisée module : relatif à la prise en charge d'un patient à haut risque infectieux transmissible en ESRR</p> <p>(Actualisation des connaissances tous les ans)</p>
<p>Professionnels de santé des établissements chargés d'assurer la prise en charge de patients victimes d'un agent NRC</p>	<p>Assurer l'accueil et la prise en charge médicale de victimes présentant un risque NRC</p>	<p>● Formation à l'AFGSU spécialisée module relatif à la prise en charge d'un patient NRC</p> <p>(actualisation des connaissances tous les ans)</p>
<p>Professionnels de santé susceptibles d'assurer la prise en charge médico-psychologique de victimes : Personnels des CUMP et des unités de psychiatrie d'urgence</p>	<p>Assurer l'accueil et la prise en charge médico-psychologique de victimes</p>	<p>● Formation à l'AFGSU spécialisée module relatif à l'urgence médico-psychologique</p> <p>Formation coordonnée par la CUMP régionale avec l'appui des CUMP départementales et dispensée en lien avec le CESU</p>

ANNEXE 2 : OUTILS DE PILOTAGE

Fiches réflexes sur les actions à mettre en œuvre en fonction des risques :

FICHE ACTION POUR LE RISQUE AMAVI

FICHE ACTION POUR LE RISQUE MÉDICO-PSY

FICHE ACTION POUR LE RISQUE EPI-CLIM

FICHE ACTION POUR LE RISQUE REB

FICHE ACTION POUR LE RISQUE NRC

FICHE ACTION DU DIRECTEUR MÉDICAL DE CRISE EN CAS DE MISE EN ŒUVRE DU VOLET AMAVI OU NRC

FICHE ACTION POUR LE RISQUE AMAVI

*Actions à mettre en œuvre rapidement en fonction
de l'évolution de la situation et des besoins
(Liste non chronologique)*

- Activer la CCH et mobiliser le DMC ;
- Activer le PSE ;
- Se mettre en relation avec le SAMU et l'ARS et transmettre les capacités réelles de prise en charge de l'établissement (adultes et pédiatriques) ; SAMU de Zone ;
- Sécuriser les accès et mettre en place la signalétique ;
- Assurer un renfort d'effectifs pour l'accueil et le tri médical aux urgences ;
- Organiser une zone de tri des patients, une zone tampon et une zone de dégagement et les orienter en fonction de leur gravité et des priorités de prises en charge ;
- Dimensionner et assurer la gestion des moyens humains et matériels supplémentaires ;
- Organiser la montée en puissance des blocs chirurgicaux et mettre en place un circuit UA chirurgical ;
- Organiser l'orientation des personnes se présentant pour une urgence courante ;
- Mettre en place un secrétariat dédié aux victimes et à leur identification (intégration des données dans SIVIC) ;
- Conserver le mode d'identification des victimes « non identifiées » par un bracelet SINUS ou par un bracelet délivré par l'hôpital ;
- Organiser la gestion des lits (aux urgences et dans les unités d'hospitalisation concernées) en collaboration avec les urgences et la CCH ;
- Organiser le dispositif d'urgence médico-psychologique à destination des impliqués, des familles et proches de victimes, des victimes somatiques hospitalisées et des soignants en lien avec l'ARS ;
- Mettre en place dès le début de l'événement une cellule d'identitovigilance pour assurer le suivi des prises en charge des victimes (unité d'hospitalisation, sortie...) et fournir les coordonnées des victimes et de leurs proches à la CIAV lorsque celle-ci est activée ;
- Organiser l'accueil des familles et des proches (circuit, prise en charge spécifique, lieu d'attente spécifique avec toutes les commodités...).

FICHE ACTION POUR LE RISQUE MÉDICO-PSY

*Actions à mettre en œuvre rapidement en fonction
de l'évolution de la situation et des besoins
(Liste non chronologique)*

Pour tout établissement de santé :

- Assurer la prise en charge des proches des victimes dans un lieu dédié et pré identifié, en mobilisant les ressources disponibles de l'établissement (professionnels de santé mentale, assistants de service social, ...)
- Informer l'ARS du dispositif mis en place et identifier les besoins de renfort pour la prise en charge médico-psychologique pour les blessés pris en charge dans l'établissement et pour leurs proches ;
- Anticiper la prise en charge médico-psychologique des personnels de l'établissement impactés avec les ressources disponibles de l'établissement (professionnels de santé mentale) ;

Pour les établissements sièges d'une CUMP départementale il convient en complément des mesures précédentes de :

- Mobiliser la cellule d'urgence médico-psychologique pour la prise en charge des victimes pré-hospitalières ;
- Assurer la prise en charge médico-psychologique des blessés et des proches notamment en déployant un poste d'urgence médico-psychologique hospitalier ;
- Organiser les relais de prise en charge au-delà des soins immédiats et post-immédiats en lien avec l'ARS ;
- Identifier le besoin de renfort et solliciter l'ARS.

FICHE ACTION POUR LE RISQUE EPI-CLIM

Actions à mettre en œuvre en fonction de l'évolution de la situation et des besoins

(Liste non chronologique)

- Informer le SAMU centre 15, l'ARS et les services d'aval de la situation de tension ;
- Activer la CCH dimensionnée en fonction de la nature et de l'ampleur de l'événement ;
- Renforcer le dispositif de gestion des lits en aval de l'accueil des urgences ;
- Assurer une veille renforcée des indicateurs de tension ;
- Trier les patients à l'entrée des urgences en utilisant une échelle de tri validée ;
- Mettre en place un renfort d'effectifs en zone de tri et à l'admission aux urgences ;
- Adapter les effectifs soignants au niveau d'activité ;
- Renforcer le personnel des services d'aval en particulier sur la filière en tension (personnes âgées, enfants, etc.) ;
- Informer les patients à l'entrée des urgences sur la situation et les délais d'attente prévisibles ;
- En cas de risque infectieux, appliquer les procédures permettant de limiter la contagion
- Activer les circuits rapides de prise en charge (notamment la filière ambulatoire) ;
- Augmenter les capacités d'accueil par la libération de lits (transfert des patients vers d'autres services ou vers d'autres établissements, sorties anticipées etc.) et l'ouverture provisoire d'espaces ou de lits supplémentaires (doublement des chambres, lits fermés, brancards, etc.) ;
- Déprogrammer des activités de soins en tant que de besoin ;
- Mettre en place un circuit d'admissions directes non programmées dans les services hospitaliers (sans passage au SU) pour éviter le passage aux urgences ;
- Informer le SAMU centre 15, l'ARS et les services d'aval de la fin de période de tension.

FICHE ACTION POUR LE RISQUE REB

Actions à mettre en œuvre rapidement en fonction de l'évolution de la situation et des besoins

(Liste non chronologique)

- Activer la CCH dimensionnée en fonction de la nature et de l'ampleur de l'événement ;
- Mobiliser le DMC en cas de flux important de patient ;
- Mettre en place les circuits d'accueil et de prise en charge des patients infectés ou potentiellement infectés (mesures d'isolement, circuit des douches, modalités d'habillage et de déshabillage...);
- Anticiper très tôt l'identification des personnes contacts pour la stratégie de traitement nécessaire ;
- Mettre en place un fléchage spécifique dans l'établissement pour permettre l'orientation des patients ;
- Informer l'ensemble des personnels de l'établissement sur les risques encourus (par ex. fiches d'informations) et appliquer les procédures relatives à leur protection (EPI adaptés à l'agent suspecté) ;
- Organiser la procédure d'évaluation des cas suspects avec le SAMU, l'ESR et l'ARS ;
- Identifier les personnes ressources en interne et en externe (médecins référents de l'hôpital, du département, de la région, de la zone, les laboratoires spécialisés...);
- Solliciter le SAMU pour le transport des patients infectés vers les services spécialisés d'un autre établissement de santé en coordination avec le SMIT de l'ESRR ;
- Mettre en place le circuit de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI).

FICHE ACTION POUR LE RISQUE NRC

Actions à mettre en œuvre rapidement en fonction de l'évolution de la situation et des besoins

(Liste non chronologique)

- Activer la CCH et contacter le ou les référents SSE / NRC de l'établissement ;
- Mobiliser le DMC en cas de flux important de patient ;
- Informer immédiatement l'ensemble des personnels de l'établissement des risques encourus et le cas échéant, des prestataires de service (ex. équipe de sécurité) ;
- Mettre en place sans délai des actions immédiates de protection des personnels, des patients et des locaux en attendant la confirmation du risque NRC ;
- Mettre en place les circuits d'accueil des victimes potentiellement contaminées (séparés des circuits d'accueil de patients non contaminés) et prévoir une signalisation spécifique dans l'établissement ;
- S'informer auprès du SAMU de l'évolution de la situation et d'un risque de transfert de contamination ;
- Informer l'ARS sur l'événement en cours ;
- Faire activer l'unité de décontamination hospitalière dès confirmation d'un événement NRC (établissements de santé de première ligne) ;
- Déstocker les kits de décontamination d'urgence ;
- Identifier les personnes ressources en interne et en externe ;
- Protéger les personnels et les locaux (salle d'accueil et éventuellement un circuit d'accès au bloc opératoire) ;
- Recourir en tant que de besoin à l'expertise des ESR ;
- Activer le cas échéant le PSE.

FICHE ACTION DU DIRECTEUR MÉDICAL DE CRISE EN CAS DE MISE EN ŒUVRE DU VOLET AMAVI OU NRC

Actions à mettre en œuvre rapidement en fonction de l'évolution de la situation et des besoins

(Liste non chronologique)

- Valide la mise en œuvre du volet AMAVI ou NRC (dans le cas d'un afflux massif de patients contaminés) et le cas échéant, pour le volet REB (si flux important de patients) ;
- Alerte les services concernés (SU, SSPI-AP, blocs opératoires, etc.) et la Direction quant à la nature de l'événement et le nombre de victimes ;
- Active la ligne directe avec le SAMU-centre 15 et prend contact avec ce dernier ;
- Organise la chaîne de prise en charge :
 - Commandement : médecin de tri, coordinateur médical de la zone UA, coordinateur médical de la zone UR, coordinateur médical de bloc ;
 - Communication : DECT, talkie-walkies, smartphone type RRF ;
 - Identitovigilance : active la procédure victimes inconnues multiples et pilote la réponse médicale.
- S'assure de la réorganisation des équipes en identifiant, au sein de chaque unité impliquée dans l'accueil des victimes, les personnels dédiés à la gestion du quotidien et ceux dédiés à la gestion de la crise ;
- S'assure que chaque responsable de secteur dispose de la fiche d'organisation du plan AMAVI qui le concerne ;
- Rend compte à la CCH et au SAMU-Centre 15 des capacités réelles de prise en charge hospitalière ;
- Évalue les besoins en personnels soignants et médicaux et sollicite la CCH en tant que de besoin ;

- Réorganise l'offre de soin sur le plateau technique d'urgence, bloc, SSPI, réanimation pour répondre aux besoins identifiés (déprogrammation, libération de lits, etc.) et communique avec la CCH sur ce sujet ;
- Décide le cas échéant de l'indication collective de Damage control chirurgical ;
- Communique régulièrement avec la CCH et la cellule de crise du SAMU pour les informer de l'évolution de la situation et d'une saturation le cas échéant ;
- Participe avec la CCH à la réflexion éventuelle sur la protection de l'hôpital.

ANNEXE 3 : FICHES TECHNIQUES

FICHE TECHNIQUE SUR L'ÉVALUATION DES CAPACITÉS AMAVI D'UN ÉTABLISSEMENT DE PREMIÈRE LIGNE

FICHE TECHNIQUE SUR L'ACCUEIL DE BLESSÉS MILITAIRES AU SEIN DES STRUCTURES DE SANTÉ CIVILE

FICHE TECHNIQUE SUR LA MOBILISATION DE RENFORTS HUMAINS EN SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

FICHE TECHNIQUE SUR LA MOBILISATION DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE EN CAS DE SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

FICHE TECHNIQUE SUR LA STRATÉGIE DE DEPROGRAMMATION ET DE REPROGRAMMATION DE SOINS

FICHE TECHNIQUE SUR LA GESTION D'UNE SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE À CINÉTIQUE LENTE

FICHE TECHNIQUE SUR LA MOBILISATION DES CELLULES DE SOUTIEN ÉTHIQUE

FICHE TECHNIQUE SUR LA COMMUNICATION EN SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

FICHE TECHNIQUE SUR L'IDENTIFICATION ET LE SUIVI DES PATIENTS VIA SI-VIC

CONDUITE À TENIR POUR L'INFORMATION AUX FAMILLES ET AUX PROCHES

FICHE TECHNIQUE SUR LA SÉCURISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

FICHE TECHNIQUE SUR LE CONFINEMENT D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

FICHE TECHNIQUE SUR L'ÉVACUATION D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ EN PÉRIL

FICHE TECHNIQUE SUR LA GESTION D'UN DÉFUNT PRÉSENTANT UN RISQUE SANITAIRE

FICHE TECHNIQUE SUR L'ÉVALUATION DES CAPACITÉS AMAVI : OBJECTIFS À ATTEINDRE POUR UN ÉTABLISSEMENT DE PREMIÈRE LIGNE

OBJECTIFS CAPACITAIRES

Les capacités d'accueil d'un afflux massif de victimes répondent à des objectifs à atteindre quantifiés pour chaque établissement, selon son niveau de recours de première, seconde et troisième ligne. Ces objectifs sont établis en fonction de ses ressources propres, et de leur part mobilisable, observée sur un recueil de 300 établissements.

Cette démarche permet à l'établissement de connaître son niveau de réponse attendu selon son positionnement ORSAN défini avec l'ARS (première ligne, deuxième ligne, troisième ligne). Pour la planification, elle permet d'évaluer les points de rupture territoriaux pour chaque filière de soins. En cas d'événement réel, un recueil flash permet d'intégrer les capacités réelles du jour qui permettront d'orienter les victimes au cas par cas par la régulation médicale du SAMU (Tableau capacitaire type).

Le SI ORSAN facilite la mise en œuvre de cette méthodologie d'évaluation du capacitaire AMAVI en mettant à disposition un « tableau de bord » pour la gestion des situations exceptionnelles de type AMAVI avec potentiellement le recours à des filières de prise en charge complexes (grands brûlés, irradiés, intoxiqués graves). Ce tableau de bord concourt à l'anticipation et au suivi des capacités d'accueil en établissement de santé, à l'identification des renforts et à leur projection en condition réelle de circulation sur tout point du territoire national. À partir du lieu de survenue d'une SSE et du bilan victimaire (nombre d'adultes/enfants, UA/UR), le tableau de bord permet notamment :

- L'affichage des capacités d'accueil dans les établissements de santé estimée à T0 (capacités ORSAN AMAVI consolidées dans les plans régionaux par les ARS), puis mises à jour en temps réel avec la montée en puissance des établissements (enquête flash aux établissements et décompte des orientations) pour faciliter l'orientation des patients par le médecin régulateur du SAMU (places disponibles selon le délai d'arrivée du patient, le plateau technique de l'établissement de santé, filière bloc/urgence adulte/enfant jour/nuit-WE, places restantes) ;
- L'évaluation du dimensionnement et la disponibilité des renforts en équipes médicales (SMUR, CUMP, équipes chirurgicales, ...), en produits de santé et autres moyens territoriaux tactiques (PSM, ...) pour les prochaines heures avec leur délai d'acheminement (pour l'ARS et le SAMU zonal). Il constitue ainsi une aide à la décision pour l'engagement des moyens (liste et délais d'arrivée de chaque SMUR, PSM, HéliSMUR).

Plan ORSAN AMAVI : Objectifs à atteindre pour un établissement				Capacité structurelle		Capacité ressource				
Plan ORSAN AMAVI : Objectifs à atteindre pour un établissement de première ligne			Délai de mise en œuvre (ressources mobilisables)	T0	T3	Tmax				
				sous 30 min (ressources présentes mobilisables)	sous 3 heures (ressources après renforts et déprogrammation)	ressources totales de l'établissement, repère théorique				
	Période	Filière de soins	Critères d'évaluation de la capacité dans cette filière de soins							
CAPACITE DE SOINS AIGUS	En journée (de 8h à 18h)	Bloc adulte	Le nombre de patients est déterminé par les ressources mobilisables, L'objectif à atteindre correspond à un tiers des ressources totales de l'établissement sous 30min, deux tiers à 3h, Ces seuils correspondent à la part observée disponible sur un relevé de 300 ES sur 5 ARS en 2022				30% du Tmax	60% du Tmax	Tmax = Minimum de (A,B,C,D) employés par l'ES, avec A: nombre total d'Anesthésistes ou IADE, B: nombre total de salles de bloc, C: nombre total de chirurgiens, D: nombre total d'Ibodes	
		Bloc pédiatrique	1ere intention	En 1ere intention : - Les victimes chirurgicales pédiatriques sont orientées vers les centres experts disposant d'un plateau technique spécialisé en chirurgie pédiatrique				50% du Tmax	80% du Tmax	Tmax = Minimum de (A,B,C,D) employés par l'ES, avec A: nombre total d'Anesthésistes ou IADE pédiatriques, B: nombre total de salles de bloc, C: nombre total de chirurgiens pédiatriques, D: nombre total d'Ibodes
		Bloc pédiatrique	2e intention	En 2e intention, en cas de surcharge des centres de référence : - L'orientation des victimes pédiatriques et >30kg s'appuie sur certains établissements de première ligne identifiés selon 2 conditions : o Ayant pratiqué des actes de chirurgie en hospitalisation complète sur des enfants de moins de 10 ans (seuil de 30kg), d'après l'activité renseignée dans le PMSI. o Appartenant au réseau d'établissements disposants d'une autorisation de maternité de niveau 2 ou 3 (plateau technique chirurgical et pédiatre néonatalogiste 24h/24).				1 enfant >10 ans	1 enfant >10 ans	Si l'établissement remplit les 2 critères (Maternité 2-3 et chirurgie sur enfant) Tmax= 1 patient de 10 à 16 ans (>30 kg) , déduit des capacités adultes
	En permanence de soins (de 18h à 8h, week ends et fériés)	Bloc adulte	Le nombre de patients est déterminé par les ressources mobilisables en période de permanence des soins (nuit, week end, fériés), L'objectif à atteindre correspond à l'ensemble des lignes d'astreintes ou gardes postées référencées sur l'établissement (absence d'activité programmée).				100% du Tmax	100% du Tmax	Tmax = Minimum (A,B,C,D) de personnels d' astreinte ou garde : A: nombre total d'Anesthésistes ou IADE , B: nombre total de salles de bloc ouvrables en nuit ou week end , C: nombre total de chirurgiens d'astreinte ou garde, D: nombre total d'Ibodes d'astreinte ou garde	

Plan ORSAN AMAVI : Objectifs à atteindre pour un établissement				Capacité structurelle		Capacité ressource
Plan ORSAN AMAVI : Objectifs à atteindre pour un établissement de première ligne			Délai de mise en œuvre (ressources mobilisables)	T0	T3	Tmax
				sous 30 min (ressources présentes mobilisables)	sous 3 heures (ressources après renforts et déprogrammation)	ressources totales de l'établissement, repère théorique
	Bloc pédiatrique	1ere intention	En 1ere intention : - Les victimes chirurgicales pédiatriques sont orientées vers les centres experts disposant d'un plateau technique spécialisé en chirurgie pédiatrique. L'objectif à atteindre correspond à l'ensemble des lignes d'astreintes ou gardes postées référencées sur l'établissement pour la chirurgie pédiatrique.	100% du Tmax	100% du Tmax	Tmax = Minimum (A,B,C,D) de personnels d'astreinte ou garde: A: nombre total d'Anesthésistes ou IADE pédiatriques, B: nombre total de salles de bloc, ouvrables en nuit ou week end , C: nombre total de chirurgiens pédiatriques, D: nombre total d'Ibodes
	Bloc pédiatrique	2e intention	En 2e intention, en cas de surcharge des centres de référence : - L'orientation des victimes pédiatriques et >30kg s'appuie sur certains établissements de première ligne identifiés selon 2 conditions (identiques à celles en journée)	1 patient	1 patient	Tmax= 1 patient de 10 à 16 ans (>30 kg) si conditions remplis par l'ES, déduit des capacités adultes
En journée (de 8h à 18h)	Urgences adultes UA		Nombre de patients en urgence absolue, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Selon personnels postés en journée aux urgences, (hors personnel partagé avec le SMUR) Tmax= 1 médecin et 2 infirmiers pour 2 patients UA
	Urgences pédiatriques UA		Nombre de patients en urgence absolue, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Selon personnels postés en journée aux urgences pédiatriques, (hors personnel partagé avec le SMUR) Tmax= 1 médecin et 2 infirmiers pour 2 patients UA
	Urgences adultes UR		Nombre de patients en urgence relative, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Selon personnels postés en journée aux urgences, (hors personnel partagé avec le SMUR) Tmax= 1 médecin et 2 infirmiers pour 5 patients UR
	Urgences pédiatriques UR		Nombre de patients en urgence relative, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Selon personnels postés en journée aux urgences pédiatriques, (hors personnel partagé avec le SMUR) Tmax= 1 médecin et 2 infirmiers pour 5 patients UR
En permanence de soins (de 18h à 8h, week ends et fériés)	Urgences adultes UA		Nombre de patients en urgence absolue, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Selon personnels en garde ou postés en période PDS aux urgences, (hors personnel partagé avec le SMUR) Tmax= 1 médecin et 2 infirmiers pour 2 patients UR
	Urgences pédiatriques UA		Nombre de patients en urgence absolue, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Selon personnels en garde ou postés en période PDS aux urgences pédiatriques, (hors personnel partagé avec le SMUR)

Plan ORSAN AMAVI : Objectifs à atteindre pour un établissement				Capacité structurelle		Capacité ressource
Plan ORSAN AMAVI : Objectifs à atteindre pour un établissement de première ligne			Délai de mise en œuvre (ressources mobilisables)	T0	T3	Tmax
				sous 30 min (ressources présentes mobilisables)	sous 3 heures (ressources après renforts et déprogrammation)	ressources totales de l'établissement, repère théorique
						Tmax= 1 médecin et 2 infirmiers pour 2 patients urgences absolues
	Urgences adultes UR	Nombre de patients en urgence relative, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers		70% du Tmax	100% du Tmax	Tmax=1 médecin et 2 infirmiers pour 5 patients en UR
	Urgences pédiatriques UR	Nombre de patients en urgence relative, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers		70% du Tmax	100% du Tmax	Tmax=1 médecin et 2 infirmiers pour 5 patients en UR
CAPACITES 'HOSPITALISATION	REA Adulte ou >16 ans	Repère des lits accessibles à T0 selon le taux d'occupation annuel		5% du Tmax	7% du Tmax	Tmax = nombre de lits installés en réanimation adulte
	REA Pédiatrique <16 ans	Repère des lits accessibles à T0 selon le taux d'occupation annuel		18% du Tmax	30% du Tmax	Tmax = nombre de lits installés en réanimation pédiatrique
	REA Néonatale <30j	Repère des lits accessibles à T0 selon le taux d'occupation annuel		10% du Tmax	15% du Tmax	Tmax = nombre de lits installés en réanimation néonatale
	USC Adulte ou >16 ans.	Repère des lits accessibles à T0 selon le taux d'occupation annuel		30% du Tmax	50% du Tmax	Tmax = nombre de lits installés en unité de soins continus adultes
	USC Pédiatrique <16 ans.	Repère des lits accessibles à T0 selon le taux d'occupation annuel		10% du Tmax	15% du Tmax	Tmax = nombre de lits installés en unité de soins continus pédiatriques
	USC Néonatal <30j.	Repère des lits accessibles à T0 selon le taux d'occupation annuel		25% du Tmax	30% du Tmax	Tmax = nombre de lits installés en unité de soins continus néonataux

Méthodologie d'évaluation du capacitaire AMAVI

La proposition ci-dessous de méthodologie d'évaluation du capacitaire AMAVI a été élaborée par les équipes du CHU de Caen²⁴ en lien avec l'ARS Normandie et un recueil sur 300 établissements. Elle fournit un référentiel pour l'évaluation des capacités de prise en charge AMAVI des établissements de santé.

Le processus d'élaboration d'une modélisation nationale du capacitaire AMAVI de chaque établissement se décompose en sept étapes successives, communes au plan d'élaboration du plan de gestion des SSE. Cette démarche a impliqué dans sa construction l'ensemble des professionnels concernés par ces situations : professionnels de spécialités, référents d'établissements de santé, de SAMU, d'ARS, de SAMU et ARS zonaux, et de référents nationaux.

Elle concerne les capacitaires AMAVI en soins aigus (prise en charge chirurgicales au bloc opératoire, prise en charge aux urgences), et en hospitalisation (en soins critiques ou MCO). Elle comprend deux étapes d'évaluation capacitaire : la capacité maximale à partir des ressources et activités de chaque établissement recensé annuellement par la DREES, et la capacité disponible à partir de relevés coordonnés sur des panels d'établissements.

Cette démarche permet d'aider ARS et établissements sur la construction de leurs objectifs planchers à T0 et à atteindre à T+3h selon son rang de mobilisation ORSAN en première, deuxième ou troisième ligne. Pour la planification, elle permet d'évaluer les points de rupture pour chaque filière de soins. En cas d'événement réel, l'envoi d'une enquête flash aux ES permet d'intégrer les capacités réelles du jour.

Établir ces repères permet d'évaluer l'impact sur les vecteurs de transport nécessaires ou le taux de recours aux établissements du secteur. Elle permet de planifier des stratégies de seconde intention pour les filières identifiées comme difficiles (AMAVI traumatisés pédiatriques, AMAVI grands brûlés, etc.). Cette approche permet de tester l'impact de différentes stratégies de gestion de crise, pour la planification ou l'utilisation en situation réelle.

Le SI ORSAN facilite la mise en œuvre de cette méthodologie d'évaluation du capacitaire AMAVI en mettant à disposition un « tableau de bord » pour la gestion des situations exceptionnelles de type AMAVI avec potentiellement le recours à des filières de prise en charge complexes (grands brûlés, irradiés, intoxiqués graves).

IDENTIFICATION ET CARTOGRAPHIE DES CAPACITES DE REPONSE DES OPERATEURS DE SOINS

Capacité ressource (Tmax)

Elle constitue la référence pour les capacités théoriques maximales (Tmax) pour chaque établissement. Elle définit le nombre théorique de patients pouvant être pris en charge si toutes ses ressources matérielles et humaines étaient présentes et disponibles. Elle est donc fixe et représente 100% des capacités de réponse de l'établissement. Elle est évaluée selon les ressources propres de l'établissement renseignées dans l'enquête annuelle de la DREES (Statistique Annuelle des Établissements – SAE)

Capacité structurelle immédiate (T0)

Le nombre de patients (blessés graves ou légers) pouvant être immédiatement pris en charge dans un établissement de santé à T0 d'une urgence collective constitue sa « **capacité structurelle T0** ». Celle-ci dépend à la fois des ressources humaines et matérielles disponibles de l'établissement, et de l'activité en cours. Dans la mesure où ces capacités de prise en charge peuvent être variables en fonction du jour ou de l'heure de survenue, il convient de définir a minima par établissement de santé un « objectif plancher » de prise en charge à T0.

Capacité structurelle de montée en puissance (T3)

Après déclenchement du PTHSSE et montée en puissance, l'établissement de santé va atteindre à T+2h voire T+3h sa « capacité de prise en charge plancher » correspondant à l'effet à obtenir. Ces capacités de prise en charge étant variables en fonction du jour et de l'heure de survenue (ex : déprogrammation d'actes chirurgicaux), il convient de définir a minima des « objectifs à atteindre » de prise en charge à T+1h, T+2h/+3h correspondant à la capacité de montée en puissance quel que soit le jour et l'heure de survenue de l'événement.

²⁴ Dr Antoine Aubrion, Dr Lauriane Hardel, Pr Eric Roupion

Définition des objectifs « plancher » pour T0 et « à atteindre » pour T3h par établissement de santé

L'estimation de la variabilité des indicateurs « capacité structurelle T0 et T3h » selon le jour et l'heure, et en fonction du type d'établissement, permet de fixer les objectifs plancher T0 et à atteindre T3h pour chacun d'eux.

	Repères index (fixes)	Capacité Tmax (avec ressources totales)	Moyens mobilisables par le plan PTHSE de l'établissement
	Indicateurs (variables)	Capacité structurelle T0 (Immédiate)	Capacité structurelle T+3h (après montée en puissance)
	Objectifs (planifiés)	Objectif plancher T0	Objectif à atteindre T+3h

ETAPE 1 : CONSTITUTION DE L'EQUIPE PROJET

Un panel de 30 référents ARS, SAMU, ARS zonale et SAMU zonal a été rencontré sur une période de trois mois afin de recueillir leurs méthodes et problématiques sur la constitution d'un capacitaire AMAVI territorial. Trois groupes de travail ont ensuite été constitués afin de construire un panel de référents d'établissements et de professionnels concernés par l'organisation de la réponse sanitaire de leur établissement en cas d'afflux de victimes, adultes et pédiatriques. Ces professionnels sont issus de centres experts, de première et deuxième ligne, d'établissements publics et privés. Les spécialités représentées étaient la médecine d'urgence, l'anesthésie réanimation, la chirurgie et l'encadrement de bloc opératoire, la pédiatrie, la réanimation pédiatrique, la pharmacie et stérilisation.

ETAPE 2 : PREPARATION DU PILOTAGE

Une enquête préliminaire auprès de l'ensemble des référents ARS et SAMU de la zone de défense et sécurité a identifié les difficultés d'évaluation et l'hétérogénéité des résultats. La construction d'une méthode homogène permettrait d'accompagner les établissements et de consolider les évaluations des points de rupture par les ARS. **Le groupe de travail pluriprofessionnel** a travaillé selon la méthode Delphi structurant la consultation d'un groupe d'experts. Quatre tours d'analyses ont permis d'établir une méthode d'évaluation du capacitaire AMAVI.

En situation d'afflux massif de blessés, le parcours de soins des patients dépend de la gravité des blessures selon l'échelle de triage française, issue du service de santé des armées françaises [EU (critique), U1 (urgence absolue), U2 (urgence relative), U3 (minimale), UD (urgence dépassée)]. Cette échelle est très proche de celle utilisée par l'OTAN [T1 (immédiate), T2 (différée), T3 (minimale), T4 (expectative)] (Figure 1).

1. Les 3 modalités du capacitaire AMAVI (Figure 1)

Pour chaque type de victime les experts ont distingué 3 déterminants de la capacité AMAVI :

A. A = Unité de prise en charge :

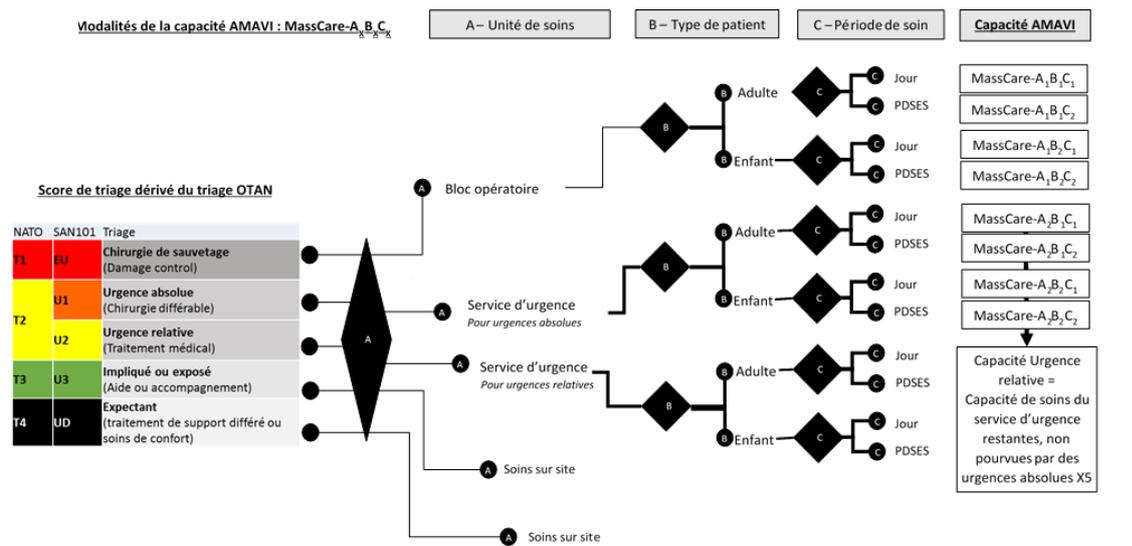
- Soins primaires (1. Bloc opératoire, 2. Urgences, 3. Soins sur site)
- Hospitalisation (4. Réanimation, 5. Soins continus, 6. MCO)

B. B = Type de patient (1. Adulte, 2. Pédiatrique, 3. Néonatal)

C. C = Période de soins (1. heures ouvrables, 2. heures non ouvrables : nuit, week-end et fériés).

Ainsi, pour chaque établissement de santé, la capacité AMAVI est symbolisée par l'indice MassCare- $A_x B_x C_x$ selon chaque modalité. Par exemple, MassCare- $A_1 B_2 C_2$ représente la capacité d'accueil AMAVI au bloc opératoire (A_1) pour des victimes pédiatriques (B_2) pendant les heures de permanence des soins (nuit ou week-end, C_2) de l'établissement considéré.

Figure 1: Modalités de la capacité AMAVI « MassCare »



OTAN* : Organisation du Traité de l'Atlantique Nord

La capacité AMAVI de chaque établissement est détaillée en 3 modalités : A- Unité de soins ou hospitalisation, B-Type de patient, C-Période de soins

Ex: MassCare-A₁B₂C₂: Capacité d'accueil AMAVI au bloc opératoire (A1) de victimes pédiatriques (B2) en période de permanence des soins (C2), pour un établissement

2. Les capacités dépendent des ressources matériels et humaines des ES (figure 2)

Pour chaque modalité le nombre de patients admissibles est évalué selon les ressources minimales de prise en charge pour chaque patient:

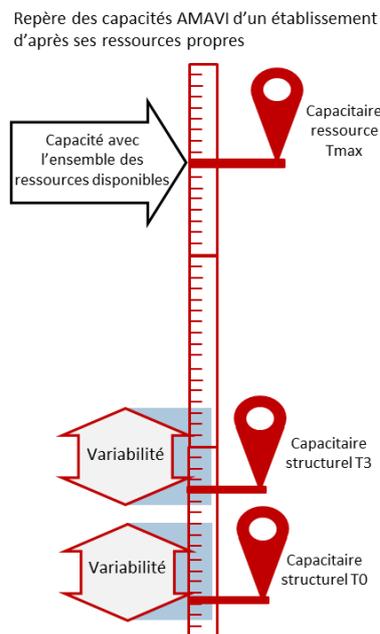
- D. **Au bloc** : pour chaque patient au minimum 1 salle de bloc opératoire, 1 chirurgien, 1 anesthésiste ou infirmier anesthésiste, 1 infirmier de bloc opératoire ;
- E. **Aux urgences** : 1 médecin et 2 infirmiers pour 2 patients en urgence absolue, ou pour 5 patients en urgence relative sur les places restantes ;
- F. **En hospitalisation** : chaque lit disponible est associé à son environnement humain et matériel nécessaire.

3. Évaluation selon le délai de crise (figure 2)

Pour chaque modalité de la capacité MassCare, le niveau de réponse de l'hôpital dépend de sa propre capacité en fonction du délai de crise (Figure 2) :

- G. **Capacité ressources** : Le niveau maximal de ressources pour chaque hôpital. Elle constitue la référence pour les capacités théoriques maximales (Tmax) si toutes ses ressources matérielles et humaines étaient présentes et disponibles. Elle est donc fixe et représente 100% des capacités de réponse de l'établissement. Elle est évaluée selon les ressources propres de l'établissement renseignées dans l'enquête annuelle de la DREES (Statistique Annuelle des Établissements – SAE).
- H. **Capacité structurelle** : La capacité structurelle est la capacité réelle disponible immédiatement (T0), puis après la mise en place du plan de gestion de crise de l'établissement (T3). Elle correspond à un pourcentage de la capacité Tmax de l'établissement. Elle prend en compte la part des ressources humaines et matérielles disponibles selon les présences et l'activité en cours (T0), puis les renforts et les réorganisations d'activité (T3). Elle est évaluée par un relevé ponctuel des ressources disponibles auprès des établissements. De plus un recueil coordonné sur un panel d'établissements de plusieurs ARS sur une semaine permet de constituer une photographie précise des capacités disponibles et de leur variabilité (jours, heures). En période de permanence de soins des ES, le groupe de travail définit que les capacités de soins correspondent au nombre de lignes postées de garde ou d'astreinte dans chaque filière (absence d'activité programmée).

Figure 2: Conclusions du groupe de travail ARS après 4 tours d'échange Delphi:



ETAPE 3 : ORGANISATION DE LA REPONSE : CALCUL DES CAPACITES Tmax ET T0

Cette première étape d'évaluation des capacités AMAVI utilise la dernière version disponible de l'enquête annuelle obligatoire de la DREES (enquête SAE 2021 publiée par la DREES en septembre 2022).

1. Évaluation pour un établissement de santé

La mise en œuvre de la méthode est détaillée dans chacune des modalités définies, pour un établissement de santé. **Pour prendre un exemple**, le Centre Hospitalier Universitaire de Caen est défini d'après les objectifs fixés dans ORSAN comme établissement expert, par la présence d'un service d'urgence et plateau chirurgical 24/24, associé aux plateaux techniques spécifiques de neurochirurgie, chirurgie cardio thoracique, chirurgie pédiatrique, radio-embolisation. Le nombre de praticiens exerçant dans l'établissement, et les moyens matériels participant à l'activité sont référencés dans les données SAE de la DREES.

Concernant les ressources chirurgicales, l'établissement dénombre 42 ETP chirurgiens (ETP-équivalents temps plein), 34,9 ETP anesthésistes, 75,68 ETP infirmier anesthésiste, 52,03 ETP infirmier de bloc opératoire ; et 20 salles de bloc opératoire installées. Donc si l'ensemble des moyens humains et matériels de l'établissement étaient disponibles, le nombre maximum de prise en charge simultanées serait de :

$$T_{\max}\text{-MassCareA}_1\text{B}_1\text{C}_1 = \min(\text{chir} ; (\text{anes} + \text{iade}) ; \text{ibode} ; \text{bloc}) = \min(42 ; (34,9 + 75,68) ; 52 ; 20) = 20$$

L'établissement pourrait prendre en charge 24 patients simultanés avec pour chacun les ressources chirurgicales humaines et matérielles minimales. L'estimation des ressources réellement disponibles immédiatement (T0) puis après mise en place du plan de gestion de crise de l'établissement (T3) est testé à différents moments et rapporté à ce capacitaire maximum théorique.

Concernant les services d'urgences, le nombre de médecins et infirmiers postés est constant selon les jours ouvrés et renseigné dans la SAE en heures de présence hebdomadaires et lignes de garde. Les agents partagés avec l'activité SMUR ne sont pas comptabilisés comme présents, car seraient engagés en préhospitalier en cas de SSE importante. Cet établissement dispose aux urgences de 580h médecin et 1088 heures infirmières hebdomadaires, soit $580 * 2/3 / 12/7 = 4,6$ médecin et $1088 * 2/3 / 12/7 = 8,6$ infirmière postées en journée. Aucun n'a d'activité partagée avec le SMUR. Les

capacités AMAVI sont de 2 UA pour 2 IDE et 1 médecin, soit $T_{max} = \min(\text{med}; \text{ide}/2) \times 2 = \min(4,6; 8,6/2) \times 2 = 8,6$ UA simultanées.

Concernant les capacités d'hospitalisations, le T_{max} est directement évalué par les lits installés dans chaque catégorie d'unité (Réanimation, soins intensifs, soins continus, MCO) et chaque catégorie d'âge (adulte, pédiatrique, néonatalogie). Pour la planification, le T_0 sera estimé directement d'après le taux d'occupation annuel de chaque type d'unité. Par exemple un établissement ayant 10 lits de réanimation avec un taux d'occupation annuel de 80%, le nombre de lits disponible immédiatement est en moyenne de $10 \times (1-0,8) = 2$ lits. En cas d'événement réel les capacités immédiates d'hospitalisation sont remontées via le ROR.

2. Évaluation pour un territoire ARS

La même règle est appliquée pour l'ensemble des établissements du territoire, classés par niveau d'expertise selon leur catégorie ORSAN.

a) Prise en compte des établissements à données manquantes

Un travail complémentaire a été réalisé concernant les capacités AMAVI au bloc opératoire, en raison de l'absence de personnels renseignés sur certains établissements malgré une activité opératoire annuelle importante. En effet pour ces établissements le calcul strict du minimum de ressource amènerait à écarter ces établissements de la répartition des victimes AMAVI (capacitaire calculé à 0).

Le travail statistique de modélisation en imputation multiple chaînée a montré que pour ces établissements la capacité AMAVI était prévisible à 86% à partir de l'activité chirurgicale annuelle de l'établissement, qui est une donnée fiable et sans donnée manquante, par 1 patient admissible pour 1460 actes annuels (résultats identiques sur 3 années différentes).

Ce travail permet de prendre en compte ces établissements à données manquantes dans l'évaluation des capacités AMAVI. Leur capacité AMAVI est alors évaluée à partir de leur activité chirurgicale réelle annuelle.

Exemple : pour le CHU de Caen, si le nombre de chirurgiens de l'établissement était manquant dans la SAE, malgré 25132 actes chirurgicaux annuels : La capacité de l'établissement n'est alors pas comptabilisée comme nulle, mais évaluée à partir de l'activité annuelle en hospitalisation complète à $T_{max} = \text{MassCare-A1B1C1} = 25132 / 1460 = 17,2$ patients simultanés si l'ensemble des ressources étaient disponibles.

b) Capacités de chirurgie pédiatrique : identifier les établissements de la stratégie de 2^e intention

La capacité AMAVI de chirurgie pédiatrique est définie par le nombre de chirurgiens pédiatriques, anesthésistes pédiatriques, infirmières de bloc et salles de bloc opératoires. Le référentiel ORSAN définit qu'en cas d'événement impliquant de nombreuses victimes pédiatriques un seuil de 30kg (voire 20kg) peut être défini pour orienter certaines victimes sur les établissements de première ligne. Dans les deux cas les capacités régionales sont restreintes ($T_0=6$ patients sur 3 établissements) indiquant un point de rupture rapidement atteint en volume de victimes comme en distance de transferts.

Pour anticiper la réponse à un AMAVI de traumatisés graves pédiatriques, le groupe de travail propose d'identifier certains ES de première ligne plus à même de répondre à ces orientations le cas échéant.

En 1^{ère} intention : les victimes chirurgicales pédiatriques **sont orientées vers les centres experts** disposant d'un plateau technique spécialisé en chirurgie pédiatrique

En 2^{ème} intention, en cas de surcharge des centres de référence : l'orientation des victimes pédiatriques et >30kg s'appuie sur certains établissements de première ligne identifiés selon 2 conditions :

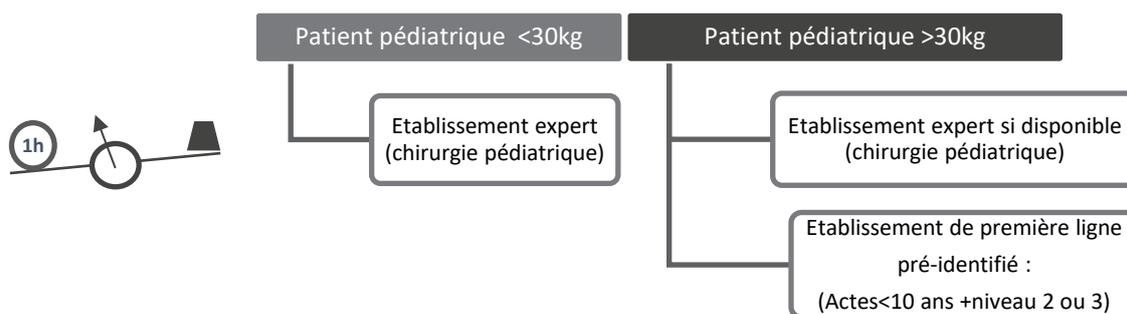
- **Ayant pratiqué des actes de chirurgie en hospitalisation complète sur des enfants de moins de 10 ans (seuil de 30kg), d'après l'activité renseignée dans le PMSI.**

- **Appartenant au réseau d'établissements disposants d'une autorisation de maternité de niveau 2 ou 3 (plateau technique chirurgical et pédiatre néonatalogiste 24h/24).**

Le premier critère identifie la **compétence en anesthésie générale d'enfants de moins de 30kg** sur l'établissement au vu de sa pratique courante. Le second critère identifie la présence d'un bloc chirurgical, chirurgien, anesthésiste, et pédiatre néonatalogiste disponibles sur place 24h/24. Ils renseignent la **présence permanente d'une capacité de chirurgie et de réanimation nourrisson spécialisée** (en praticien présent, en expérience, et en matériel). Chacun de ces établissements serait amené en seconde intention à prendre en charge 1 patient pédiatrique au sein de son plateau technique chirurgical adulte. Cette capacité serait déduite de la capacité AMAVI bloc adulte de la structure.

Sur notre territoire régional, cette stratégie permet de définir une stratégie de première intention pour 6 patients sur 3 établissements experts, et en stratégie de seconde intention 9 patients supplémentaires répartis sur 9 établissements de première ligne pré-identifiés. Elle complète les difficultés en volume de patient et assure un maillage territorial et des délais de transports plus resserrés. Elle permet de pré-identifier les établissements concernés et de l'intégrer à leurs objectifs de réponse AMAVI.

SITUATION AMAVI A COMPOSANTE PEDIATRIQUE – ETABLISSEMENTS DE 2^e INTENTION



- c) **Évaluation multirégionale de la capacité immédiatement disponible (T0) et après plan de gestion de crise (T3), rapportée aux ressources totales (Tmax) de chaque établissement Afin de déterminer pour chaque établissement la part de ressources disponibles sous 30min par rapport à ses ressources totales, pour prendre en charge un afflux massif de victimes, une enquête « pilote » a été réalisée sur la région Normandie en juin 2021.** Cette enquête « un jour donné » a observé que pour le bloc opératoire la capacité immédiate T0 relevée correspondait à **29.5%** de la capacité Tmax disponible (moyenne sur 37 ES répondants). La capacité, après mise en place du plan de gestion de crise des établissements à T+3h était évaluée à 65,3% de leur propre capacité ressource Tmax.

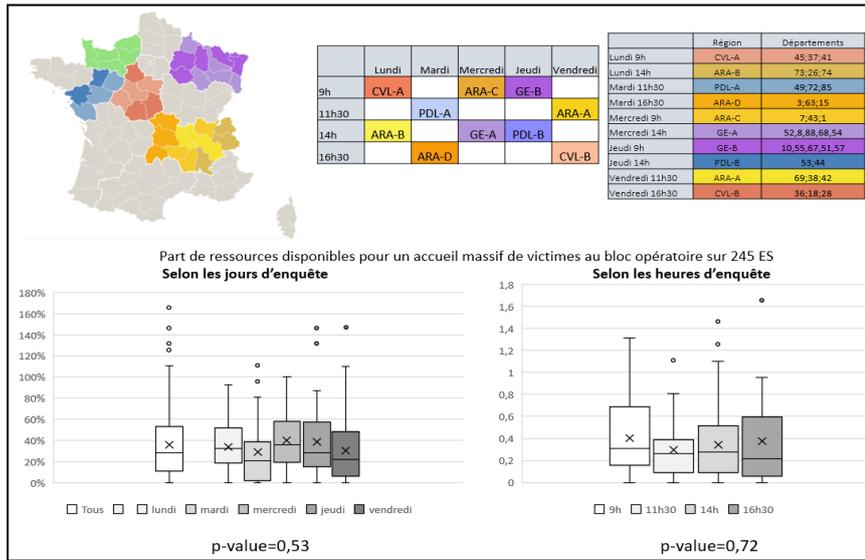
En juin 2022, une seconde enquête coordonnée sur 4 autres ARS était envoyée à 253 ES, répartis sur 5 jours et 4 horaires. Elle recueillait au moment de l'enquête les ressources mobilisables pour l'accueil au bloc opératoire et urgences sous 30 min. Sur 245 ES répondants, la capacité d'accueil AMAVI au bloc sous 30 min des ES représentait **en moyenne 36% et médiane 28% de leur capacité maximale**, et ne montrait pas de différence selon l'heure ou le jour de l'enquête ($p=0.72$; $p=0.53$; moy 1.5 patient). Pour ces 245 ES, l'écart entre leur capacité observée, et capacité calculée d'après 28% de leurs ressources était de 0.38 patient par ES ($sd=2$).



Ce relevé coordonné permet d'estimer les **capacités AMAVI au bloc opératoire à 1/3 des capacités disponibles immédiatement (T0)**, et 1/3 supplémentaire après mise en place de leur plan de gestion de crise (T3), par rapport aux ressources totales de chaque établissement (Tmax).

Reporter ce taux à l'ensemble des établissements permet de fixer un objectif de réponse homogène pour les établissements, et correspondant aux ressources propres à chacun.

Figure 3: Enquête nationale capacité AMAVI T0 sur 253 établissements, 4 ARS, 5 jours, 4 horaires (2022)



Pour la région Normandie, la capacité AMAVI T0 estimée correspond à 66 places immédiates de bloc opératoire en journée (22 en PDS) pour les victimes adultes ; 6 places en chirurgie pédiatrique, puis 9 en seconde intention (respectivement 3 et 9 en PDS).

Figure 4: Estimation des capacités AMAVI T0 d'après le taux de ressources disponibles observé : au bloc T0=28% Tmax ; résumé des capacités ARS Normandie (totaux par niveau d'expertise et par filière)

	CAPACITE DE SOINS AIGUS												CAPACITES D'HOSPITALISATION							
	EN JOURNEE (de 8h A 18h)						EN PERMANENCE DE SOINS (nuits, week-end et fériés)						EN JOURNEE OU PDS-ES							
ORSAN (selon ressources)	Bloc >30kg	Bloc <30kg 1ere intention	Bloc <30kg 2e intention	Urgences adultes UA	Urgences pédiatriques UA	Urgences adultes UR	Urgences pédiatriques UR	Bloc >30kg PDS	Bloc <30kg 1ere intention PDS	Bloc <30kg 2e intention PDS	Urgences adultes UA PDS	Urgences pédiatriques UA PDS	Urgences adultes UR PDS	Urgences pédiatriques UR PDS	REA Ad ou >16 ans	REA PED <16 ans	REA NEO <30j	USC Ad ou >16 ans.	USC PED <16 ans.	USC NEO <30j.
Experts	12	6	3	22	10	55	24	8	3	3	11	5	27	12	21	6	3	26	8	9
1ere L	16		6	42		127		14		6	24		63		12		2	36		10
2e L	38			6		16							8							
Total	66	6	9	70	10	183	24	22	3	9	35	5	91	12	33	6	5	62	8	19

3. Évaluation des capacités nationales

La même méthode d'évaluation a été appliquée pour l'ensemble des établissements du territoire, classés par niveau d'expertise selon leur catégorie ORSAN. Les capacités T0 renseignées sont donc des estimations d'après les ressources propres de l'établissement (Tmax théorique, selon données DREES), et leur part disponible sous 30 min (T0 observé, sur enquête de 300 ES).



- **Ces estimations donnent un repère pour aider ARS et ES** à définir ensemble un objectif de capacité AMAVI, par filière, en fonction des particularités propres au territoire.
- **Chaque ARS peut ensuite intégrer ses objectifs T0 par établissement**, pour évaluer les points de rupture par filière pour différents sites (métropoles, grands événements, sites touristiques).
- **Ces points de rupture du territoire peuvent ensuite être confrontés** à chacun des 64 événements survenus en Europe depuis 30 ans.

En cas d'événement réel, l'envoi d'une enquête flash aux ES permet d'intégrer les capacités réelles du jour.

ETAPE 4 : STRUCTURATION DE LA REPONSE : CARTOGRAPHIE DES POINTS DE RUPTURE

1. Points de rupture statiques

La répartition des capacités d'accueil AMAVI sur le territoire a été étudiée en termes de délai d'accès à un établissement receveur, pour chaque zone du territoire national. La couverture en accès AMAVI est de 92% de la population adulte du territoire à <30min d'un bloc, et 99% d'un service d'urgences. Pour les victimes pédiatriques elle correspond à 41% de la population <11 ans (<30kg) en accès <30min à un bloc et 50% à un service d'urgences pédiatriques. La stratégie de 2^e intention permet un maillage plus fin du territoire avec un accès au bloc <30min pour 76% de la population de <11ans. Le transport hélicoptéré ramène ce taux à 88% d'accès bloc <30min pour la population de <11ans.

2. Points de rupture dynamiques

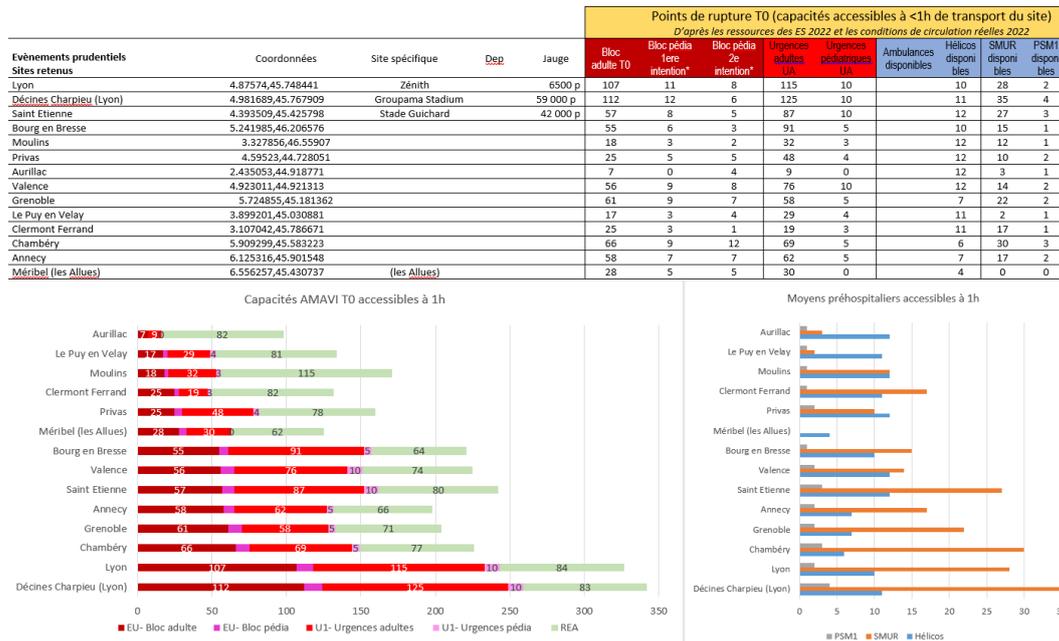
Pour la région Normandie, la capacité AMAVI T0 estimée correspond à 66 places immédiates de bloc opératoire en journée. **Cependant en fonction du lieu de l'événement, l'ensemble de ces places ne serait pas accessible** pour une prise en charge de patients graves dans des délais compatibles, et certaines orientations se feraient en dehors du périmètre régional. Le point de rupture dynamique dépend donc du site de l'événement, comme étant le **nombre de places accessibles à moins d'une heure de transport routier et hélicoptéré, indépendamment des limites administratives régionales ou zonales.**

Au sein d'une région, ces points de rupture peuvent être évalués pour différents sites prioritaires : principales agglomérations et chefs-lieux, sites de grands rassemblements, sites touristiques. Cette évaluation dresse une cartographie des moyens de réponse accessibles en moins d'une heure pour chaque site :

- Capacités AMAVI T0 au bloc et urgences accessibles à moins d'une heure du site
- Moyens SMUR, hélicos, PSM disponibles sur site en moins d'une heure

Cette évaluation a été construite pour plusieurs régions à partir des estimations T0 de chaque établissement, revue par les référents de secteur.

Figure 5: Points de rupture T0 par site prioritaire (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), places et moyens accessibles à 1h



Interprétation : Pour un événement majeur survenant à Aurillac, les ES situés à moins d'une heure disposent des ressources pour un accueil à T0: Au bloc opératoire de 7 patients adultes ou 0 pédiatriques (Chir ped) ou 4 pédiatriques de 2e intention (ES de 1ere ligne identifiés). Aux urgences de 9 adultes, aux urgences pédiatriques de 0 enfants. Les ES situés à moins d'une heure disposent des ressources préhospitalières en moins d'une heure sur site: d'après la SAE: 12 hélicoptères, 3 SMUR, 1 PSM1 (à ajuster selon PZM). En cas d'événement réel, les capacités de soins aigus doivent être recueillies par une enquête immédiate, et les places d'hospitalisation remontées par le ROR

3. Suivi du « tableau de bord » pour la planification, et la gestion de crise selon les ressources de chaque territoire

Sur un événement SSE, le suivi dynamique des points de rupture pour chaque filière de soins s'exerce sur 9 dimensions :

1. Les victimes (notion de volume, puis de profils particuliers) ;
2. La cinétique (notion d'impact immédiat, puis d'impact prévisible) ;
3. Les moyens (disponibles, puis nécessaires) ;
4. Les transferts (notion de distances, puis de délais) ;
5. Les capacités d'accueil AMAVI par filière (en soins, puis en hospitalisation) ;
6. Les compétences et niveaux de recours (Expert, 1ere ligne, 2e ligne, 3e ligne) ;
7. La période de recours (jour, ou PDSes) ;
8. Le lieu (un événement, ou multisites) ;
9. Les acteurs (de soins, puis gestionnaires) ;

Chacune de ces dimensions impacte les autres, soit comme une contrainte imposée (par l'événement ex : lieu, nombre de victimes), soit comme un facteur modulable (par la stratégie ex : nombre d'équipes mobilisées). Un outil informatique prenant en compte ces paramètres permet de rechercher le point d'équilibre au fur et à mesure de la crise, pour améliorer l'efficacité de la réponse du système de santé.

L'environnement de gestion SSE est constitué plusieurs outils métiers santé:

- Si-SAMU permettant la régulation médicale, et une interopérabilité entre SAMU.
- Si-VIC permettant d'établir la traçabilité des victimes et de leur parcours de soins.
- Le ROR assurant le recensement des lits d'aval

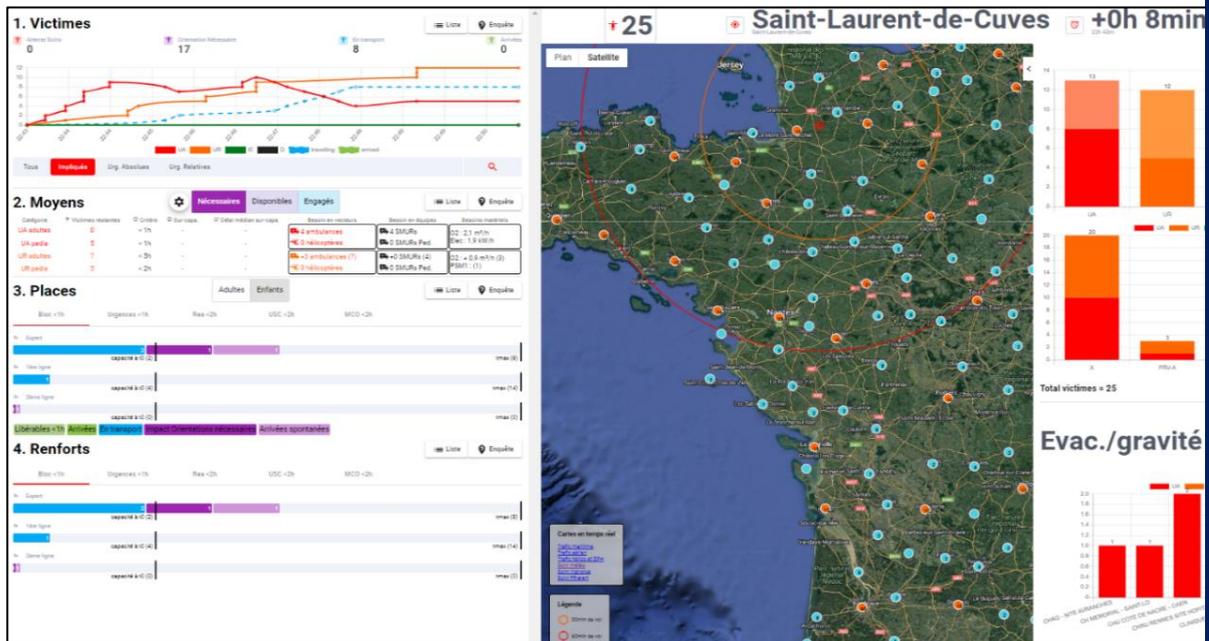
La construction d'un outil de suivi dynamique de ces points de rupture, articulé avec ces 3 outils, peut apporter des informations pour la planification comme pour la gestion de crise réelle (estimation des moyens de transfert nécessaires, anticipation de l'impact attendu sur les capacités d'accueil des établissements, prévision du volume d'arrivées spontanées, etc.).

Ce suivi des points de rupture s'appuie sur l'obtention de données fiables et structurées auprès des établissements de santé, par l'intermédiaire d'un répertoire opérationnel commun adapté aux dispositions spécifiques en SSE. On y recense dans chaque filière de soins les ressources définies comme essentielles, immédiatement disponibles (T0), libérables après la réorganisation de l'activité par le plan de crise de l'établissement (T3), ou maximale correspondant au plafond de ressources référencées sur l'établissement (Tmax).

L'utilisation d'un outil commun permet de suivre les points de rupture au-delà des frontières régionales, comme étant les capacités de recours situées dans un périmètre de 1h de transfert autour du lieu de l'événement. La mise en place d'un tableau de bord partagé entre les différents acteurs et les différents sites de prise en charge permet d'améliorer et fiabiliser le suivi et la gestion de crise. L'évaluation va s'appuyer sur les données « froides » disponibles (observations antérieures), puis progressivement s'ajuster avec des données « chaudes » (relevés immédiats) mis à jour en temps réel.

Ce suivi va permettre à la fois une phase de planification pour définir les points de rupture par filière, la mise en place d'une stratégie précoce en début d'événement, puis l'aide à la gestion de crise réelle en permettant un partage de données plus efficient. Utiliser le même outil de planification pour gérer un événement en temps réel serait un principe important pour améliorer la stratégie, la rapidité ainsi que l'efficacité de la réponse.

Figure 6: Exemple d'interface de suivi « Tableau de bord », pour la planification et l'aide à la gestion de crise selon les ressources de chaque territoire

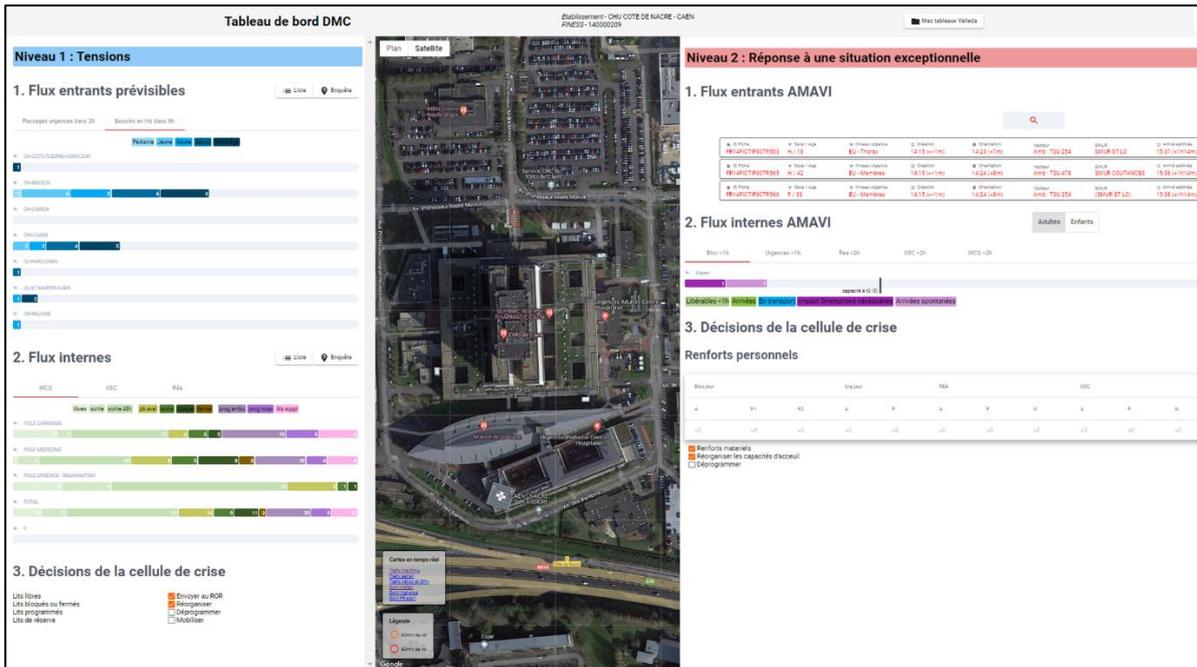


Légende : Le bandeau « flux » à gauche affiche en temps réel 4 indicateurs : **Victimes, Moyens, Places, Renforts.** Chacun de ces indicateurs est affiché en vue graphique ou cumulée, puis en liste détaillée, puis l'enquête pour mise à jour les données.

1-Victimes : graphe des flux victimes **UA** ou **UR** sur site, **en transport**, **arrivées**. Priorisation automatique des victimes par gravité, puis lésions, puis âge. **2- Moyens :** Évaluation en temps réel des vecteurs routier ou hélicoptés, équipes SMUR, consommation d'oxygène, électrique, et PSM nécessaires pour les victimes sur site (moyens nécessaires, disponibles, ou engagés). **3-Places :** Le graphique représente le cumul des capacités T0 accessibles en 1h de transport, par filière, par niveau d'expertise ORSAN, et les capacités T0 estimées, devenant réelles dès la réponse à l'enquête flash des ressources bloc-urgences. **Le graphique représente l'impact des victimes sur les capacités T0 du secteur :** 1/ dès le début d'événement : l'impact attendu de la prise en charge de toutes les victimes sur les capacités accessibles, et 2/ l'impact

prévisible des arrivées spontanées. 2/ au fur et à mesure des orientations le décompte des patients en transport, arrivés (en soins), place libérable <1h. **4-Renforts** : En cas de dépassement du point de rupture, l'outil affiche pour chaque ES, combien de places de soins sont à constituer en supplément pour les prochaines heures, pour prendre en charge les victimes excédentaires dans les délais (mesure des renforts à solliciter par filière, dès le début d'événement). **5- Bilan cumulé** par gravité, par site, par destination. **6- Enquête capacitaire** vers les ES selon leur accès <1h ou <2h du site, et selon leur niveau d'expertise. **Recensement des ressources immédiates (T0) et après plan de crise (T3) pour bloc, urgences. B- Profils spécifiques** : Terrain, SAMU, ARS, Établissements de Santé.

Figure 7: Exemple d'affichage « Tableau de bord » de suivi pour un établissement et son directeur médical de crise



Légende : selon le niveau de mobilisation de l'établissement : Niveau 1 (bandeau à gauche): suivi des tensions et mobilisation interne,

Niveau 2 (bandeau à droite): réponse à une situation sanitaire exceptionnelle. Chaque bandeau permet le suivi en temps réel des flux entrants (flux de régulation SAMU), flux internes (SI-bed manager), et principales décisions de la cellule de crise.

ETAPE 5: ELABORATION D'UN PLAN DE FORMATION

La formation des professionnels du secteur sanitaire (quel que soit leur mode d'exercice), publics et privés, constitue un élément important de la préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Celle-ci associe formation initiale et développement personnel continu au travers de la formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU 1, 2 et spécialisée). La formation aux situations sanitaires exceptionnelles s'inscrit dans le programme de développement et de maintien des capacités de réponse. Elle est à ce titre coordonnée par l'ARS qui définit les objectifs de formation notamment de formateurs, en lien avec les opérateurs de soins dans le cadre d'un plan régional de formation aux situations sanitaires exceptionnelles.

ETAPE 6 : REALISATION D'EXERCICES - Panels tests de RETEX européens

Chaque situation entraînant l'afflux massif de patient est par définition exceptionnelle en fonction des typologies d'événement (accident ferroviaire, explosion), des profils de victimes (adultes ou pédiatriques), ou de son ampleur (nombre d'urgence absolues, ou d'impactés). L'offre de soin du territoire ne sera pas impactée de la même manière ce qui rend la planification difficile. L'impact de la SSE sur l'offre de soin hospitalière AMAVI est directement lié au nombre de transferts total et en

urgence absolue. Au sein d'une région l'impact peut également être très différent en fonction du lieu de l'événement SSE.

La connaissance des capacités AMAVI par filière de chaque établissement de santé permet de tester l'impact d'une situation SSE en différents lieux du territoire. Ces tests de planification permettent d'évaluer en fonction du site de l'événement l'impact sur les délais de transfert, sur la mobilisation des équipes, et donc l'efficacité attendue des prises en charge (proportion d'UA avec accès <1h à un établissement de santé).

L'utilisation de panels de victimes issus des situations SSE réellement survenues permet d'évaluer la réponse attendue d'un territoire à une situation réaliste (même nombre de victimes, lésionnels, gravités, délais de présentation à la régulation). Elle permet de comparer la réponse d'un territoire à différentes situations (accident ferroviaire, brûlés multiples, etc.), ou de comparer la réponse de différents territoires à une même situation (accident ferroviaire en métropole ou en territoire rural). Elle permet d'entraîner les professionnels des SAMU à la régulation de multiples victimes sur leur propre territoire.

Une revue des situations exceptionnelles majeures survenues sur le sol européen depuis 20 ans avec impact sanitaire de plus de 20 victimes et/ou admissions hospitalières est présenté ci-dessous.

Figure 7: Situations sanitaires exceptionnelles, accidentelles ou attentat, survenues en Europe ces vingt dernières années (si >20 victimes et/ou >20 transferts) Note : le bilan victimes est considéré à l'exclusion des assaillants, le cas échéant. Le décompte est considéré en début de situation et non au bilan définitif (décès hospitaliers comptabilisés dans les transferts). Le recueil ne prend pas en compte les événements climatiques (suivi des transferts indisponible) et n'est pas exhaustif pour les accidents routiers.

Type d'événement	Total Victimes	Décès sur site		Transferts vers ES		Dont transferts Urgences absolues	
		n	%	n	%	n	%
Somme	9343	897	10%	3949	42%	540	6%
Moyenne	374	39	10%	165	44%	26	7%
Ecart type	363	34	9%	156	43%	18	5%
Moyenne balistique ou explosion	643	79	12%	292	45%	41	6%
Moyenne attaque véhicule bélier	189	28	15%	132	69%	40	21%
Moyenne accident transport	169	25	15%	60	36%	12	7%
Moyenne accident industriel	1312	18	1%	425	32%	28	2%

Interprétation : Depuis 20 ans les principales situations sanitaires en Europe ayant fortement impacté l'offre de soins ont généré le **transfert hospitalier de 165 victimes dont 26 urgences absolues, avec de fortes disparités selon les types d'événements. Les attaques balistiques ou explosives représentent en moyenne 292 admissions dont 41 UA, les attaques par véhicule bélier 132 transferts dont 40 UA (21%).**

Un travail plus détaillé sur 296 000 articles avec bilan victimaire des bases scientifiques (Pubmed), attentat (GTD), accidents de transport (BEA), et industriels (BARPI), a retenu 120 articles et rapports détaillant le bilan initial de 64 SSE survenues en Europe depuis 1995. **L'événement SSE moyen européen correspond à la prise en charge de 310 victimes dont 103 hospitalisations, dont 21 UA (14%).** L'événement médian correspond à 71 victimes dont 49 hospitalisations dont 13 UA (12%). L'analyse par type d'événement définissait sept panels moyens distincts : attaque balistique, explosif, véhicule-bélier, incendie, accident industriel ou transport, mouvements de foule.

Ces panels SSE européen moyen et médian identifient deux repères à confronter aux points de rupture de chaque territoire. Les 64 panels individuels constituent un outil d'entraînement sur situations réelles transposable dans chaque territoire.

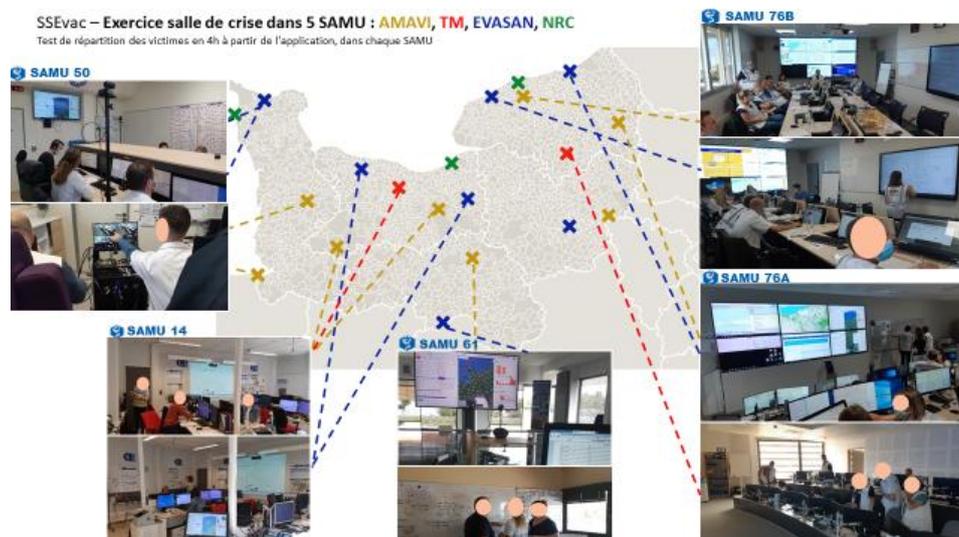


Ces différents éléments doivent permettre de définir le seuil de rupture capacitaire départemental et régional des différentes filières de prise en charge AMAVI, pour permettre en tant que de besoin d'anticiper le recours aux renforts zonaux, voire nationaux.

La réalisation d'entraînements spécifiques de répartition de très nombreuses victimes en salles de crises SAMU – CRAPS permet d'entraîner les équipes sur la gestion du même événement dans leur territoire, et d'observer la réponse possible propre à chaque secteur en respectant les délais d'engagement, de transport, et les places disponibles du secteur.

Cet événement moyen des 310 victimes a été appliqué dans chaque SAMU normand, par un exercice de crise sur un site isolé de son territoire (nœud ferroviaire, festival, site touristique). Ces cinq tests en sites isolés (limites de secteurs) ont permis d'observer les délais attendus :

- **D'arrivée de l'ensemble des SMUR** nécessaires en temps de route réels (médian 64 min, max 128 min) ;
- **De départ possible des 21 patients UA** (médian 102 min, max 188min)
- **D'arrivée possible des 21 patients UA** dans un ES du secteur selon sa capacité AMAVI T0 (médian 200min max 309min)



ETAPE 7 : EVALUATION DU DISPOSITIF : Évaluations multirisques et dispositifs prudentiels

Le suivi des points de rupture s'appuie sur l'obtention de données fiables et structurées auprès des établissements de santé et leur recueil coordonné en exercice comme en cas d'événement réel (figure 7).

Ce suivi va permettre à la fois une phase de planification pour définir les points de rupture par filière, la mise en place d'une stratégie précoce en début d'événement, puis l'aide à la gestion de crise réelle. Utiliser le même outil de planification pour gérer un événement en temps réel est un principe important pour améliorer la stratégie et l'efficacité de la réponse.

Le dispositif ORSAN régional est évalué au regard des 9 modalités prises en compte : Les victimes (notion de volume, puis de profils particuliers), la cinétique (notion d'impact immédiat, puis d'impact prévisible), les moyens (disponibles, puis nécessaires), les transferts (notion de distances, puis de délais), les capacités d'accueil AMAVI par filière (en soins puis en hospitalisation), les compétences et niveaux de recours (Expert, 1^{ère} ligne, 2^e ligne), la période de recours (jour, ou PDSSES), le lieu (un événement, ou multisites), les acteurs (de soins, puis gestionnaires).

A celles-ci s'ajoute différents choix stratégiques dont l'intérêt dépend de chaque territoire (orientations liées, organisation de convois, transfert d'équipes chirurgicales, etc.). Le bénéfice de chacune de ces stratégies doit être évalué en planification en fonction de l'offre de soins AMAVI du territoire, des distances de transfert, et des différents risques SSE. Le bénéfice est évalué en terme d'intérêt individuel et collectif (délai de prise en charge des patients les plus graves), ou de moyens engagés (transports secondaires induits).

Exemple 1 : Réalisation d'orientations liées : orientation des victimes sur une place de soins (bloc ou urgences) uniquement si place d'hospitalisation disponible sur le même établissement (en soins critiques ou MCO). Cette stratégie limite le nombre de transferts secondaires médicalisés, au prix d'un transfert primaire plus long avant accès au bloc opératoire.

Exemple 2 : Organisation de convois sanitaires de 2 patients par équipe SMUR, 1 médicalisé et 1 paramédicalisé. Cette stratégie limite le nombre d'équipes mobilisées et accélère les évacuations médicalisées du site, mais contraint l'orientation sur un même établissement des 2 victimes.

Il doit également prendre en compte la survenue d'un même risque sur plusieurs sites, ou l'association de plusieurs risques sur un même événement :

Exemple 1 : Intempéries entraînant un péril structurel sur plusieurs établissements, avec évacuation de leurs patients vers d'autres structures

Exemple 2 : Incendie sur un établissement de santé entraînant la prise en charge de victimes traumatisées graves, grands brûlés, intoxiquées, et l'évacuation des autres patients non blessés mais en soins dans la structure.

Cette évaluation multirisque est particulièrement intéressante dans le cas de la rédaction des plans de gestion SSE de chaque établissement de santé, et pour la préparation des dispositifs prudentiels (festivals, événements sportifs, cérémonies officielles, etc.). Elle peut être réalisée en planification pour établir les points de rupture et plans de réponses dans une interface de suivi, et y intégrer la gestion de crise en cas d'événement réel.

Plan ORSAN AMAVI : Enquête capacitaire type

<input type="checkbox"/> EXERCICE <input type="checkbox"/> EVENEMENT REEL		
Nom de l'établissement : _____ (contact tel /mail : _____)		<input type="checkbox"/> Relevé effectué le __/__/__ à __:__:__ par _____ (contact tel /mail : _____)
<input type="checkbox"/> Envoyé à l'établissement : le __/__/__ à __:__:__		<input type="checkbox"/> Reçu du retour ES : le __/__/__ à __:__:__
Capacités AMAVI au bloc opératoire		
		Capacité structurelle
		<i>Sous 30 minutes</i> (T0 immédiate)
		<i>Dans 3 heures</i> (T3 montée en puissance)
Anesthésie (A)		
• Infirmiers anesthésistes (IADE)		
• Médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR)		
• Médecins anesthésistes ou réanimateurs pédiatriques		
Bloc (B)		
• Salles de bloc disponibles		
Chirurgiens (C)		
• Orthopédistes		
• Viscéraux		
• Thoraciques		
• Neurochirurgiens		
• Pédiatriques		
• Autres spécialités		
Dispositif chirurgicaux (D)		
• Matériel stérilisé de bloc opératoire : boites disponibles pour blessures multiples		
Donc, capacité AMAVI au bloc (minimum de l'ensemble (A,B,C,D)) :		___ UA
		___ UA

A part : Embolisation : Capacités radio-interventionnelles (praticiens, salles et équipements spécialisés disponibles)	___ UA	___ UA
Capacités AMAVI aux Urgences	Capacité structurelle	
	Sous 30 minutes (T0 immédiate)	Sous 30 minutes (T0 immédiate)
Urgences adultes		
• Urgentistes présents		
• Infirmiers présents		
• Box monitorés/SAUV		
Donc, nombre de patients adultes en AMAVI (pour 1 médecin et 2 IDE = prise en charge de 2 UA ou 5 UR) :	__ UA ou __ UR	__ UA ou __ UR
Urgences pédiatriques		
• Pédiatres urgentistes présents		
• Infirmiers présents		
• Box monitorés/SAUV		
Donc, nombre de patients adultes en AMAVI (pour 1 médecin et 2 IDE = prise en charge de 2 UA ou 5 UR) :	__ UA ou __ UR	__ UA ou __ UR
Plateau technique imagerie et biologie		
• Radiologues présents		
• Manipulateurs d'électroradiologie présents		
• Biologistes présents		

• Techniciens de laboratoire présents		
Capacités AMAVI en lits d'hospitalisation	Capacité structurelle	
	Sous 30 minutes (T0 immédiate)	Sous 30 minutes (T0 immédiate)
MCO et soins critiques adultes		
• Hospitalisation conventionnelle en chirurgie		
• Hospitalisation conventionnelle en obstétrique		
• Hospitalisation conventionnelle en médecine		
• Soins critiques : réanimation		
• Soins critiques : unité soins intensifs		
MCO et soins critiques pédiatriques		
• Hospitalisation conventionnelle chirurgie		
• Hospitalisation conventionnelle médecine		
• Soins critiques : réanimation		
• Soins critiques : unité soins intensifs		

FICHE TECHNIQUE SUR L'ACCUEIL DE MILITAIRES BLESSÉS OU MALADES AU SEIN DES STRUCTURES DE SANTÉ CIVILE

INDICATIONS ET ENJEUX

Le système de santé civil est susceptible d'être mobilisé en soutien du système de santé des armées pour les besoins de soins des forces armées. Cette mobilisation est décidée par le Ministère en charge de la santé sur sollicitation du Ministère en charge de la défense et coordonnée à l'échelle territoriale par l'ARS. Les objectifs de cette mobilisation sont :

- Permettre la réorganisation du Service de santé des armées afin qu'il dispose du capacitaire maximum pour la prise en charge des blessés militaires en assurant le report d'activité et le transfert de la patientèle des hôpitaux d'instruction des armées (HIA) dans le système de santé civil ;
- Organiser la prise en charge au sein du système de santé civil de militaires blessés ou malades dans le cadre d'un conflit armé ;

PHASE DE CONCEPTION

L'accueil de blessés militaires au sein d'établissements de santé civils doit être planifiée et anticipée. Cette planification est prise en compte dans le plan ORSAN AMAVI et la DST évacuation des ES et ESMS. Sous l'égide de l'ARS, il est important pour les établissements de santé préalablement identifiés sur la base de leur catégorisation dans le plan ORSAN AMAVI, d'anticiper dans le volet AMAVI de leur PGTHSSE :

- La contribution à la réorganisation de l'offre de soins territorial dans les régions pourvues d'HIA en cas de mobilisation au bénéfice des Forces armées : prise en charge de la patientèle des HIA au sein des structures de santé civiles avec transmission des dossiers médicaux des patients ;
- La prise en charge de militaires blessés ou malades :
 - L'identification des volumes et des typologies de blessés ou malades militaires pouvant être pris en charge (gradation des capacités incluant le cas échéant, la déprogrammation d'activités médicales) ;
 - Le renforcement de certaines filières spécifiques de prise en charge (traumatologie, chirurgie, soins critiques, etc.) ;
 - L'adaptation du parcours de soins des patients notamment pour les soins de suite et réadaptation ;
 - La prise en charge médico-psychologique des blessés de guerre ;
 - La quantification des besoins en produits de santé et la sécurisation des approvisionnements.

PHASE DE MISE EN ŒUVRE

Lors de la phase de mise en œuvre, les établissements de santé concernés doivent :

- Déclencher leur PGTHSSE notamment le volet AMAVI et le cas échéant le volet MEDICO-PSY ;
- Communiquer à l'ARS leurs capacités de prise en charge dans les filières spécifiques en particulier les soins critiques et faire remonter un bulletin de recensement de ces capacités régulier ;
- Contribuer au maintien de l'offre de soins territoriale ;
- Se référer à l'ARS qui assure la régulation et la coordination de la réponse sanitaire régionale et territoriale.

RETOUR A LA NORMAL ET RÉALISATION D'UN RETEX

La levée du soutien du système de santé civile au profit des forces armées est notifiée par le Ministère en charge de la défense au Ministère en charge de la santé lorsque la capacité de prise en charge des HIA et la situation ne nécessite plus ce soutien.

Il est essentiel de réaliser un retour d'expérience de cette mobilisation.

Une note technique de cadrage relative au soutien apporté au SSA en situation de conflit décrivant les effets à obtenir, l'organisation du parcours de soins, la formation des professionnels et la méthodologie de planification définit le cadre de la planification.

FICHE TECHNIQUE SUR LA MOBILISATION DE RENFORTS HUMAINS EN SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

INDICATIONS ET ENJEUX

Lors de situations sanitaires exceptionnelles, les ressources humaines constituent un levier clef pour la gestion de la crise. Une SSE peut nécessiter la modification des affectations des professionnels de santé et/ou des étudiants, leur mobilisation ou le cas échéant, leur réquisition. La mobilisation des ressources humaines permet la montée en puissance des capacités de prise en charge lors de la survenue d'une SSE, mais également de mieux répartir la charge de travail générée par l'événement.

LEVIERS DE MOBILISATION

Les différents leviers de mobilisation des ressources humaines peuvent être actionnés à différentes échelles lors de la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle :

■ *Leviers mobilisables au sein de l'établissement*

Au sein d'un ES, 7 leviers de mobilisation sont actionnables selon les besoins en personnels générés par l'événement :

- **Réaménagement des cycles horaires** : permet la répartition de la charge de travail, de la contrainte et de l'impact potentiel de l'événement sur l'ensemble des professionnels ;
- **Réaffectation en interne du personnel** : permet de répondre aux besoins les plus urgents en réaffectant du personnel dans des services nécessitant plus de personnels, en privilégiant le cas échéant, la réaffectation des personnels ayant reçu une formation spécifique en cas de risque le nécessitant (risque N, R, C, biologique). Cette mesure peut être concomitante à une mesure de déprogrammation de soins ;
- **Augmentation du volume et de l'amplitude horaire** : rendu possible pour les personnels médicaux par le temps de travail additionnel (TTA), et pour les personnels relevant de la fonction publique hospitalière par les heures supplémentaires ;
- **Mobilisation des personnes à temps partiel (hors temps partiel de droit)** : au cas par cas, possibilité de réexaminer la situation des personnes à temps partiel afin d'augmenter le volume horaire de travail ;
- **Réintégration anticipée des personnels en disponibilité** : uniquement sur leur statut et sur la période où ils acceptent de revenir ;
- **Rappel de congés** : rappeler les agents en congés avec report des demandes de congés ;
- **Réserve soignantes** : mobilisation de la réserve soignante, si constituée par les ES.

Ces leviers sont mobilisables dans les établissements de santé notamment dans le cadre du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles en particulier en cas d'activation du plan blanc. Pour les établissements publics de santé en vertu de la disposition légale selon laquelle les fonctionnaires et agents publics sont liées à l'employeur au regard des droits et des devoirs qui se rattachent à leur grade, les agents ne peuvent se prévaloir de leurs horaires ou de leur affectation. Les établissements privés²⁵ peuvent, quant à eux, actionner les leviers de mobilisation suivants :

- **Aménagement des fonctions des professionnels salariés** : changement de contrat ne touchant pas aux éléments essentiels du contrat. L'employeur peut confier ou imposer, dans le cadre de son pouvoir de direction, de nouvelles tâches au salarié, lui en retirer ou l'affecter à un autre poste ou dans un autre service ;
- **Réorganisation de l'activité** : l'établissement peut ouvrir ou fermer des lits ou des unités sous réserve de respecter les dispositions légales en matière d'information-consultation des instances représentatives du personnel et d'autorisation.

■ **Leviers volontariat et solidarités inter-établissements**

Des leviers de mobilisation des renforts humains peuvent être actionnés par la solidarité inter-établissements notamment au sein d'un groupement hospitalier de territoire. Du prêt de personnel volontaire peut être fait entre un praticien volontaire et un établissement d'accueil. 3 types de dispositifs sont possibles :

- **Conclusion d'un contrat entre établissement d'accueil et praticien volontaire** : l'ARS peut intervenir pour identifier les viviers de personnels et mettre les ES en relation avec ;
- **Conclusion d'un CDD par l'établissement d'accueil** :
 - Si la personne volontaire exerce en libéral ou est sans emploi ;
 - Si la personne est agent public à temps complet ou partiel ;
 - Si la personne est retraitée ;
 - Si la personne est étudiant en santé ;
- **Conclusion d'une convention de mise à disposition**, pour la durée du projet ou de la mission entre l'établissement d'accueil et l'employeur du salarié volontaire :
 - Entre établissements publics de santé et au sein d'un même GHT ;
 - Entre un établissement public et un établissement privé ;
 - Entre établissements privés.

■ **Leviers territoriaux et régionaux**

Deux leviers de mobilisation supplémentaires de renforts humains peuvent être actionnés au besoin par l'ARS dans le cadre du dispositif ORSAN en lien le cas échéant, avec l'ARS de zone :

- **Renforts zonaux au titre du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires** ;

²⁵ Article L. 2323-19 code du travail et article L. 6122-15 du code de santé publique

- **Disposition spécifique transversale ORSAN pour la mobilisation des renforts RH**

Réserve sanitaire : constituée de professionnels volontaires (professionnels de santé ou non soignants, agents du secteur public, salariés du secteur privé, exerçant en libéral, retraités ou étudiants paramédicaux et médicaux), elle est **mobilisable rapidement par l'ARS compétente ou par un ministère** compétent (Santé, Intérieur, Défense, Affaires étrangères, ...), après identification précise des besoins en renforts et de leurs qualifications, conformément aux articles L. 3134-1 et L. 3134-2 du code de la santé publique.

Enfin, conformément au CSP, **une réquisition de personnel peut être prononcée par le préfet de département en dernier recours si trois conditions sont réunies** :

- Existence d'un risque grave pour la santé publique ;
- Impossibilité pour l'administration de faire face à ce risque en utilisant d'autres moyens ;
- Existence d'une situation d'urgence.

Cette réquisition peut se faire, conformément à l'article L. 3131-8 du code de la santé publique : « *Si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, le représentant de l'État dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social. L'indemnisation des réquisitions est régie par le code de la défense.* ».

- **Les plateformes de renforts RH**

En cas de situation sanitaire exceptionnelle, des plateformes de renforts en ressources humaines sont accessibles afin de mettre en relation l'offre et la demande de renforts en personnel soignant. Ces plateformes peuvent être spécifiques à un regroupement hospitalier (AP-HP, AP-HM, ...), régionales ou encore nationales (<https://renfortrh.solidarites-sante.gouv.fr/>).

POINTS D'ATTENTION

- **Mobilisation des étudiants en santé**

Certains étudiants en santé sont mobilisables en tant que renforts :

- **Les étudiants en filière médicale** : médecine (hors 6^{ème} année), pharmacie, odontologie (hors 5^{ème} année), maïeutique ;
- **Les étudiants paramédicaux**: les étudiants infirmiers en 2^{ème} et 3^{ème} années, les étudiants en masso-kinésithérapie, etc.

Ceux-ci peuvent être mobilisés :

- **En stage** : mobilisation dans les services de soins de l'établissement d'accueil ou dans un autre établissement. Les universités peuvent également modifier les dates de congés des étudiants pour permettre une mobilisation plus longue ;
- **Hors stage** : avec un contrat de vacation. Un arrêté sera prochainement publié pour clarifier les possibilités de vacations d'IDE, d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture pour les étudiants en santé.

Les établissements doivent adapter au mieux les lieux d'affectation des étudiants en fonction de leur niveau de formation, et privilégier la mobilisation des étudiants les plus avancés. La santé mentale des étudiants mobilisés est également surveillée et une prise en charge médico-psychologique leur est accessible au même titre que les autres personnels mobilisés sur la gestion de la SSE. La mobilisation des étudiants est décidée par concertation entre l'ARS et les ES.

■ ***Constitution de la réserve soignante***

Chaque établissement de santé est invité à constituer une réserve soignante mobilisable en cas de besoin en renforts. Cette réserve est constituée de professionnels en retraite, d'étudiants ou de volontaires. Ces réservistes disposent d'une rémunération encadrée par un contrat en cas de mobilisation. Une réserve soignante peut être constituée au sein d'un GHT ou d'un territoire par plusieurs ES.

FICHE TECHNIQUE SUR LA MOBILISATION DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE EN CAS DE SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

INDICATIONS ET ENJEUX

En cas de situation sanitaire exceptionnelle, des mesures de libération de lits et de personnels peuvent être décidées par le directeur d'établissement. Dans ce cadre, une hospitalisation à domicile pour les patients éligibles peut être décidée. En effet, l'hospitalisation à domicile permet, pour certaines prises en charge, la mise en œuvre au domicile de soins relevant de l'hospitalisation complète en MCO ou en SSR, elle peut ainsi contribuer à faciliter les sorties sans interrompre les soins. Plusieurs points sont à regarder attentivement afin d'évaluer la pertinence d'une hospitalisation à domicile.

POINTS D'ATTENTION

■ *Éligibilité*

Avant de décider de l'orientation d'un patient vers une hospitalisation à domicile (HAD), il faut s'assurer de son éligibilité. Un patient est éligible à une hospitalisation à domicile si son état clinique ne nécessite pas :

- Une surveillance continue 24h sur 24
- Un accès direct et immédiat à un plateau technique

L'HAD peut être utilement associée précocement aux cellules de crise mises en œuvre par les établissements de santé MCO afin de participer à l'évaluation globale des patients susceptibles d'être orientés vers une suite de soins en HAD.

Un algorithme d'orientation rapide mis au point par la HAS (ADOPHAD) est disponible en ligne et sur application mobile, afin de permettre une évaluation rapide de l'éligibilité à l'HAD des patients (<https://adophad.has-sante.fr/>).

■ *Décision*

Une hospitalisation à domicile doit être proposée au patient éligible par le médecin hospitalier. L'accord du patient ou de la famille est nécessaire pour effectuer une admission en HAD.

L'HAD est prise en charge par les organismes d'assurance maladie et les mutuelles dans les mêmes conditions qu'une hospitalisation en établissement MCO, à l'exception du forfait hospitalier qui n'est pas due par la personne puisqu'elle est soignée chez elle.

■ *Organisation de l'admission*

L'admission en HAD d'un ou de plusieurs patients nécessite plusieurs étapes :

- Prévenir le médecin traitant du patient. En cas d'urgence ou d'indisponibilité du médecin traitant, le médecin praticien d'HAD devient le référent médical du patient. Les équipes d'HAD informent régulièrement le médecin prescripteur et le médecin traitant de l'évolution de la prise en charge ;
- Mobiliser les équipes de l'HAD en vue d'organiser l'évaluation du patient et d'organiser si nécessaire l'aménagement du domicile ;
- Pour les patients en soins palliatifs : évaluation préalable des conditions et des facteurs favorables à l'HAD (proximité de médecins formés en soins palliatifs et pouvant bénéficier de l'expertise requise en cas de nécessité et d'équipes recours, collectif d'intervenants cordonnés, entourage/famille en capacité d'exercer leur rôle d'aidants, principalement) ;
- Il est souhaitable pour les ES et ESMS d'établir des conventions en amont avec les établissements d'HAD, afin de définir communément les typologies de patients qui pourraient être orientées vers l'HAD, ainsi que l'organisation adaptée et ainsi accélérer le processus selon la structuration de l'établissement adresseur et celle de l'HAD.

■ **Suivi**

Les soins définis dans le projet personnalisé de soin sont réalisés par des équipes salariées de l'HAD ou par des équipes libérales conventionnées et coordonnées par l'HAD.

■ **Mobilisation de l'HAD en appui sanitaire aux ESMS**

L'HAD peut être mobilisée pour prendre en charge les résidents d'ESMS, notamment en EHPAD dont l'état de santé se dégrade afin d'éviter leur passage aux urgences et leur hospitalisation en MCO. L'HAD peut réaliser une évaluation anticipée des résidents afin de faciliter une admission rapide en HAD lorsque l'état du résident se détériore.

L'HAD peut également participer à la mise en place d'un appui sanitaire aux EHPAD d'un territoire, notamment par la participation aux astreintes IDE de nuit mutualisées.

■ **Ressource complémentaire**

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>

FICHE TECHNIQUE SUR LA STRATÉGIE DE DÉPROGRAMMATION ET DE REPROGRAMMATION DES SOINS

INDICATIONS ET ENJEUX

Certaines situations sanitaires exceptionnelles provoquant un dépassement du capacitaire des ES peuvent nécessiter le recours à la déprogrammation de certaines activités. La déprogrammation s'inscrit dans le cadre du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles et a pour objectif de libérer des lits et du personnel médical et soignant spécialisé pour la gestion de la SSE. Il s'agit d'une mesure d'ultime recours développée sur base d'une stratégie rigoureuse et tenant compte des recommandations médicales.

La déprogrammation est décidée par le directeur de l'établissement de santé ou à défaut par le Directeur général de l'ARS, le cas échéant, à la demande du Ministre en charge de la santé.

Les décisions de réorganisation prises à l'échelon local ou territorial veilleront à garantir une égalité d'accès aux soins de qualité dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des données scientifiques actualisées. En particulier la mutualisation du personnel et l'encadrement rapproché des équipes soignantes doivent permettre une répartition homogène des compétences.

La mise en tension du système de soins pose très directement des questionnements d'équité d'accès aux soins en lien avec la mise en œuvre de moyens contraints. Les réorganisations indispensables pour faire face à des conditions de prise en charge exceptionnelle impose des réflexions éthiques spécifiques. Une approche collégiale de tous les acteurs, impliquant les représentants des usagers, à l'échelle de chaque établissement de santé et du territoire s'impose pour que les décisions soient partagées et cohérentes, Pour la prise en charge les réflexions éthiques, il est possible de mobiliser les cellules de soutien éthiques (CSE) de l'établissement (se reporter à la fiche technique sur les cellules de soutien éthique).

Cette fiche technique repose sur les recommandations émises par le HCSP, par la FSM, la Société Française d'Anesthésie-réanimation, l'Académie nationale de chirurgie, l'Institut national du cancer, l'AP-HP et s'appuie sur les travaux conduits par la DGOS et la DGS durant la gestion de l'épidémie de Covid-19.

ÉLÉMENTS DE STRATÉGIE DE DÉPROGRAMMATION DES SOINS

La stratégie de déprogrammation est territorialement définie et coordonnée par l'ARS en lien avec les établissements de santé. Ses principes reposent sur la mise en œuvre d'une suspension graduée et ciblée des activités nécessaires à la montée en charge des services de médecine et de réanimation avec la sécurisation de filières territoriales de prise en charges d'activités notamment celle de recours (greffes, activité cancérologique, pédiatrie, IVG, etc. définies par l'ARS) avec l'ensemble des acteurs publics et privés, y compris en extra régional, si nécessaire.

Il convient d'établir une stratégie de déprogrammation et de reprogrammation des soins reposant sur les recommandations des professionnels de santé et des sociétés savantes. Il est

recommandé de **s'appuyer, si possible, sur le GHT pour assurer la reprogrammation** des soins le plus tôt possible.

La durée de validité de certaines consultations, en particulier d'anesthésie, peut être prolongée afin de ne pas nécessiter de mobiliser des ressources médicales pour une nouvelle consultation du simple fait du report de la date opératoire. Il est essentiel que la mise en œuvre de la **déprogrammation se fasse par paliers prédéfinis, correspondant à des besoins d'ouverture de lits** notamment de soins critiques. Le **pilotage doit être médicalisé et se faire à la fois au niveau central (équivalent de GHT) qu'au niveau local** en associant les différents acteurs des plateaux techniques.

Deux cas sont à distinguer :

- **SSE à cinétique rapide** : peut nécessiter une déprogrammation sur un temps court et permet de prévoir un plan de reprogrammation rapidement ;
- **SSE à cinétique lente** : peut nécessiter plusieurs vagues de déprogrammation et risque de générer des difficultés à la reprogrammation de tous les soins en post-crise. Il est recommandé de confier les patients à d'autres équipes chirurgicales en cas d'incapacité à reprogrammer les soins dans un délai court.

Deux typologies de patients peuvent être distinguées :

- **Cas de cancers**

Afin de prévenir la contamination des patients au cours d'une hospitalisation dans le cas d'un risque épidémique ou biologique, il est recommandé :

- D'éviter l'hospitalisation de patients atteints d'une maladie infectieuse transmissible en services d'oncologie et de radiothérapie ;
- De sanctuariser ces derniers, à tout de moins de séparer les flux lorsque des patients infectés sont hospitalisés ;
- De développer des alternatives à l'hospitalisation (suivi à domicile via télémédecine, HAD) ;
- Privilégier les traitements à forme orale lorsque disponibles, voire des pauses thérapeutiques afin de limiter l'immunosuppression des patients, et limiter leur passage à l'hôpital.

Il est possible de **limiter l'encombrement des services d'oncologie et de radiothérapie** par des patients relevant exclusivement de soins de support ou de soins palliatifs qui pourraient être pris en charge dans d'autres structures de soins, pour que les services d'oncologie puissent se concentrer sur l'administration de traitements spécifiques.

Une hiérarchisation en matière de soins (hors pédiatrie et hématologie) est possible.

Ces recommandations doivent être associées à des recommandations connexes par type de traitement émises par les Conseils nationaux professionnels (CNP) et les sociétés savantes.

- **Soins chirurgicaux et médicaux hors cancer**

Des recommandations traitant des modalités organisationnelles, voire de priorisation au cours de la période de déprogrammation, dans le but d'aider les praticiens sont à suivre. Ces recommandations traitent de la protection des personnels et des patients, de l'évaluation du rapport bénéfice/risque et information au patient, du bilan préopératoire, des modalités de consultation, des modalités d'anesthésie et d'analgésie, de la constitution de circuits dédiés.

ÉLÉMENTS DE STRATÉGIE DE REPROGRAMMATION DES SOINS

L'organisation de la reprogrammation doit se faire sous l'égide des ARS. Certains principes doivent soutenir la reprogrammation :

- Prendre en compte la priorisation des indications telle qu'elles ont été définies par les sociétés savantes chirurgicales et les CNP, tout en respectant la responsabilité individuelle du chirurgien ou médecin interventionnel qui seul connaît les aspects particuliers de chaque pathologie et du patient ;
- Être adaptée à la situation particulière de chaque établissement de soins et pour ce faire organisée par les professionnels de terrain publics comme privés, en particulier par les conseils de bloc ;
- Maintenir des téléconsultations et l'organisation de circuits séparés afin d'éviter les contaminations hospitalières, recourant autant que possible aux prises en charge ambulatoires pour les mêmes raisons ;
- Tenir compte de la fatigue des équipes à la suite d'une SSE, à plus forte raison en cas de cinétique lente ;
- Être réalisée au bénéfice des patients les plus urgents en tenant compte des recommandations établies par les CNP et adaptées au fur et à mesure de la situation. Ces dernières se fondent sur les degrés de priorisation établis lors de la phase de déprogrammation à partir de familles d'interventions sur des délais de prise en charge à ne pas dépasser.

Les décisions doivent être tracées et conservées. Une information des patients et de leur médecin traitant sur l'organisation des établissements, des circuits de prise en charge, des risques associés et de la justification de l'acte opératoire ou de son report pendant cette période est réalisée.

FICHE TECHNIQUE SUR LA GESTION D'UNE CRISE À CINÉTIQUE LENTE ET DURABLE

ENJEUX ET INDICATIONS

Une situation sanitaire exceptionnelle peut avoir une cinétique lente, comme lors d'une épidémie comprenant plusieurs vagues. Ces crises se prolongeant dans le temps, il s'agit d'adapter l'organisation hospitalière et la gestion de la crise afin d'éviter l'épuisement des équipes qui en assurent la gestion et d'assurer la continuité des soins pour l'ensemble des patients de manière constante tout au long de la crise.

Afin d'avoir une gestion optimale d'une SSE à cinétique lente, plusieurs points d'attention sont à prendre en compte.

POINTS D'ATTENTION

■ *Le Plan de Continuité d'Activité (PCA)*

Le PCA, préparé en amont d'une crise et inclus dans le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement, sert en cas de SSE à :

- Maintenir les activités essentielles ;
- Évaluer le niveau de préparation des services à s'organiser en situation de crise et de pénurie de personnel, avec augmentation d'activité liée à la prise en charge de malades en nombre ou l'augmentation des besoins en produits de santé.

Ainsi, le PCA doit inclure des scénarios de crise à cinétique lente.

■ *La CCH*

La cellule de crise hospitalière doit rester active tout au long d'une crise. Pour autant, en cas de crise à cinétique lente, il s'agit d'adapter sa composition pour répondre aux besoins de la stratégie de gestion de la crise, et pour cela :

- Organiser une rotation pour les fonctions clefs de la CCH nécessitant une présence ininterrompue en assurant un tuilage favorisant la transmission des informations ;
- Étendre ou restreindre la composition de la CCH en fonction des besoins générés par la crise (épidémiologiste, chirurgiens, veille média, ...).

■ *Les ressources humaines*

Une crise à cinétique lente et le fonctionnement en mode dégradé d'une partie ou de la totalité de l'établissement sur une période prolongée peut contribuer à un épuisement du personnel, et notamment du personnel soignant. Ainsi, il convient d'adopter des mesures de répartition de la charge de travail et de :

- Réaménager les cycles horaires ;

- Réaffecter et mobiliser les effectifs en interne ;
- Mobiliser la réserve soignante de l'ES ou du GHT ;
- Solliciter des renforts externes à l'ES via différents leviers de mobilisations : volontariats et solidarité inter-établissement, territoriaux et régionaux, plateformes de renforts RH ou mobilisation des étudiants en santé.

Voir fiche mobilisation des renforts humains en cas de situation sanitaire exceptionnelle

■ **Les stocks pharmaceutiques et matériels**

La gestion et l'approvisionnement en matériels et en produits pharmaceutiques peuvent devenir problématique en cas de crise à cinétique lente. Ainsi, l'établissement doit-il :

- Planifier les besoins en produits pharmaceutiques pour la suite de la crise et anticiper d'éventuelles tensions d'approvisionnement voire des pénuries ;
- Planifier les besoins en matériels pour la suite de la crise ;
- Planifier les besoins en services mutualisés au sein du GHT ou mandatés auprès d'un prestataire privé : relocaliser au sein de l'établissement ces activités ou déclencher l'organisation de crise avec ces partenaires (ex : stérilisation du matériel).

■ **Déprogrammation et hospitalisation à domicile**

Lors de la phase initiale de la crise, certaines décisions stratégiques comme la déprogrammation d'interventions peuvent être nécessaires afin de libérer des lits et des personnels dans certaines unités. Lorsque la SSE s'étend sur une période longue, il convient :

- D'assurer le suivi et le rappel ou la réorientation vers d'autres établissements des personnes ayant eu des consultations ou des interventions déprogrammées en priorisant les plus urgentes ; le cas échéant en lien avec le médecin traitant ;
- De renforcer le lien entre établissements publics et privés ;
- De s'appuyer sur le maillage sanitaire territorial avec les ESMS et les EPHAD, notamment dans le cadre de la filière gériatrique de coopération ;
- De renforcer les partenariats de l'établissements pour privilégier l'hospitalisation à domicile des personnes éligibles tout au long de la crise ;

■ **Surveillance et alertes**

Une situation sanitaire exceptionnelle à cinétique lente peut être à l'origine de pics de tensions (pics de contaminations en cas d'épidémie). Il convient donc que dans le cadre de la conduite de crise, chaque établissement établisse des seuils d'alerte du nombre d'hospitalisations (REA, USC, toute spécialité sollicitée durant la crise), de saturation des urgences, des stocks de matériels, ...

Ces seuils d'alerte doivent permettre d'anticiper une saturation des services ou un manque de personnel ou de matériel. Communiqués à l'ARS, ces seuils d'alerte permettent à l'ARS et à l'ES de surveiller l'activité de la crise sur son territoire ou dans

son établissement et d'engager une procédure de soutien de l'établissement en cas d'approche des niveaux d'alerte.

■ **Partenariats et coopérations**

Les coopérations ou partenariats effectifs en routine doivent prévoir une organisation de crise afin de permettre une gestion optimale des situations sanitaires exceptionnelles. De même, l'établissement de santé est invité à créer des coopérations ou partenariats de crise avec d'autres structures. Ces coopérations non utilisées en routine, coopérations dormantes, ont pour but d'anticiper les besoins en coopération en cas de crise ou de risque important.

Un établissement de santé est parti intégrante d'un écosystème d'acteurs qui répondent de concert à une tension ou à une SSE. Dans cette optique, en cas de crise à cinétique lente il convient de mobiliser les coopérations prévues dans le cadre du dispositif ORSAN :

- L'ARS assure au titre du dispositif ORSAN, la solidarité et la coordination de la réponse du système de santé à l'échelle régionale assure ;
- Le GHT dans lequel est inclut l'établissement de santé permet une coordination territoriale de la réponse à la crise et de l'attribution du rôle de chaque établissement en fonction des ressources spécifiques dont il dispose. Le GHT permet également une solidarité inter établissement pour les renforts humains, de matériel ou autre au cours d'une crise à cinétique lente ;
- Coopérations entre les établissements publics et privés ;
- Coopérations entre les ES et les ESMS ;
- Coopération avec les professionnels médicaux et paramédicaux de ville.

FICHE TECHNIQUE SUR LA MOBILISATION DES CELLULES DE SOUTIEN ÉTHIQUE

INDICATIONS ET ENJEUX

En temps normal et à plus forte raison en temps de crise, les professionnels de santé, responsables d'établissement de santé et usagers du système de santé peuvent se retrouver face à des situations posant des dilemmes éthiques pouvant nécessiter un éclairage ou un avis. En pareil cas, ils peuvent solliciter une Cellule de Soutien Éthique (CSE) rattachée à un Espace de Réflexion Éthique Régional (ERER), compétent sur le territoire concerné.

Les ERER « assurent des missions de formation, de documentation et d'**information**, de rencontres et d'**échanges** interdisciplinaires. Ils constituent un **observatoire** des pratiques éthiques inhérentes aux domaines des sciences de la vie et de la santé, de promotion du débat public et de partage des connaissances dans ces domaines ²⁶ »

C'est dans ce cadre que des CSE se sont développées au début de la pandémie de COVID-19 sur recommandation²⁷ du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). Le nombre et les modalités de fonctionnement des CSE varient selon les besoins du territoire. Elles sont coordonnées par l'ERER de référence.

Les CSE peuvent être saisies par les professionnels de santé, les responsables d'établissement de santé ou médico-social, les usagers, familles ou associations, les élus, les Agences Régionales de Santé (ARS) par le biais de la messagerie, d'un numéro de téléphone ou d'un formulaire en ligne. **Elles apportent donc un soutien direct et concret aux acteurs de terrain, confrontés à des questionnements éthiques.**

Les CSE rendent des avis dont certains peuvent être diffusés aux directions d'établissements, ARS et tout autre interlocuteur concerné.

COMPOSITION

La cellule de soutien éthique peut être composée entre autres de :

- Professionnels de santé et acteurs du soin ;
- Professionnels du secteur médico-social ;
- Professionnels administratifs ;
- Représentant des usagers ;
- Professionnels du droit ;
- Professionnels d'autres disciplines.

La pluridisciplinarité de celles-ci est recherchée.

SAISINES ET MISSIONS

²⁶ Arrêté du 4 janvier 2012 relatif à la constitution, à la composition et au fonctionnement des espaces de réflexion éthique régionaux et interrégionaux

²⁷ Avis du CCNE du 13 mars 2020 : [reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf \(ccne-ethique.fr\)](https://www.ccne-ethique.fr/IMG/pdf/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf)

Une CSE n'a pas pour mission de prendre une décision d'urgence quant à un patient donné ; les décisions cliniques restent sous la responsabilité des équipes de soins, invitées à mettre en œuvre des délibérations collégiales. La cellule vient en appui d'une réflexion éthique auprès des équipes de soins pour des situations particulières pour lesquelles un éclairage complémentaire est sollicité ; elle a également pour mission de se prononcer sur des problématiques organisationnelles ou institutionnelles pouvant impacter plusieurs cas de prise en charge dans un établissement ou sur le territoire, dès lors que cela relève d'une dimension éthique. Les avis des CSE intègrent, quand ils le peuvent, des documents de référence pour aider les acteurs du terrain dans leur propre réflexion.

Les CSE peuvent avoir un rôle dans l'élaboration et la diffusion de recommandations régionales ou nationales issues des saisines traitées. C'est pourquoi, la prise en compte de leurs avis, par les établissements et les ARS doit être promue et leurs avis relayés au niveau national.

En 2020, les CSE ont notamment été sollicitées sur les thèmes suivants :

- Décision et modification de prise en charge ;
- Maintien du lien social, affectif et familial ;
- Accompagnement de la fin de vie ;
- Prise en charge mortuaire / funéraire ;
- Confinement et droit de visite ;
- Organisation des soins ;
- Dépistage ;
- Démocratie sanitaire ;
- Souffrance des soignants ;
- Éthique de la recherche.

Cette liste est non-exhaustive, d'autres sujets pouvant faire l'objet de saisines.

COMMENT CONTACTER LES CSE ?

En s'adressant à l'ERER de la région concernée, dont la liste et les coordonnées de se trouvent sur la carte interactive sur le site du Ministère des solidarités et de la santé²⁸.

²⁸<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ethique-et-deontologie/article/qu-est-ce-qu-un-espace-de-reflexion-ethique-regional-erer>

FICHE TECHNIQUE SUR LA COMMUNICATION EN SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

INDICATIONS SUR LA COMMUNICATION

La communication de crise nécessite d'être anticipée afin de prévenir un risque de sur-crise. La stratégie de communication doit être proposée par la cellule de crise et validée par le directeur de l'établissement de santé, les communicants font ainsi partie intégrante de la CCH.

Bien que la majeure partie de la communication en cas de SSE soit réalisée au niveau du préfet et/ou du procureur de la République en lien avec l'ARS pour les aspects sanitaires, **les ES ont un rôle important à jouer dans la communication avec l'extérieur :**

- **Informations sur la prise en charge des patients auprès des familles et de leurs proches ;**
- **Accueil et information des médias**, notamment sur la situation de l'établissement en lien avec la situation sanitaire exceptionnelle.

Il convient de **limiter les intrusions non contrôlée dans les services pour une recherche d'information** afin de garantir le bon fonctionnement de l'établissement, et préserver la quiétude des patients.

En situation sanitaire exceptionnelle, il est important de **veiller à la cohérence de l'information entre les différents acteurs**. Pour cela, **l'ARS assure la communication de crise au niveau régional** sur le champ de la santé et du médico-social, en lien avec la ou les préfetures et le cas échéant, l'autorité judiciaire. **L'ARS ne doit pas se substituer à la communication des ES, mais favoriser la cohérence des prises de parole** sur la base d'échanges engagés le plus rapidement possible.

En phase de crise, les relations entre l'ARS et les ES en direct ou via leurs représentants est à mettre en œuvre le plus rapidement possible via un canal de communication dédié.

Ensuite, Il est important **de réaliser un RETEX sur la communication de crise** après exercices et crises véritables dans le but de la parfaire.

ACCUEIL ET INFORMATION DES PROCHES ET DES FAMILLES DES VICTIMES DE SSE

- Désigner un lieu dédié à **l'accueil des familles et des proches** afin de les tenir informés en temps voulu, si possible éloigné du ou des epicentres de la crise
- Il est important de **maintenir un climat de confiance et d'empathie** :
 - Reconnaître et communiquer sur les éventuelles incertitudes
 - Rester transparent et factuel
- **La communication sur le bilan victimaire et notamment les décès revient à l'autorité judiciaire** :
 - En cas d'attentat
 - En cas d'accident collectif

- **En cas de victime consciente et capable de décliner son identité**, sous réserve de son accord si celui-ci est majeur, les professionnels de santé de l'établissement peuvent délivrer des informations concernant son état de santé à sa famille ou à ses proches ;
- **En cas de victimes inconscientes ou décédées :**
 - Aucune information ne pourra être délivrée auprès d'éventuels proches ou membres de la famille avant la validation de l'identité par le magistrat référent victime.

A l'issue de la validation, par le magistrat référent, des identités des personnes inconscientes et décédées :

- **Les professionnels de santé de l'établissement pourront entrer en communication avec les familles et proches** des personnes inconscientes et délivrer des informations sur l'état de santé du patient ;
 - **L'annonce des décès aux familles et proches incombe aux officiers de police judiciaire (OPJ)**. Cette annonce des décès est préférablement effectuée soit au centre d'accueil des familles (CAF), soit sur le lieu de résidence ;
 - **L'identification de l'ensemble des victimes inconscientes ou décédées est un processus qui nécessite un délai certain** (rarement moins d'une demi-journée) et incompressible ;
 - **L'incrémentation rapide des fiches victimes dans l'application SIVIC va permettre aux services de police de dimensionner les effectifs** pour l'identification des corps et permettre aux structures dédiées aux familles et aux proches de délivrer les informations adéquates.
- **Les personnes nécessitant une anonymisation** (fonctionnaire de police sensible, VIP, auteurs présumés) doivent être traitées en mode discret et aucune information ne pourra être délivrée.
 - **Soutien médico-psy des familles et des proches :** l'établissement doit assurer un soutien et, si nécessaire, une prise en charge médico-psychologique en lien avec la CUMP pour toutes les personnes qui se présenteraient (mise en œuvre du volet MEDICO-PSY). Un lien continu doit être maintenu avec ces personnes.

COMMUNICATION INTERNE

La communication interne à l'établissement concerne tous les professionnels officiants dans l'établissement de santé au moment de la crise.

- **Un canal d'information dédié à la gestion de crise doit être mis en place pour lier les acteurs de la crise** et doit être testé en amont ;
- **Les réseaux de circulation de l'information doivent être définis et testés en amont de la crise**, chaque agent devra être en mesure d'identifier l'interlocuteur adéquat en fonction de ses besoins et de la situation ;
- **Les messages délivrés aux agents doivent être précis et synthétiques :** la surinformation ou l'information trop technique pouvant être source de difficulté d'interprétation, essayez de dispenser un message répondant au maximum aux attentes des auditeurs/interlocuteurs ;
- **Les messages à destination de la CCH doivent être synthétiques et délivrer des informations ciblées** (besoins chiffrés, niveau de saturation des services ...) ;

- **Durant toute la durée de la crise, tout le personnel de l'établissement** (personnel administratif, professionnel de santé ...) **est tenu informé de l'évolution de la situation** ;
- **De même, en sortie de crise tout le personnel doit être informé.**

COMMUNICATION EXTERNE

La communication externe concerne l'information des médias par l'établissement de santé.

- **Mise en place d'un dispositif de communication en fonction de l'analyse des risques** (organisation, stratégie, outils et plan d'actions) **et du positionnement de l'établissement dans le dispositif ORSAN.** Il est important de tester régulièrement les canaux de communication dédiés à l'échange avec les autorités et autres partenaires institutionnels (ARS par exemple) ;
- **Désigner un lieu au sein de l'ES qui servira à l'accueil des médias,** si possible éloigné du ou des épicentres de la crise ;
- **Désignation par le directeur de l'établissement d'un unique interlocuteur pour assurer la communication interne et externe, formé au media-training.** Cet interlocuteur unique devra maîtriser le rythme, la nature et la cohérence des informations délivrées. **En fonction des sujets, la participation de médecins de l'établissement ou d'autres experts est souhaitable ;**
- **Coordonner la communication entre toutes les parties prenantes** : reprise du vocabulaire et des éléments fournis par les ARS et présents dans les communiqués officiels et prises de parole, ne pas aborder ce qui relève d'autres acteurs de la crise (procureur, police, gendarmerie, sapeurs-pompiers) ;
- **Il est important de délivrer des messages clairs, courts et circonstanciés** : la surinformation ou l'information trop technique peut être source de problème d'interprétation, essayer de dispenser un message répondant au maximum aux attentes des auditeurs/interlocuteurs) ;
- **Être proactif et fournir rapidement de l'information,** dès la première annonce officielle puis les suivantes même si l'information est incomplète, est nécessaire ;
- **La communication doit être faite de manière graduelle et proportionnée** : les dispositifs de communication doivent être adaptés à l'ampleur de l'alerte/de la crise ;
- **Une veille média peut être mise en place au niveau du service communication de l'établissement de santé, si la taille de l'établissement ne le permet pas ce dernier peut prendre contact avec la direction de la communication l'ARS,** dans l'hypothèse où cette dernière dispose d'un dispositif de veille média.

Focus communication : Rôle de l'ARS

Publication d'un communiqué de presse sur l'activation du plan blanc en cas de déclenchement au niveau régional, ou départemental,

Appui à la communication, par l'ARS, au profit de l'établissement, à sa demande en cas de déclenchement d'un plan blanc d'un établissement (de manière isolée).

■ Réseaux sociaux comme facteur de sur-crise

Une vigilance accrue est demandée à l'établissement en cas de SSE sur l'usage abusif des réseaux sociaux. En effet, **la diffusion de fausses informations relatives à un événement en cours sur ces plateformes peut avoir un effet négatif sur la gestion de la crise. Pour prévenir ce risque :**

- **L'information** régulière et rigoureuse des familles et dans le cadre défini par l'ARS limite ce risque d'utilisation abusive des réseaux sociaux ;
- Une campagne d'affichage dans les salles de réception des médias et des familles peut être déployée en amont pour sensibiliser en cas de SSE ;
- **Le personnel médical et non-médical, tenu au secret professionnel, est sensibilisé à la non diffusion d'information et d'image sur les réseaux sociaux.**

POST CRISE ET RETEX

En post crise, **la présence des référents communication lors du RETEX, voire l'organisation d'un RETEX communication, est importante afin de mettre en exergue les points dissonances et éventuelles défaillances** du système de communication de crise.

FICHE TECHNIQUE SUR L'IDENTIFICATION ET LE SUIVI DES PATIENTS VIA SI-VIC

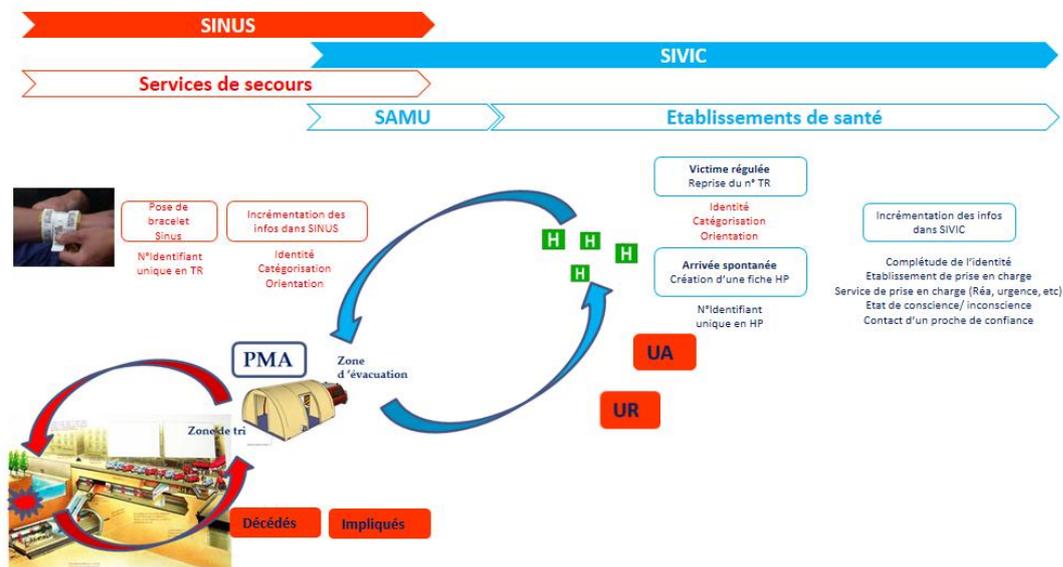
Lors de la survenue d'une SSE générant un afflux massif de victimes, les établissements de santé sont informés par l'ARS et le SAMU de l'ouverture d'un événement SIVIC pour permettre d'assurer la gestion de la crise et le suivi de ces patients.

L'outil SI-VIC devient alors le pivot du dénombrement des victimes et de leur suivi dans le système de santé.

DÉNOMBREMENT ET SUIVI DES VICTIMES : INTERFAÇAGE ENTRE LES OUTILS SINUS ET SIVIC

La prise en charge de victimes lors de la survenue d'une SSE (attentat, accident collectif, etc.) se déroule en deux phases successives :

- Dénombrement et prise en charge des victimes par les services de secours: du terrain jusqu'aux établissements de santé via l'outil SINUS ;
- Complétude du dénombrement et traçabilité des patients durant leur parcours de soins dans le système de santé : les établissements de santé mobilisent une cellule dédiée afin d'assurer l'identification des patients et la transmission des données à l'ARS via SIVIC.



Il n'y a aucune saisie réalisée dans SINUS dans les établissements de santé. Pour l'identification et le suivi des victimes, les professionnels de santé doivent saisir dans le seul outil santé mis à leur disposition : SIVIC. Cet outil est interfacé avec SINUS.

A retenir

La présence de cette icône  dans l'évènement SI-VIC indique qu'un suivi des victimes a été initié par les services de secours via l'application SINUS.

Vous retrouverez les fiches saisies par les services de secours et orientées vers votre établissement dans l'onglet  Arrivées prévisionnelles .

RÈGLES DE SAISIE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :

Pour assurer la complétude des données relatives aux victimes prises en charge, il convient qu'à l'issue de l'ouverture d'un évènement SI-VIC, chaque établissement de santé applique les consignes suivantes :

- Toute personne ayant fait l'objet d'un traçage dans SINUS sur le terrain, orientée et pris en charge par votre établissement de santé doit être renseignée au plus vite dans l'outil SI-VIC, avec reprise de son numéro SINUS à 13 chiffres en TR;
- Toute personne non prise en charge sur le terrain (présentation spontanée ou malencontreusement non régulée) doit être saisie dans l'outil SIVIC avec création d'un numéro SI-VIC en HP²⁹, dès son arrivée, soit au service des urgences, soit directement dans un service en cas de mise en place d'une filière dédiée.

Après avoir identifié les victimes prises en charge au sein de votre établissement, il conviendra de saisir au plus vite les dossiers victime dans SI-VIC en incrémentant les items suivants :

- Numéro d'identification
 - Reprise du numéro de bracelet SINUS pour les victimes régulées
 - Création d'un numéro en HP pour les arrivées spontanées
- Identité (déclarée par les victimes conscientes ou validée pas référents identitovigilance)
 - Nom
 - Prénom
 - Sexe
 - Age
- Type de service initiale de prise en charge
 - Soins critiques (l'outil distingue la réanimation des autres services de soins critiques USI-USC)
 - Hospitalisation conventionnelle
 - Soins aux urgences³⁰

Il convient de noter que tout décès d'une victime prise en charge doit être renseigné immédiatement dans l'outil Si-VIC (cette information permettra de faire évoluer le bilan victimaire établi par les autorités).

²⁹ Dans le cas où une fiche serait créée avec un numéro HP, alors qu'existe une fiche TR pré saisie par les services de secours, il conviendra de reprendre les informations de prise en charge dans la fiche TR, et de supprimer la fiche HP (afin de ne pas créer de doublons)

³⁰ Une victime se présentant spontanément aux urgences, sans hospitalisation à l'issue, sera indiqué avec le type de prise en charge 'Soins aux urgences'. Si une hospitalisation devait survenir à l'issue, la première prise en charge à indiquer dans SI-VIC pourra être le service vers lequel il est orienté.

ACTUALISATION EN TEMPS RÉEL DES DONNÉES DANS SIVIC

A l'issue de cette saisie initiale, qui doit se faire dans le délai le plus court possible, les établissements de santé recevront des consignes par leur ARS qui leur indiquera la nécessité ou non de poursuivre le suivi des victimes dans le temps, et selon quelle temporalité (mise à jour des fiches quotidienne, puis possiblement de manière hebdomadaire) :

- Actualisation du type de service de prise en charge jusqu'au retour à domicile ;
- Actualisation du parcours de prise en charge (transfert intra et extrahospitalier, etc.) ;
- Enrichissement des données d'identification ;
- Enrichissement des coordonnées de la victime et de ses proches.

La bonne identification des victimes liées à un évènement SI-VIC, la réactivité de saisie dans l'outil, ainsi que la qualité de renseignement des données, sont autant d'éléments qui permettront aux autorités de disposer d'un bilan victimaire de qualité.

Ce bilan victimaire intégrera les victimes prises en charge par les secours et orientés vers les ES (importance de la reprise du n° de bracelet SINUS), l'intégration d'éventuelles victimes s'étant présentées spontanément dans les établissements de santé (création de n° d'identification en HP dans l'outil).

Enfin, les informations saisies par les établissements de santé permettront de faire évoluer le bilan en fonction des décès que vous aurez notifié dans l'outil.

Fiche reflexe des actions à mener suite à l'ouverture d'un évènement SI-VIC

- 1** **Informers les principaux services de l'ouverture d'un évènement SI-VIC**
 - Sensibiliser vos services de soins critiques à la reprise des bracelets SINUS (posés sur le poignet ou la cheville des victimes régulées)
 - Sensibiliser votre service d'admission aux urgences sur l'identification de victimes se présentant spontanément
- 2** **Saisir au plus vite les fiches victimes dans SI-VIC**

Privilégier dans un 1^{er} temps, la saisie réflexe avec uniquement les éléments suivants:

 - Reprise du n° de bracelet TR (victimes régulées) ou création d'un numéro HP (pour les arrivées spontanées)
 - Renseignement du nom, prénom, sexe, âge
 - Indication du type de service de prise en charge (Réa, autres soins critiques, hospit conventionnelle, soins aux urgences)
- 3** **Assurer le suivi des patients dans l'outil**
 - Renseigner immédiatement tout décès dans SI-VIC
 - Mettez à jour les fiches selon la temporalité indiqué par l'ARS (changement de type d'hospitalisation)

Aide pour la saisie des fiches victimes

A transmettre aux différents services concernés de l'établissement, à compléter par ces derniers, et à renvoyer à la cellule en charge de la saisie SI-VIC

Contact de la cellule SI-VIC:
 référent
 Tel
 Mail

L'évènement SI-VIC suivant a été ouvert:

Les éléments que vous remonterez permettront le pilotage de l'évènement par les autorités, le dénombrement des victimes, ainsi que leur suivi dans le système de santé

Il est demandé à chaque service d'identifier les victimes en lien avec cet évènement, et de renseigner pour chacune des victimes identifiées, les éléments suivants:

Fiche victime	Fiche victime	Fiche victime
<input type="checkbox"/> Victime avec bracelet SINUS (Cheville/poignet) N° de bracelet SINUS (13 chiffres en TR)	<input type="checkbox"/> Victime avec bracelet SINUS (Cheville/poignet) N° de bracelet SINUS (13 chiffres en TR)	<input type="checkbox"/> Victime avec bracelet SINUS (Cheville/poignet) N° de bracelet SINUS (13 chiffres en TR)
<input type="checkbox"/> Victime sans bracelet SINUS	<input type="checkbox"/> Victime sans bracelet SINUS	<input type="checkbox"/> Victime sans bracelet SINUS
Identité	Identité	Identité
<input type="checkbox"/> Inconscient <input type="checkbox"/> Décédé	<input type="checkbox"/> Inconscient <input type="checkbox"/> Décédé	<input type="checkbox"/> Inconscient <input type="checkbox"/> Décédé
Nom Prénom Sexe Age	Nom Prénom Sexe Age	Nom Prénom Sexe Age
Type de service de prise en charge actuel	Type de service de prise en charge actuel	Type de service de prise en charge actuel
<input type="checkbox"/> Soins critiques (Réa, USI, USC) <input type="checkbox"/> Hospitalisation conventionnelle <input type="checkbox"/> Soins aux urgences Autres	<input type="checkbox"/> Soins critiques (Réa, USI, USC) <input type="checkbox"/> Hospitalisation conventionnelle <input type="checkbox"/> Soins aux urgences Autres	<input type="checkbox"/> Soins critiques (Réa, USI, USC) <input type="checkbox"/> Hospitalisation conventionnelle <input type="checkbox"/> Soins aux urgences Autres

Après la saisie initiale des fiches,
 Tout décès doit être notifié immédiatement à la cellule SI-VIC
 Notification des changements de service/retour à domicile, à échéance

PARTICULARITÉS LIÉES A L'ACTIVATION DE PROTOCOLES DÉDIÉS

PROTOCOLE D'IDENTIFICATION DES VICTIMES DE CATASTROPHE (IVC)

Lors d'évènements avec nombreuses victimes, il pourra être décidé par le parquet, la mise en place d'un protocole d'identification des victimes de catastrophe.

C'est l'ARS activera la fonctionnalité 'IVC' dans l'outil SIVIC.

Les principes sont alors les suivants :

- **Identification des patients conscients** : le principe est que pour tous les patients conscients pris en charge en établissement de santé (en capacité de déclarer leur identité) les éléments d'identification sont réputés exacts. L'ensemble des informations relatives à l'identification des patients conscients doit être saisie dès que possible en application des principes d'identitovigilance ;
- **Identification des patients inconscients et décédés à l'hôpital** (pendant le transport ou au cours de la prise en charge en établissement de santé) : l'identification ne peut résulter que d'une validation par le magistrat référent victime, après décision de la commission d'identification des victimes. Les méthodes d'identification de la police judiciaire seront ainsi utilisées. Ces patients seront enregistrés sous « X » dans le système d'information SI-VIC, ou sous l'identifiant fictif du protocole d'identification AMAVI de votre établissement si celui-ci a été mis en place.

Lors de l'activation d'un protocole IVC, les établissements de santé ne doivent pas mettre en œuvre leur processus d'identitovigilance pour les victimes inconscientes et décédées, et ne doivent pas non plus initier de visite de reconnaissance des victimes³¹.

Il est alors demandé aux établissements d'accompagner les familles à la recherche de proche³² vers les structures dédiées qui seront mis en place (numéro de téléphone Infopublic ou centre d'accueil des familles).

Des éléments d'« aide à l'identification » peuvent être saisis sans pour autant être considérés comme une identification fiable (éléments d'identité découverts auprès du corps, CNI, carte vitale, témoignages, etc.) et inscrit dans le champ « commentaires » de l'application SI-VIC.

La saisie du statut inconscient ou décédée des victimes dans SI-VIC, ainsi que le renseignement d'éléments descriptifs en commentaire, permettront à l'ARS de communiquer la localisation de ces victimes qui nécessitent une identification par les services spécialisées (Unité d'identification des victimes de catastrophes).

Ces services se présenteront alors au plus vite dans les établissements concernés.

Un protocole spécifique sera mis en place pour les victimes inconscientes dit protocole « Urgence absolue inconsciente » (UAI)

A l'arrivée des unités spécialisées, le protocole prévoit la constitution d'un trinôme (équipe médicale, officier de police judiciaire, unité d'identification des victimes de catastrophe), qui

³¹ La seule exception au principe de renvoi des familles vers les structures dédiées sera lorsque la famille se trouvait avec la victime lors de l'évènement et qu'elle se présente quasi simultanément.

³² Le numéro Infopublic vers lequel renvoyer les familles sera le 09 70 80 90 40. L'adresse du CAF vous sera communiqué par l'ARS.

recueillera les éléments d'identité disponibles (avec la présence constante de l'équipe médicale pendant l'examen de la victime).

Si les éléments recueillis le permettent (victime reconnaissable, éléments putatifs d'identité retrouvés sur la victime, témoignage de proche, etc.), il pourra y avoir une décision tri partite de ne pas mettre en œuvre de procédure IVC pour la victime.

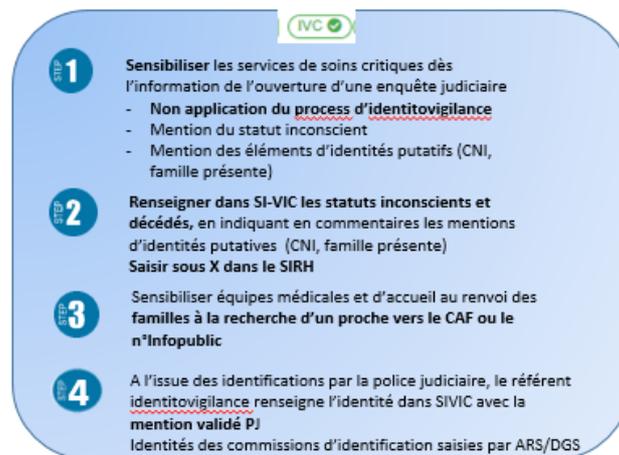
Un procès-verbal rédigé par l'officier de police précisera alors qu'il est décidé de ne pas mettre en place la procédure IVC, et que la victime identifié sous le numéro SINUS XXXXXX est M (nom, prénom).

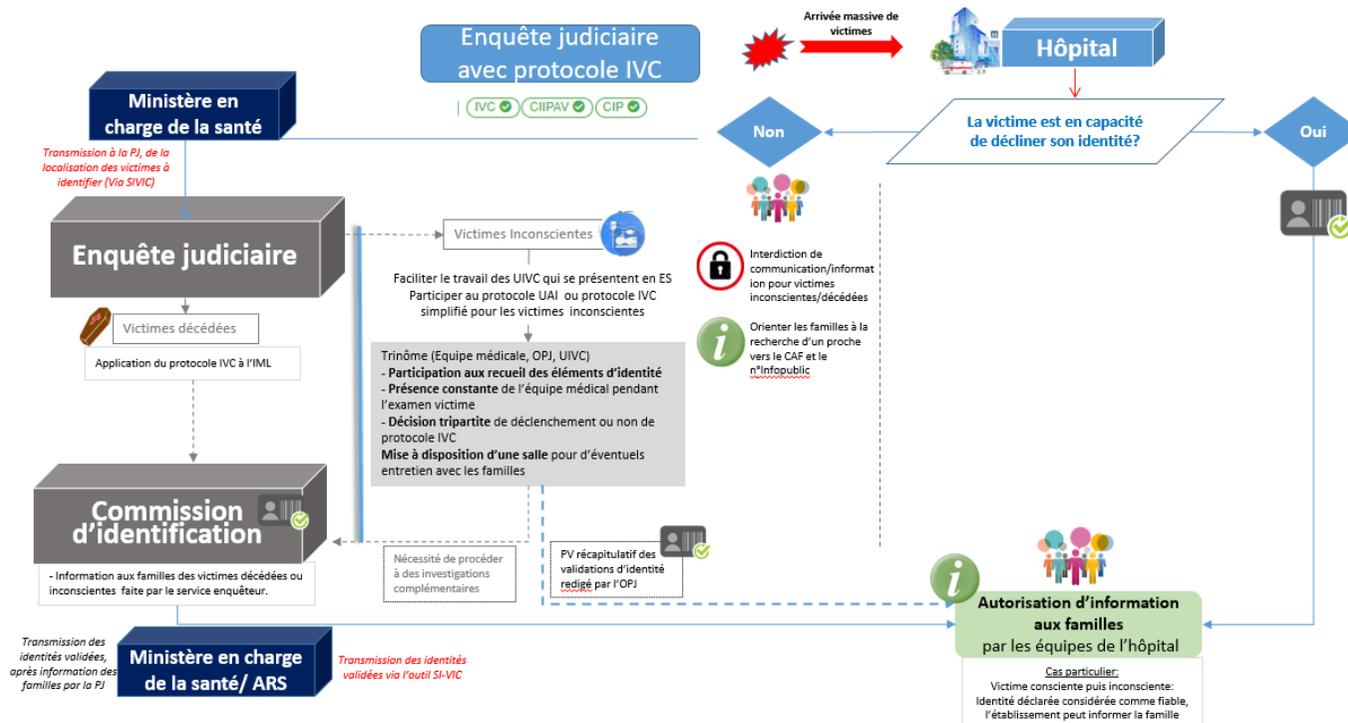
Un document justificatif de la validation de l'identité de la victime sera remis à l'équipe médicale.

Dès lors, l'établissement sera autorisé à communiquer avec la famille de la victime.

Il conviendra de notifier l'identité au référent SIVIC pour inscription dans l'outil SI-VIC avec la mention 'validé PJ'.

Si la victime n'est pas identifiable immédiatement, l'identification passera par des examens complémentaires (ADN, témoignages). L'identité de la victime sera alors validée en commission d'identification présidé par le procureur en charge de l'enquête.





MISE EN PLACE D'UNE CELLULE DE RÉPONSE TÉLÉPHONIQUE DÉDIÉE (CIP OU INFOPUBLIC)

Un évènement avec de nombreuses victimes implique généralement de nombreuses familles à la recherche de leur proche.

La préfecture pourra alors activer sa cellule d'information du public (CIP). Celle-ci aura alors pour mission d'informer le public sur la situation et de renseigner les familles à la recherche de proche.

Pour les évènements les plus dimensionnant, la cellule de réponse de la préfecture pourra être appuyée par une structure de réponse téléphonique créée au niveau du ministère de l'intérieur à Beauvau. Il s'agit de la cellule Interministérielle d'Information du Public et d'Aide aux Victimes (C2IPAV), autrement appelée « cellule Infopublic ».

Ces 2 cellules devront être en capacité d'orienter les familles à la recherche de proches.

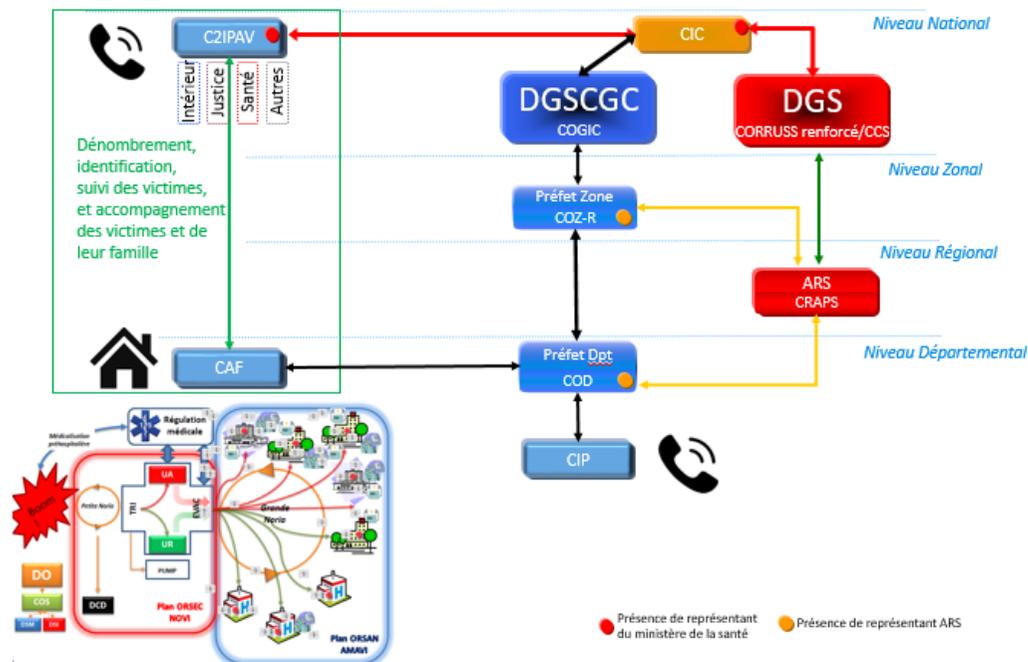
C'est de la qualité de renseignement de l'outil SI-VIC par les établissements de santé que dépendra pour grande partie la qualité de la réponse aux familles.

Les répondants téléphoniques ne donneront aucune information d'ordre médical, sur la nature ou la gravité des blessures. Ils ont pour mission de renseigner les familles de victimes conscientes sur l'hôpital de prise en charge.

Ainsi, en cas de mise en place d'une cellule de réponse aux familles (CIP ou Infopublic), il conviendra d'appliquer les consignes suivantes :

- Notifier dans SI-VIC les intervenants (sapeurs-pompiers, forces de sécurité intérieures, équipes médicales, ...) blessés (un numéro d'anonymisation sera alors renvoyé à ces structures, en lieu et place de l'identité réel³³, considérant qu'il appartient aux institutions de prévenir les familles) ;
- Notifier dans SIVIC le statut inconscient et décédé (pour qu'aucune information ne soit transmis par téléphone) ;
- Ne pas saisir d'identité pour les victimes inconscientes et décédées, mais saisir en lieu et place l'identifiant fictif de votre protocole AMAVI ou le numéro IPP ;
- Sensibiliser les services de prise en charge et le standard de l'hôpital d'orienter les familles à la recherche de proche vers les structures dédiées (les coordonnées vous seront fournis par l'ARS) ;
- Informer la direction de l'établissement de la mise en place de ces structures, et prévoyez les modalités de réponse téléphonique de votre établissement (indiquer le numéro de contact à privilégier pour les familles dans SI-VIC).

³³ Pour les intervenants, vous pouvez saisir l'identité réelle et saisir son entité d'appartenance, mais il est important de mettre un numéro d'anonymisation tel que le numéro RIO, NID ou le numéro IPP)



CIIPAV ✓ CIP ✓

STEP 1

Informez la direction de l'établissement de l'ouverture d'une cellule de réponse téléphonique (CIP ou C2IPAV)

STEP 2

Mettez en application les consignes 'intervenants' et 'inconscients/décédés'

Identification des intervenants et saisie dans SI-VIC
 identification des inconscients/décédés dans SI-VIC

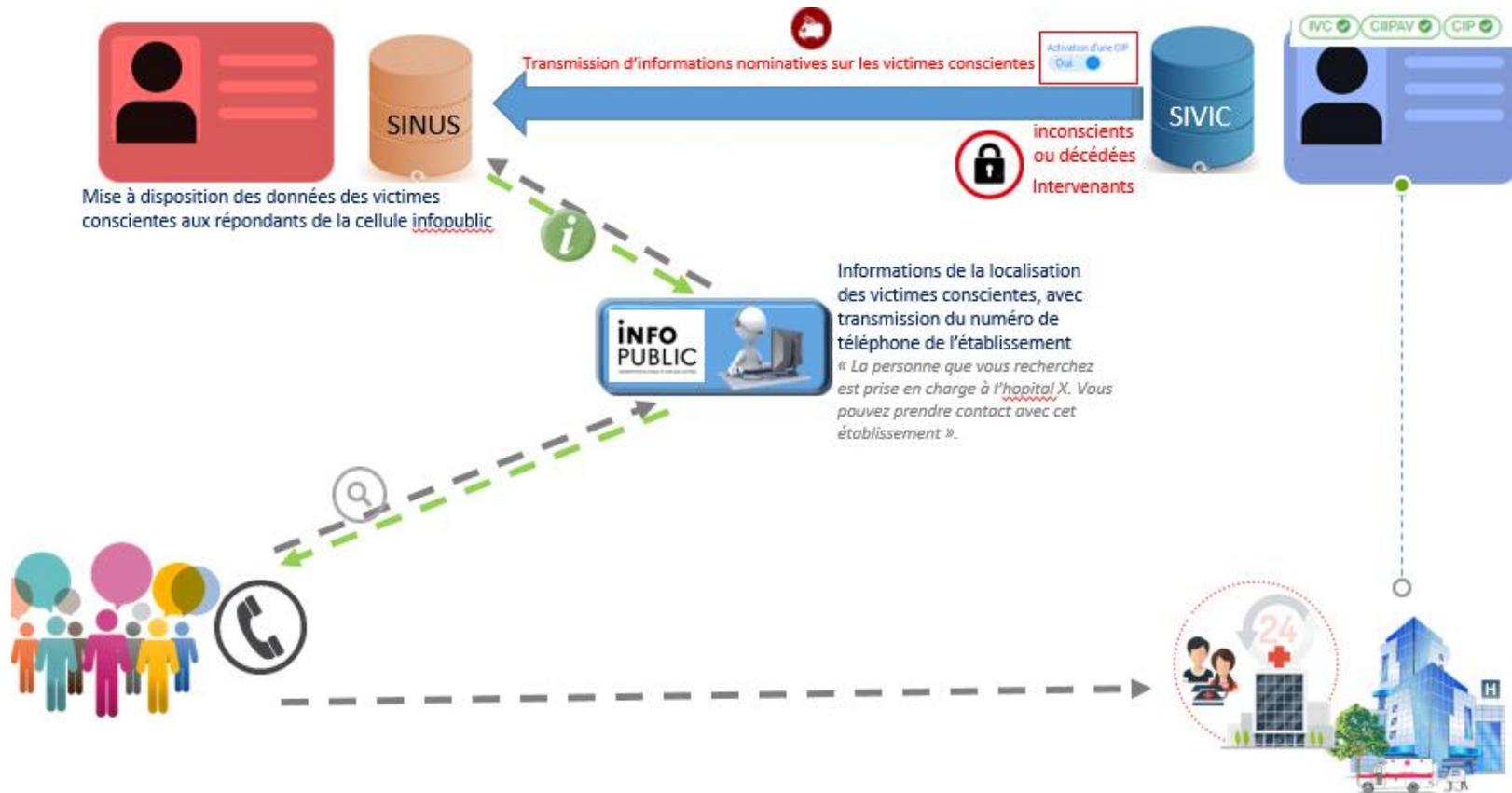
STEP 3

Accueillir, orienter et informer les familles

Sensibiliser équipes médicales et d'accueil au renvoi des familles à la recherche d'un proche vers CAF ou Infopublic,
 Mettre en place les conditions d'accueil des familles (salle dédiée, soutien médico-psy, etc)

STEP 4

Mettez en place une cellule de réponse téléphonique
 Indiquer dans SI-VIC le numéro à utiliser par CIP/C2IPAV



Aide pour la saisie des fiches victimes

A transmettre aux différents services concernés de l'établissement, à compléter par ces derniers, et à renvoyer à la cellule en charge de la saisie SI-VIC

Contact de la cellule SI-VIC:
réfèrent
Tel
Mail

L'évènement SI-VIC suivant a été ouvert:

Cet évènement fait l'objet

- De l'ouverture d'un protocole d'identification des victimes 
- De la mise en place par les autorités d'une cellule de réponse téléphonique pour les familles  

Les éléments que vous remonterez permettront le pilotage de l'évènement par les autorités, le dénombrement des victimes, l'identification des victimes inconscientes et décédées par des unités de police spécialisée, l'information des familles à la recherche de proche, ainsi que leur suivi dans le système de santé.

il est demandé à chaque service d'identifier les victimes en lien avec cet évènement, et de renseigner pour chacune des victimes identifiées, les éléments suivants:

Fiche victime	
<input type="checkbox"/> Victime avec bracelet SINUS (cheville ou poignet)	
N° de bracelet SINUS	
<input type="checkbox"/> Victime sans bracelet SINUS	
<input type="checkbox"/> Conscient	<input type="checkbox"/> Inconscient
	<input type="checkbox"/> Décédé
Identifiant fictif du protocole d'identification AMAVI	
Présence de famille/ pièce d'identité sur victime	
Identité	Particularités
Nom	<input type="checkbox"/> Aucune
Prénom	<input type="checkbox"/> Intervenant blessé
Sexe	
Age	
Type de service de prise en charge actuel	
<input type="checkbox"/> Soins critiques (Réa, USI, USC)	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation conventionnelle	
<input type="checkbox"/> Soins aux urgences	

Après la saisie initiale des fiches,
Tout décès doit être notifié immédiatement à la cellule SI-VIC
Notification des changements de service/retour à domicile, à échéance

Consignes en cas d'activation d'un protocole IVC

- ✓ Ne pas appliquer le process d'identité-vigilance pour les victimes inconscientes et décédées
- ✓ Ne pas organiser de visite pour la reconnaissance des victimes par les proches
- ✓ Renseigner et transmettre la fiche victime SI-VIC
 - Indiquer le statut inconscient ou décédé
 - Saisir l'identifiant ES (IPP ou protocole AMAVI) en identité
 - Préciser si des éléments d'identité sont présents (carte vitale CN)
 - Préciser si la famille est présente et informée
- ✓ Conserver les affaires de la victime dans un sac plastique fermé (ne remettre qu'aux unités spécialisés d'identification (UIVC))
- ✓ Renvoyer les familles à la recherche de proches vers le n°infopublic ou le centre d'accueil des familles
 - Grâce aux informations saisies dans SI-VIC, des unités d'identification (UIVC) se présenteront dans l'établissement pour effectuer les identifications avec l'équipe médicale
 - ✓ A l'issue, transmettre à la cellule SI-VIC les identités validés par les services d'identification UIVC

Consignes en cas de cellule de réponse téléphonique

- ✓ Spécifier le statut d'intervenant de la victime (policier, militaire, pompier, associatif, SAMU)
- ✓ Ne communiquer qu'avec les familles de victimes conscientes, ou à l'identité validé par les unités d'identification (UIVC)
- ✓ Renvoyer les familles à la recherche de proche non identifiée vers le numéro mis en place par les autorités, ou vers la centre d'accueil des familles si mis en place par la préfecture
- ✓ Mettre en place les conditions d'accueil des familles (salle dédiée, soutien médico-psy, etc.)
 - Les informations de SI-VIC permettront à la cellule de réponse téléphonique de répondre.
 - Les familles des victimes conscientes contacteront l'hôpital à l'issue

Saisie des personnes bénéficiant d'une prise en charge médico-psychologique

La cellule d'urgence médico-psychologique est activée par le SAMU. L'ensemble des personnes prises en charge par des professionnels des CUMP seront impérativement saisies dans l'application SIVIC, aux fins de leur dénombrement et de leur identification.

ROLE DE L'ARS

Ouverture de l'évènement SI-VIC :

- L'ARS s'assure que le SAMU a ouvert l'évènement SI-VIC avec le bon dimensionnement, le cas échéant il ouvre l'évènement par subsidiarité
- L'ARS s'assure que l'évènement est appairé avec l'évènement ouvert par les pompiers (cela permettra que les fiches pré saisies dans SINUS soient visibles dans SI-VIC par les établissements de santé de prise en charge). Le cas échéant il appaire l'évènement SI-VIC avec l'évènement SINUS.
- En cas d'évènement multi-site, l'ARS crée un seul évènement SI-VIC en l'appairant aux évènements SINUS correspondants. L'ARS spécifie dans l'outil les différentes localisations (exemple : explosion stade, fusillade palais des congrès, etc.) de manière à pouvoir relier les arrivées spontanées à ces différents sites.

Pilotage de l'évènement SI-VIC :

- L'ARS diffuse les consignes de saisie aux établissements via les notifications mails de l'outil ou par la mise en place d'un bandeau de consigne dans l'évènement SI-VIC
- Reprise impérative des numéros de bracelet SINUS en TR posé par les pompiers
- Création de dossier avec n°HP uniquement pour les arrivées spontanées en établissement de santé
- 1^{ère} saisie à effectuer très rapidement (saisie reflexe avec nom, prénom, âge, sexe et type de service de prise en charge)
- Rappel de la notification immédiate des décès dans l'outil SI-VIC

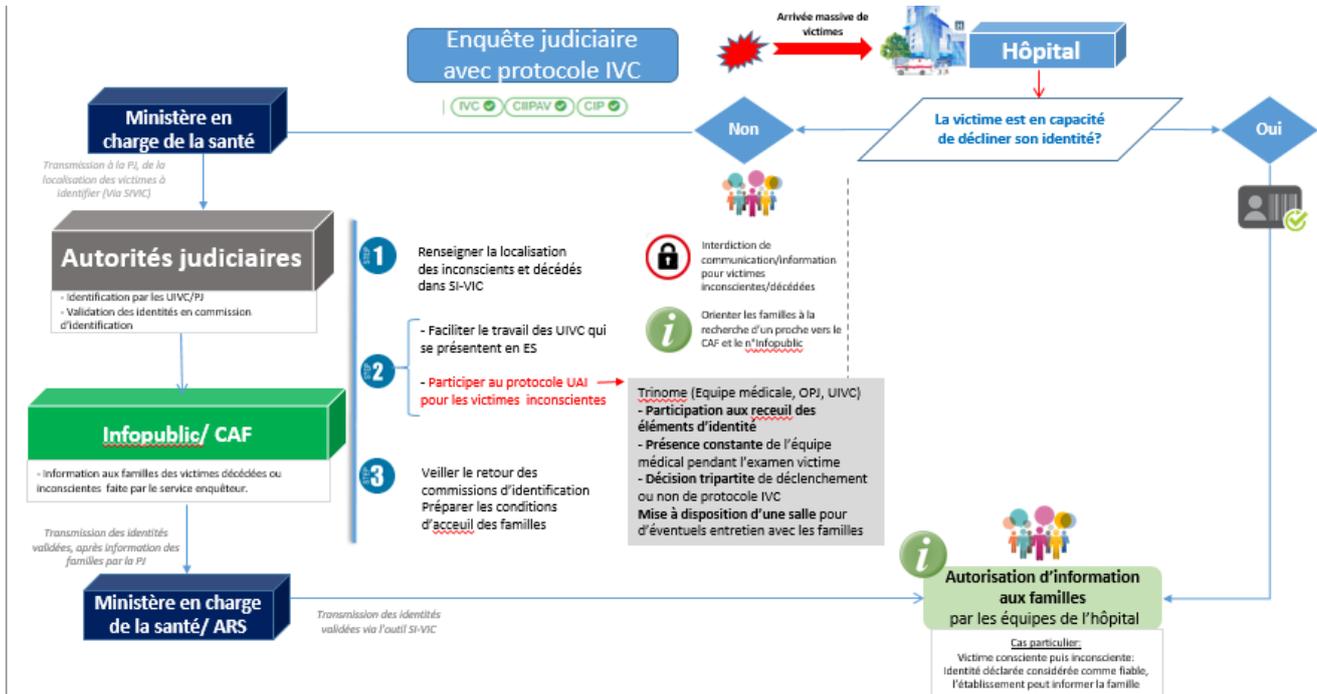
Construction du bilan victimaire :

- L'ARS s'assure que l'ensemble des victimes orientés par les secours vers un établissement de santé ont été repris dans l'outil SI-VIC
- En cas de doute sur un doublon potentiel (victime avec n°HP renseigné dans l'outil par un établissement, alors que toutes les fiches SINUS TR n'ont pas été repris par l'établissement), l'ARS contactera l'établissement pour faire le point sur les victimes

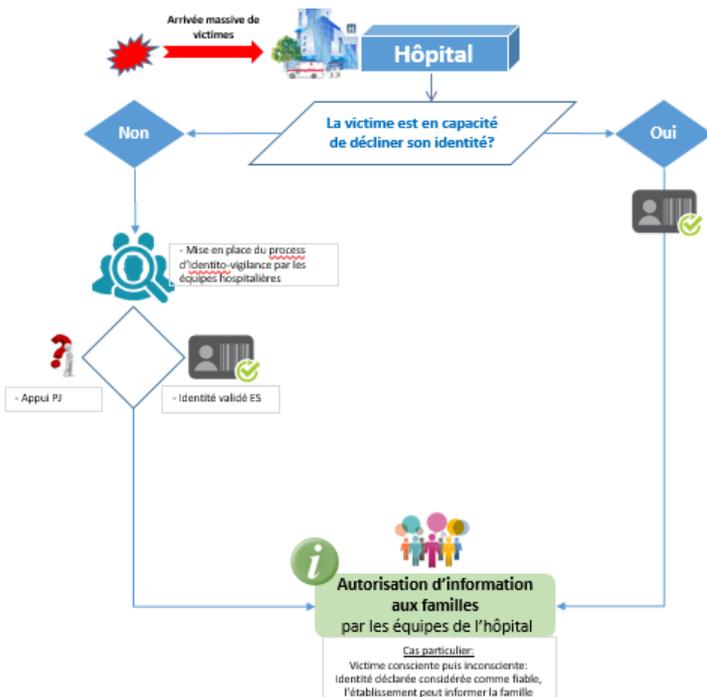
En cas d'activation de protocole IVC par le parquet

- L'ARS active la fonctionnalité IVC lorsque le parquet décide de l'activation d'un protocole d'identification des victimes inconscientes et décédées (Cette fonctionnalité permettra de rappeler aux ES de ne pas mettre en place leur protocole d'identivigilance pour les victimes inconscientes ou décédées).
- L'ARS rappelle aux établissements de renseigner dans SI-VIC les victimes inconscientes et décédées
- L'ARS transmet aux officiers de police judiciaire en préfecture la localisation des inconscientes et décédés pour que des équipes d'identification spécialisée puisse intervenir dans les établissements de santé
- L'ARS rappelle aux établissements la procédure d'identification allégé pour les inconscientes (constitution d'un trinôme –équipe médicale, officier police judiciaire, unité d'identification des victimes de catastrophes)
- En cas de mise en place d'une cellule de réponse téléphonique par les autorités
- L'ARS active la fonctionnalité CIP, lorsqu'une cellule de réponse téléphonique est activée par la préfecture (cela permettra le renvoi de données nominatives vers les structures de réponse téléphonique)
- L'ARS rappelle aux établissements la nécessité de bien notifier dans l'outil les victimes inconscientes ou décédées, ainsi que les intervenants (de manière à ce qu'aucune information ne parvienne aux répondants téléphoniques)
- L'ARS rappelle aux établissements la nécessité pour les établissements prenant en charge des victimes, de mettre en place une cellule de réponse téléphonique, et d'indiquer dans SI-VIC le numéro à contacter par les familles
- L'ARS transmet à la cellule de réponse téléphonique (CIP) la liste des numéros de téléphone pour joindre les établissements de santé

CONDUITE À TENIR POUR L'INFORMATION AUX FAMILLES ET AUX PROCHES DE VICTIMES



Dans le cas où aucune enquête judiciaire n'est instruite, le schéma de décision suivant d'applique



Que faire en cas de dysfonctionnement manifeste des circuits d'information pour les familles et proches ? Si les structures dédiées à l'information des familles (N° CIIPAV, CAF) n'ont pas été créées et que des familles et proches se présentent à l'hôpital, l'établissement devra contacter l'ARS pour l'informer des difficultés inhérentes à ce dysfonctionnement. Il appartiendra à l'ARS de prendre attache avec les autorités compétentes pour mettre en place ces circuits d'information dédiés aux familles et aux proches.

FICHE TECHNIQUE SUR LA SÉCURISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

ENJEUX

Les établissements de santé accueillent un public rendu vulnérable par la maladie ainsi que leur famille et leurs proches. Ils sont également un lieu d'échange et de passage important (sous-traitants, fournisseurs ...) et peuvent être ouverts sur la ville (passage de piétons, voitures, desserte de transports en commun, etc.).

Les établissements de santé, quelle que soit leur taille et leurs particularités, peuvent être cible de menaces ou d'actes malveillants. Il est donc important d'anticiper les risques et menaces pouvant affecter la sécurité et l'intégrité des patients, de leurs proches ainsi que du personnel exerçant dans ces établissements.

Par conséquent, il est important de prévoir des mesures et des procédures de sécurisation de ces structures, afin de permettre une montée en puissance rapide et efficiente en cas d'événement non-souhaité. Le personnel doit être informé et formé à ces procédures afin de garantir leur efficacité. La sécurisation de l'établissement s'appuie sur le guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE)³⁴.

ÉVALUATION DES MENACES ET DES RISQUES

Deux types de menaces et de risques sont à prendre en compte :

- Risques et menaces physiques (dégradations, intrusions, prise d'otage, attentats, ...)
- Risques et menaces cyber (malwares, cyber-rançon, siphonage des données, ...)

■ *Risques physiques*

Conformément au cadre fixé par le guide d'aide à l'élaboration du PSE, l'évaluation des menaces et des risques d'actes physiques malveillants envers l'ES doit prendre en compte :

- Les vulnérabilités endogènes qui regroupent toutes les vulnérabilités internes à l'établissement :
 - La topographie des bâtiments composant la structure,
 - Les points névralgiques de l'établissement, c'est-à-dire les équipements ou les activités dont l'arrêt aurait des conséquences importantes sur la capacité de l'établissement à assurer ses missions,
 - Le diagnostic de l'insécurité à l'intérieur de l'établissement de santé
 - Les installations et produits à risque ou nécessitant une attention ou un entretien particulier
- Les risques exogènes qui regroupent tous les risques externes à l'établissement :
 - Le voisinage et les abords immédiats de l'établissement
 - Les actes de délinquance locale

³⁴ Voir guide d'aide à l'élaboration du PSE

- Les difficultés particulières rencontrées par les forces de sécurité dans la zone
- Les lieux ou les périodes criminogènes
- Les sites classés comme à risque (industriels ou radiologiques)

■ *Risque cyber*

Le document de référence des ES pour la préparation et la gestion du risque cyber est le guide d'aide à la préparation du volet numérique du plan blanc en établissement de santé du Ministère de la santé et de la prévention (2023)³⁵. L'établissement de santé est tenu d'élaborer ce volet numérique relatif à la sécurité de ses infrastructures informatiques. Cette démarche, complémentaire à celle de l'élaboration et de la mise à jour du PGTHSSE, est incluse dans le PGTHSSE de l'établissement. Les éléments développés dans cette fiche n'ont vocation qu'à recenser les points de réflexion relatifs à la cybersécurité.

L'importance des supports informatiques dans l'accomplissement des missions de l'établissement et les informations sensibles qu'il contiennent les rendent cible de menaces et de cyber attaques. Il est important de sécuriser les infrastructures cyber de l'établissement. Les systèmes d'information ciblés par des attaques peuvent ainsi menacer :

- La confidentialité et le secret médical par le vol de données des patients ;
- La continuité d'activité d'un ou de plusieurs services de l'hôpital par la mise hors service du système informatique.

PRÉVENTION

L'évaluation des menaces et des risques permet d'aboutir à des mesures de prévention des actes malveillants, incidents, accidents pesant sur l'établissement.

■ *Mesures et procédures de sécurisation*

Des mesures et des procédures de sécurisation des établissements en temps normal peuvent être élaborées suite à l'évaluation des menaces et des risques afin de réduire la menace :

- Désignation d'un responsable sureté-sécurité, directement rattaché à la direction ;
- Désignation d'un lieu de sureté en cas de confinement provisoire ;
- Élaboration d'un plan d'évacuation prenant en compte les issues de secours et différents cheminements possibles ;
- Procédures d'identification et de traitement des actes malveillants ;
- Définir une chaîne d'alerte en cas d'urgence (auprès des agents et des forces de sécurité intérieure) ;
- Vérification du matériel de sureté ;
- Sécurisation des accès dédiés au personnel ;
- Désignation d'un responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) ;
- Mise en place d'une organisation interne indépendante des systèmes d'information grâce notamment à des documents papiers connus du personnel,

³⁵ NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF/2023/94 du 15 juin 2023 visant à informer les établissements de santé de la publication d'un guide d'aide à la préparation au volet numérique du Plan blanc

imprimés et stockés en prévision dans les services de l'hôpital (identification et suivi des patients, gestion des stocks et des hospitalisations).

■ **Sensibilisation, formation et communication**

Pour prévenir la survenue d'événement non-souhaité, trois leviers sont accessibles : sensibilisation, formation et communication auprès du personnel et du public.

- Le personnel

Le personnel de l'établissement doit être informé et formé aux directives générales ainsi qu'aux directives particulières le concernant :

- Diffusion des bonnes pratiques aux agents ;
- Sensibilisation des agents responsables de la sécurité aux mesures de sûreté et de vigilance élémentaires ;
- Développer la vigilance du personnel aux comportements suspects et à la remontée d'information de situation anormale ;
- Former à la détection de développement de comportements alarmants d'autres agents (radicalisation, ...) ;
- Sensibiliser les agents aux enjeux de la cyber sécurité en s'appuyant sur le responsable de la sécurité des systèmes d'informations de l'hôpital (RSSI) ;
- Le RSSI mène des campagnes de prévention, sensibilisation et de formation des agents à l'hygiène informatique (renouvellement des mots de passe réguliers, incitation à ne pas transmettre de documents par mail, ...) ;
- Indiquer aux agents l'existence de formations en ligne gratuites de l'ANSSI sur la cyber sécurité³⁶ ainsi qu'à celle de la CNIL sur le RGPD³⁷.

- Le public

Le public, tant que possible, doit être sensibilisé aux directives générales relatives à la sécurisation de l'établissement pour favoriser le développement d'une vigilance collective. La sensibilisation et la diffusion de ces mesures peut être effectuée par des campagnes d'affichages au sein de l'établissement, signalétique et zonage dans l'hôpital qui facilite l'identification des comportements potentiellement malveillants : « zones accessibles au public » et « accès réserve au personnel ».

■ **Les aides et les partenaires extérieurs**

Plusieurs tiers extérieurs à l'établissement sont susceptibles d'appuyer les mesures de prévention prises par l'établissement, voire de venir en aide en cas de crise :

- Identifier les sites voisins afin de préparer une réponse conjointe en cas d'urgence ;
- Identifier et établir un contact avec les spécialistes de la gestion des risques spécifiques encourus par l'établissement (pompiers pour le risque incendie, ...) ;

³⁶ <https://secnumacademie.gouv.fr/>

³⁷ <https://www.cnil.fr/fr/le-mooc-de-la-cnil-est-de-retour-dans-une-nouvelle-version-enrichie>

- Identifier les forces de sécurité intérieure :
 - Élaborer ou consolider la convention « santé-sécurité-justice » ;
 - Forces de sécurité intérieure : police et gendarmerie, ont connaissance des plans de la structure et une coordination a été mise en place avec ces acteurs en amont d'une intrusion ou d'un acte malveillant ;
 - Réseaux de communication aux tiers extérieurs : mis en place en amont d'un acte malveillant, un canal de communication dédié à chaque tiers (police, gendarmerie ...) ;
- Sous-traitants, fournisseurs : information et définition des nouvelles contraintes afférentes à l'événement en cours ;
- Pérenniser ou établir un lien avec les conseillers de défense et de sécurité de zone et les délégués de sécurité des établissements de santé de référence qui sont en relation avec le préfet.

GESTION D'UN INCIDENT

L'intrusion d'un ou de plusieurs individus malveillants ou la dégradation de matériel à risque peuvent mettre en danger la vie des personnels, patients et public présent, ainsi que représenter un risque pour l'établissement. Il est ainsi important d'anticiper la marche à suivre en cas d'intrusion afin de préserver au mieux le bon fonctionnement de l'établissement et la sécurité du personnel, des patients et du public.

- **Alerte**

La suspicion d'un comportement malveillant ou la détection d'une anomalie sur un matériel à risque doit faire l'objet d'une alerte immédiate. La chaîne d'alerte ascendante est définie en amont de toute intrusion et donnée à la connaissance du personnel et du public.

- **Déclenchement de la CCH et montée en puissance**

Une fois la nature de l'alerte définie (terrorisme, délinquance majeure, incendie, ...) :

- **Déclenchement de la CCH ;**
- **Prise de contact avec les tiers extérieurs et les partenaires :** en fonction de la nature de l'événement non-souhaité prendre contact avec FSI (police, gendarmerie), pompiers, ARS, Préfecture, ... et facilitation de leur intervention (remise de badge, contact régulier ou continu, ...) ;
- **Déclenchement de la chaîne d'alerte descendante :** informer, via le ou les réseaux de circulation de l'information dédiés, l'ensemble du personnel de l'établissement et des publics et patients présents dans l'ES à ce moment ;
- **Renforcement des dispositifs de sécurisation :** déclenchement du plan de continuité d'activité (PCA), du plan de confinement de l'établissement ou du plan d'évacuation selon la nature et la gravité de l'événement.

- Dans le cas de la **gestion d'un événement relevant de la cyberattaque**, plusieurs mesures sont à mettre en place. En cas de pillage des données des patients :

- Alerter l'ARS sur le vol de données relevant du secret médical ;

- Alerter les patients victimes du vol avéré de données relevant du secret médical ;
 - Déposer une plainte après des forces de sécurité intérieure ;
 - Notifier à la CNIL la possibilité de vol de données dans une démarche de mise en conformité avec le RGPD dans les 72 heures suivant le vol³⁸.
- En cas de cyberattaque mettant hors service les systèmes d'information de l'hôpital :
 - Alerter l'ARS sur la mise hors service des systèmes d'information ;
 - Engager les coopérations, coordonnées par l'ARS, avec les autres établissements du GHT et de la région afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients dans les services impactés ;
 - Mettre en place les mesures permettant d'assurer la continuité d'activité en cas de panne des systèmes d'information, en prêtant une attention particulière aux services d'urgence, de réanimation, de soins critiques.

SORTIE DE CRISE ET RETEX

Une fois la situation maîtrisée, il convient d'enclencher le dispositif de sortie de crise et de retour à la normale, et d'en informer l'ensemble du personnel, du public et des patients présents dans l'établissement. L'organisation d'un RETEX, en présence des tiers et des partenaires impliqués dans la gestion de la crise, est de première importance afin de parfaire les dispositifs et de renforcer la coopération.

³⁸ <https://notifications.cnil.fr/notifications/index>

FICHE TECHNIQUE SUR LE CONFINEMENT D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

INDICATIONS ET ENJEUX

Certains événements peuvent nécessiter le confinement de tout ou partie d'un établissement de santé. La finalité poursuivie est la mise en sécurité du personnel et des patients de l'établissement suite à la propagation d'une substance dangereuse dans l'environnement (accident d'une installation classée de type SEVESO avec nuage d'agents chimiques ou radioactif, ...).

PHASE DE CONCEPTION

Le confinement d'un établissement de santé nécessite une phase de planification. Il s'agit d'**identifier en amont** :

- Les différentes personnes ressources dans l'hôpital pour l'élaboration du plan de confinement (hygiène hospitalière, responsable du bâtiment, ...);
- Toutes les ouvertures sur l'extérieur pouvant être closes automatiquement ou manuellement pour ainsi assurer l'étanchéité vis-à-vis de l'extérieur;
- Identifier les dispositifs de contrôle des systèmes de climatisation ou de renouvellement de l'air ambiant pour éviter l'introduction des agents toxiques ou permettant d'assurer le filtrage de l'air extérieur; En cas de filtrage de l'air extérieur pour assurer le renouvellement de l'air ambiant, veiller à inventorier le nombre de filtres disponibles et leur durée de vie maximale;
- Identifier dans les locaux des sections de replis pour y confiner le personnel et les patients si certaines parties du bâtiment ne permettent pas d'assurer l'étanchéité vis-à-vis de l'air extérieur;
- Signaler les bâtiments qui serviront de zone de confinement et s'assurer que tous les personnels les aient bien repérés et qu'ils connaissent les consignes en pareille situation;
- Définir une procédure pour faire rentrer rapidement les patients et les personnels dans la zone de confinement et prévoir des moyens de liaisons
- Identifier des sas de liaisons entre les différents locaux de confinement
- Identifier les actions permettant d'assurer la continuité d'activité de l'établissement et des soins aux patients.
- Identifier les arrivées eau, air et fluides médicaux au sein de la zone de confinée

Pour les établissements de santé de première ligne susceptible d'assurer conjointement la prise en charge de victimes mettre en œuvre les dispositifs du volet NRC du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles notamment en ce qui concernent la décontamination hospitalière.

En cas de confinement de l'établissement :

- Veiller à ce que la logistique de vie à l'intérieur de l'établissement soit assurée par les fournisseurs habituels (restauration, eau, électricité) pour le personnel et pour les patients;
- En cas de recyclage de l'air intérieur pour assurer le renouvellement de l'air ambiant, veiller à prévenir la propagation des infections nosocomiales;

- Pour les établissements de santé de première ligne, le DMC en lien avec la cellule de crise hospitalière se coordonne avec le SAMU pour indiquer les zones d'accueil des patients et prise en charge des patients nécessitant un transfert vers un autre établissement.
- Identifier les stocks et matériels (dispositifs médicaux, médicaments) nécessaires au fonctionnement de l'établissement au sein de la zone confinée et nécessaire aux autres parties de l'établissements qui sont potentiellement contaminées.

RETOUR A LA NORMAL ET RÉALISATION D'UN RETEX

En phase de post-crise, l'établissement engage un retour à la normale en décontaminant les lieux et installation ayant pu subir une contamination lors de l'événement en lien avec les autorités compétentes.

L'établissement organise un retour d'expérience afin de pouvoir capitaliser sur les acquis de la gestion de l'événement.

FICHE TECHNIQUE SUR L'ÉVACUATION D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ EN PÉRIL

PRINCIPES

L'évacuation d'établissements sanitaires est envisagée en raison d'une **menace sur l'infrastructure** liée à :

- **Une catastrophe naturelle** (inondation, glissement de terrain, ...);
- **Une catastrophe industrielle** (installations classées, centrale nucléaire, ...);
- **Une catastrophe intrinsèque** (incendie, inondation interne);

Afin de garantir au mieux la continuité des soins des patients évacués, il est nécessaire d'effectuer un travail de préparation en amont, sur la base de l'analyse des risques :

- **Pesants sur l'établissement** : zone à risque de catastrophe naturelle (inondation, éruption volcanique, glissement de terrain), industrielle (proximité d'une installation industrielle classée), risque interne (incendie, ...);
- **Liés à la complexité des patients à transférer** vers d'autres établissements de santé (unité de soins critiques : réanimation, soins intensifs ...);
- **Estimer les moyens nécessaires (nombre d'équipes, matériels, vecteurs, délais nécessaires) pour assurer l'évacuation**, et les référencer dans le plan de crise.

L'évacuation partielle voire totale d'un établissement de santé nécessite la mobilisation intersectorielle sous l'autorité du préfet dans le cadre du dispositif ORSEC. Dans ce cadre, l'ARS est en charge du pilotage de l'organisation de la continuité de la prise en charge médicale des patients/résidents évacués du ou des établissements de santé concernés en lien avec ces derniers et le SAMU-Centre 15 territorialement compétent.

Afin d'anticiper au mieux ces évacuations, les établissements situés en zone à risques de catastrophes naturelles ou à proximité d'installations classées préparent en lien avec l'ARS et la SAMU-Centre 15 territorialement compétent, l'évacuation potentielle de tout ou partie de des patients hospitalisés. Cette planification doit reposer sur une évaluation des risques naturels encourus et débouche sur plusieurs scénarii de crise.

PLANIFICATION

Chaque établissement de santé élabore, en lien avec l'ARS et le SAMU-Centre 15, un plan d'évacuation de l'établissement. Ce plan doit tenir compte des spécificités géographiques, topographiques, architecturales (services prenant en charge des patients invalides en étage, ...) et des activités de soins de l'établissement (services et spécialités présentent dans l'établissement notamment les soins critiques, pédiatrie, plateaux techniques, ...). Ce plan a vocation à s'inscrire dans la disposition spécifique transversale « Évacuation établissements sanitaires » élaborée par l'ARS dans le cadre du dispositif ORSAN et destinée à assurer la continuité de la prise en charge médicale des patients en cas d'évacuation d'un ou plusieurs

établissements de santé et/ou établissements médico-sociaux préalablement identifiés comme étant à risque. Cette DST identifie notamment un ou plusieurs établissements de santé susceptibles d'accueillir les patients évacués. Dans ce cadre, le plan s'attache à définir les modalités de priorisation pour l'organisation d'une évacuation partielle voire complète en prenant en compte la typologie des patients.

ORGANISATION DE L'ÉVACUATION D'UN ÉTABLISSEMENT EN PÉRIL

Étapes et objectifs cibles (exercice ou réel):

A- Identification du risque, chaînage d'alerte, mise en place des cellules de crise :

- **En lieu sûr** et pérenne, potentiellement hors de l'établissement ;
- **Moyens de communications** pérennes intra et extra établissements, de suivi de la menace (Vigicrue...);
- **Seuils d'alertes** définis en cas de risque spécifique (seuil de mobilisation, seuil de décision d'évacuation) ;
- **Délai maximum**, avant le départ du dernier patient, estimer les moyens à acheminer en renfort (oxygène) ;
- **Estimer précocement les moyens et délais nécessaires**, renseignés dans le plan d'évacuation de l'ES.

B- Patients à transférer (tableau): Listing des patients à évacuer, selon priorité, catégorie d'âge, moyens de transfert nécessaires.

C- Équipes nécessaires: équipes SMUR mobilisables du secteur, équipes renfort par rappel dans les SAMU, équipes supplémentaires à partir du personnel de l'établissement, Renforts zonaux.

D- Matériels nécessaires: recensement des matériels lourds mobilisables pour assurer les transferts: dans l'établissement, dans les SAMU, les PSM départementaux et zonaux. Quantifier les besoins minimaux en oxygène et apport électrique externe pour les prochaines heures.

E- Vecteurs disponibles (routiers et aériens, issus des ES, transporteurs sanitaires, ou SIS).

F- Places d'accueil des ES du secteur (enquête flash des capacités immédiates ou renforcées), ou de proximité (accueil temporaire dans un ES de 2^e ligne du secteur, REA éphémère en SSPI)

G- Plan blanc et cellule de crise de l'ES :

- Parcours interne à l'établissement (services concernés, délais, ascenseurs, escaliers, renforts)
- Parcours externe à l'établissement (accès au site et axes routiers préservés, sécurisation forces de l'ordre)
- Mise en place d'un PC- Évacuation au point de sortie de l'établissement :
 - Support organisationnel : poste de commandement
 - Support technique : accès informatique, logiciel de régulation, Tableau de bord, Si-VIC
 - Support en dispositifs médicaux et Biomédical (PSM1-2)
- Moyens de suppléance électrique, groupes électrogènes, oxygène à acheminer

H- Répartition des patients (si test, réflexion sur les dossiers des patients présents dans les lits le jour test)

- Identifier les éléments de préparation des patients pour le transfert
- Résumé d'hospitalisation pour le service d'accueil
- Adapter la stratégie d'évacuation au fil de l'événement
- Coordination du service avec DMC et SAMU sur les départs des patients et l'envoi d'équipes de transfert

Si le délai est de quelques heures, les patients de l'établissement à évacuer peuvent être définis en **quatre priorités** selon leur gravité et leur dépendance aux soins :

P1 : Risque vital immédiat : Réanimation ; patient sous ventilation mécanique, avec seringue électrique d'amines, etc.) (*Repère conso: 0.6m³ O₂/h et 0.7kW/h*)

P2 : Risque vital potentiel : Unités de soins intensifs, patient sous surveillance monitorée, avec seringue électrique mais sans amine, etc.) (*Repère conso: 0.3m³ O₂/h et 0.2kW/h*)

P3 : Risque vital à 24h : Unités conventionnelles, Besoin d'un acte interventionnel sous 24h pour éviter sa dégradation (dialyse, fibroscopie, etc.) (*Repère conso: 0.2m³ O₂/h et 0kW/h*)

P4 : Patient sans défaillance immédiate ni besoin de geste interventionnel: Unités conventionnelles MCO, patient gardé dans le service sous surveillance IDE/AS en attendant son transfert dans un second temps (Ne pas lister ces patients P4)

Différencier 3 catégories d'âges en raison de l'impact potentiel sur les moyens de transferts et le type d'unité d'accueil (Adulte, Pédiatrique, Néonatal)

Préciser certains profils s'ils impactent les **conditions de transport** (bariatrique, isolement BMR...) ou le **choix de l'établissement receveur** (proximité d'un plateau technique de centre expert (maternité de niveau 3, coronarographie, embolisation, chirurgie cardio-thoracique, chirurgie pédiatrique, neurochirurgie, grand-brûlé)

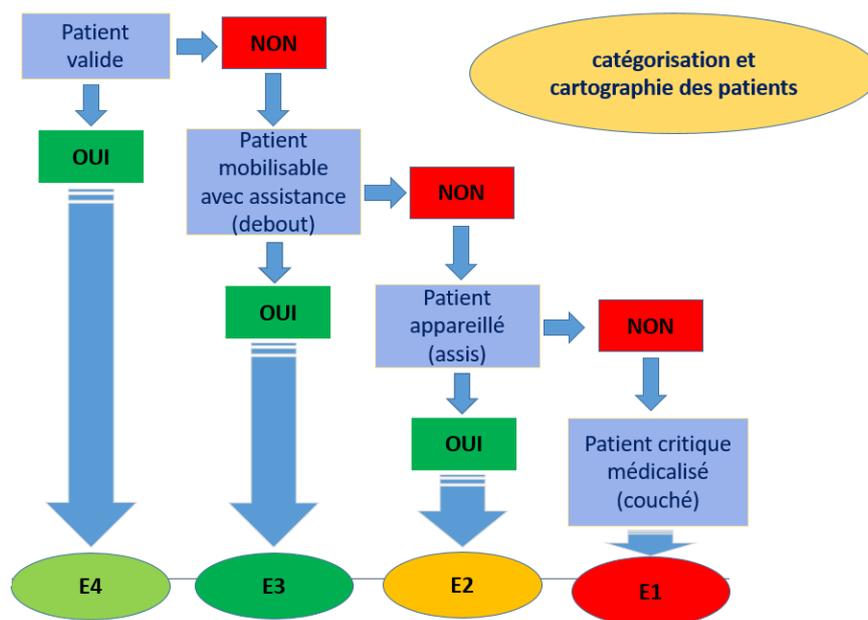
Cette liste doit être remontée dès que possible à la cellule de crise, par le référent cadre ou médical de chaque service de soin. (Sur un établissement de 500 lits, délai observé de 2h pour les remontées des tableaux de l'ensemble des services).

En cas d'évacuation immédiate, privilégier la catégorisation des patients conformément à la classification des patients de la médecine de catastrophe. Quatre catégories de patients sont définies et reposent sur des critères simples. La capacité de mobilisation des patients dans une présentation simple, ou dans une association de trois critères (mobilité, charge en soins, ressources à mobiliser) dans une forme plus fine permet de définir quatre niveaux de priorisation :

- Patient valide : vecteur d'évacuation collectif ;
- Patient mobilisable avec assistance debout : vecteur d'évacuation non-médicalisé ;
- Patient appareillé assis : vecteur d'évacuation non-médicalisé ;
- Patient médicalisé couché : vecteur d'évacuation médicalisé.

Cette classification permet de construire rapidement la demande de moyens en lien avec les autorités (ARS–Samu–sapeurs-pompiers-police).

La catégorisation des patients en cas d'évacuation immédiate



	Mobilité	Charge en soins	Ressources RH	Vecteurs d'évacuation
E4	Patient valide	Très faible	Très faible	 Collectifs
E3	Patient mobilisable	Faible	Faible	 Non médicalisés
E2	Patient appareillé	Importante	Importante	 Non médicalisés
E1	Patient médicalisé	Complexe	Lourde	 Médicalisés

ALERTE ET MONTÉE EN PUISSANCE

En cas de survenue d'un événement impactant l'intégrité de l'établissement et son bon fonctionnement, il convient d'activer la CCH.

La CCH est déclenchée :

- Si l'alerte ne vient pas de l'ARS, alerter l'ARS, l'évacuation de l'établissement n'intervient qu'en dernier recours, après évaluation des enjeux et des risques en lien avec le préfet et l'ARS ;
- Une fois l'évacuation décidée, déclencher le plan afin d'organiser au mieux les évacuations ;

- Réaliser le recensement de tous les patients présents dans l'établissement conformément à leur typologie et vérifier la complétude de leur dossier médical (papier ou SI) ;
- Le ou les établissements receveurs déclenchent les organisations nécessaires à l'arrivée des patients, au besoin un volet AMAVI ;
- Le personnel de l'ES évacué rejoint les points d'accueil des patients (autres ES, structures *ad hoc* gymnase, ...) ;
- Être en lien permanent avec l'ARS et le centre opérationnel départemental (COD) pour le suivi et la mise en œuvre de l'évacuation de l'établissement.

L'établissement a pour interlocuteur privilégié l'ARS durant toute la durée de l'évacuation. C'est l'ARS qui orchestre l'évacuation, en lien avec les établissements receveurs, les SAMU et éventuels transporteurs privés et avec le Préfet.

SORTIE DE CRISE ET RETEX

La crise prend fin avec l'évacuation des équipes médicales et de la CCH. Il est important d'organiser un retour d'expérience impliquant l'établissement évacué, les établissements receveurs, l'ARS et les équipes de transfert (SAMU, SMUR, privés...).

REPÈRES PLANIFIÉS POUR L'ÉVACUATION DE L'ÉTABLISSEMENT

A- Identification du risque

Risque(s) spécifique(s) à l'établissement:

Seuil d'alerte pour la mobilisation interne à l'établissement:

Seuil d'alerte pour la mobilisation externe à l'établissement:

Site de la cellule de crise intra établissement :

Site de la cellule de crise si hors établissement :

Communication filaire/ portable /radio /satellite :

B- Patients à transférer:

Nombre total de lits de réanimation dans l'établissement

Nombre total de lits de soins continus dans l'établissement

Nombre estimé de patients MCO avec acte interventionnel dans les 24h (5% du total MCO)

Nombre total de lits de MCO dans l'établissement

C- Equipements nécessaires:

Equipes SMUR mobilisables sur site :

Equipes SMUR renforts mobilisables <2h sur site par rappel dans les SAMU :

Equipes de transfert supplémentaires à partir du personnel de l'établissement :

D- Matériels nécessairesConsommation d'oxygène (m³ O₂) pour 24h

Scopes multiparamétriques de transport (Capnographie, Pression artérielle invasive)

Couveuses de transport néonatal

Postes sanitaires mobiles (PSM-1)

Postes sanitaires mobiles (PSM-2)

E- Vecteurs nécessaires

Véhicules de transports collectifs (mini-bus)

Véhicules de transports ambulance ou VSAV

Transports hélicoptés

F- Places d'accueil des ES du secteur

Places estimées accessibles sur la région après montée en puissance (DST-régionale)

Accueil temporaire dans un établissement de proximité : _____

G- Plan blanc et cellule de crise de l'ES :

REPÈRES PLANIFIÉS POUR L'ÉVACUATION DE L'ÉTABLISSEMENT				
A- Identification du risque				
Risque(s) spécifique(s) à l'établissement:				
Seuil d'alerte pour la mobilisation interne à l'établissement:				
Seuil d'alerte pour la mobilisation externe à l'établissement:				
Site de la cellule de crise intra établissement :				
Site de la cellule de crise si hors établissement :				
Communication filaire/ portable /radio /satellite :				
B- Patients à transférer:				
		Adulte	Enfant	Néonatal
Nombre total de lits de réanimation dans l'établissement	Priorité 1			
Nombre total de lits de soins continus dans l'établissement	Priorité 2			
Nombre estimé de patients MCO avec acte interventionnel dans les 24h (5% du total MCO)	Priorité 3			
Nombre total de lits de MCO dans l'établissement	Priorité 4			
C- Equipements nécessaires:				
	Nombre nécessaire sur site	Mobilisables du département (<1h)	Mobilisables de la région (2-3h)	Mobilisables de la Zone de défense (4h)
Equipes SMUR mobilisables sur site :				
Equipes SMUR renforts mobilisables <2h sur site par rappel dans les SAMU :				
Equipes de transfert supplémentaires à partir du personnel de l'établissement :				
D- Matériels nécessaires				
	Nombre nécessaire sur site	Mobilisables du département (<1h)	Mobilisables de la région (2-3h)	Mobilisables de la Zone de défense (4h)
Consommation d'oxygène (m ³ O ₂) pour 24h				
Scopes multiparamétriques de transport (Capnographie, Pression artérielle invasive)				
Couveuses de transport néonatal				
Postes sanitaires mobiles (PSM-1)				
Postes sanitaires mobiles (PSM-2)				
E- Vecteurs nécessaires				
	Nombre nécessaire sur site	Mobilisables du département (<1h)	Mobilisables de la région (2-3h)	Mobilisables de la Zone de défense (4h)
Véhicules de transports collectifs (mini-bus)				
Véhicules de transports ambulance ou VSAV				
Transports hélicoptés				
F- Places d'accueil des ES du secteur				
		Adulte	Enfant	Néonatal
Places estimées accessibles sur la région après montée en puissance (DST-régionale)	Priorité 1			
	Priorité 2			
	Priorité 3			
	Priorité 4			
Accueil temporaire dans un établissement de proximité : _____				
G- Plan blanc et cellule de crise de l'ES :				

-
- Parcours interne à l'établissement (services concernés, délais, ascenseurs, escaliers)
 - Parcours externe à l'établissement (accès au site préservés, sécurisation)
 - Mise en place d'un PC- Evacuation au point de sortie de l'établissement

H- Répartition des patients

- Identifier les éléments de préparation des patients pour le transfert
- Résumé d'hospitalisation pour le service d'accueil
- Adapter la stratégie au fil de l'événement, coordination DMC et SAMU

FICHE TECHNIQUE SUR LA GESTION D'UN DÉFUNT PRÉSENTANT UN RISQUE SANITAIRE

INDICATIONS ET ENJEUX

Certains défunts peuvent représenter un risque sanitaire en vertu d'une contamination par un agent biologique (fièvre hémorragique virale, ...).

Ce type de défunt nécessite un traitement funéraire approprié assurant une protection contre un transfert de contamination.

CADRE LÉGAL D'UN DÉFUNT PRÉSENTANT UN RISQUE SANITAIRE

La gestion d'un défunt présentant un risque sanitaire est décrite et encadrée par la loi.

L'article R. 2213-33 du CGCT définit les délais d'inhumation :

- Si le décès s'est produit en France, l'inhumation doit intervenir dans les 24 heures au moins et 6 jours au plus après le décès ;
- Si le décès a lieu à l'étranger, dans une collectivité d'outre-mer ou en Nouvelle Calédonie, l'inhumation se déroule alors 6 jours au plus après l'entrée du corps en France ;
- En cas de problème médico-légal (suicide, indices de mort violente, cause du décès inconnue ou suspecte...), le délai de 6 jours court à partir de la délivrance, par le procureur de la République, de l'autorisation d'inhumation.

L'article R. 2213-33 permet également au préfet du département du lieu de l'inhumation, d'accorder des dérogations aux délais précités en cas de circonstances particulières (notion large : enquête judiciaire, recherche d'identité, attente de la famille...).

Le préfet dispose donc de la prérogative d'accorder ou non une dérogation au délai légal d'inhumation si les proches d'un défunt en font la demande de manière écrite et motivée (cf. annexe 1).

En ce qui concerne la sécurité sanitaire, des leviers juridiques permettent de la sauvegarder :

L'article R. 2213-2-1 du CGCT renvoie à l'arrêté du 12 juillet 2017 fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires. Cet arrêté fixe notamment la liste des maladies transmissibles qui imposent une mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique ou dans un cercueil simple ou qui nécessitent des conditions de transport particulières du défunt.

L'article R. 2213-18 du CGCT prévoit, quant à lui, que peuvent être prescrites par le maire, après la constatation officielle du décès, la mise en bière immédiate et la fermeture du cercueil. Celle-ci interviendra compte tenu du risque sanitaire ou en cas de décomposition rapide du corps, après avis d'un médecin.

En cas de maladie suspecte dont la protection de la santé publique exige vérification, le préfet peut, sur l'avis conforme et motivé de deux médecins, mettre en œuvre toutes mesures de vérification, y compris une autopsie, en application de **l'article R. 2213-19 du CGCT**.

Enfin, l'article R. 2213-26 liste les 3 hypothèses dans lesquelles la mise en bière doit se faire dans un cercueil hermétique (dont les caractéristiques techniques sont décrites à l'article R. 2213-27 du CGCT) :

- Si la personne était atteinte au moment du décès d'une des infections transmissibles dont la liste est fixée au a) de l'article R. 2213-2-1 du CGCT ;
- En cas de dépôt du corps soit à résidence, soit dans un édifice cultuel ou dans un caveau provisoire, pour une durée excédant 6 jours ;
- Dans tous les cas où le préfet le prescrit.

Ainsi, si le défunt représente un risque en matière de santé publique, différents outils juridiques permettent une mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique. Le délai de six jours a seulement pour objectif d'organiser les funérailles.

L'AUTOPSIE MÉDICALE D'UN DÉFUNT PRÉSENTANT UN RISQUE SANITAIRE

Selon l'article L. 1211-2 du CSP, « les autopsies sont dites médicales lorsqu'elles sont pratiquées, en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès. Elles doivent être pratiquées conformément aux exigences de recherche du consentement ainsi qu'aux autres conditions prévues au chapitre II du titre III du présent livre. Toutefois, à titre exceptionnel, elles peuvent être réalisées malgré l'opposition de la personne décédée, en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort. Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les pathologies et les situations justifiant la réalisation des autopsies médicales dans ces conditions ».

L'article 5 de l'arrêté du **6 juillet 2007 fixant les mesures techniques de prévention, notamment de confinement, à mettre en œuvre dans les laboratoires de recherche, d'enseignement, d'analyses, d'anatomie et cytologie pathologiques, les salles d'autopsie et les établissements industriels et agricoles où les travailleurs sont susceptibles d'être exposés à des agents biologiques pathogènes** précise :

« Pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article 1^{er} et lorsqu'il existe une suspicion de présence d'un agent biologique du groupe 4 dans un échantillon, les mesures particulières suivantes sont mises en place :

- Les échantillons susceptibles de contenir des agents biologiques du groupe 4 sont envoyés, conformément à la réglementation relative au transport des matières infectieuses :
 - À un établissement disposant d'installations de niveau de confinement 4, conforme à l'annexe V, pour l'isolement et la culture de l'agent biologique ;
 - Ou à un établissement disposant d'installations de niveau de confinement 3 pour les analyses d'urgence autres que l'isolement ou la culture de l'agent biologique. Si l'échantillon est inactivé, un niveau de confinement 2 peut être suffisant.

Lorsqu'un agent biologique de groupe 4 est identifié, les échantillons sont traités dans une salle de niveau de confinement 4.

- L'établissement est informé du transfert de l'échantillon par l'expéditeur. L'établissement doit s'être préparé à la réception et au traitement de tels échantillons

et avoir désigné et formé les personnes amenées à manipuler les prélèvements en limitant au maximum le nombre de ces personnes. Un protocole écrit, établi par cet établissement, formalise les procédures précisées ci-avant.

- Les autopsies et examens d'anatomie et cytologie pathologiques sur des patients ou animaux atteints par un agent biologique du groupe 4 sont réservées aux activités de recherches médicales et vétérinaires et sont strictement limitées aux cas présentant un grand intérêt pour la santé publique. Ces autopsies sont effectuées dans une salle de niveau de confinement 4, conforme à l'annexe V ».

L'arrêté du 12 juillet 2017 fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R.2213-2-1 du code général des collectivités territoriales ne s'oppose pas à la pratique de ces autopsies nécessaires pour identifier les causes de la mort. L'article 5 prévoit explicitement que les dispositions de l'arrêté « ne font pas obstacle à la pratique de prélèvements à des fins scientifiques ou d'autopsies médicales, ni à la récupération des prothèses fonctionnant au moyen d'une pile avant mise en bière conformément aux dispositions de l'article R. 2213-15 du code général des collectivités territoriales dans les conditions permettant de respecter les précautions de nature à éviter toute contamination du personnel ou de l'environnement ».

Le transport vers un établissement de santé (si le décès est survenu en dehors d'un établissement de santé ou dans un établissement ne disposant pas de services d'anatomopathologie) pour la réalisation d'une autopsie médicale est effectué sur déclaration préalable auprès du maire de la commune du lieu de décès ou du dépôt en vertu du R. 2213-14 du CGCT. Ce transport est réalisé à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles après production d'un certificat de décès.

Lorsque l'autopsie médicale est réalisée en vue de diagnostiquer l'une des infections transmissibles ont la liste est fixée par l'arrêté prévu au c de l'article R. 2213-2-1 du CGCT, le délai mentionné à l'article R. 2213-11 (48 heures) relatif au transport de corps avant mise en bière est porté à 72 heures.

Une fois l'autopsie pratiquée, un second transport est possible. L'article R. 2213-14 prévoit que le corps admis dans un établissement de santé dans le cadre de cet article peut faire l'objet, à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et après accord du directeur de cet établissement, d'un nouveau transport de corps avant mise en bière, dans le respect du L. 1232-5 du CSP (qui impose la restauration du corps), vers une chambre funéraire, la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille ou, le cas échéant, vers la chambre mortuaire de l'établissement où il est décédé.

ANNEXE 4 : GESTION DES VICTIMES CONTAMINÉES PAR UN AGENT NRBC

**FICHE TECHNIQUE SUR L'ACCUEIL ET PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES
VICTIMES CONTAMINÉES**

FICHE TECHNIQUE SUR LA DÉCONTAMINATION D'URGENCE

FICHE TECHNIQUE SUR LA DÉCONTAMINATION APPROFONDIE

**FICHE TECHNIQUE SUR LE CHOIX DES ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION
INDIVIDUELS ET PROTOCOLES D'HABILLAGE ET DE DÉSHABILLAGE**



FICHE TECHNIQUE SUR L'ACCUEIL ET PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES VICTIMES CONTAMINÉES

OBJECTIFS

Outre les mesures visant à protéger l'établissement de santé contre l'arrivée spontanée de victimes contaminées, il convient dans le cadre des volets NRC et REB, d'organiser l'accueil et la prise en charge des victimes dans le cadre d'un circuit prédéfini.

À ce titre, tous les établissements de santé doivent identifier un point de regroupement des victimes hospitalier (PRVH), proche de leur point d'arrivée probable. Le PRVH ainsi que le circuit des victimes doit faire l'objet d'un balisage adapté afin de définir les zones potentiellement contaminées et propres (si possible un circuit générique dédié aux SSE). L'accueil est réalisé, dans la mesure du possible, par un binôme composé d'un médecin et d'un infirmier formés et protégés.

Le PRVH est utilisé pour mettre en œuvre les actions de décontamination d'urgence et de tri.

En cas de nécessité, les ESRR C apportent un appui à la prise en charge de victimes contaminées se présentant dans un établissement de santé ne disposant pas de capacités de décontamination approfondie en projetant le cas échéant, une unité mobile de décontamination hospitalière (UMDH) et une équipe de décontaminateurs.

IDENTIFICATION DU POINT DE REGROUPEMENT DES VICTIMES

L'identification du PRVH doit figurer dans les volets NRC et REB du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE.

Le PRVH est, dans la mesure du possible, constitué d'un espace prenant en compte la prise en charge d'adultes et d'enfants dont certaines personnes à mobilité réduite et disposant de plusieurs zones organisées dans un principe de marche en avant :

- Zone d'accueil et de tri ;
- Zone de déshabillage permettant la décontamination d'urgence ;
- Zone de rhabillage (en l'absence de décontamination approfondie complémentaire immédiate) et d'identification (SIVIC).

Le circuit des victimes après le PRVH doit aussi faire l'objet d'une identification des zones permettant d'assurer la prise en charge médicale des victimes le nécessitant.

Pour les établissements de santé disposant d'une capacité de décontamination approfondie, la décontamination d'urgence constitue la première étape de prise en charge.

ORGANISATION

2 scénarii sont à considérer dans la procédure spécifique « prise en charge de victimes contaminées » annexée aux volets NRC et REB prenant en compte :

- **Les victimes se présentant directement à l'accueil administratif ou des urgences si l'établissement en est doté, sans alerte préalable :**
 - Le personnel d'accueil et/ou de sécurité qui identifie une situation à risque, alerte le personnel soignant présent (médecin urgentiste si l'établissement de santé en dispose et le directeur de l'établissement) et prend les premières mesures de protection personnelle (EPI à port immédiat), en gardant une distance de sécurité par rapport aux victimes ;
 - Les victimes sont dirigées vers le PRVH par du personnel protégé pour débiter la décontamination d'urgence le plus rapidement possible en retirant les couches externes de vêtements et en utilisant des kits individuels d'auto décontamination d'urgence contenant une fiche expliquant la procédure ;
 - Pendant ce temps, l'alerte est transmise au SAMU territorialement compétent ainsi qu'à l'ARS et la procédure spécifique « prise en charge de victimes contaminées » est mise en œuvre.
- **Une alerte est donnée par le SAMU ou par la direction de l'établissement avant même que les premières victimes arrivent spontanément :**
 - La sécurisation et la protection de l'établissement est mise en œuvre (PSE) ;
 - Le circuit des victimes est balisé et le PRVH organisé sous la supervision d'un médecin assisté de personnels soignants protégés afin de diriger la décontamination d'urgence mais aussi d'assurer le tri et l'évaluation médicale des victimes pour apporter les soins appropriés.

POINTS D'ATTENTION

La procédure « prise en charge de victimes contaminées » doit bien identifier les points suivants :

- La mise à disposition immédiate des équipements de protection individuels (EPI complets ou à port immédiat) pour les personnels en charge des victimes ou de la sécurité et des kits de décontamination d'urgence ;
- La gestion des vêtements et des effets personnels des victimes en termes de traçabilité et de stockage (espace ventilé et sécurisé) ;
- L'existence d'un système de communication entre le PRVH et la cellule de crise de l'établissement ;
- La mise en œuvre du balisage du circuit des victimes et de la signalétique du PRVH (ex. pictogrammes).

Deux modèles de pictogrammes permettant d'expliquer les procédures d'accueil et l'information des victimes contaminées sont présentées ci-dessous :

Exemple de pictogramme élaboré par le CHU de Bordeaux :

ACCUEIL DE VICTIMES CONTAMINEES

- 

Accès interdit dans le service
Protéger l'établissement d'une contamination
- 

Alerter immédiatement le : _____
et le **15** medecin coordinateur
- 

Garder une distance de sécurité avec les victimes
- 

Diriger à la voix les victimes vers le **PRV**
(Point de Rassemblement des Victimes)
- 

Se protéger avec une cagoule et des gants
- 

Informer les victimes
- 

Distribuer les **kits**
"décontamination d'urgence"

Collection Pictos INP/IFSE DE : DAMU 33 - actualisation mai/août 2010 - UR3 EP1 1.1 2018

FICHE TECHNIQUE SUR LA DÉCONTAMINATION D'URGENCE

OBJECTIFS

La décontamination d'urgence est réalisable quel que soit l'établissement de santé à l'aide de mesures simples. Elle peut être effectuée de façon autonome par les victimes valides qui sont guidées, à distance, par un nombre limité d'intervenants protégés³⁹.

La décontamination d'urgence doit être systématique pour les victimes potentiellement exposées à un agent NR, C et B non préalablement décontaminées en préhospitalier. Réalisée le plus tôt possible, elle élimine la majeure partie de l'agent contaminant et permet de limiter les effets de ce dernier sur la victime en diminuant le temps d'exposition à l'agent en cause et contribue ainsi à réduire l'intoxication interne (inhalée, ingérée, transcutanée) :

- Pour un agent chimique, elle limite la possibilité d'auto-intoxication des victimes liée au risque de la désorption à partir des vêtements pour le risque C (phénomène appelé « dégazage » lors du passage d'une ambiance froide à une ambiance chaude) ;
- Pour un radioélément, elle diminue l'irradiation directe et le risque de brûlure de la peau, l'inhalation et ou l'ingestion particulaire responsable d'une contamination interne ;
- Pour un agent infectieux elle diminue la probabilité de contamination interne par inhalation et ou ingestion (ex. spores de charbon).

Elle diminue aussi le risque de transfert de contamination à l'entourage et à la structure.

Le déshabillage est complété par la décontamination par adsorption pour les agents C, qui est réalisée dans un lieu non confiné au moyen d'un produit adsorbant (ex. terre à foulon ou autre produit adsorbant) ou de dispositifs innovants composés de matériaux hyper-absorbants associés à des catalyseurs dégradant le toxique. Ces produits et dispositifs doivent être prioritairement utilisés au niveau des parties exposées (cheveux, mains, visage, cou...) ou au niveau des traces de contamination visibles sans augmenter la surface de contamination.

INDICATIONS

La décontamination d'urgence doit être réalisée au niveau du PRVH situé à proximité du point d'arrivée probable des victimes dans l'établissement. Cette zone affectée à cette mission et identifiée comme tel.

Dans les établissements de santé de première ligne, disposant de capacités de décontamination approfondie, la décontamination d'urgence constitue la première étape de prise en charge des victimes dans l'attente de l'activation de l'unité de décontamination approfondie des victimes.

La décontamination d'urgence est systématique pour les victimes en provenance d'un site siège d'un événement de nature NRBC-E et présentant :

- Des signes d'intoxication ;
- Des traces de contamination ;

³⁹ Note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière, Direction générale de la santé 2023.

- Un contact avéré avec d'autres victimes sur le site de l'événement.

NB : certains agents comme l'Ypérite n'entraînent pas immédiatement de lésions ni de signes rapides d'intoxication. Toutefois, la seule présence des victimes sur le site d'un événement de nature NRBC-E constitue *a priori* une indication de décontamination d'urgence.

POINTS D'ATTENTION

Afin d'organiser le parcours des patients et être en capacité de réaliser cette décontamination d'urgence, il convient de bien identifier et d'anticiper les points suivants :

- L'utilisation immédiate des EPI complets ou à port immédiat pour les personnels en charge de l'orientation initiale des victimes vers le PRVH (ex. cagoule d'évacuation) ;
- La mise à disposition rapide des kits de décontamination d'urgence (ex. stockage à proximité du PRVH) ;
- L'utilisation de notices d'information à l'usage des victimes avec des pictogrammes ainsi que l'utilisation d'un amplificateur de voix en cas de port d'une cagoule d'évacuation ou d'un appareil respiratoire filtrant sont recommandés ;
- La gestion des vêtements et des effets personnels des victimes en termes de traçabilité et de stockage (espace ventilé et sécurisé) ;
- L'existence d'un système de communication entre le PRVH, la cellule de crise de l'établissement et les structures de soins d'aval :
 - **Dans les établissements disposant d'un service d'accueil des urgences et/ou d'un SAMU**, les personnels au contact avec les victimes doivent pouvoir informer la cellule de crise de l'établissement et les structures de soins d'aval du nombre de victimes valides et invalides, de la nature des symptômes, de la nécessité d'une prise en charge médicale initiale, voire de l'utilisation d'antidotes au PRVH ;
 - **Dans les établissements ne disposant pas d'une compétence en médecine d'urgence voire d'une présence médicale continue**, la liaison avec le SAMU territorialement compétant permet de guider la conduite à tenir notamment pour assurer la prise en charge médicale initiale des victimes dans l'attente des renforts.

Exemple de pictogramme élaboré par le CHU de Bordeaux :

KIT VICTIME CONTAMINEE - PROCEDURE



Faire mettre des **gants**



Mettre un masque **FFP2 + charlotte**



Mettre les **objets précieux** dans le **sac transparent identifié et fermé**



Ôter les premières couches de **vêtements et chaussures**
Mettre les **vêtements** dans un **sac transparent identifié et fermé**



Faire mettre une **surtenue** et **chaussures à U.U.**
Changer de gants

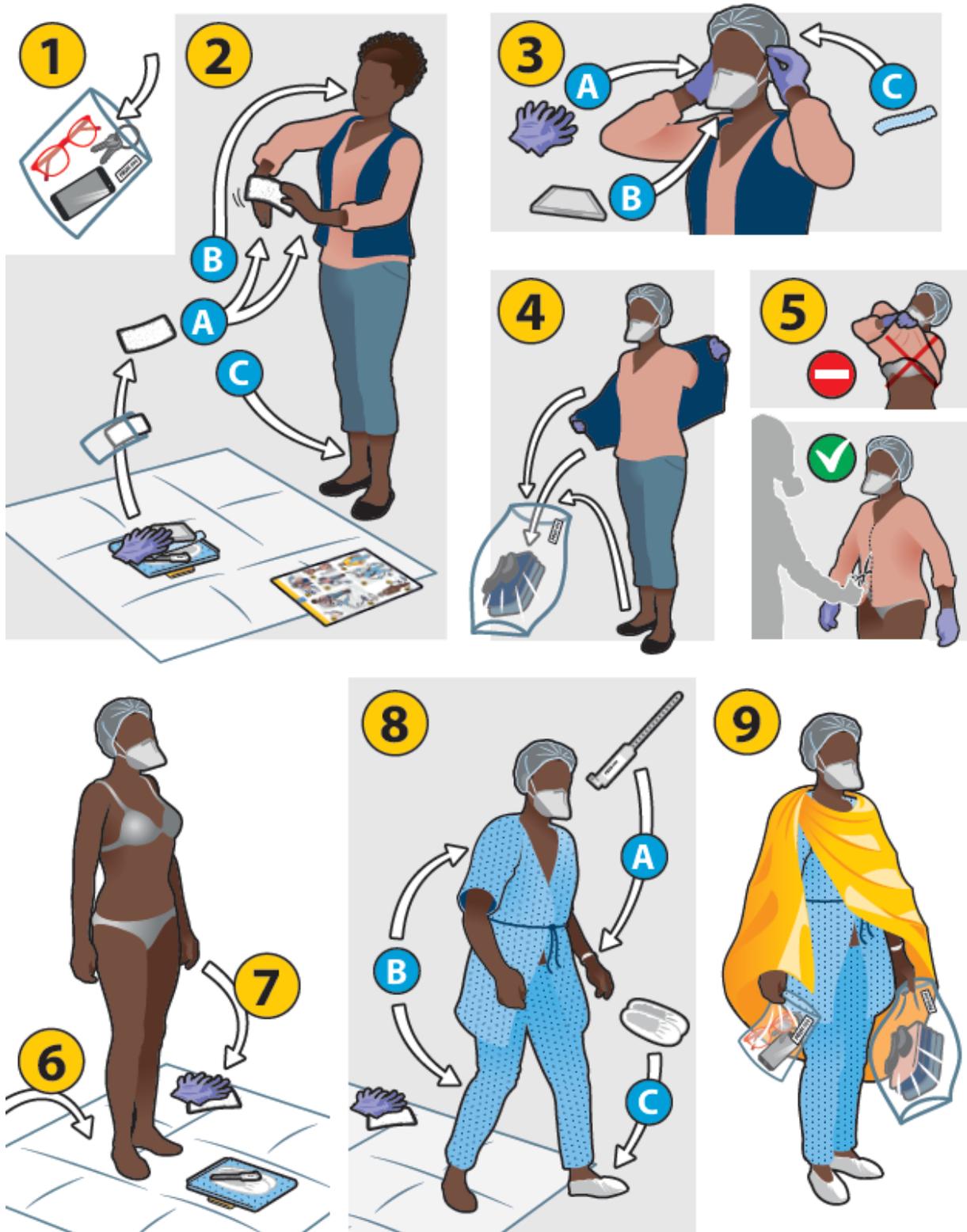


Mettre une **couverture de survie**

Chaque pictogramme est élaboré par le CHU de Bordeaux

Exemple de pictogramme élaboré par le CHU de Rennes :





FICHE TECHNIQUE SUR LA DÉCONTAMINATION APPROFONDIE

OBJECTIFS

La décontamination approfondie a pour but d'éliminer toute trace de contamination résiduelle et ainsi éviter tout risque de transfert de contamination vers le personnel, le matériel et les locaux des établissements de santé.

La décontamination approfondie associe une évaluation clinique des victimes en continu, un déshabillage complet, une douche avec shampoing, un séchage et un rhabillage ainsi que des soins appropriés.

INDICATIONS

La décontamination approfondie s'effectue dans la continuité de la décontamination d'urgence. Elle est indispensable pour la contamination avec un agent NR (hors UA), pour tous les agents chimiques persistants (ex. neurotoxiques et agents vésicants). Son indication n'est pas systématique pour les autres agents. Néanmoins dès l'alerte l'établissement de santé doit activer et utiliser systématiquement sa chaîne de décontamination approfondie s'il en dispose, en raison :

- De l'incertitude liée à l'utilisation concomitante de plusieurs agents ;
- Des difficultés d'interprétation des résultats des moyens de détection ;
- Du temps nécessaire à l'identification de l'agent en cause ;
- De la rapidité d'arrivée des premières victimes.

Le SAMU territorialement compétent a vocation à indiquer aux établissements de santé impactés la nature de l'agent en cause dès que cette dernière est connue.

PRINCIPES

La décontamination approfondie s'inscrit dans la continuité de la décontamination d'urgence et consiste à déplacer l'agent en cause de la surface considérée, par un effet mécanique lié au ruissèlement de l'eau. Elle est réalisée dans une unité de décontamination hospitalière (UDH). Elle nécessite un déshabillage complet par le retrait des vêtements restant après la phase de décontamination d'urgence. Elle doit être réalisée *a minima* par une douche avec tensioactif type savon liquide (0,5 %) comportant un savonnage complet et un shampoing d'une durée d'une minute, suivi d'une minute de rinçage. Le processus de décontamination approfondie doit respecter le principe de la marche en avant.

La durée de décontamination approfondie est estimée entre 8 et 12 minutes pour un adulte valide. Toutefois, cette durée est à moduler en fonction des difficultés liées à l'autonomie de la victime, son état de stress et de sa chevelure (double shampoing en cas de cheveux longs).

Une attention particulière doit être portée aux patients invalides (lignes dédiées), mais également aux patients à mobilité réduite. Les enfants en bas âge (en dessous de 7 ans) seront, si cela est possible, prioritairement douchés par leurs parents et guidés le cas échéant, par un professionnel. Il est possible, dans le cas d'une faible arrivée spontanée de victimes invalides,

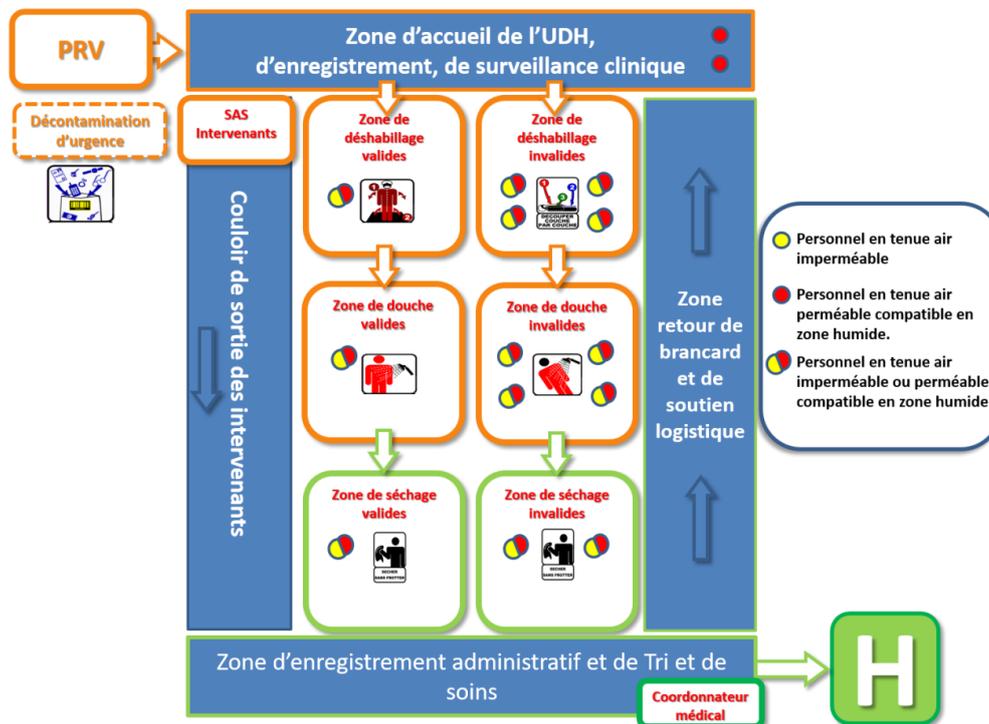
d'inclure ces patients dans la ligne de décontamination classique sur brancards mobiles ; ceci permet d'augmenter le débit de décontamination si les conditions sont réunies. Enfin, il convient de respecter un niveau minimal d'intimité en séparant les femmes avec enfants en bas âges et les hommes.

Ce processus comporte des contraintes particulières liées à la mise en œuvre technique de l'UDH et au port des EPI à port immédiat ou complet. La décontamination approfondie est aussi un facteur de stress pour les victimes. Il est donc nécessaire de les informer en amont et de les rassurer tout au long de la chaîne de décontamination.

L'UNITÉ DE DÉCONTAMINATION HOSPITALIÈRE

L'UDH a pour fonction d'assurer la décontamination approfondie des victimes valides qui sont en général majoritaires dans ces circonstances mais également de quelques victimes invalides. Elle est dimensionnée pour répondre aux objectifs assignés par l'ARS en termes de nombre de victimes à décontaminer par heure selon les critères mentionnés.

L'UDH est positionnée dans la continuité du PRVH où la décontamination d'urgence est préalablement réalisée et doit permettre d'organiser la prise en charge des victimes dans un principe de marche en avant depuis la zone la plus contaminée vers la zone la moins contaminée. Selon les capacités de l'établissement de santé, il est possible de placer l'UDH sur un espace générique dédié aux SSE pouvant être mis en eau.



Exemple d'aménagement d'une décontamination approfondie hospitalière (l'amont correspond à l'entrée des victimes contaminées, l'aval à la sortie des victimes décontaminées).

POINTS D'ATTENTION

Afin d'être en capacité de réaliser la décontamination approfondie, il convient de bien identifier et d'anticiper les points suivants :

- La disponibilité des équipements de protection individuels (EPI) pour les personnels en charge de la décontamination approfondie des victimes ;
- La mobilisation des produits de santé nécessaires à la prise en charge médicale des victimes (oxygène, dotation d'antidotes, ...) ;
- La gestion des déchets et des effluents de décontamination ;
- Les modalités de prise en charge et de suivi des personnels de l'établissement mobilisés pour la réalisation de la décontamination approfondie (ex. prise en charge d'un personnel porteur d'un EPI complet et victime d'un malaise).

DIMENSIONNEMENT DES CAPACITÉS DE DÉCONTAMINATION APPROFONDIE

Le dimensionnement des capacités de décontamination approfondie est établi à partir des objectifs fixés par l'ARS. Ces objectifs sont définis en prenant notamment en compte le nombre de passages annuels dans la structure d'accueil des urgences et la présence d'un risque particulier à proximité de l'établissement de santé.

L'objectif est d'être en mesure d'assurer d'un nombre de ligne de décontamination approfondie adaptable au flux potentiel de personnes valides ou invalides et à la configuration des locaux en privilégiant les structures fixes (unité fixe de décontamination hospitalière) dans un principe de « marche en avant ».

EFFECTIFS NÉCESSAIRES POUR ASSURER LA MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCONTAMINATION

Les effectifs de personnels nécessaires pour assurer la mise en œuvre de la décontamination sont déterminés en tenant compte notamment des rotations des personnels pour les personnels en EPI (à port immédiat ou complet) sur une durée d'autonomie d'au moins 2 heures.

Postes de travail à pourvoir

À titre indicatif, il convient de pourvoir les postes de travail suivants :

- **Pour une capacité de décontamination de 2 chaînes valides :**
 - 1 superviseur de chaîne NRBC ;
 - 1 pour l'accueil ;
 - 1 pour le déshabillage ;
 - 1 pour le douchage, posté en dehors de la douche ;
 - 1 pour le séchage et le rhabillage.

Soit une équipe permanente de 5 professionnels équipés d'EPI à renouveler en tant que de besoin en fonction des contraintes et des caractéristiques des EPI (à port immédiat ou complet).

- **Pour une capacité de décontamination d'1 ligne valide et d'1 ligne invalide.**

- 1 superviseur de chaîne NRBC ;
- 1 logisticien ;
- 2 pour l'accueil ;
- 3 à 4 (invalides) + 1 (valide) pour le déshabillage ou découpage;
- 3 à 4 (invalides) + 1 (valide) pour le douchage ;
- 2 (invalides) + 1 (valide) pour le séchage et le rhabillage ;
- 2 professionnels réalisant les brancardages des invalides

Soit une équipe de 13 à 16 professionnels.

L'expérience tend à montrer que pour disposer d'une équipe de 12/14 « décontamineurs » le jour venu un établissement doit former environ 30 à 40 professionnels.

NOTION D'AUTONOMIE DE DÉCONTAMINATION

L'établissement de santé de première ligne doit se préparer à assurer la décontamination approfondie des victimes en autonomie pendant au moins 2 heures. Ce temps correspond au délai qui sera nécessaire pour identifier de façon précise l'agent en cause et selon son caractère persistant ou non, justifiant de poursuivre ou non la décontamination approfondie. Elle doit aussi permettre aux autorités territorialement compétentes d'assurer le renfort des établissements de santé impactés.

FICHE TECHNIQUE SUR LA PROTECTION DES INTERVENANTS

CHOIX DES ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELS ET PROTOCOLES D'HABILLAGE ET DE DÉSHABILLAGE

CHOIX DE L'ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE

Le choix de ce type d'équipement doit reposer sur une évaluation prenant en compte des paramètres significatifs tels que : la nature du risque (NR, C, voire B), la zone de prise en charge qui conditionne le risque de transfert de contamination, les conditions climatiques l'intensité de l'effort au poste de travail, etc.

En phase initiale

En l'absence d'évaluation précise du risque, le personnel confronté de façon inopinée à l'arrivée de patients se présentant spontanément au point d'entrée de l'établissement, doit pouvoir revêtir rapidement un premier équipement de protection qui comporte au minimum, une protection de la tête (protégeant de l'inhalation, de l'ingestion et de la pénétration des muqueuses oculaires) de type cagoule à port immédiat, de taille unique, si possible ventilée, connecté à une cartouche large spectre.

Après avoir diffusé l'alerte, l'agent se tient à distance des victimes en évitant tout contact. Il oriente les victimes vers le point de regroupement des victimes prédéfini dans le plan NRC de l'établissement dans l'attente d'autres personnels protégés par des EPI complets.

Événement de nature chimique

Dans le cadre d'un événement dont la nature chimique n'a pas pu être écartée, la protection cutanée de ces professionnels est de 2 types :

- **Tenues air imperméables** (communément appelées étanches) utilisées dans les zones humides en particulier dans la zone de douche des victimes invalides ou pour les victimes NR ou enfin pour des personnels d'accueil ne devant pas faire d'efforts. Elles entraînent des contraintes physiologiques importantes, surtout en ambiance chaude, nécessitant des relèves de personnels fréquentes (port 45 min)
- **Tenues air perméables** (communément appelées filtrantes) permettant un port d'une durée double de celles des tenues air imperméables en raison de contraintes physiologiques moindres, diminuant ainsi le nombre des relèves nécessaires. Certaines tenues air perméables gardent leurs propriétés protectrices en zone humide (Port 90 min) ;

Un soin particulier est apporté aux techniques d'habillage qui se font en binôme afin de vérifier l'étanchéité des EPI (au niveau du visage, des poignets et chevilles), ainsi qu'aux techniques de déshabillage.

La protection respiratoire en zone potentiellement contaminée (du PRVH à la sortie de la chaîne de décontamination) est assurée par un appareil de protection respiratoire (APR) comprenant un masque facial ou une cagoule de tête NRBC, de type FRH16. Ces dispositifs sont connectés à une ou plusieurs cartouches dites large spectre et pour certains à des soufflantes qui réduisent la résistance à l'inhalation. Ces EPI sont complétés par des gants butyle et des surchaussures ou chaussettes intégrées aux tenues.

Tableau des EPI recommandées par type d'établissement de santé

Établissements de santé	Types d'EPI recommandés
Tout établissement de santé dans le cadre des capacités de protection et de décontamination d'urgence	Cagoule à port immédiat, de taille unique, si possible ventilée, de port immédiat connecté à une cartouche large spectre
Établissements de santé de première ligne dans le cadre d'une capacité de décontamination approfondie	Tenue air imperméable et air perméable gardant leurs propriétés protectrices en zone humide Appareil de protection respiratoire (APR) : masque ou cagoule NRBC de type FRH16 cartouches large spectre. Gants butyle et surbottes

Événement de nature nucléaire et ou radiologique

Dès l'affirmation du caractère NR de la contamination et l'élimination du caractère chimique, les EPI sont alors adaptés.

Événement de nature biologique

Dans le cadre d'un risque biologique le choix de la tenue dépend du mode de transmission de l'agent (inhalation ou contact avec les liquides biologiques).

En cas d'intervention, il est recommandé de relever l'heure d'habillage, le type d'EPI, le poste occupé, l'heure de sortie et de déshabillage des professionnels des intervenants.

ANNEXE 5 : GESTION DES DÉCÈS MASSIFS EN CAS D'ACTES DE TERRORISME OU D'ACCIDENT COLLECTIF

**FICHE SUR LA GESTION DE DÉCÈS MASSIFS EN CAS D'ACTES DE TERRORISME OU
D'ACCIDENT COLLECTIF**

FICHE SUR LA GESTION DE DÉCÈS MASSIFS EN CAS D'ACTES DE TERRORISME OU D'ACCIDENT COLLECTIF

INTRODUCTION

Par le bilan des victimes, son impact psychologique et son retentissement médiatique, un attentat terroriste ou un accident collectif peut entraîner une crise majeure. Une telle crise appelle une réponse globale de l'État dans les conditions fixées par la circulaire du Premier ministre n° 6095/SG du 1^{er} juillet 2019 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures. L'instruction interministérielle du Premier ministre du 15 décembre 2023 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme et l'instruction interministérielle DGS/VSS/ministère de la justice du 15 novembre 2017 relative à l'articulation de l'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique et des associations d'aide aux victimes encadrent et précisent d'une part la prise en charge et la gestion des décès massifs et, d'autre part la prise en charge des familles et des proches.

Le préfet de département, directeur des opérations, est chargé d'assurer la cohérence de l'action publique par la coordination de l'ensemble des acteurs publics, privés, associatifs et collectivités territoriales. **Le préfet de département assure la liaison avec l'autorité judiciaire.**

A la suite de faits à caractère terroriste, le préfet de département doit à la fois assurer la mobilisation immédiate des services de secours d'urgence, garantir la sécurisation du(es) site(s) en prenant en compte le risque de sur-attentat et la nécessité de préserver, autant que possible, les éléments nécessaires pour la conduite de l'enquête judiciaire.

L'autorité judiciaire compétente est :

- En cas d'attentat terroriste : le procureur de la République territorialement compétent puis le procureur de la République de Paris après sa saisine ;
- En cas d'accident collectif : le procureur de la République territorialement compétent ou le procureur de la République du pôle accidents collectifs territorialement compétent.

Dans ce cadre, les conditions de prise en charge des personnes décédées et d'organisation des opérations de médecine légale sont arrêtées par le procureur de la République en charge de l'enquête en lien avec les services d'enquêtes saisis, les médecins légistes et les structures médico-légales requises.

Sous la direction du procureur de la République, le recensement, le transport des corps et l'identification des victimes relèvent de la compétence des services enquêteurs et, le cas échéant, de l'unité d'identification des victimes de catastrophes (UIVC). Les examens de corps, levées de corps, autopsies et autres opérations médico-légales, à savoir les examens d'imagerie médicale (radiologie, scanner, prélèvements biologiques...) seront pratiqués à la demande du procureur de la République par les structures de médecine légale requises afin d'établir les causes et les circonstances exactes des décès et l'identité des personnes décédées.

Dans le prolongement de la réforme de la médecine légale mise en place en 2011⁴⁰, les corps peuvent ainsi être acheminés sur réquisition du Procureur de la République vers le ou les Instituts médico-légaux (IML) hospitaliers (31 dont 3 dans les DOM) ainsi que vers l'IML de Paris et l'Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie nationale (IRCGN) désignés à cette fin.

Le procureur de la République peut également s'il le juge nécessaire, désigner sur réquisition judiciaire⁴¹, d'autres médecins légistes ou d'autres spécialités médicales dans ou en dehors du ressort de la cour d'appel concernée.

CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE DES RÉQUISITIONS JUDICIAIRES

La totalité des actes médico-légaux, y compris les prélèvements, sont réalisés uniquement sur réquisition judiciaire. Les réquisitions judiciaires sont adressées au représentant légal de l'établissement public de santé siège de l'IML où seront pratiqués les actes médico-légaux, ou à la personne bénéficiant d'une délégation de ses pouvoirs (qui peut être le médecin responsable de la structure de médecine légale).

Le représentant légal ou son délégué désigne les médecins légistes qui devront exécuter personnellement les missions judiciaires prévues dans la réquisition et signer le rapport remis à l'autorité judiciaire, en vertu de l'article 166 du code de procédure pénale.

Les médecins légistes ont pour missions principales de :

- Réaliser des examens de corps ;
- Réaliser des levées de corps ;
- Réaliser des autopsies judiciaires ;
- En lien avec les officiers de police judiciaire présents (OPJ), s'assurer de la confection immédiate des scellés judiciaires dès la réalisation des prélèvements ;
- Rédiger des rapports des autopsies et autres actes médico-légaux (examen de corps, levées de corps...) réalisés ;
- Assurer une traçabilité rigoureuse des actes réalisés tout au long de la prise en charge d'un corps, en lien avec les services hospitaliers concernés comme la structure des urgences, le service de laboratoire, de radiologie, etc.;
- Assurer la traçabilité du corps de la victime et de ses effets personnels.

Durant l'exercice de leurs missions judiciaires, il est nécessaire que **les médecins légistes relèvent tous de l'autorité du représentant légal de l'établissement public de santé siège de l'IML où seront pratiqués les actes médico-légaux ; pour les praticiens hospitaliers qui n'y sont pas nommés, il est nécessaire d'établir une convention d'exercice partagé matérialisant cette autorité** (annexe 3).

Le médecin n'est pas autorisé à transmettre ou donner des informations sur les conclusions de l'autopsie à la famille ou aux proches de la victime sans l'autorisation du magistrat.

En revanche, le cas échéant, le personnel de l'IML oriente les familles qui viendraient à se présenter spontanément à l'IML vers la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), les associations locales d'aide aux victimes, les officiers de police judiciaire et les éventuels autres représentants étatiques.

⁴⁰ Circulaires interministérielles du 27 décembre 2010 et du 25 avril 2012 ; Circulaire de la Chancellerie aux juridictions du 28 décembre 2010

⁴¹ Article 230-28 du code de procédure pénale qui renvoie aux articles 60, 74, 77-1, 156 et suivants du code de procédure pénale.

OBJECTIF

La présente fiche a pour objectif de guider la préparation qu'un établissement siège d'un IML doit conduire en amont de la survenance d'une crise majeure pour pouvoir faire face à la gestion d'un nombre massif de personnes décédées.

MÉTHODOLOGIE :

■ *Recensement par l'établissement de santé siège d'un IML de ses moyens mobilisables en cas de crise*

L'objectif de ce recensement est de permettre à chaque établissement de santé siège d'un IML d'évaluer avant la crise ses capacités maximales de prise en charge des victimes décédées sans renfort extérieur et de déterminer le seuil au-delà duquel ce renfort s'avère nécessaire. Ce seuil correspond au nombre maximal de personnes décédées que l'établissement est capable de prendre en charge par jour, à mettre en regard avec le nombre de personnes décédées impliquées dans la situation en cause.

Enfin, ce travail de préparation doit prendre en compte la prise en charge médico-psychologique des proches des personnes décédées assurée par la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) et notamment le déploiement d'un poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) dans les locaux de l'IML ou à proximité immédiate.

Ce recensement permet également à l'établissement de santé d'évaluer la capacité de l'IML à venir lui-même en renfort d'un autre IML requis, par la mise à disposition de médecins légistes, voire de matériels.

Pour conduire ce recensement, l'établissement pourra s'appuyer sur le questionnaire qui avait été transmis par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) du ministère de la justice en 2016 à la suite des attentats du 13 novembre 2015, ainsi que sur la fiche de synthèse type, qui figure en Focus 1.

Le recensement des moyens matériels et humains de l'IML concernera ainsi les aspects suivants :

• **Infrastructures**

Capacité d'accès à l'IML : prise en compte des abords et configuration de l'IML (parking, indépendant du/des autres parkings de l'ES, volume de places, possibilité de confidentialité à l'arrivée des corps et protection du droit à l'image et de l'intimité des proches des victimes...), sécurisation du périmètre de l'IML, salles/ bureaux pouvant être mis à disposition pour différentes fonctions - l'accueil des familles et des proches, la prise en charge médico-psychologique, mise à disposition des services d'enquête, repos pour le personnel - identification de capacités d'hébergement des médecins légistes qui viendraient en renfort depuis un autre établissement.

• **Moyens matériels**

Identification du nombre de salles d'autopsies; nombre de tables d'autopsies, nombre de casiers ou tables réfrigérés; nombre de boîtes d'instruments, consommables; accès au scanner dans l'IML ou l'établissement; casiers sécurisés (pour entreposer bijoux ou autres); postes informatiques.

- **Personnels de l'IML**

Nombre de médecins légistes, d'agents d'amphithéâtre et/ou aides-soignants, secrétaires et quotité de travail pour chacun d'eux. Pour calculer le nombre de personnels disponibles par jour, les temps de travail réglementaires doivent être pris en compte.

Il est important de rappeler que, quelle que soit l'organisation envisagée, le procureur de la République ou son représentant est le seul à décider quels actes médico-légaux doivent être réalisés et dans quel IML ils seront réalisés. Tous les actes doivent être réalisés sur réquisition judiciaire.

- **Évaluation des capacités d'utilisation du plateau technique de l'établissement de santé siège de l'IML requis (service d'imagerie, laboratoire, stérilisation, service de nettoyage...):**

L'établissement de santé siège d'un IML sera probablement également mobilisé pour la prise en charge des victimes vivantes. La prise en charge des victimes vivantes et des autopsies médico-légales dans un établissement de santé mobilise souvent les mêmes équipements et services ainsi que les personnels qui y travaillent. C'est souvent le cas par exemple des services d'imagerie médicale (scanner), du laboratoire, de la stérilisation, des équipes de nettoyage etc...

L'établissement de santé devra donc évaluer la capacité de ces différents services à prendre en charge concomitamment les victimes vivantes et décédées du fait de la situation de crise, mais aussi les patients dans le cadre de l'activité habituelle de l'établissement, même si celle-ci peut être allégée. Il y a donc une nécessité d'engager une réflexion au sein de l'établissement avec l'IML et les services concernés, notamment le service des urgences.

Une vigilance toute particulière sera portée à la traçabilité des corps et des prélèvements éventuellement effectués, particulièrement pour les personnes décédées non identifiées, qu'elles soient décédées sur les lieux de l'attentat ou de l'accident, ou dans un second temps dans l'établissement.

Il est enfin impératif de pouvoir recouper les informations données par SINUS, SIVIC, le N° de procédure judiciaire ou d'autres systèmes d'information internes à l'établissement de santé entre les services pour éviter toute difficulté dans l'identification et le suivi des victimes décédées.

- **Pré-identification d'établissements pouvant venir en renfort de l'IML le cas échéant**

Lors du travail de recensement préalable, chaque établissement siège de l'IML pourra :

- Identifier les éventuelles autres structures de médecine légale (de sa région ou d'une autre région) susceptibles de lui apporter un appui ;
- Préciser le nombre de médecins légistes susceptibles de venir en renfort d'un autre IML ainsi que la durée possible de leur mise à disposition tout en assurant une continuité minimale de l'activité réalisée, en accord avec la juridiction. Les professionnels volontaires pour se porter en renfort d'un autre IML pourront se signaler au chef de leur établissement.

Le partage d'informations sur les ressources disponibles et sur les besoins régionaux voire inter-régionaux nécessaires, doit permettre de déboucher sur la mise en place d'une organisation

structurée mobilisable en tant de crise, à la construction de laquelle les ARS et le ou les parquets généraux des cours d'appel siège de ces structures doivent être associés. Cette organisation pourra être décrite sous forme d'un document de partenariat, qui identifie notamment les renforts en personnel médical qui pourraient être apportés d'un établissement siège d'IML à un autre.

L'établissement siège de l'IML transmet au procureur de la République et au parquet général de la cour d'appel du siège de l'IML, les extraits de son plan blanc relatif à la gestion de décès massifs.

L'exercice, auprès de l'IML requis, de médecins légistes venus d'autres IML pour lui venir en renfort, fait l'objet d'une convention formalisant ce partage d'activités, nominative, par médecin légiste entre l'établissement de santé siège de l'IML requis et l'établissement de santé qui emploie habituellement le(s) médecin(s) légiste(s) partageant leur activité. Par le biais de cette convention, le ou les médecins légistes sont dès lors administrativement sous la seule autorité du chef d'établissement siège de l'IML où sont réalisés les actes. Un renfort peut également être apporté par une structure non hospitalière comme l'IRCGN, selon des modalités tenant compte de leur statut.

■ **Test de l'organisation retenue**

Il est recommandé d'organiser, en lien avec le ou les parquets généraux et les parquets concernés, les forces de l'ordre, l'ARS compétente et l'établissement, un repérage des lieux et le test de l'organisation retenue par l'IML.

De même, il est recommandé que lors d'exercices de gestion d'attentats ou de catastrophes faisant de nombreuses victimes, l'IML soit intégré à leur organisation afin de tester toute la chaîne de l'organisation des secours et de la prise en charge des personnes blessées comme décédées.

FOCUS 1 : FICHE DE SYNTHÈSE PAR INSTITUT MÉDICO-LEGAL

Juridictions rattachées à cet IML (TGI et CA) :

Organisation prévue par la circulaire du 25 avril 2012 :

ARS concernée :

Préfecture de département concernée :

N° de téléphone spécifique pour joindre l'IML :

CONSERVATION

Nombre maximal de corps susceptibles d'être conservés (tous moyens confondus : casiers, brancards, salles réfrigérées existantes et supplémentaires) :

- au sein de l'IML:
- à proximité de l'IML (indiquer si capacité maximale connue⁴²) :

REALISATION DES EXAMENS MEDICO-LEGAUX**■ DURÉE DE RÉALISATION**

- D'une autopsie :
- D'un examen de corps :

■ MOYENS MATERIELS :

- -Nombre maximal de tables d'autopsie utilisables (nombre habituel et tables supplémentaires disponibles) :
- Nombre de boîtes d'instruments pouvant être simultanément mises à disposition :
- Nombre maximal de tables d'autopsie utilisables avec les instruments nécessaires :

■ MOYENS HUMAINS :

- Nombre moyen d'autopsies réalisables par 2 médecins légistes par tranche de 10h :
- Nombre moyen d'examen de corps réalisables par tranche de 10h :
- Nombre de médecins légistes de la structure mobilisables par tranche de 10h :
- Nombre de médecins légistes mobilisables d'une autre structure de médecine légale par tranche de 10h :
- Nombre d'agents d'amphithéâtre (et/ou aides-soignants) pouvant être mobilisés par tranche de 10h et le cas échéant 24h/24h dans le respect des temps réglementaires de travail et de repos :
- Nombre de secrétaires pouvant être mobilisés par tranche de 10h et le cas échéant 24h/24h dans le respect des temps réglementaires de travail et de repos :
- Nombre de manipulateurs radio pouvant être mobilisés par tranche de 10h et le cas échéant 24h/24h dans le respect des temps réglementaires de travail et de repos :
- Possibilité de réaliser des autopsies et examens de corps 24H/24 et par tranche de 10h (WE et fériés inclus) :

42 Par exemple via la réquisition de casiers réfrigérés dans les chambres mortuaires et/ou funéraires privées

Synthèse : Compte tenu des moyens disponibles et mobilisables identifiés ci-dessus, si tous sont utilisés, quel est le **nombre maximal d'autopsies pouvant être réalisées par période de 10H et le cas échéant sur 24H** :

■ **IMAGERIE MEDICALE ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES POUVANT ETRE REALISES A L'IML OU DANS L'ETABLISSEMENT DE SANTE SIEGE DE L'IML**

- Imagerie à l'IML ou dans l'établissement :
- Toxicologie :
- Anatomopathologie :

REDACTION DES RAPPORTS D'AUTOPSIE

- Délai moyen d'obtention des premières conclusions d'autopsie :
- Délai moyen d'obtention des rapports définitifs d'autopsie :

ACCUEIL DE PROCHES DE PERSONNES DECEDEES QUI VIENDRAIENT SPONTANEMENT DANS L'ETABLISSEMENT DE SANTE :

L'établissement de santé ouvre la salle d'accueil dédiée aux familles et aux proches afin de les accueillir et de les tenir informés, conformément aux dispositions de la fiche sur la communication de crise en cas de SSE. Le plan MEDICO-PSY peut être déclenché pour assurer la prise en charge psychologique des familles et des proches des victimes.

FOCUS 2 : CONVENTION D'EXERCICE PARTAGE**CONVENTION D'EXERCICE PARTAGE DE MEDECIN LEGISTE HOSPITALIER EN CAS DE GESTION DE DECES MASSIFS DANS UN IML HOSPITALIER****ENTRE :**

Établissement public de santé

Représenté par

ET :

Établissement public de santé

Représenté par

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 6152-4, R. 6152- 201, R. 6152-404, R. 6152-501, R. 6152-604 concernant l'exercice partagé des praticiens des établissements publics de santé ;

Vu le code de procédure pénale, notamment ses articles 60, 74, 77-1, 156, 230-28 sur la réquisition judiciaire et R.92 ;

Vu le code de la sécurité intérieure, notamment son article R. 741-8 ;

Préambule

Cette convention est signée entre 2 établissements de santé dès lors que le procureur de la République⁴³ requiert un IML confronté à un afflux massif de personnes décédées nécessitant le renfort de médecins légistes hospitaliers extérieurs.

La présente convention identifie le médecin légiste intervenant dans ce cadre.

Par le bilan des victimes, son impact psychologique et son retentissement médiatique, un attentat terroriste ou un accident collectif peut entraîner une crise majeure. Une telle crise appelle une réponse globale de l'État, dans les conditions fixées par la circulaire de Premier ministre n° 6095/SG du 1^{er} juillet 2019 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures, complétée dans le cas des victimes d'actes de terrorisme par l'instruction interministérielle du Premier ministre du 11 novembre 2017.

Le préfet de département, directeur des opérations, est chargé d'assurer la cohérence de l'action publique par la coordination de l'ensemble des acteurs publics, privés, associatifs et collectivités territoriales. Le préfet de département assure la liaison avec l'autorité judiciaire.

A la suite de faits à caractère terroriste ou d'accident collectif, le préfet de département doit à la fois assurer la mobilisation immédiate des services de secours d'urgence, garantir la

⁴³ L'autorité judiciaire compétente est :

En cas d'attentat terroriste : le procureur de la République de Paris

En cas d'accident collectif : Le procureur de la République de Paris ou de Marseille ou tout autre procureur de la République

sécurisation du(es) site(s) en prenant en compte le risque de sur-attentat ou de sur-accident et la nécessité de préserver, autant que possible, les éléments nécessaires pour la conduite de l'enquête judiciaire.

Dans ce cadre, les conditions de prise en charge des personnes décédées et d'organisation des opérations de médecine légale sont arrêtées par le Procureur de la République en lien avec les services d'enquêtes saisis, les médecins légistes et les structures médico-légales requis.

Sous la direction du procureur de la République, le recensement, le transport des corps et la démarche de leur identification relève de la compétence des services enquêteurs. Les examens de corps, levées de corps, autopsies et autres opérations médico-légales, à savoir les examens d'imagerie médicale (radiologie, scanner, prélèvements biologiques...) seront pratiqués à la demande du procureur de la République par les structures de médecine légale requises afin d'établir les causes et les circonstances exactes des décès et l'identité des personnes décédées.

Les corps sont ainsi acheminés sur réquisition du procureur de la République vers le ou les instituts médico-légaux (IML) hospitaliers (31 dont 3 dans les DOM) ainsi que l'IML de Paris et l'IRCGN désignés à cette fin.

ARTICLE 1 – Objet de la convention

La présente convention a pour objet d'organiser l'exercice partagé du praticien [Nom-Prénom], médecin légiste de la structure de médecine légale [XXXXX] au sein de l'hôpital [XXXXX] dans le cadre d'une réquisition de l'autorité judiciaire.

ARTICLE 2 - Missions du médecin légiste partageant son activité

Le médecin légiste exerçant une activité dans l'établissement siège de l'IML requis effectue les actes de médecine légale sur réquisition judiciaire et rédige les rapports concernant les actes qu'il a réalisés. Sa participation à des reconstitutions et sa présence aux assises à la demande de l'autorité judiciaire entrent également dans ses missions.

ARTICLE 3 – Statuts du médecin légiste partageant son activité

Pendant le temps de l'activité partagée régie par la présente convention, le médecin légiste relève de la seule autorité du directeur de l'établissement de santé siège de l'IML où sont réalisés les actes.

ARTICLE 4 - Conditions d'exercice et temps de travail

Pendant toute la durée de sa mise à disposition, le médecin légiste est soumis aux règles d'organisation interne du centre hospitalier siège de l'IML où sont réalisés les actes. Il est tenu de respecter le règlement intérieur.

L'activité réalisée dans le cadre de la présente convention est intégrée dans les obligations de service du praticien, attestée par le tableau de service réalisé. Elle fait l'objet d'un remboursement entre les établissements de santé pour le temps de travail médical consacré à l'activité partagée selon les modalités suivantes :

[à définir par les signataires].

ARTICLE 5 - Responsabilités

La couverture des risques accidents du travail et accidents de trajet encourus par le médecin légiste partageant son activité est assurée par le centre hospitalier siège de l'IML où sont réalisés les actes au titre de ses obligations d'employeur.

Ce même établissement hospitalier assume la responsabilité des dommages que le médecin légiste partageant son activité pourrait causer à ses personnels, ses biens ou à des tiers ou à l'occasion des fonctions pour lesquelles il partage son activité, sauf en cas de faute intentionnelle détachable du service.

ARTICLE 6 - Rémunération

Le médecin légiste partageant son activité ne peut prétendre à aucune rémunération pour la réalisation de cette mission, ni auprès de l'établissement de santé auquel il est rattaché, ni auprès de celui duquel il est détaché, ni auprès des juridictions.

Cette activité entre en effet dans le cadre de la mission pour laquelle il est salarié dans son établissement d'origine.

ARTICLE 7 - Frais liés à cette mission : transport-hébergement-repas des médecins partageant leur activité

Les frais liés à la mission et engendrés pendant le temps de l'activité partagée du médecin légiste régie par la présente convention demeureront à la charge du ministère de la justice (frais de justice), sur présentation à l'autorité requérante, par le biais de Chorus Pro de mémoires de frais par l'établissement de santé siège de l'IML où sont réalisés les actes.

Pour les déplacements réalisés par le médecin légiste, l'établissement hospitalier pourra solliciter une indemnité de transport et une indemnité de séjour (hébergement et repas), calculée selon les conditions fixées pour les déplacements des personnels civils de l'État au sein du Ministère de la Justice⁴⁴.

Le versement de ces indemnités est conditionné à la transmission d'une réquisition précisant la durée globale de la mission avec le détail des plages horaires, ainsi que d'une attestation de service fait établie par l'autorité requérante et d'un justificatif de paiement.

ARTICLE 8 - Date d'entrée en vigueur et durée de la convention

La présente convention est établie de la date du XX à la date du XX.

Elle peut être renouvelée si nécessaire.

Elle prend fin dès lors que l'autorité judiciaire décide la fin de la réquisition judiciaire pour le médecin cité dans la présente convention.

SIGNATURES

⁴⁴ Le code de procédure pénale articles R.110 et R.111 renvoie pour les frais de déplacement et les frais de séjour à la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'État (décret du 6 juillet 2006 et arrêté justice du 14 avril 2015). Il s'agit de montants tarifés (indemnités Km, nuitées, repas) versées sur présentation de justificatifs à l'exception des frais de repas.

ANNEXE 6 : ÉVALUATION DU DISPOSITIF DE PRÉPARATION AUX TENSIONS HOSPITALIÈRES ET SSE

LA CONCEPTION ET REALISATION DU RETOUR D'EXPERIENCE

QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION

FICHE CONCEPTION ET RÉALISATION D'UN RETOUR D'EXPÉRIENCE

INDICATIONS ET ENJEUX

En post crise ou en post exercice de crise, il est important de capitaliser sur l'expérience passée afin d'enrichir et de parfaire la planification de réponse aux tensions et aux SSE. La réalisation d'un retour d'expérience (RETEX) est donc primordiale pour évaluer les organisations, identifier leurs points forts et leurs points faibles, et ainsi définir les axes d'amélioration. Un RETEX mené méthodiquement abouti à un plan d'actions pragmatique dont l'objectif est le renforcement et l'amélioration des dispositifs existants. Pour élaborer un RETEX, les professionnels peuvent s'appuyer en outre sur le guide établi par le Ministère des Solidarités et de la Santé⁴⁵.

PHASE DE CONCEPTION

La phase de conception du retour d'expérience se compose de 8 étapes :

■ Déterminer les objectifs et le périmètre

Il est nécessaire de déterminer si le RETEX a pour objectif d'analyser de manière générale l'ensemble de la stratégie mise en œuvre pour réponse à la SSE ou s'il s'agit de cibler un axe particulier.

La situation d'urgence sanitaire impliquant la mobilisation de différentes capacités de réponse :

- Capacités de veille et d'identification d'une SSE ;
- Capacités de coordination (ES-ARS, entre les différents pôles de la CCH, ...) ;
- Capacités de réponse, de montée en puissance, ...
- Capacités de communication ;

Il est donc nécessaire de cibler une ou plusieurs capacités à analyser en amont du RETEX.

■ Identifier les partenaires associés

Il est important d'identifier et d'associer chaque acteur de la crise au retour d'expérience afin d'avoir une vue juste et exhaustive permettant de renforcer, dans chaque secteur concerné, les capacités de réponse à la situation d'urgence sanitaire.

■ Déterminer le niveau

Deux variables sont susceptibles de faire varier le niveau de la crise et ainsi de modifier le niveau du RETEX, leur croisement donne le niveau :

- La gravité réelle ou potentielle de l'événement en terme de perturbation de l'organisation :
 - Faible : l'événement a pu être géré avec les procédures, l'organisation et les moyens habituels,

⁴⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_retex_bd.pdf

- Moyenne : l'événement a pu être géré en adaptant les procédures, l'organisation ou les moyens habituels,
- Forte : il a fallu créer de nouvelles procédures, organisations et/ou faire appel à des moyens renforts.
- L'occurrence de l'événement (faible, moyenne ou forte).

Gravité				
Forte	2	2	3	
Moyen	1	1	2	
Faible	0	1	2	
	Faible	Moyen	Forte	Occurrence

■ Déterminer les formats

Bien que le pilote soit libre de paramétrer sa proposition de RETEX, quatre formats correspondant aux quatre niveaux de gravité de la crise sont possibles :

- **Niveau 0 : revue d'amélioration opérationnelle (RAO)**

La RAO permet l'analyse de leçons opérationnelles, tirées d'événements dont la gravité et l'occurrence restent faibles, donnant lieu à l'intégration de la culture du RETEX et à la sensibilisation des équipes (appropriation de la démarche et adaptation des outils). La RAO se compose de réunions de courtes durées, les éléments ne méritant pas un traitement individuel.

- **Niveau 1 : Débriefing à chaud**

Le débriefing à chaud est destiné aux événements de niveau faible ou moyen et concerne la participation des acteurs internes et externes à l'établissement impliqués dans la réponse à la crise. Il s'agit d'une réunion plénière conduite dans les jours suivants la crise. Ce type de retour d'expérience doit conduire à l'élaboration de mesures destinées à améliorer la réponse.

- **Niveau 2 : RETEX interne**

Réservé aux événements graves, le RETEX interne inclut le niveau stratégique et souvent des partenaires externes à l'établissement. Le pilotage est confié à une personne interne à l'établissement mais n'ayant, de préférence, pas participé à la gestion de l'événement. Ce niveau de RETEX s'appuie sur une phase de recueil d'information importante (mains courantes, entretiens individuels, compte-rendu, ...).

- **Niveau 3 : RETEX externe**

Le RETEX externe est fondé sur la même base que le RETEX interne, cependant le pilote et l'équipe sont extérieurs à l'établissement afin de garantir la neutralité de la démarche et des conclusions tirées.

■ Déterminer les ressources allouées

Les ressources allouées au retour d'expérience doivent être dimensionnées à son niveau. Le pilote du RETEX devra s'assurer de la disponibilité de tous les membres de l'équipe durant la durée du RETEX afin de disposer de ressources humaines suffisantes.

■ Élaborer le calendrier de mise en œuvre

L'élaboration d'un retro-planning est primordiale afin de garantir la réalisation d'un RETEX dans un temps court après une situation d'urgence sanitaire. Idéalement, la réalisation d'un RETEX n'excède pas trois mois.

■ **Désigner le pilote et rédiger une note de synthèse au commanditaire**

Le référent RETEX propose, via une note de synthèse, à son encadrement hiérarchique une description synthétique de l'événement, les problématiques rencontrées légitimant la réalisation d'un RETEX, des propositions méthodologiques (6 premières étapes), et propose un pilote de RETEX neutre.

■ **Informar les contributeurs et préciser les modalités d'organisation**

Après accord de la direction, le référent RETEX veille à informer les contributeurs de la réalisation d'un RETEX et de ses modalités de mise en œuvre.

PHASE DE MISE EN ŒUVRE

La phase de mise en œuvre du retour d'expérience comprend 5 étapes :

■ **Assurer le recueil des informations**

En premier lieu, le pilote du RETEX recense les sources d'informations écrites disponibles (mains courantes, comptes rendus, notes, communiqués, rapports de missions, ...). En second lieu, le pilote du RETEX peut avoir recours à des échanges avec les personnes impliquées dans la gestion de l'événement. Pour ce faire, le pilote dispose de plusieurs méthodes :

- Réunions plénières,
- Questionnaires,
- Entretiens collectifs,
- Entretiens individuels.

■ **Réaliser la synthèse des informations**

Il s'agit de synthétiser les informations brutes recueillies afin de les rendre exploitables. L'enjeu est de reconstituer les événements afin de retrouver les causes des potentielles défaillances, dissonances, blocages, ...

■ **Organiser une réunion plénière de restitution**

Il s'agit d'organiser l'analyse collective des informations et d'élaborer des recommandations. Les recommandations issues de l'analyse doivent être classées selon les catégories proposées par l'OMS :

- **Recommandation prioritaire** : concerne les lacunes de capacités critiques qui freinent ou compliquent la réponse sanitaire et pour lesquelles une implémentation en urgence est nécessaire ;
- **Recommandation d'effet rapide** : concerne des solutions faciles et rapides à implémenter, sans besoin de ressources additionnelles ou d'engagement politique ;
- **Recommandation à long terme** : concerne les facteurs identifiés comme latents et nécessitant des ressources additionnelles ou des engagements politiques.

■ **Restituer les éléments en élaborant un document de synthèse**

Cette synthèse doit permettre le dialogue entre le pilote et le commanditaire du RETEX sur les recommandations afin d'aboutir à un plan d'actions.

- *Diffuser le RETEX à l'ensemble des contributeurs et au commanditaire*

PHASE DE SUIVI ET DE VALORISATION

Un retour d'expérience ayant pour finalité la mise en place de mesures permettant la meilleure gestion d'une situation d'urgence similaire à celle objet du RETEX. Cette valorisation du RETEX comprend 3 étapes :

- *Valoriser le RETEX lors de réunions clés*

Le RETEX doit être présenté auprès de l'ensemble des acteurs contribuant aux missions de sécurité sanitaire de l'établissement, mais également auprès d'un public hiérarchiquement varié.

- *Assurer un suivi régulier de la mise en œuvre du plan d'actions*

Afin de consolider les protocoles de gestion des tensions et des SSE, il est nécessaire de désigner un chargé de suivi du plan d'action issu du RETEX et de déterminer la fréquence du suivi.

- *Mettre à disposition le RETEX sur des bases de données pour la communauté des professionnels de la VSS*

QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION

Actions à mener/procédures à mettre en place		Statut (réalis é/en cours)	Commentaires
Désignation et formation de référents SSE			
Désignation des DMC (établissements de santé de première ligne)			
Constitution de l'équipe projet			
Identification et analyse des risques susceptibles d'impacter l'établissement	Risques physiques (endogène et exogène)		
	Risque cyber		
Identification des capacités de réponse de l'établissement	Recensement des moyens humains disponibles		
	Analyse des capacités de prise en charge et transmission du tableau capacitaire à l'ARS		
	Recensement des moyens matériels disponibles et constitution des stocks permettant la prise en charge des patients conformément aux effets à obtenir ORSAN.		
Détermination des effets à obtenir	Volet AMAVI		
	Volet MEDICO-PSY		
	Volet EPI-CLIM		
	Volet REB		
	Volet NRC		
Mise en place des outils génériques de réponse	Définition des modalités et des conditions de maintien et de rappel du personnel, et élaboration des procédures en conséquence		
	Élaboration et actualisation d'un listing avec les coordonnées des personnels disponibles		
	Détermination d'une voie d'entrée unique ou d'un point de regroupement pour les personnels rappelés (accueil, recensement, affectation)		
	Élaboration des fiches action pour les personnels impliqués dans la mise en œuvre des dispositions du plan de gestion des tensions hospitalières et SSE		
	Détermination des modalités d'accueil et d'orientation des patients		
	Identification d'une zone de regroupement des victimes pour la réalisation du triage en cas d'afflux de patients		
	Mise à disposition de chaque unité/service des fiches de suivi des patients		
	Détermination de la stratégie et des procédures de déprogrammation des activités de soins et de libération de lits		
	Élaboration d'une procédure pour l'inventaire des effets personnels		

	Mise en place d'un monitoring en temps réel des stocks de produits de santé et matériels disponibles		
	Mise en place d'un monitoring en temps réel des lits disponibles et occupés		
	Détermination des modalités et des procédures de confinement et d'évacuation		
	Élaboration du PSE et du PCA.		
	Élaboration de procédures adaptées en cas de défaillance des SI de l'établissement.		
	Élaboration d'une procédure de mise en place d'une signalétique destinée à orienter les patients et/ou les véhicules		
	Stockage du matériel signalétique et des barrières de sécurité		
	Détermination des procédures de recours aux stocks tactiques		
	Détermination des modalités d'accueil et de prise en charge des familles et des proches (accueil téléphonique et physique)		
Élaboration des outils spécifiques	Volet AMAVI		
	Volet EPI-CLIM		
	Volet REB		
	Volet NRC		
	Volet MEDICO-PSY		
Constitution de la CCH	Détermination de la composition		
	Détermination du fonctionnement		
	Désignation de suppléant pour chaque fonction et modalités de renouvellement des équipes (crises longues)		
	Listing des personnes composant la CCH et de leurs suppléants avec leurs coordonnées		
	Définition des rôles des membres et élaboration des fiches de poste		
	Détermination de la localisation de la CCH		
	Pré équipement des locaux et stockage du matériel nécessaire au fonctionnement de la CCH		
	Élaboration des procédures d'activation de la CCH		
	Élaboration des procédures de rappel des membres		
	Détermination des chaînes de communication internes et externes à la CCH		
	Logistique hospitalière de la CCH		
Structuration de la réponse selon deux niveaux de gradation	Détermination des critères et des seuils d'activation des niveaux de postures 1 et 2		
	Élaboration de la procédure d'activation et de diffusion de l'alerte valable 12h/24 et 7j/7		
	Création des messages d'alerte et de levée des niveaux de posture 1 et 2		

	Élaboration d'un cadre d'analyse et d'évaluation pour identifier la nature, l'ampleur et les conséquences probables de l'événement		
	Rédaction d'un check-list pour les premiers arrivants		
	Élaboration d'une procédure de retour à la normale		
	Élaboration des deux plans de mobilisation (mobilisation interne et plan blanc)		
Mise en place d'une politique de formation	Élaboration d'un plan de sensibilisation/formation des personnels		
	Formation des référents SSE		
	Formation des membres de la CCH		
	Formation du personnel hospitalier (FGSU spécialisé SSE)		
Communication	Définition des modalités et des circuits d'information et de communication en interne et en externe		
	Définition des outils et des moyens de communication sécurisés		
	Identification d'une zone d'accueil dédié à l'accueil des médias		
	Désignation d'un porte-parole pour l'information aux médias, formé au média training		
	Mise en place d'une organisation permettant la remontée d'information via l'outil SIVIC et la mise à jour régulière des données		
	Élaboration de fiches reflexes sur les règles de communication à appliquer avec les autorités, les familles et les médias		
	Identification d'une zone dédiée à l'accueil des familles et des proches des victimes		
	Sensibilisation du personnel aux réponses aux sollicitations des proches et des médias		
Généralités	Transmission du plan de gestion des tensions et des SSE au DG de l'ARS, au préfet et au SAMU		
	Évaluation et révision annuelle du plan de gestion des SSE		
	Constitution d'un dossier de référence comprenant : l'organigramme, une fiche descriptive de l'établissement, les limites capacitaires, les renseignements sur les matières à risque stockées et les équipements stratégiques		
	Constitution d'un dossier comprenant les plans, dispositifs et procédures propres à l'établissement		
	Réalisation d'exercices		
Coopération et partenariats	Élaboration de l'organisation de crise au sein du GHT en fonction de la classification de l'ES		
	Élaboration de l'organisation de crise des filières gériatriques de coopération		
	Élaboration de l'organisation de crise des partenariats avec les établissements de HAD		

	Élaboration de l'organisation de crise avec les ESMS		
	Élaboration d'un fichier de référence avec les contacts des différents fournisseurs de l'établissement (oxygène, alimentation électrique, ...)		
	Identification des personnes ressources expertes en cas de risque NRC ou REB et mise à jour régulière de la liste avec leurs coordonnées		
Alerte et gestion de crise	Définition des seuils d'alerte		
	Élaboration des procédures de détection d'un risque de type NRC et REB		
	Définition des chaînes de communications en cas d'alerte		
	Détermination des circuits distincts de prise en charge en fonction du risque N,R,B ou C		
	Détermination des modalités d'organisation de la protection du personnel		
	Détermination des modalités d'organisation et de mise en œuvre de la décontamination des victimes		
	Élaboration de la procédure spécifique d'isolement		
	Élaboration des procédures de tri et de gestion des objets et produits contaminés		
	Procédure de gestion des corps contaminés		
Post-crise	Organiser et assurer le retour progressif à la normale		
	Réalisation d'un RETEX après chaque événement		
	Valorisation du RETEX : processus d'amélioration continue		
	Organisation du suivi post-crise et de la réhabilitation des victimes		

CAHIERS DOCUMENTAIRES

LA PLANIFICATION TERRITORIALE DE LA RÉPONSE AUX SSE

**LE RÔLE DES DIFFÉRENTES AUTORITÉS ET STRUCTURES COMPÉTENTES EN
GESTION DE CRISE**

LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DE NOMBREUSES VICTIMES

LA PLANIFICATION TERRITORIALE DE LA RÉPONSE AUX SSE

CADRE DE LA PLANIFICATION

La planification opérationnelle a pour objet de répertorier les moyens et les compétences disponibles ou mobilisables dans un périmètre donné et de disposer des procédures pour les mobiliser. Elle constitue un véritable outil d'aide à la décision.

Le code de la défense précise que « chaque ministre est responsable, sous l'autorité du Premier ministre, de la préparation et de l'exécution des mesures de défense et de sécurité nationale incombant au département dont il a la charge »⁴⁶. Le ministre en charge de la santé est responsable « de l'organisation et de la préparation du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires graves, à leur prévention, à la protection de la population contre ces dernières, ainsi qu'à la prise en charge des victimes »⁴⁷. Il contribue donc, pour le volet sanitaire, à la planification interministérielle en matière de défense et de sécurité nationale, en lien avec le Secrétariat général de la défense et à la sécurité nationale (SGDSN).

Il conduit les travaux de planification relatifs au maintien de la continuité du système de santé quelles que soient les circonstances.

En effet, la mise en place des zones de défense et de sécurité et la création des ARS, ont modifié la logique de planification sanitaire, qui tend aujourd'hui davantage à s'organiser sur un maillage zonal et régional.

Ainsi, au niveau territorial, les préfets de zone de défense et de sécurité sont les pilotes territoriaux de la planification de défense et de sécurité nationale, tandis que les préfets de départements sont responsables de la gestion de crise au niveau local.

Par protocole avec les DG d'ARS, ces derniers peuvent avoir recours aux ressources sanitaires mises à leur disposition dans le cadre du PZMRS.

Le PZMRS, volet sanitaire des plans zonaux de défense et de sécurité, doit permettre de faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur le système de santé à l'échelle de la zone de défense et de sécurité. Il est préparé par le DG de l'ARS de zone, en concertation avec les ARS de la zone, les ESR, l'ANSP48 et arrêté par le préfet de zone.

De fait, les politiques de planification ont évolué ces dernières années, passant d'une approche ciblée avec des plans de réponse sur des thématiques spécifiques, à une approche globale et d'effets à obtenir, avec la définition de stratégies générales de réponse. L'objectif consiste à homogénéiser et à harmoniser les moyens de réponse du système de santé dans le cadre de scénarii génériques. Les plans de réponse nationaux intersectoriels (pandémie grippale, NRBC, chikungunya/dengue...) sont ensuite déclinés au sein des territoires en tenant compte des spécificités et des ressources locales disponibles dans les secteurs libéral, préhospitalier, hospitalier et médico-social.

⁴⁶ Article L.1141-1 du code de la défense

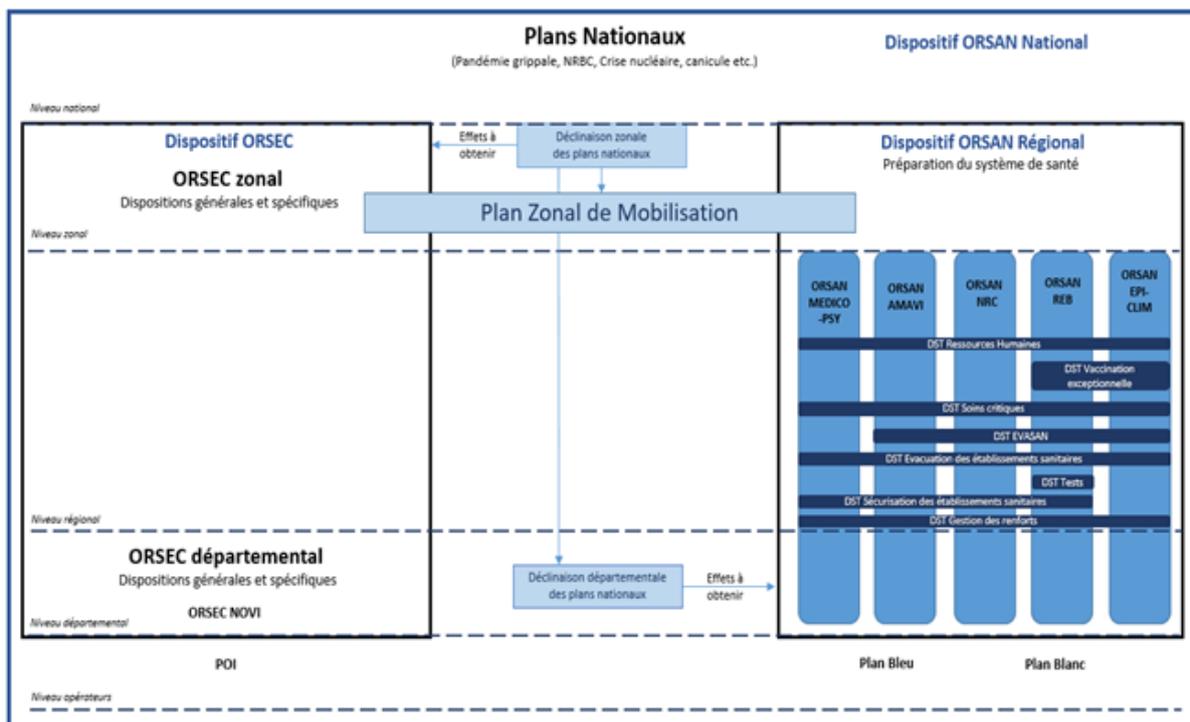
⁴⁷ Article L.1142-8 du code de la défense

⁴⁸ Anciennement l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

DISPOSITIFS DE PLANIFICATION DE LA RÉPONSE AUX SSE

L'État dispose d'un arsenal de plans et d'outils de planification qui sont ensuite déclinés aux différents niveaux d'intervention opérationnel.

Schéma 9 : Plans et outils de planification aux différents niveaux d'intervention opérationnels



Le dispositif ORSAN, qui constitue le cadre de préparation des ARS, est décliné par les opérateurs de soins dans les plans de gestion des tensions hospitalières et des SSE des établissements de santé, les plans bleus des établissements médico-sociaux et les plans de gestion des SSE en ville. Lorsque l'organisation du système de santé renforcée ne permet pas de faire face à l'événement considéré, un recours à des ressources complémentaires spécifique peut être envisagé via les plans de renfort établis aux échelons d'intervention des préfets. Ces dispositifs s'articulent pour la couverture des risques avec les plans de la sécurité civile (dispositif ORSEC et PPI⁴⁹) et répondent aux objectifs fixés dans les plans nationaux (par exemple le plan national de préparation et de réponse à une pandémie). Ils sont complétés par la prise en compte des menaces liées notamment au terrorisme au travers du plan VIGIPIRATE et des plans gouvernementaux dédiés.

A. LE DISPOSITIF ORSAN

Dans le cadre de l'organisation gouvernementale de gestion de crise, le DG de l'ARS peut décider, en fonction de la situation, de mettre en œuvre tout ou partie des mesures d'un ou de plusieurs plans opérationnels ORSAN, le cas échéant, à la demande du ministre

⁴⁹ Organisation de la Réponse de Sécurité Civile et Plan particulier d'intervention

chargé de la santé ou du préfet, en mobilisant les effecteurs. Aussi, leur mise en œuvre peut être totale ou partielle suivant la nature, l'étendue géographique et la gravité de l'événement considéré. Dans tous les cas, le DG de l'ARS tient informé(s) le(s) préfet(s) de département concerné(s), l'ARS de zone et le centre opérationnel du ministère chargé de la santé (CORRUSS) de la mise en œuvre de tout ou partie des mesures prises au titre du dispositif ORSAN.

1. Les plans de montée en puissance des opérateurs de soins

■ *Le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE des établissements de santé*

Depuis 2004, chaque établissement de santé public ou privé a l'obligation de se doter d'un dispositif de crise pour lui permettre de mobiliser rapidement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle⁵⁰.

Le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE s'inscrit dans le cadre de la planification ORSAN élaborée par l'ARS en déclinant par volets, les plans opérationnels ORSAN et intègre les effets à obtenir définis par l'ARS. Il est évalué et révisé chaque année, après présentation aux instances compétentes. Il est transmis au préfet de département, au DG de l'ARS et au SAMU territorialement compétent⁵¹, notamment après chaque révision.

Les dispositions du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE sont mises en œuvre sans délai en tant que de besoin, par le directeur de l'établissement, le cas échéant, à la demande du directeur général de l'ARS ou du préfet. L'intervention du DG de l'ARS peut notamment résulter d'informations dont il disposerait à une échelle qui dépasse le niveau local. Elle permet une mise en pré-alerte de la CCH de l'établissement.

Le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE doit être complété par la mise en place d'un plan de sécurisation d'établissement⁵² (dont le chapitre III – sécurisation complémentaire en situation d'attentat ou de crise locale est à articuler avec le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE).

■ *Le plan bleu des établissements et services médico-sociaux*

Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont tenus d'élaborer un plan de gestion de crise (intitulé « plan bleu »), permettant la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables pour faire face efficacement à une situation sanitaire exceptionnelle, quelle qu'en soit la nature.

Élaboré sous la responsabilité du directeur d'établissement médico-social, le plan bleu précise les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Sa mise en place permet à l'établissement :

- D'anticiper les conséquences d'un risque qui a été identifié ;
- D'améliorer la réactivité en cas d'alerte ;

⁵⁰ Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique modifiée par [la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 \(V\)](#) - article L3131-7 du code de la santé publique

⁵¹ Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

⁵² Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

- De réfléchir aux dispositions à prévoir pour adapter au mieux son organisation pour garantir la prise en charge optimale des résidents.

Le plan bleu est mis en œuvre par le directeur de l'établissement ou à la demande du préfet de département.

■ **Le plan de continuité d'activité**

Le plan de continuité d'activité (PCA) a pour objet de garantir à une organisation la reprise et la continuité de ses activités à la suite d'un sinistre ou d'un événement perturbant gravement son fonctionnement normal. Il doit permettre à l'organisation de répondre à ses obligations externes (législatives ou réglementaires, contractuelles) ou internes (risque de perte de marché, survie de l'entreprise, image...) et de tenir ses objectifs face à des scénarii identifiés et mesurables (rupture électrique, inondation, défaillance des SI, approvisionnements perturbés, etc.). Il prévoit les mesures visant à assurer, selon divers scénarios de crises, y compris face à des chocs extrêmes, le maintien, le cas échéant, de façon temporaire selon un mode dégradé, des missions opérationnelles essentielles ou importantes, puis la reprise planifiée des activités.

Le plan de continuité d'activité est un outil complémentaire au plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE et au plan bleu pour les ESMS. Il peut faire l'objet d'un plan dédié individualisé (PCA de l'établissement) ou bien les mesures de continuité d'activité peuvent être intégrées dans le PGTHSSE.

■ **Plan de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles des professionnels de santé de ville**

Les professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ...) ont un rôle important à jouer dans la planification de la réponse aux SSE. Les praticiens libéraux (y compris les praticiens salariés des centres de santé) constituent le premier maillon du parcours de santé des patients. Leur association à la préparation et à la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles constitue donc un facteur clé pour l'acceptation des décisions publiques par la population. Les CPTS constituent des structures adaptées à l'organisation de la réponse des soins de ville aux SSE. Depuis la signature de l'avenant 2 de l'accord cadre interprofessionnel, les CPTS perçoivent des financements pour leur mission de gestion des crises sanitaires exceptionnelles, qui prend la forme de la rédaction d'un plan de gestion de crise. Dans ce cadre, les professionnels de santé de ville peuvent par exemple être amenés à participer à des campagnes de vaccination exceptionnelles (DST « Vaccination »), au suivi de patients hospitalisés à domicile dans le cadre de situations nécessitant de conserver des lits disponibles, à la réalisation d'analyses biologique (DST « Capacités biologiques »), à l'information de la population ou encore à participer au dispositif de veille sanitaire. Une coordination entre médecine de ville et secteur hospitalier, pour désengorger les établissements de santé, est possible. La coordination, pilotée par l'ARS, tient compte de l'offre de soin au niveau départemental et de la logique d'organisation du SAS.

2. Les plans de renfort sanitaire

■ *Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires*

Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZMRS) est défini à l'article L. 3131-11 du code de la santé publique. Il a pour objectif de permettre le suivi et la mobilisation des moyens sanitaires zonaux pour faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins à l'échelle de la zone de défense et de sécurité.

Le directeur général de l'ARS de zone prépare le PZMRS en concertation avec les ARS de la zone de défense et de sécurité et le Préfet de zone de défense et de sécurité. Ce plan est arrêté par le préfet de zone de défense et il est transmis, pour information, aux Directeurs généraux des agences régionales de santé de la zone de défense et de sécurité et aux Préfets de département. Il est révisé chaque année selon les modalités prévues à l'article R. 3131-6 du code de la santé publique.

Ce plan comprend :

- La cartographie des moyens mobilisables au profit d'une ARS ;
- Les modalités de mobilisation et d'acheminement des moyens matériels dits « moyens territoriaux tactiques » au sein de la zone ainsi que les ressources humaines propres à la zone pouvant être mobilisées en renfort au bénéfice d'une région touchée par une situation sanitaire exceptionnelle ;
- Les modalités de déclenchement et de mise en œuvre du PZMRS.

Ce plan assure la répartition et les modalités de mobilisation des moyens de renfort du système de santé au sein de la zone dits « tactiques » (PSM, ...), ainsi que les ressources humaines propres à la zone pouvant être mobilisées en renfort par le SAMU zonal. Il s'agit de tout type de ressources médico-chirurgicales nécessaires à la montée en puissance de l'offre de soins du territoire impacté par la situation sanitaire exceptionnelle. En particulier, il identifie dans ce cadre, les modalités de la mobilisation des :

- **SMUR de la zone** pour des interventions de renfort déclenchées et coordonnées par le SAMU zonal à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé de zone (article R. 6123-15-1 du code de la santé publique) :
 - Lorsque la mobilisation des moyens de la région impactée par l'événement ne permet pas de répondre aux besoins de prise en charge en urgence de la population ;
 - Dans le cadre d'un événement porteur d'un risque sanitaire susceptible de constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.
- **CUMP de la zone** en constituant le volet médico-psychologique du plan zonal de mobilisation (article R. 6311-31 du code de la santé publique) : la mobilisation urgente des CUMP en cas de situation sanitaire exceptionnelle peut intervenir au sein de la zone pour assurer le renfort d'une CUMP départementale impactée ou en appui d'une autre zone. Cette mobilisation doit faire l'objet d'une préparation spécifique dans le cadre du PZMRS. À ce titre, l'ARS de zone élabore le volet médico-psychologique du PZMRS en s'appuyant sur la CUMP zonale. Ce volet comprend notamment les éléments suivants :
 - Le recensement par région des capacités de mobilisation des CUMP de la zone de défense et de sécurité ;

- La procédure de mobilisation des CUMP de la zone en renfort d'une région ou d'une zone impactée ;
- Les modalités de recensement des surcoûts liés à la mobilisation des CUMP de la zone en lien avec les ARS de la zone.

■ **Le dispositif ORSAN national**

Le dispositif ORSAN national constitue le cadre intégré de préparation et de réponse du système de santé à l'échelon national. Il a pour objectif de permettre la mobilisation des moyens sanitaires nationaux pour faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins et dépassant les capacités de réponse de la région et de la zone de défense et de sécurité.

Le dispositif ORSAN national dispose en première partie d'un plan national de mobilisation des ressources sanitaires (PNMRS). Ce PNMRS établit la répartition et les modalités de mobilisation des moyens matériels nationaux, dits « stratégiques », ainsi que les ressources humaines au profit d'une région fortement impactée par une SSE.

Le dispositif ORSAN national formalise dans une seconde partie la mise en place de dispositifs spécifiques pour lesquels une coordination nationale de la réponse est nécessaire :

- Évacuations sanitaires massives ;
- Grands événements ;
- Adaptation de la réponse aux spécificités ultramarines ;
- Modalités opérationnelles de projection d'équipes médicales nationales sur le territoire (ex. équipe biologique (EN REB) dans le cadre du plan national de préparation et de réponse à une pandémie, CUMP, équipes chirurgicales notamment pédiatriques...);
- Réponse nationale à un événement engendrant un grand nombre de victimes grand-brulés ;
- Filières de prise en charge dans les établissements de santé de référence nationaux (ex. patients cas confirmés d'infection à haut risque épidémique et biologique, grands brûlés, irradiés-contaminés, intoxiqués graves) ;
- Modalités de mobilisation de la réserve sanitaire et des autres viviers de renforts ;
- Modalités de déploiement des stocks stratégiques, y compris des lots biomédicaux ;
- Adaptation de la réponse aux spécificités ultramarines.

B. LES PLANS DE REPONSE DE LA SECURITE CIVILE

■ **Le dispositif ORSEC (Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile)**

Le dispositif ORSEC détermine, en fonction des risques identifiés soit au niveau zonal soit au niveau départemental, l'organisation générale des secours et recense l'ensemble des moyens publics et privés susceptibles d'être mis en œuvre⁵³.

⁵³ Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L741-1 à L741-5 du code de la sécurité intérieure

Ce dispositif permanent de veille prévoit, par son caractère progressif et modulaire, une gestion adaptée à la nature, à l'ampleur et à l'évolution de l'événement. Il ne se « déclenche plus » mais monte en puissance dans la continuité, en fonction de la surveillance mise en place pour certains risques (intempéries, inondations, risques sanitaires...).

Le dispositif ORSEC :

- Comprend des dispositions générales applicables en toutes circonstances et des dispositions spécifiques à certains risques particuliers recensés : le préfet de département, le préfet de zone ou le préfet maritime peut, si la situation l'exige, utiliser à tout moment, tout ou une partie des éléments du dispositif opérationnel ORSEC selon les circonstances ;
- Doit faire l'objet d'une révision au moins tous les cinq ans portant sur « l'inventaire et l'analyse des risques et des effets potentiels des menaces, le dispositif opérationnel et les retours d'expérience ».

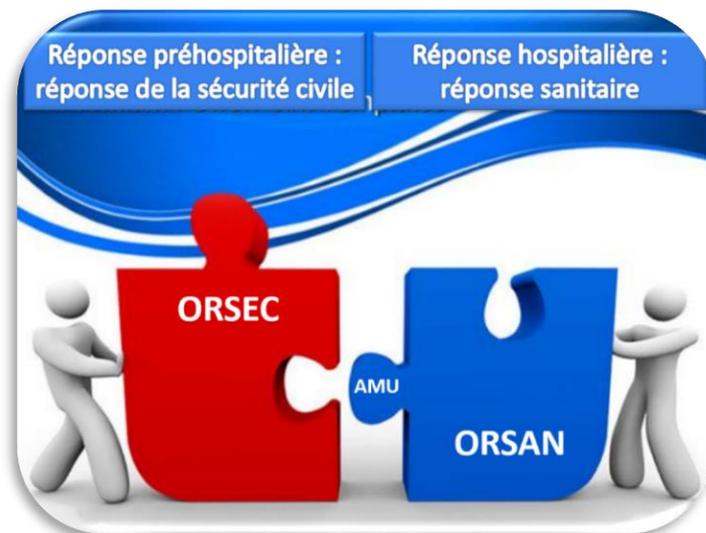
Le dispositif ORSEC et le dispositif ORSAN sont complémentaires et s'articulent, notamment pour garantir la continuité des parcours de soins. Les mesures prises au titre du dispositif ORSEC ou du dispositif ORSAN peuvent ainsi être mises en œuvre séparément ou concomitamment. À titre d'exemple, sont précisées ci-dessous les articulations entre ORSEC-NOVI et ORSAN-AMAVI :

ORSEC-NOVI est un plan d'urgence intersectoriel destiné à secourir un nombre important de victimes dans un même lieu et à organiser les moyens de premiers soins.

Lors de la prise en charge de nombreuses victimes, le plan ORSAN AMAVI (accueil massif de victimes non contaminées dans le système de santé) s'articule avec l'ORSEC NOVI (nombreuses victimes – ex plan rouge) pour dispenser les soins aux victimes : l'aide médicale urgente (AMU), compte tenu de sa mission et de son rôle de « porte d'entrée » dans le système de soins, sert d'interface entre les deux dispositifs. Elle constitue une ressource du système de santé qui participe au dispositif ORSEC pour la prise en charge pré-hospitalière intersectorielle des victimes sur le terrain, puis, elle amorce le dispositif ORSAN qui constitue le dispositif sectoriel sanitaire en introduisant les patients dans les filières de soins d'aval.

En effet, le système de santé participe à ORSEC par la prise en charge préhospitalière des urgences médicales, en collaboration avec les services médicaux des services d'incendie et de secours (SIS). Le schéma ORSAN constitue ainsi le prolongement, en aval, de la régulation des patients par le SAMU.

Schéma 10 : Articulation entre les dispositifs ORSEC NOVI et ORSAN AMAVI



■ **Les plans particuliers d'intervention (PPI) et les plans d'opération interne (POI)**

Toutes les installations industrielles présentant un risque répertorié (installations classées) donnent lieu à l'élaboration d'un PPI :

- Les installations nucléaires ;
- Les installations classées soumises à autorisation avec servitude dite « Seveso » ;
- Les stockages souterrains de gaz toxiques ou gaz comprimés ou gaz liquéfiés ;
- Les aménagements hydrauliques ;
- Les lieux de transit et d'activités présentant des dangers ou inconvénients graves.

Établi sous l'autorité du préfet, le PPI s'inscrit dans les dispositions particulières du dispositif ORSEC et permet de gérer les moyens de secours publics en cas d'accident dans une installation classée, dont les conséquences dépassent l'enceinte de l'installation, en complément du plan d'opération interne (POI) dévolu à l'opérateur de l'installation. Le PPI comprend :

- Une description générale de l'installation, de l'ouvrage et des lieux ;
- La zone d'application et le périmètre du plan ainsi qu'une liste des communes auxquelles s'appliquent les dispositions du plan ;
- Des mesures d'information et de protection de la population ;

En matière de secours, l'exploitant établit un POI en vue de définir les mesures d'urgence au sein de son installation. Le POI est un plan de secours pour l'intérieur de l'établissement, élaboré, rédigé et mis en œuvre par l'industriel. Il définit les mesures d'organisation, les méthodes d'intervention et les moyens nécessaires que l'exploitant doit mettre en œuvre pour protéger le personnel, les populations et l'environnement. Il est imposé aux établissements soumis à autorisation avec servitudes (AS) au titre de la législation sur les installations classées, ainsi qu'aux établissements pour lesquels un arrêté ministériel le prévoit.

LE ROLE DES DIFFÉRENTES AUTORITÉS ET STRUCTURES COMPÉTENTES EN GESTION DE CRISE

LE NIVEAU NATIONAL

La gestion des crises majeures, implique l'intervention de différents ministères, coordonnée par le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN) qui constitue un service du Premier ministre,

Le SGDSN assure par ailleurs le secrétariat du conseil de défense et de sécurité nationale, qui est compétent pour toutes les questions de défense et de sécurité, qu'il s'agisse de la programmation militaire, de la politique de dissuasion, de la programmation de sécurité intérieure, de la sécurité économique et énergétique, de la lutte contre le terrorisme ou de la planification de réponse aux crises y compris les crises sanitaires.

Le SGDSN est également chargé de la coordination de la planification nationale dans le champ de la défense et de sécurité et de son évaluation via l'organisation d'exercices interministériels et ainsi tester la capacité de l'État à faire face aux risques et menaces.

L'organisation et la gestion d'une alerte ou d'une crise à conséquences sanitaires s'exercent aux différents échelons territoriaux des services de l'État et du ministère chargé de la Santé. Cela implique, au niveau national, la coordination des directions et services de l'administration centrale et des agences sanitaires.

Si la nature et/ou l'ampleur de la situation sanitaire le justifient, le Premier ministre peut procéder à des réquisitions, dans les mêmes conditions que celles exercées par le représentant de l'État dans le département.

Par ailleurs, en cas de débordement des capacités nationales de secours, ou de menace transfrontalière grave, un État membre de l'Union Européenne peuvent solliciter une assistance auprès des autres États membres, par l'intermédiaire du mécanisme de protection civile de l'Union Européenne instauré par la décision 2007/779/CE, Euratom⁵⁴. Ces coopérations sanitaires peuvent de surcroît être renforcées par la signature d'accords-cadres de coopération entre pays frontaliers.

A. L'AUTORITE SANITAIRE ET LES AGENCES SANITAIRES

1. Le Centre de crises sanitaires du ministère chargé de la santé

Les enseignements de la crise COVID, inédite par son intensité et sa durée, comme l'évolution du contexte national et international mettant en exergue une succession de crises plus nombreuses, plus longues, plus complexes ont amené les pouvoirs publics à réinterroger les capacités ministérielles de préparation et de réponse aux crises

⁵⁴ Décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé

sanitaires. Aussi 2024 voit la création le 1er mars, d'un service dénommé « Centre de crises sanitaires », placé auprès du Directeur général de la santé qui succède à la sous-direction de la veille et de la sécurité sanitaire. Il coordonne en lien avec les autres entités de la DGS et les directions d'administration centrale, également renforcées, l'anticipation, la préparation et la gestion des alertes et crises sanitaires en bénéficiant de leur expertise, de leur capacité d'action et de leur réseau. Le centre de crises sanitaires (CCS) s'appuie également sur les agences sanitaires, les ARS, les partenaires interministériels, les sociétés savantes, les professionnels de santé et plus globalement tous les partenaires de la sécurité sanitaire.

Au sein du nouveau Centre de crises sanitaires, le pilotage opérationnel de la réponse sanitaire aux situations d'urgence et de crises est assuré par le CORRUSS, centre opérationnel du ministère chargé de la santé. Le CORRUSS est notamment chargé de centraliser l'ensemble des alertes et d'assurer la gestion des situations d'urgence sanitaire, en lien avec les autres directions des ministères et institutions concernées.

A ce titre, le Centre de crises sanitaires via son CORRUSS a notamment pour mission de coordonner la montée en puissance du système de santé pour assurer la continuité et la sécurité des soins, apporte un appui essentiel pour la planification et la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles en s'appuyant notamment sur le dispositif ORSAN national.

L'ensemble des messages d'alerte diffusés aux niveaux européen et international sont transmis au CORRUSS. Il est identifié comme le point focal national pour les signalements en provenance de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre du règlement sanitaire international (RSI) et le correspondant national du système européen de surveillance et d'alerte « Early Warning and Response System ».

En SSE, le CORRUSS devient le centre de crise opérationnel du ministère chargé de la santé. Il peut être renforcé, le cas échéant, par les moyens du ministère en charge de la santé, voire des autres directions du ministère chargé de la santé. Il assure le pilotage de la réponse sanitaire en lien avec la ou les ARS territorialement compétentes et mobilise en tant que de besoin les agences sanitaires placée sous la tutelle de la DGS.

2. Les agences sanitaires et autorités

■ *L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)*

L'ANSM participe à l'application des lois et règlements relatifs à l'évaluation, aux essais, à la fabrication, à la préparation, à l'importation, à l'exportation, à la distribution en gros, au courtage, au conditionnement, à la conservation, à l'exploitation, à la mise sur le marché, à la publicité, à la mise en service ou à l'utilisation des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits à finalité cosmétique⁵⁵.

L'agence apporte l'appui scientifique et technique nécessaire à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans de santé publique et participe à la gestion des signalements et des situations d'urgence.

⁵⁵ Article L5311-1 du code de la santé publique

■ **L'Agence nationale de santé publique (ANSP)**

Créée en 2016, l'ANSP ou « Santé publique France » reprend l'ensemble des missions et compétences exercées par trois établissements publics sous tutelle du ministre chargé de la santé : l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Elle est placée sous la tutelle de la DGS et elle est en charge de :

- L'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations ;
- La veille sur les risques sanitaires menaçant les populations ;
- La promotion de la santé et de la réduction des risques pour la santé ;
- Le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé ;
- La préparation et de la mobilisation des moyens de réponse aux SSE dont elle assure la gestion.

Pour ce faire, l'ANSP assure pour le compte de la DGS :

- La gestion du stock stratégique national des moyens du ministère chargé de la santé ;
- La gestion de la réserve sanitaire, composée de professionnels de santé actifs, de retraités ou d'étudiants en fin d'étude. La réserve sanitaire peut être engagée sur de nombreuses missions, tant sur le territoire national qu'à l'étranger.

■ **L'établissement français du sang (EFS)**

L'EFS veille à la satisfaction des besoins en matière de produits sanguins labiles et à l'adaptation de l'activité transfusionnelle aux évolutions médicales, scientifiques et technologiques dans le respect des principes éthiques⁵⁶.

Il organise sur l'ensemble du territoire national, dans le cadre des schémas d'organisation de la transfusion sanguine, les activités de collecte du sang, de qualification biologique du don, de préparation, de distribution et de délivrance des produits sanguins labiles.

L'EFS participe à l'organisation et à l'acheminement des secours en cas de catastrophe nationale ou internationale nécessitant de recourir aux moyens de transfusion sanguine, dans le cadre des lois et règlements applicables à ces événements.

■ **L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire et Autorité de sûreté nucléaire (ASN)**

L'IRSN est un établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) placé sous la tutelle conjointe du ministre de la Transition écologique, du ministre des Armées, et des ministres chargés de la Transition énergétique, de la Recherche et de la Santé. Le champ de compétences de l'IRSN couvre l'ensemble des risques liés aux rayonnements ionisants, utilisés dans l'industrie ou la médecine, ou encore les rayonnements naturels.

⁵⁶ Article L1222-1 du code de la santé publique

L'IRSN exerce ses missions d'expertise et de recherche dans les domaines suivants :

- Surveillance radiologique de l'environnement et intervention en situation d'urgence radiologique.
- Radioprotection de l'homme.
- Prévention des accidents majeurs dans les installations nucléaires.
- Sûreté des réacteurs.
- Sûreté des usines, des laboratoires, des transports et des déchets.
- Expertise nucléaire de défense.

D'autres agences interviennent également dans le champ de la sécurité sanitaire et participent à l'évaluation des risques. Peuvent notamment être citées l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et l'Institut national du cancer (INCa).

3. Le service de santé des armées (SSA)

Outre sa mission principale de soutien médical des forces armées, le SSA participe au service public hospitalier depuis 1976 et contribue à la politique de santé publique. Dans ce cadre, il assure les missions suivantes :

- La participation à l'offre publique de soins en mettant à disposition du public les hôpitaux d'instruction des armées ;
- La contribution, par le biais de la pharmacie centrale des armées, à la production de médicaments répondant à des besoins spécifiques, (comprimés d'iode, etc.)
- L'expertise dans la gestion des risques et des crises sanitaires ;
- La contribution à certains programmes de recherche biomédicale.

Sous l'autorité de l'état-major des armées (EMA), les établissements hospitaliers militaires contribuent aux plans gouvernementaux de secours mis en œuvre pour faire face à un afflux de victimes. Le soutien médical de proximité est assuré par les centres médicaux des armées (CMA), les centres médicaux interarmées (CMIA) et par les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) présents sur le territoire métropolitain.

Un protocole établi entre le ministre de la défense et les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget définit les relations et les engagements réciproques de ces ministères, dans le but de mieux répondre aux besoins de santé de la population, notamment aux besoins spécifiques de la défense dans le domaine de la santé. Il précise les missions réalisées par le service de santé des armées dans le cadre du service public hospitalier et sa contribution à toute autre mission relevant de la politique de santé notamment en situation sanitaire exceptionnelle. Il prévoit aussi la contribution des acteurs du système de santé au soutien sanitaire des forces armées et de réponse aux besoins spécifiques de la défense.

Ce protocole permet d'optimiser la réponse apportée aux besoins de santé de la population et des forces armées. Il favorise la coopération entre les hôpitaux militaires et civils sur les territoires de santé et renforce les échanges en matière de formation et de recherche médicale. Cette coopération se traduit notamment par des formations des services de secours civils à la médecine de guerre et l'association systématique du service de santé des armées aux exercices de gestion des crises sanitaires. Outre leurs

missions propres, les hôpitaux militaires participent à la permanence des soins et des urgences des établissements de santé et concourent ainsi aux parcours de soins de nos concitoyens. Des moyens du service de santé des armées (HIA, CMA) sont par ailleurs pris en compte dans les projets régionaux de santé, tout en restant subordonnés au ministère de la Défense pour la satisfaction du contrat opérationnel des forces armées. Ce protocole facilite enfin l'accès à la réserve opérationnelle du Service de santé des armées pour les professionnels de la fonction publique hospitalière qui souhaiteraient la rejoindre.

La contribution du SSA au profit de la santé publique dans le cadre d'une SSE s'inscrit dans le respect des principes d'exception (situation exceptionnelle) dans le strict respect de la règle des 4i (moyens civils inexistant, insuffisant, inadapté ou indisponible), de légitimité (capacités singulières du SSA), d'unicité (action du SSA au sein des armées), de globalité (de la conception à la réalisation), de complémentarité (par opposition à substitution) et de responsabilité. Par ailleurs, l'ARS peut solliciter l'offre de soins hospitalière, qui est assurée par les hôpitaux des armées présents sur le territoire métropolitain qui peuvent dans certaines conditions appuyer les missions des ESRR. Certains hôpitaux ont développé des compétences rares en matière de prise en charge des grands brûlés et d'oxygénothérapie hyperbare et sont investis dans l'accueil de victimes d'événements NRBC.

LE NIVEAU ZONAL TERRESTRE ET MARITIME

La zone de défense et de sécurité est un échelon territorial compétente sur trois missions :

- L'élaboration des mesures non militaires de défense et la coopération avec l'autorité militaire (la circonscription militaire de défense coïncide avec la zone) ;
- La coordination des moyens de sécurité civile dans la zone ;
- L'administration d'un certain nombre de moyens de la police nationale, de la gendarmerie nationale et d'autres services locaux du ministère de l'Intérieur.

Ainsi, la zone de défense et de sécurité est une circonscription territoriale suprarégionale destinée à faciliter la gestion, par les autorités déconcentrées de l'État, d'un événement exceptionnel dont l'importance implique la mise en œuvre de moyens dépassant le niveau départemental.

L'organisation territoriale se divise en sept zones métropolitaines de défense et de sécurité (Nord, Est, Sud-Est, Sud, Sud-Ouest, Ouest et Paris) et en cinq zones Outre-mer (Polynésie Française, Océan Indien, Nouvelle-Calédonie, Antilles et Guyane). Dans chaque zone de défense et de sécurité, l'État est représenté par un préfet de zone de défense et de sécurité qui est le préfet du département situé au chef-lieu de la zone.

■ *Le préfet de zone*

En situation normale, le préfet de zone de défense et de sécurité est le principal responsable « des efforts non militaires prescrits en vue de la défense ». En cas de crise, le préfet de zone exerce une mission de coordination et peut disposer de pouvoirs particuliers. La crise peut résulter soit, d'un événement qui a des conséquences dans plusieurs départements soit, d'une situation dont la réponse nécessite des moyens qu'un département ne peut fournir seul.

Dans de tels cas, le préfet de zone met en place une ou des dispositions générales ou spécifiques du Plan Orsec de zone. Si besoin, il prend les mesures de police administrative nécessaires à l'exercice de ce pouvoir et fait appel aux moyens publics ou privés à l'échelle de la zone. Il peut procéder à des réquisitions en tant que de besoin.

Le préfet de zone est assisté dans l'exercice de ses fonctions par un préfet délégué pour la défense et la sécurité, ainsi que par un état-major interministériel de zone de défense et de sécurité (EMIZD) qui prépare et met en œuvre les mesures concourant à la sécurité nationale, notamment en matière de sécurité civile et de gestion de crise.

■ **Les ARS de zone (ARSZ)**

Le directeur général de l'ARS de zone assiste le préfet de zone de défense et de sécurité et, à ce titre, anime et coordonne l'action de l'ensemble des ARS de la zone.

Lorsqu'un événement dépasse, par sa gravité ou son intensité, le cadre d'une seule ARS ou que les capacités de réponse du niveau régional sont insuffisantes, le niveau zonal est mobilisé pour assurer une fonction de coordination des moyens sanitaires en cohérence avec les dispositions du PZMRS. En effet, chaque ARS de zone est responsable de la déclinaison et de la mise en œuvre du PZMRS sur son territoire. L'ARS de zone exerce alors des redéploiements humains et/ou matériels tels que des moyens tactiques zonaux (PSM2, PSM pédiatrique, PSM maritime, respirateurs, unité mobile de décontamination hospitalière, héliSMUR, EPI à port immédiat et complet, etc...), des professionnels de santé et des expertises rares propres à la zone de défense et de sécurité.

■ **Le SAMU de zone et ses unités rattachées (CUMP et CESU de zone)**

Le **SAMU de zone** correspond au SAMU de l'ESR désigné par l'ARSZ. En lien avec le préfet et l'ARS de zone, le SAMU zonal joue un rôle de coordination de l'ensemble des SAMU de la zone. Il participe à la réponse zonale aux risques sanitaires exceptionnels en mobilisant les moyens spécifiques et en contribuant à l'orientation des patients vers des hôpitaux préalablement ciblés en fonction de leurs capacités techniques et du risque encouru (par exemple de type NRBC). Le SAMU de zone assure auprès de l'ARSZ une mission d'appui technique, en particulier en ce qui concerne la mise en œuvre du PZMRS.

La **CUMP de zone** est chargée de coordonner la mobilisation des cellules d'urgence médico-psychologiques de la zone de défense. Elle assure en lien avec les autres cellules d'urgence médico-psychologique régionales :

- L'appui technique à l'agence régionale de santé de zone définie à l'article L. 1435-2 pour l'élaboration du volet médico-psychologique du plan zonal de mobilisation mentionné à l'article L. 3131-11 ;
- La coordination de la mobilisation des cellules d'urgence médico-psychologiques constituées au sein de la zone de défense et de sécurité.

Le **CESU de zone** :

- Assure un rôle d'appui pédagogique aux CESU de la zone de défense et de sécurité notamment les CESU des ESRR ;

- Développe en lien avec le SAMU de zone des entrainements en vue de l'appropriation du PZMRS ;
- Contribue à l'organisation des entrainements interministériels zonaux (EIZ) sous l'égide du centre national civil et militaire de formation et d'entraînement NRBC-E (CNCMFE NRBC-E) pour la formation et l'entraînement des professionnels de santé et autres professionnels aux risques et menaces NRBC-E.

■ **Le SAMU de coordination médicale maritime**

Le SAMU de coordination médicale maritime (SCMM) est en charge de la médicalisation des opérations d'aide médicale en mer. Dans le cadre de l'AMU, il interagit avec le centre de consultation médicale maritime (CCMM) du CHU de Toulouse, les centres régionaux opérationnels de surveillance et de sauvetage (CROSS) qui assurent pour le préfet maritime la coordination des opérations de secours et le SAMU territorialement compétent.

Le SCMM assure le suivi médical pendant le déroulement de l'opération et prévoit également les moyens d'accueil à quai ou dans un établissement hospitalier.

Dans le cadre du déclenchement du dispositif ORSEC Maritime (plan de sauvetage maritime de grande ampleur – SMGA), le SCMM est l'interlocuteur direct entre le CROSS, le préfet maritime, le SAMU de zone et l'ARS de zone pour ce qui concerne la prise en charge des victimes, du navire jusqu'à la prise en charge sanitaire à terre.

LE NIVEAU RÉGIONAL

■ **Les agences régionales de santé (ARS)**

En 2010, les ARS ont été créées dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse⁵⁷, avec pour mission de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé nationale qui garantit le droit à la protection de la santé de chacun⁵⁸.

Cette création s'est accompagnée de la mise en place dans chacune d'elle d'une plateforme régionale unique de veille⁵⁹ devant assurer le pilotage de l'ensemble des missions de veille, de réception, d'analyse et de gestion des signalements, de coordination des acteurs du système de santé et celles inhérentes à la conduite de crise.

Cette plateforme constitue l'organisation fonctionnelle de référence permettant d'assurer un continuum gradué entre ces différentes missions.

Dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaire, l'ARS a pour mission⁶⁰ notamment :

- D'organiser l'observation de la santé dans la région en s'appuyant, en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé, ainsi que sur la veille

⁵⁷ Décret du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé

⁵⁸ Article L.1411-1 du code de la santé publique

⁵⁹ Instruction DGS/DUS/SGMAS/SHFDS no 2016-40 du 22 janvier 2016 relative aux principes d'organisation des missions de veille et de sécurité sanitaire et des missions relevant des domaines de la défense et de la sécurité au sein des agences régionales de santé

⁶⁰ Article L.1431-2 du code de la santé publique

sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

- De contribuer, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent et, le cas échéant, en relation avec le ministre de la défense, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

L'ARS prépare et met en œuvre le cas échéant le dispositif ORSAN. Dans le cadre des SSE, elle coordonne la réponse des acteurs du système de santé.

Le directeur général de l'ARS apporte également son soutien aux préfets de département en matière de défense et de sécurité, en lien avec les directeurs généraux des ARS de la zone.

En fonction de l'ampleur et de l'évolution de la situation, les ARS assurent une gradation dans l'organisation de leur réponse aux SSE. Trois niveaux peuvent être activés :

- Niveau 1 : veille et gestion des alertes sanitaires ;
- Niveau 2 – renforcé : la plateforme de veille et d'urgence sanitaire (PVUS) est renforcée par des personnels des différentes directions de l'ARS, selon les besoins identifiés ;
- Niveau 3 – crise : activation d'une structure de crise, la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS), renforcée par des personnels des différentes directions de l'ARS.

La décision d'activation d'un niveau opérationnel de gestion des SSE (niveau 2 ou 3) intervient sur décision du directeur général de l'ARS ou de son représentant. Si les circonstances l'imposent, le ministère ayant la santé dans ses attributions ou le HFDS peut demander l'activation d'un niveau opérationnel au niveau de l'ARS.

■ **Les établissements de santé de référence (ESR)**

Les missions de référence consistent à assurer l'expertise, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des patients pour répondre aux risques et menaces nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques. Ces missions intègrent aussi l'organisation de la prise en charge des urgences collectives et de nombreux blessés, adultes et enfants. Ces missions sont exercées, dans chaque région, par un ou plusieurs établissements de santé de référence régionaux (ESRR) désignés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'ARS. Cet arrêté précise la zone d'intervention de chacun des ESRR ainsi désignés. Un établissement de santé peut assurer une ou plusieurs de ces missions.

En complément des ESRR, des établissements de santé de référence nationaux (ESRN) désignés par arrêté du ministre chargé de la santé assurent la prise en charge des risques et menaces radiologiques, biologiques, nucléaires et chimiques dont le niveau de gravité est très élevé.

Les ESRR et ESRN assurent également une mission de formation des formateurs et référents pour les situations sanitaires exceptionnelles dans le champ de la ou les missions de référence qu'ils exercent via le CESU avec l'appui du CESU zonal. Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic nécessaires pour remplir ces missions en fonction de chacun des risques et menaces ainsi que leurs modalités d'exercice. Les hôpitaux des armées peuvent

appuyer les établissements de santé de référence, par convention signée du ministre des armées.

Pour chaque mission qui lui est attribuée, l'ESRR exerce en outre les missions suivantes :

- Mission d'expertise : l'ESRR apporte une expertise à l'ARS pour l'élaboration du dispositif ORSAN afin notamment de développer au sein de la région, les filières de prise en charge des patients et définir leurs parcours de soins dans le cadre d'une démarche de qualité structurée ;
- Mission de formation : l'ESRR assure via son centre d'enseignement des soins d'urgence, la formation des formateurs et des référents des établissements de santé dans les situations sanitaires exceptionnelles avec l'appui du centre d'enseignement des soins d'urgence de l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente de zone ;
- Mission d'animation du réseau : l'ESRR assure le développement et l'animation du réseau régional constitué des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux contribuant à la prise en charge des patients concernés dans le cadre des parcours de soins et des filières.

En complément du maintien permanent de l'opérationnalité des capacités, les ESRR doivent :

- Constituer une cellule opérationnelle rattachée au directeur général de l'établissement pour la mise en œuvre et le pilotage des actions découlant de la ou les missions de référence qui lui sont assignées ;
- Se doter, dans le cadre de son plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, de dispositions spécifiques de montée en puissance, de procédures d'organisation et de prise en charge des patients adaptées à la ou les missions assignées ;
- Disposer d'un plan de formation des professionnels de santé et des personnels répondant aux missions assignées à l'établissement ;
- Mettre en œuvre une démarche de qualité structurée portant sur les parcours de soins et les filières de prise en charge des patients correspondant à la ou aux missions assignées à l'établissement.

■ **Les cellules de soutien éthique (CSE)**

Lorsque des questions éthiques se posent, afin de mener de façon partagée une réflexion au sein de chaque établissement de santé et prendre les décisions les plus adaptées à la situation locale à un temps donné, il convient de recourir aux cellules de soutien éthique mises en place au printemps 2020 au sein des établissements de santé ou en lien avec un espace régional de réflexion éthique (ERER) dont la liste peut être consultée sur internet⁶¹. Une implication des représentants des usagers, de la direction, du personnel médical et non médical dans ces cellules est indispensable. La cellule veille à ce que les politiques de déprogrammation puissent être complémentaires entre les établissements tant publics que privés d'un même territoire. Au-delà du fonctionnement quotidien, elle s'appuie pour ses réflexions plus globales sur les ERER et la commission des usagers de l'établissement de santé.

⁶¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ethique-et-deontologie/article/qu-est-ce-qu-un-espace-de-reflexion-ethique-regional-erer>

Les ERER organisent en outre une remontée des informations issues des saisines des cellules, sur tout le territoire national, en complément de celles remontant des représentants et associations d'usagers, qui permettent d'adapter les politiques nationales.

LES NIVEAUX OPÉRATIONNELS

■ *L'aide médicale urgente (AMU) et le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)*

L'aide médicale urgente assure, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état⁶². Elle comporte un système d'alerte par lequel la victime ou les témoins peuvent demander cette aide médicale urgente et des services mobiles d'intervention.

Le **service d'aide médicale urgente**, ou **SAMU**, est le centre de régulation médicale des urgences d'une région sanitaire : il répond à la demande d'aide médicale urgente (AMU).

Le médecin régulateur du Samu régule les ressources de soins urgents, dont les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), pour lesquelles il reçoit continuellement les disponibilités et oriente les patients vers les services les plus adaptés à leurs cas.

Les SAMU sont des services hospitaliers qui ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence, en lien avec l'ARS dans le cadre de l'organisation prédéfinie au sein du schéma ORSAN.

Ils ont pour missions principales :

- D'assurer une écoute médicale permanente ;
- De déterminer et de déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- De coordonner les services médicaux d'urgences et de réanimation (SMUR) et les acteurs de l'aide médicale urgente (AMU)
- De s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix et préparer son accueil ;
- D'organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- De veiller à l'admission du patient.

La mise en œuvre de la réponse sanitaire face à une SSE nécessite une organisation structurée de l'AMU, en adéquation avec l'organisation administrative, l'ampleur et la cinétique de la situation. Ce dispositif de montée en puissance doit également prendre en compte les organisations mises en place dans le cadre de l'AMU de proximité, en particulier, le réseau des médecins correspondant du SAMU (médecins de premier recours, formés à l'urgence qui interviennent en avant-coureur du SMUR

⁶² Article L6311-1 du code de la santé publique

sur demande de la régulation médicale) et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), dans le cadre des conventions SAMU-SDIS.

En effet, dans le cas d'événements à cinétique rapide avec de nombreuses victimes, les structures de médecine d'urgence (en particulier les SAMU et les SMUR⁶³) concourent à la mise en œuvre du dispositif ORSEC-NOVI, notamment en ce qui concerne la prise en charge médicale préhospitalière des victimes ou patients.

■ **Les cellules d'urgence médico-psychologique**

Les catastrophes ou les accidents occasionnent non seulement des blessures physiques, mais aussi des blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques. Les victimes de ces blessures psychiques doivent recevoir des soins d'urgence au même titre que les blessés physiques. L'intervention rapide de médecins psychiatres, de psychologues et d'infirmiers volontaires préalablement formés composant les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) et intégrés aux équipes d'aide médicale urgente doit permettre une prise en charge immédiate et post-immédiate optimale. Cette prise en charge doit s'étendre au soin médico-psychologique des personnels et professionnels de santé et des sauveteurs.

Une CUMP est constituée dans chaque établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente (SAMU). Des psychiatres référents désignés par l'ARS sont chargés de coordonner l'activité et les moyens des CUMP avec les SAMU territorialement compétents.

Chaque référent est chargé, sous la coordination de la cellule d'urgence médico-psychologique régionale, en lien avec le SAMU territorialement compétent, d'organiser l'activité de la CUMP départementale en particulier :

- D'assurer le recrutement des volontaires et de transmettre à la CUMP régionale la liste des médecins psychiatres, des psychologues et des infirmiers volontaires pour intervenir au sein de la cellule d'urgence médico-psychologique départementale ;
- De contribuer avec le service d'aide médicale urgente (SAMU) de rattachement de la CUMP à l'élaboration du schéma type d'intervention mentionné à l'article R. 6311-27 du code de la santé publique ;
- D'organiser le fonctionnement de la CUMP et d'assurer sa coordination en particulier lors de son intervention dans les conditions prévues à l'article R. 6311-27 du code de la santé publique.

En outre, le référent :

- Participe à la formation initiale et continue des personnels et professionnels de santé de la CUMP à la prise en charge des urgences médico-psychologiques, organisée par la CUMP régionale ;
- Développe des partenariats, formalisés sous la forme de conventions notamment dans le cadre du réseau des urgences, avec les acteurs départementaux de l'aide aux victimes (services dédiés de l'éducation nationale, services dédiés des collectivités territoriales, associations d'aide aux victimes, associations agréées de sécurité civile, ...)

⁶³ Structure mobile d'urgence et de réanimation

- Établit le bilan d'activité annuel de la CUMP départementale qui est transmis à la CUMP régionale.

Les événements de grande ampleur et les situations sanitaires exceptionnelles imposent de recourir à la mobilisation de CUMP au-delà de la région et de la zone de défense et de sécurité. La mobilisation du réseau national de l'urgence médico-psychologique permet de répondre aux enjeux de prise en charge de nombreuses victimes.

■ **Les professionnels de santé de ville**

Les praticiens libéraux ainsi que les praticiens salariés des centres de santé constituent le premier maillon du parcours de santé des patients. Leur association à la préparation et à la réponse aux SSE constitue donc un facteur clé pour l'acceptation des décisions publiques par la population.

L'intervention des professionnels de santé de ville dans le champ de la veille, de la sécurité sanitaire et de la délivrance des soins est essentielle pour consolider la protection de la population en cas de situations sanitaires exceptionnelles. Il s'agit notamment de :

- L'accueil des patients dans des conditions de sécurité suffisante en matière de risque, notamment de contagion (protection des personnes accueillies, protection des personnels d'accueil en cabinet médical, protection des professionnels) ;
- La prise en charge initiale des patients et leur orientation le cas échéant, vers les filières spécialisées (ex. maladie infectieuse émergente) ;
- La participation à des actions de prophylaxie collective : campagnes de vaccination exceptionnelles, campagnes de dépistage, suivi d'expositions environnementales ;
- La participation à des actions d'information, de sensibilisation, de communication et de surveillance : par exemple, la délivrance d'informations aux patients sur les principales recommandations de prévention et de protection individuelles face aux risques sanitaires ou la participation à des actions de surveillance sanitaire, le suivi des recommandations évolutives, la surveillance de l'évolution clinique, le maintien des connaissances à jour... ;
- La participation à des dispositifs exceptionnels de soins ou de renfort (exemple : centre de dépistage ou de vaccination Covid-19, dispensaire tempête IRMA, renfort au sein des établissements de santé, etc.) ;
- La continuité des soins courants programmés et non programmés.

■ **Les établissements de santé**

En France, un établissement de santé est une structure qui assure, dans les conditions prévues par le code de la santé publique, les activités énumérées à l'article L.6111-1 du code de la santé publique, notamment le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et qui mène des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ces établissements peuvent également participer à la formation, à l'enseignement universitaire et postuniversitaire, à la recherche et à l'innovation en santé.

Les établissements de santé peuvent inscrire leur action dans le cadre du « service public hospitalier ». Les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées assurent automatiquement le service public hospitalier, alors que les établissements de santé privés doivent faire une demande d'habilitation au directeur général de l'ARS.

Un établissement public de santé a un statut de personne morale de droit public, dotée de l'autonomie financière et gérée par un directeur, assisté d'un directoire, avec le concours d'un conseil de surveillance.

Le ressort des établissements publics de santé peut être selon le cas communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont soumis au contrôle de légalité assuré, sauf exception, par le Directeur général de l'agence régionale de santé.

Chaque établissement de santé, public ou privé, doit élaborer un plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE, contenant des mesures d'organisations destinées à apporter une réponse adaptée à la nature et à l'ampleur de l'événement et assurer aux patients une prise en charge optimale. Ce plan permet notamment d'organiser l'accueil et la prise en charge d'un afflux massif de victimes lié à la survenue d'un accident, d'une catastrophe, d'une épidémie ou d'un événement climatique meurtrier et durable.

La mobilisation des établissements pour accueillir les patients après régulation par le SAMU repose sur une hiérarchisation fonctionnelle à deux niveaux : première ligne, deuxième ligne. Ces deux niveaux sont prédéfinis par l'ARS dans le schéma ORSAN et indiqués à chaque établissement. L'ARS précise ce dispositif en indiquant aux établissements leur niveau de protection NRBC requis en fonction des bassins de risques repérés dans le Document départemental des risques majeurs (DDRM), le Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et le Contrat territorial de réponses aux risques et aux effets de menaces (COTRRIM).

Toutefois, chaque établissement doit également envisager dans son plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE la possibilité d'accueillir et de prendre en charge des victimes se présentant spontanément, avant que celles-ci ne soient éventuellement réorientées vers les établissements adaptés à leur état de santé.

Chaque établissement de santé public ou privé veille à actualiser annuellement les dispositions de son plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE.

■ **Les établissements médico-sociaux**

Un établissement ou service social ou médico-social (ESMS) est un établissement public ou privé relevant de la politique sociale en France.

Au regard des catégories de population prises en charge (mineurs en danger, personnes handicapées, personnes âgées, adultes atteints de maladies chroniques, personnes en situation d'exclusion) et des origines des fonds servant à rétribuer les prestations qu'ils délivrent (assurance maladie, aide sociale départementale, aide sociale de l'État), ces ESSMS relèvent de l'autorité soit du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), soit du président du Conseil départemental, soit du préfet de région, soit de plusieurs d'entre eux s'il existe une compétence conjointe.

L'élaboration d'un plan bleu, sous la responsabilité du directeur de l'établissement médico-social, permet aux établissements médico-sociaux de s'inscrire dans une démarche qualité en réalisant un bilan exhaustif de leurs capacités de fonctionnement usuelles et en évaluant leur réactivité face à une SSE voire en situation de crise.

Cet outil de gestion permet :

- D'anticiper les conséquences d'un risque qui a été identifié,
- D'améliorer la réactivité en cas d'alerte,
- De réfléchir aux dispositions à prévoir pour adapter au mieux son organisation et préserver ainsi de façon optimale le bien-être et la santé des résidents.

■ **Le service d'incendie et de secours (SIS)**

Les services d'incendie et de secours (SIS) sont des acteurs de la sécurité civile. Ils sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies⁶⁴. Ils concourent, avec les autres services et professionnels concernés, à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours et aux soins d'urgence.

Dans le cadre de leurs compétences, les services d'incendie et de secours exercent les missions suivantes :

- La prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- La préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- La protection des personnes, des animaux, des biens et de l'environnement.

Les secours et les soins d'urgence aux personnes ainsi que leur évacuation, lorsqu'elles sont :

- Victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ;
- Présentent des signes de détresse vitale ;
- Présentent des signes de détresse fonctionnelle justifiant l'urgence à agir.

Les secours et les soins d'urgence aux personnes ainsi que leur évacuation font partie de leur champ de compétence. Les opérations de secours sont constituées par un ensemble d'actions ou de décisions caractérisées par l'urgence qui visent à soustraire les personnes, les animaux, les biens et l'environnement aux effets dommageables d'accidents, de sinistres, de catastrophes, de détresses ou de menaces. Elles comprennent les opérations réalisées dans le cadre des missions définies ci-dessus.

Des interventions peuvent être demandées aux S-IS par la régulation médicale des SAMU en dehors des missions propres des SIS. Les S-IS peuvent aussi mettre à disposition, par voie de convention avec les ES, certains de leurs moyens, tels que les personnels et moyens de transports sanitaires.

Signataires de conventions avec l'établissement de santé siège du SAMU, les S-IS concourent, notamment par leurs services de santé et de secours médical (SSSM), à l'aide médicale urgente. Ils collaborent avec les ARS dans le cadre de la mise en

⁶⁴ Article L1424-2 du code général des collectivités territoriales

cohérence des schémas régionaux de santé (SRS) avec les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR).

Leur mobilisation est immédiate, sous l'autorité du préfet, lors de situations exceptionnelles définies dans le cadre du dispositif ORSEC.

■ **Les associations agréées de sécurité civile (AASC)**

Des agréments de sécurité civile sont délivrés aux associations susceptibles d'apporter leur concours aux missions ci-après constituant le cœur de leur activité prévu à l'art L. 725-3 du code de la sécurité intérieure :

- La participation aux opérations de secours (agrément A) ;
- La participation aux actions de soutien et d'accompagnement des populations victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes (agrément B) ;
- La participation à l'encadrement des bénévoles dans le cadre des actions de soutien aux populations, afin de contribuer à coordonner l'action des bénévoles spontanés, des associations autres qu'agréées de sécurité civile et des membres des réserves communales de sécurité civile (agrément C) ;
- Les dispositifs prévisionnels de secours - DPS, dans le cadre de grands rassemblements (agrément D).

Au titre des agréments A, B et C, les AASC sont engagées à la demande de l'autorité de police compétente (maire ou préfet dès lors que le concours est sollicité au titre d'une crise dont les effets affectent plusieurs communes) désignée « directeur des opérations de secours » (DOS) et sous l'autorité du commandant des opérations de secours (COS), officier de sapeurs-pompiers chargé de mettre en œuvre les moyens du secours.

Dans le cas d'une participation aux opérations de secours (agrément A) et sous réserve de la signature d'une convention dédiée avec le service d'incendie et de secours territorialement compétent, les AASC sont susceptibles de mettre en œuvre des évacuations d'urgence hors transport sanitaire.

Dans le cas de la mise en œuvre d'un DPS (agrément D), les véhicules de premiers secours à personne (VPSP) permettent d'acheminer une victime du point où elle se situe vers un poste de secours ou d'un poste de secours vers une structure hospitalière sur ordre du médecin régulateur. Ils bénéficient de la qualité de véhicule d'intérêt général bénéficiant de facilités de passage

Dans le cadre de leurs relations avec la prévention et la santé, les AASC contribuent notamment à apporter un appui aux CUMP pour la mise en œuvre de poste d'urgence médico-psychologique (PUMP). Cette contribution est formalisée par convention entre la ou les AASC et l'établissement de santé siège de la CUMP. Les circonstances sanitaires exceptionnelles liées à l'épidémie de Covid-19 ont impliqué l'engagement des associations agréées de sécurité civile sur un spectre large de missions.

■ **Les forces de sûreté intérieure (FSI)**

Les forces de sûreté intérieure (police et gendarmerie), chargées de l'ordre public et de la sécurité des personnes et des biens, peuvent avoir un rôle à jouer dans la gestion de certains risques ou de certaines crises. Le plan de sécurisation

d'établissement (PSE) prévoit l'implication des FSI se trouvant à proximité de l'établissement dans :

- La prévention et l'évaluation des risques d'actes malveillants ;
- Le soutien à la sécurisation de l'établissement en cas d'intrusion malveillante.

Ainsi, les FSI présentes à proximité de l'établissement ont vocation à être impliquées dans la planification de la sécurisation et dans les démarches de sécurisation de l'ES.

LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DE NOMBREUSES VICTIMES

L'ORGANISATION DES SECOURS PRÉ-HOSPITALIERS ET DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE

La prise en charge initiale des patients en cas d'accident, de sinistre ou de catastrophe, repose sur la mise en place sur le terrain, le plus rapidement possible, d'une structure de commandement de soins et de régulation médicale. Les principales missions des premières équipes médicales envoyées sur le terrain reposent, en effet, sur l'évaluation, le renseignement et le début de mise en place de la chaîne médicale. Pour permettre à chaque victime d'être médicalement vue, traitée et orientée, un PMA peut être mis en place. Il permet le regroupement des victimes, leur catégorisation, la dispensation éventuelle des premiers soins pour permettre leur évacuation et enfin d'établir un ordre de priorité pour l'évacuation des blessés vers les structures de soins adaptées à l'état de chaque victime après régulation.

La catégorisation des victimes s'effectue selon la gravité de la pathologie :

- Victimes blessées : urgence absolue (UA) dont les extrêmes urgences (EU) et urgence relative (UR) ;
- Victimes non blessées physiquement : impliqués concernés directement par l'évènement compte tenu de sa proximité géographique avec les faits, et/ou de son exposition au risque, pouvant avoir besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique. Les impliqués sont accueillis au centre d'accueil des impliqués (CAI).

Sous l'autorité du préfet, l'ARS assure la coordination de la réponse sanitaire en lien avec le SAMU territorialement compétent et assure la continuité du parcours de soins des victimes dans le système de santé en déclenchant le ou les plans ORSAN adaptés.

Le directeur des opérations (DO) assure la direction des opérations : il s'agit en général du préfet de département. Il est assisté par le commandant des opérations de secours (COS). Ce dernier est chargé de la mise en œuvre de tous les moyens publics et privés mobilisés pour l'accomplissement des opérations de secours⁶⁵ et prend les mesures nécessaires à la protection de la population et à la sécurité des personnels engagés. Le COS assure le commandement des opérations de secours. Pour mener à bien sa mission, il dispose notamment d'un directeur des secours médicaux (DSM).

Le DSM est un médecin qui intervient sous l'autorité du COS parfaitement rompu et formé à l'organisation des secours et des soins médicaux d'urgence et disposant d'une connaissance des filières de prise en charge hospitalière afin d'initier le parcours de soins des patients. Il appartient au préfet de désigner au préalable des médecins de ces services pouvant intervenir en tant que DSM. Pour cela, il tient compte de l'expérience, de la connaissance des dispositifs de secours, d'une activité régulière en médecine d'urgence préhospitalière du médecin et d'une formation interministérielle de DSM délivrée depuis 2019, sous l'égide du

⁶⁵ Article L1424-4 du code général des collectivités territoriales

ministère de l'intérieur, du ministère des armées et du ministère chargé de la santé sur la base d'un référentiel national.

Pour permettre une prise en charge adaptée et éviter la saturation du PMA, il est nécessaire de prévoir une zone d'accueil pour les personnes ayant subi un traumatisme psychique important et les impliqués. Leur prise en charge immédiate et post-immédiate par des médecins psychiatres, psychologues et infirmiers préalablement formés et intégrés aux unités d'aide médicale urgente, permet de limiter l'installation des troubles de stress post-traumatique.

Les informations médicales, la catégorisation ainsi que l'identification de la victime sont indiquées sur la « fiche médicale de l'avant » qui correspond à un dossier médical spécifique aux SSE. Un système d'information numérique standardisé dénommé « SINUS » a été mis en place à partir de 2009 en Ile de France, puis généralisé à l'ensemble de la France à partir de 2016 à l'initiative de la Direction générale de la Sécurité civile et de la gestion des crises (DGSCGC). Cet outil est consultable par un portail internet. Il vise notamment à faciliter le dénombrement et à terme la traçabilité des victimes. Chaque victime prise en charge par les équipes pré-hospitalières est dotée d'un identifiant matérialisé par un bracelet à code-barres, et d'une fiche de l'avant associée au numéro d'identifiant SINUS. L'ensemble des informations concernant les victimes sont transférées en temps réel sur une base de données, accessibles *via* internet aux catégories de personnels autorisés⁶⁶. L'interface avec les logiciels hospitaliers permet de compléter les données identitaires.

Dès que la victime a été mise en condition pour permettre son évacuation vers un centre de soins public ou privé, un contact est pris avec la régulation médicale du SAMU départemental. Le médecin chargé des évacuations, en lien avec le médecin régulateur oriente le patient en fonction de la pathologie et des disponibilités d'accueil, choisi le vecteur de transport et décide d'une éventuelle médicalisation. La régulation de l'événement peut être déportée sur le terrain en tant que de besoin.

Pour faire face à des situations d'attentats, notamment multi-sites, les principes d'organisation du secours à personne et de l'AMU doivent être adaptés aux spécificités de la prise en charge des blessés par armes de guerre ou par des engins explosifs⁶⁷. Sans remettre en question la doctrine, le concept de PMA doit être rendu plus souple et adapté à l'état des victimes, aux circonstances et à la configuration du terrain. Ce concept peut donc évoluer vers la mise en place d'un ou de plusieurs points de regroupement des victimes (PRV) permettant la médicalisation *a minima* et une évacuation, rapide mais régulée, vers des établissements identifiés selon le dispositif ORSAN notamment son plan ORSAN AMAVI pour la prise en charge des blessés. Aussi, afin de ne pas entraîner de perte de chance pour les victimes, les prises en charge de victimes de type « scoop and run » non régulées sont proscrites. En effet, elles exposent notamment à des erreurs d'orientation provoquant une désorganisation de la prise en charge hospitalière compromettant la qualité et la sécurité des soins. À titre exceptionnel et en dernier recours, si des équipes de secours sont dans l'obligation opérationnelle de transporter des victimes non médicalisées et sans régulation médicale préalable par le SAMU, il est indispensable que lors du transport l'équipe prenne contact avec la régulation médicale du SAMU pour orienter la victime vers l'établissement de santé adéquat.

⁶⁶ Liste mentionnée dans l'arrêté du 4 février 2015 modifiant l'arrêté du 17 février 2010 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « système d'information numérique standardisé » (SINUS)

⁶⁷ Instruction du 4 mai 2016 relative à la préparation de situations exceptionnelles de type attentats multi-sites

Lors de situations exceptionnelles comportant un risque de transfert de contamination chimique ou radiologique vers les structures de soins, des chaînes de décontamination auxquelles peuvent participer les équipes SMUR (entraînées et dotées d'équipements de protections individuelles) doivent être mises en place sur le terrain, permettant une décontamination approfondie des victimes avant évacuation vers les structures de soins.

L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Après une prise en charge et une catégorisation au niveau du PMA ou à partir d'un point d'évacuation si le PMA n'est pas mis en place, les patients sont transportés vers les établissements d'accueil. Ceux-ci doivent être en mesure d'organiser rapidement leur service d'urgence pour permettre une prise en charge immédiate des patients. Tous les établissements de santé de par leur vocation ou leur organisation, ne peuvent pas jouer le même rôle dans la gestion d'un afflux de victimes. Leur mobilisation pour accueillir des patients après régulation par le SAMU repose sur une hiérarchisation fonctionnelle à 3 niveaux : première ligne, deuxième ligne et troisième ligne.

L'ARS prédéfinit dans les plans ORSAN le rôle dévolu aux établissements de santé pour chaque situation exceptionnelle considérée. Toutefois, chaque établissement doit envisager dans son plan blanc la possibilité d'accueillir et de prendre en charge des victimes se présentant spontanément, avant que celles-ci ne soient réorientées vers les établissements adaptés à leur état, après régulation par le SAMU.

Pour les catastrophes à effet limité et à cinétique lente, les services d'urgences disposent d'un peu de temps pour s'organiser. En revanche, lors d'un événement majeur à cinétique rapide (attentat, épidémie, catastrophe), les patients affluent rapidement vers le service d'urgence voire l'établissement de santé le plus proche, qui se retrouve alors en première ligne.

Pour permettre l'accueil d'un grand nombre de victimes, l'établissement doit s'inspirer de l'organisation d'un PMA et activer la fonction de directeur médical de crise (DMC). Les locaux utilisables peuvent alors être ceux du service d'accueil des urgences mais il semble nécessaire également que les établissements de santé sanctuarisent un secteur adapté à un accueil grand volume, équipé de fluides et de matériel dédié à ce type d'événement, distinct du SU et sécurisable.

Un tri médical à l'entrée est réalisé pour déterminer les priorités de traitement et un « secrétariat d'entrée » doit rapidement se mettre en place. L'ensemble des informations relatives aux patients (identité corrélée au numéro d'identification attribué à l'avant et pathologie) est transmis en temps réel à la CCH de l'établissement pour permettre un suivi des prises en charge hospitalières.

Pour éviter l'engorgement du service d'urgence, certains soins peuvent être prodigués dans les services de soins, notamment, pour les patients dont l'état nécessite une hospitalisation.

Pour augmenter la capacité d'hospitalisation au sein d'un service, il peut être décidé, en lien avec un médecin expérimenté, de procéder à des sorties anticipées et des transferts vers d'autres services. La CCH est tenue informée de tout transfert ou sortie de patients et gère les transports sanitaires en lien avec le SAMU.

Pour assurer le suivi de la prise en charge en temps réel des patients hospitalisés, les établissements de santé disposent d'un système d'information dédié (SI-VIC).

En tant que de besoin le PSE est activé de même pour les mesures de continuité d'activité au titre du PCA.

LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Le dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique est institué au profit des victimes de catastrophes, d'accidents impliquant un grand nombre de victimes, ou d'événements susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent (attentats, risques NRC).

Les catastrophes ou les accidents occasionnent non seulement des blessures physiques, mais aussi des blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques. Les victimes de ces blessures psychiques doivent recevoir des soins d'urgence au même titre que les blessés physiques. L'intervention rapide de professionnels composant les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP - médecins psychiatres, psychologues infirmiers volontaires) et intégrés aux équipes de l'AMU doit permettre une prise en charge immédiate et post-immédiate adaptée aux victimes. Elle a pour objet de réduire et de traiter ces blessures rapidement à proximité du lieu de la catastrophe ou de l'accident, ou à distance, en zone sécurisée, en cas d'attentat ou de risque NRC, pour éviter l'installation de pathologies psychiatriques chroniques.

Les professionnels des CUMP ont également pour mission d'assurer, en tant que de besoin, des soins psychologiques aux équipes médicales et aux sauveteurs.

A. L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE PAR LES ARS

L'ARS organise la prise en charge des urgences médico-psychologiques dans le cadre de l'AMU. A ce titre, elle organise le dispositif de l'urgence médico-psychologique au niveau départemental, régional et zonal quand elle est également ARS de zone.

Une CUMP est constituée dans chaque établissement siège du SAMU. Elle est composée de personnels et professionnels spécialistes ou compétents en santé mentale formés, affectés pour tout ou partie de leur activité à cette CUMP. L'activité de chacune d'elle est coordonnée par un psychiatre référent, responsable de l'unité fonctionnelle CUMP, ou le cas échéant par un psychologue référent ou un infirmier référent désigné par l'ARS. Son rôle consiste notamment à :

- Assurer le recrutement des volontaires et de transmettre à la CUMP régionale la liste des médecins psychiatres, des psychologues et des infirmiers volontaires pour intervenir au sein de la CUMP départementale ;
- Contribuer avec le SAMU de rattachement de la CUMP à l'élaboration du schéma type d'intervention ;
- Organiser le fonctionnement de la CUMP et assurer sa coordination.

La CUMP n'a pas vocation à assurer le suivi des patients nécessitant une prise en charge médico-psycho-traumatologique au-delà des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines au maximum). Le relais de cette prise en charge fait l'objet d'une organisation définie et formalisée par l'ARS dans le cadre du plan MÉDICO-PSY du dispositif ORSAN, en liaison avec la CUMP et les établissements de santé autorisés

en psychiatrie, les hôpitaux d'instruction des armées, l'Institution nationale des Invalides et les praticiens libéraux dans un objectif de parcours de soins personnalisé.

La CUMP a notamment pour mission :

- De mettre en place un ou plusieurs PUMP installés dans la mesure du possible à proximité du PMA ou en tout lieu approprié, notamment dans les établissements de santé et les centres d'accueil des impliqués ;
- D'assurer la traçabilité des victimes prises en charge dans le ou les PUMP ;
- De prodiguer des soins médico-psychologiques immédiats aux victimes et à toutes personnes impliquées dans l'événement y compris les professionnels de santé et sauveteurs et de faire évacuer, après régulation par le SAMU, les victimes nécessitant une hospitalisation vers les établissements ;
- De délivrer un certificat médical descriptif des lésions médico-psychologiques aux victimes prises en charge au PUMP et de leur remettre la note d'information conformément aux modèles nationaux ;
- D'organiser en tant que de besoin et en lien avec le SAMU, une réponse médico-psychologique téléphonique (PUMP téléphonique) afin d'apporter une réponse adaptée aux victimes ;
- De dispenser des soins post-immédiats aux patients le nécessitant et de les orienter le cas échéant vers un dispositif de suivi adapté.

La CUMP coordonne, dans le domaine qui la concerne, l'action des autres acteurs contribuant à l'aide et au soutien des victimes.

Les soins prodigués par les psychiatres, psychologues et infirmiers de la CUMP sont consignés dans un dossier de soins pour chaque patient pris en charge. Par ailleurs, l'homogénéité de la prise en charge lors d'un événement majeur est essentielle. A ce titre, un référentiel de formation des professionnels des CUMP et un corpus de documents types pour la prise en charge des victimes ont été élaborés.

L'ARS peut désigner parmi les CUMP départementales des CUMP dites « renforcées » qui concourent à la mission de coordination régionale⁶⁸, notamment pour la formation des professionnels des CUMP et la continuité des soins médico-psychologiques. Elle désigne également la CUMP dite « régionale » qui assure une mission de coordination des CUMP départementales et des CUMP départementales « renforcées » de la région.

B. LA MOBILISATION EXTRAREGIONALE DES CUMP

Les événements de grande ampleur et les SSE imposent de recourir à la mobilisation de CUMP au-delà de la région. La prise en charge des urgences médico-psychologique au niveau de la zone de défense et de sécurité est coordonnée par la CUMP zonale, constituée au sein de l'ESR siège du SAMU de zone⁶⁹.

Le réseau national de l'urgence médico-psychologique, constitué par l'ensemble des CUMP, permet de répondre aux enjeux de prise en charge de nombreuses victimes dans le cadre d'une réponse graduée et adaptée aux besoins de la population impactée. Il est coordonné par un psychiatre référent national et est mobilisé par le ministre chargé de la santé :

⁶⁸ Mentionnée à l'article R6311-25-1 du code de la santé publique

⁶⁹ Mentionné à l'article R3131-7 du code de la santé publique

- En cas de SSE nécessitant des renforts en moyens médico-psychologiques dépassant ceux de la zone de défense et de sécurité impactée ;
- Lorsque les opérations sanitaires internationales nécessitent des moyens médico-psychologiques.

C. LES MODALITES DE PARTICIPATION A LA CUMP

Les personnels et professionnels de santé qui se sont portés volontaires pour intégrer une CUMP sont inscrits sur une liste arrêtée par l'ARS, recensant les équipes susceptibles d'intervenir. Ils peuvent exercer dans un établissement ou à titre libéral et doivent pouvoir se rendre rapidement disponibles pour intervenir dès lors qu'une prise en charge immédiate de victimes est nécessaire.

La participation des personnels et professionnels salariés ou exerçant à titre libéral à la CUMP est subordonnée à la signature d'une convention, qui comprend notamment les modalités d'information, d'alerte, de mise à disposition, de formation, de mobilisation des membres de la cellule, d'indemnisation et de récupération. La signature de cette convention constitue une obligation réglementaire qui s'impose aux établissements concernés.

Seuls les personnels et professionnels pour lesquels la convention a été approuvée par le DG ARS peuvent figurer sur la liste des membres de la CUMP.

En SSE, le psychiatre coordinateur (psychiatre référent de la CUMP départementale impactée ou le cas échéant, de la CUMP régionale ou de la CUMP zonale) désigné par l'ARS organise en tant que de besoin l'accueil en un point unique, le recensement et l'intégration de ces volontaires dans le dispositif médico-psychologique selon les critères suivants :

- Les volontaires sont des professionnels de la santé mentale en mesure d'attester de leur état professionnel ;
- Ils signent un document d'engagement à s'intégrer dans le dispositif d'urgence médico-psychologique, à y exercer sous la responsabilité du coordonnateur du PUMP et à se conformer aux bonnes pratiques de l'urgence médico-psychologique.

L'ORGANISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES, DES FAMILLES ET DES PROCHES

Lors de la survenue d'un accident collectif, le préfet de département met en place, en tant que de besoin, un dispositif d'accompagnement et de soutien aux victimes et à leurs familles ou proches, en lien avec l'autorité judiciaire et en veillant à la validation des informations susceptibles de faire l'objet d'une communication.

Lors de la survenance d'événements exceptionnels mettant en jeu la sécurité des personnes, le préfet peut activer une CIP conformément aux dispositions ORSEC. Mise en place très rapidement, elle a pour mission d'apporter une réponse fiable aux appelants, de diffuser des consignes de comportements, de recueillir des informations et de réorienter les appels le cas échéant. Elle apporte une information générale mais assure également l'information des familles et des proches de victimes, en les orientant si besoin vers les services compétents. Le numéro de la CIP (correspondant au NNIP) est communiqué au public par tous moyens et notamment par l'intermédiaire des médias.

Le ministère de la justice (SADJAV) s'assure de la prise en charge des victimes et de leurs familles par les services compétents (préfectures, collectivités, CUMP, établissements de santé) et peut proposer des dispositifs aux autorités locales, lieux d'accueil et numéros dédiés. La cellule *InfoPublic* s'articule avec les dispositifs ministériels ou préfectoraux préexistants, notamment les CIP activées localement par les préfets. *InfoPublic* peut venir renforcer une CIP ou la remplacer en cas d'insuffisance des moyens locaux face à l'ampleur ou à la durée d'une situation de crise majeure.

Le préfet peut décider de mettre en place un CAF destiné à prendre en charge les victimes et leurs proches. Le CAF permet aux personnes recherchant un proche de se signaler, d'être informées de la situation de la personne qu'elles recherchent, de bénéficier d'un soutien et d'une prise en charge médico-psychologique adaptée. Dans un second temps, il peut également accueillir l'ensemble des victimes pour leur proposer un accueil, une prise en charge médico-psychologique et une information sur leurs droits et les premières démarches à effectuer.

En amont de l'identification des victimes décédées, les familles se présentant spontanément à l'IML sont orientées vers le CAF. Une coordination est nécessaire entre le CAF, la CUMP, l'IML et *InfoPublic* pour assurer l'accueil et l'accompagnement des familles endeuillées, une fois la victime décédée formellement identifiée.

Le procureur de la République du lieu de survenance des faits ou le PNAT s'il s'est saisi, peut immédiatement requérir l'association d'aide aux victimes localement compétente.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

A

ABM : Agence de la biomédecine

ACSS : Accompagnement cybersécurité des structures de santé

AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

AMU : Aide médicale urgente

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ANSP : Agence nationale de santé publique

ANSSI : Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information

ARS : Agence régionale de santé

AS : Autorisation avec servitudes

ASIP Santé : Agence Française de la sécurité numérique

ASN : Autorité de sûreté nucléaire

B

Biotox : plan d'intervention spécialisé dans le domaine biologique

C

CAF : Centre d'accueil des familles

CESU : Centre d'enseignement des soins d'urgence

CCH : Cellule de crise hospitalière

CH : Centre hospitalier

CHI : Centre hospitalier intercommunal

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CIIPAV : Cellule interministérielle d'information du public et d'aide aux victimes

CIC : Cellule interministérielle de crise

CMA : Centre médical des armées

CME : Commission médicale d'établissement

CMIA : Centre médical interarmées

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNFSU : Commission nationale des formations aux soins d'urgence en situation sanitaire normale et exceptionnelle

CNP : conseil national professionnel

CNUH : Conseil national de l'urgence hospitalière

COD : Centre opérationnel départemental

CODAMUPS-TS : Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

COS : Commandant des opérations de secours

COTRRIM : Contrat Territorial de Réponses aux Risques et aux effets de Menaces

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRAPS : Cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire CRRA : Centre de réception et de régulation des appels

CRRA : Centre de réception et de régulation des appels

CUMP : Cellule d'urgence médico-psychologique

D

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

DDRM : Dossier départemental sur les risques majeurs naturels et technologiques

DG : Directeur général

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DGSCG : Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises

DMC : Directeur médical de crise

DOS : Directeur des opérations de secours

DPC : Développement professionnel continu

DRH : Directeur des ressources humaines

E

EFS : Établissement français du sang

EPI : Équipement de protection individuelle

ESMS : Établissements et services médico-sociaux

ESR : Établissement de santé de référence

ETS : Établissement de transfusion sanguine

F

FEDORU : Fédération des observatoires régionaux des urgences

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

FHF : Fédération hospitalière de France

FHP : Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France

FHP MCO : Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France spécialisés en médecine, chirurgie et obstétrique

FSI : Forces de sécurité intérieure

G

GHT : Groupement hospitalier de territoire

H

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HFDS : Haut fonctionnaire de défense et de sécurité

HIA : Hôpital d'instruction des armées

I

IML : Institut médico-légal

M

MARS : Message d'alerte rapide sanitaire

MSS : Ministère des solidarités et de la santé

N

NOVI : Nombreuses victimes

NRBC-E : Nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosif

O

ORSAN : Organisation du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

ORSEC : Organisation de la sécurité civile

ORU : Observatoires régionaux des urgences

P

PBE : Plan blanc élargi

PCA : Plan de continuité d'activité

PCS : Plan communal de sauvegarde

PCA : Plan de continuité d'activité

PFR : Point focal régional

PMA : Poste médical avancé

POI : Plan d'opération interne

PPI : Plan particulier d'intervention

PPP : Plan particulier de protection

PRVH : Point de regroupement des victimes hospitalier

PSE : Plan de sécurisation d'établissement

PSM : Poste sanitaire mobile

PUI : Pharmacie à usage intérieur

PUMP : Poste d'urgence médico-psychologique

PZMRS : plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires

R

RETEX : Retour d'expérience

ROR : Répertoires opérationnels des ressources

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

RSI : Règlement sanitaire international

RSSI : Responsable de la sécurité des systèmes d'information

S

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAS : Service d'accès aux soins

SI : Système d'information

SISAC : Système d'information sanitaire des alertes et des crises

SIVIC : Système d'information des victimes

SU : Structure des urgences

SDACR : Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques

SDIS : Services départementaux d'incendie et de secours

SGDSN : Secrétariat général de la Défense et de la Sécurité nationale

SPILF : Société de pathologie infectieuse de langue française

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

SRP : Schéma régional de prévention

SSA : Service de santé des armées

SSE : Situation sanitaire exceptionnelle

SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle

SSSM : Service de santé et de secours médical

U

UA : Urgence absolue

UIVC : Unité d'identification de victimes de catastrophes

UR : Urgence relative

URPS : Union régionale des professionnels de santé

USC : Unité de surveillance continue

USPPI : Urgence de santé publique de portée internationale

RÉFÉRENCES LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- Articles L. 3131-7 et L. 3131-11
- Articles R. 3131-4 à R. 3131-11

ARRÊTÉS

- Arrêté du 30 décembre 2014 modifié relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
- Arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique et aux conditions de participation des personnels et professionnels à une cellule d'urgence médico-psychologique
- Arrêté du 27 décembre 2016 modifié fixant les modalités de l'organisation de l'urgence médico-psychologique
- Arrêté du 4 février 2015 modifiant l'arrêté du 17 février 2010 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « système d'information numérique standardisé » (SINUS)

INSTRUCTIONS

- Instruction DGS/VSS/2024/16 relative au renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles et à l'organisation territoriale de leur gestion.
- Instruction DGS/CORRUSS/DGOS/USID n°2014-339 du 5 décembre 2014 relative à la mise en place des boîtes mails fonctionnelles pour les alertes sanitaires dans les établissements de santé
- Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé
- Instruction n° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique
- Instruction interministérielle du 10 novembre 2017 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme
- Instruction interministérielle DGS/VSS/ministère de la justice en date du 15 novembre 2017 relative à l'articulation de l'intervention des cellules d'urgence

CIRCULAIRES

- Circulaire relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures du 1^{er} juillet 2019
- Circulaires du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale
- Circulaire de la chancellerie aux juridictions du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale

- Circulaire du 25 avril 2012 relatives à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale

CONTRIBUTEURS

Les fonctions mentionnées ci-après sont celles occupées par les contributeurs au moment où ils ont été sollicités pour participer aux travaux d'actualisation du guide en 2019 et pour l'actualisation de 2024.

CONTRIBUTEURS DE L'ACTUALISATION DE 2024

- Pr Nadia AISSAOUI, conseillère médicale auprès de la directrice générale (DGOS)
- Dr Antoine AUBRION, praticien Hospitalier SAMU 14 - CHU de Caen, mission SI-ORSAN
- Dr Aurélie AVONDO-RAY, conseillère médical pour les crises sanitaires (DGOS)
- Dr Thomas BAUGNON, conseiller médical innovation managériale et organisationnelle (DGOS)
- Mme Marie BAVILLE, sous-directrice veille et sécurité sanitaire (DGS)
- Mme Anne BELLANGER, chargée de mission « Relations avec les usagers et expérience patient » (DGOS/SR3)
- Dr Catherine BERTRAND, praticien hospitalier, responsable de l'UF CESU-SAMU 94, au CHU Henri Mondor, référent zonal NRBC
- M. Bast BIDAR, chargé de mission « gestion des risques techniques associés aux soins » (DGOS/PF2)
- Mme Roselyne BOQUET, chargée de mission « Soins critiques » (DGOS/R3)
- M. Olivier BRAHIC, sous-directeur adjoint veille et sécurité sanitaires (DGS)
- Mme Michelle BRONNER, adjointe au chef de bureau « Premier recours » (DGOS/R2)
- Mme Ingrid CALLIES, chargée de mission « Droits des usagers, éthique et évaluation » (DGOS/SR3)
- Pr Pierre CARLI, président du conseil national de l'urgence hospitalière
- M. Jérémie CARRÉ, chargé de mission (DGS)
- Dr Julien CARRICABURU, chef de projet auprès de la Directrice générale (DGOS)
- Mme Flavie CHATEL, cheffe de projet à la mission COREB nationale
- Dr Jean-Marc CHAPPLAIN, service de maladies infectieuses et tropicales au CHU de Rennes
- Mme Sophie CHAUMIEN-CZUWAK, adjointe à la sous-directrice veille et sécurité sanitaire (DGS)
- Mme Emmanuelle COHN, adjointe à la sous-directrice « Pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins » (DGOS/PF)
- M. Jean-Malo DEAN, chef de projet au bureau de préparation aux crises (DGS)
- M. Enzo DELVECCHIO, chargé de mission (DGS)

- M. Isaac DESVEAUX, interne de médecine d'urgence (DGS)
- Pr Stephan EHRMANN, conseiller médical auprès de la directrice générale (DGOS)
- M. Vamara FOFANA, chargé de mission (DGS)
- Dr Alexandra FOURCADE, cheffe du bureau « Usagers de l'offre de soins » (DGOS/SR3)
- Mme Cécile HENRY, cheffe du bureau de « préparation aux crises » (DGS/VSS2)
- Mme Agnès LAFOREST-BRUNEAUX, cheffe du bureau « Accès aux produits de santé et sécurité des soins » (DGOS/PF2)
- Dr Christophe LEROY, chef du service gestion des crises sanitaires, DOMU – APHP
- Mme Jessica MICHEL, chargée de mission auprès de la Directrice générale (DGOS)
- Anne-Noëlle MACHU, chargée de mission « Personnes âgées » (DGOS/R4)
- Jean-Emmanuel PAILLON, chargé de mission au secrétariat général des Ministères sociaux
- M. Médéric PAJOT, mission SSE au CHU de Rennes
- M. Alexis PERNIN, chef du bureau des risques infectieux émergents (DGS)
- Dr Jean-Marc PHILIPPE, conseiller médical (DGS)
- M. Christopher POISSON-CALAIS, adjointe à la cheffe du bureau « Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës » (DGOS/R3)
- M. Marie-Gabrielle RIETSCH, chargée de mission « Systèmes d'information coordination des soins et parcours » (DGOS/PF5)
- Pr. Eric ROUPIE †, chef du pôle de médecine d'urgence au CHU Rouen
- Dr Mohamed SAIDANI, mission SSE au CHU de Rennes
- Mme Marie-Odile THÉVENON, cheffe du bureau « Données de pilotage et aide à la décision » (DGOS/SR5)

CONTRIBUTEURS DE LA PREMIÈRE ÉDITION DE 2019

COORDINATION DE LA RÉDACTION

- M. Olivier BRAHIC, sous-directeur adjoint veille et sécurité sanitaires à la DGS
- Mme Clémence CHARRAS, cheffe de bureau du premier recours à la DGOS
- Mme Delphine Colle, cheffe du bureau préparation aux crises à la DGS
- Dr Dominique FELTEN, conseiller médical auprès de la Directrice générale de l'offre de soins
- Mme Cécile HENRY, cheffe de projets préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles à la DGS
- Dr Jean-Marc PHILIPPE, conseiller médical du Directeur général de la santé

COMITÉ DE PILOTAGE

- Mme Katia BARRO, responsable adjoint du pôle offre de soins à la fédération hospitalière de France (FHF)
- M. Thierry BECHU, délégué Général de la Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France spécialisés en médecine, chirurgie et obstétrique (FHP MCO)
- Dr Carole BERTHELOT, Directrice de la sécurité sanitaire et santé environnementale à l'ARS Hauts-de-France
- M. Pierre BLONDEL, chargé de mission défense et sécurité à l'ARS Hauts de France
- Dr François BRAUN, Président de SAMU-Urgences de France
- Mme Sophie BUSQUET DE CHIVRÉ, juriste à la FHP MCO
- Pr Pierre CARLI, Président du Conseil national de l'urgence hospitalière
- M. David CAUSSE, coordonnateur du pôle santé-social et Directeur du secteur sanitaire à la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)
- Mme Catherine CHOMA, Directrice de la santé publique à l'ARS Occitanie
- Pr Jean-Emmanuel DE LA COUSSAYE, chef de service des Urgences SAMU/SMUR du CHU de Nîmes, représentant la conférence nationale des Présidents de CME de CHU
- Dr Valérie DENUX, médecin en chef, officier de liaison du service de santé des armées au Secrétariat général des ministères sociaux
- Dr. Isabelle DROUILLARD, pharmacien en chef, officier de liaison du service de santé des armées au Secrétariat général des ministères sociaux
- Dr Anne-Marie DURAND, Directrice de la santé publique à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
- Mme Claudine FLAGEL, responsable du pôle « Alertes, risques et vigilances » à l'ARS Occitanie
- Loïc LE GALL, chef de l'unité planification de défense dans le service du haut fonctionnaire de défense et de sécurité
- Dr Thierry GODEAU, Président de la conférence nationale des Présidents de CME de CH
- Dr Bernard GOUGET, Conseiller santé publique de la FHF
- Dr Jean-Yves GRALL, Directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
- Mme Aurore LATOURNERIE, Directrice des affaires générales au CHI de Créteil, représentant la conférence nationale des directeurs de CH
- Dr Lionel NACE, chef de service des Urgences SAMU/SMUR du CHRU de Nancy, représentant la conférence nationale des Présidents de CME
- Dr Patrick PELLOUX, Président de l'association des médecins urgentistes de France
- M. Eric POLLET, Directeur de la sécurité sanitaire et santé environnementale à l'ARS Hauts-de-France
- Zaynab RIET, Déléguée générale de la FHF

- Mme Dominique DE WILDE, Directrice générale du CHU de Reims, représentante de la conférence des directeurs généraux de CHU
- M. Francois ZANASKA, Président de la conférence nationale des Présidents de CME du secteur privé non lucratif.

MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL

- Mme Michelle BRONNER, Directrice adjointe du département « stratégie et opérations, coordination du plan de refondation, coopérations internationales » au CHRU de Nancy
- M. Florent CAVELIER, Secrétaire général du CHU Dijon Bourgogne, représentant les directeurs généraux de CHU
- Dr Pierre CHARESTAN, chef du service des urgences du CHI Robert Ballanger, Président de la commission médicale d'établissement
- Mme Brigitte COURTOIS, Directrice chargée de la qualité et des droits des usagers, CHU de Caen
- M. Claude FONQUERNIE, Directeur-adjoint au CHU de Toulouse
- Mme Marion GIROD, chargée de planification et gestion de crises sanitaires à l'ARS Ile-de-France
- M. Pierre GRESLÉ, Directeur-adjoint aux Hospices Civils de Lyon, responsable de la mission veille et sécurité sanitaires
- Mme Stéphanie JOLLIVET-PLUCHON, Directrice Qualité, Risques et Evaluation au CH de Nantes
- M. Jébril LANDOULSI, ingénieur gestion des risques au CH de Gonesse
- Mme Mireille LARDIÈRE, cadre supérieur de santé aux Hospices civils de Lyon et référent SSE Zone Sud
- Dr Anne LECOQ, conseillère médicale à l'ARS Bourgogne-Franche-Comté
- Mme Gaëlle LELIÈVRE, ingénieur qualité/gestion des risques au CHU de Bordeaux
- Dr Christophe LEROY, chef du service gestion des crises sanitaires, DOMU – APHP
- Mme Pauline MAISANI, Directrice générale adjointe des Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val-de-Seine, AP-HP
- Mme Marie-Odile MOREAU, chargée de mission médecine légale au bureau du premier recours de la DGOS
- Dr Joël PANNETIER, praticien hospitalier spécialiste en médecine d'urgence responsable de l'unité fonctionnelle « SSE Médecine de Catastrophe » au CH du Mans
- M. Bertrand PARENT, Directeur de la délégation de l'île de la Réunion, ARS Océan Indien
- Mme Caroline TÉTARD, ingénieur risques, direction de la qualité des risques et de l'évaluation au CHU de Nantes
- M. Josselin VINCENT, responsable du pôle veille et sécurité sanitaire et environnemental à l'ARS Corse

- Mme Laureen WELSCHBILLIG, conseillère technique « gestion des risques » et responsable du programme « pilotage et SI Urgences » à l'ARS Ile de France

ONT ÉGALEMENT APPORTÉ LEUR PRÉCIEUSE COLLABORATION

- Pr Christine AMMIRATI, Directeur médical du SAMU 80, présidente de l'Association nationale des CESU
- Dr Emmanuel BERNIGAUD, praticien hospitalier UF SSE du SAMU 44 au CHU de Nantes
- M. Christophe BALTUS, Directeur du campus santé au CHU de Poitiers
- Mme Julie BARROIS, adjointe à la cheffe de bureau du premier recours à a DGOS
- Dr Catherine BERTRAND, praticien hospitalier, responsable de l'UF CESU-SAMU 94, au CHU Henri Mondor, référent zonal NRBC
- M. Eric BERTRAND, ingénieur, coordonnateur des risques professionnels aux Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine
- Dr Corinne BILLAUT, conseillère sanitaire de zone à l'ARS Hauts de France
- Dr Marie BOREL, praticien hospitalier spécialiste en anesthésie-réanimation au GH Pitié-Salpêtrière
- M. Guillaume BRÉLIVET, responsable du Pôle régional de défense sanitaire et point focal régional à l'ARS Bretagne
- Dr Philippe CANO, praticien hospitalier à l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille, représentant santé au centre national civil et militaire de formation et d'entraînement NRBC-E
- M. Jérémie CARRÉ, chef de projet SIVIC au CORRUSS, à la DGS
- M. Jean-Malo DÉAN, chef de projet chargé du plan national d'appui aux crises sanitaires ultramarines à la DGS
- Mme Magali DESCHOUVERT, cadre de santé au CHU de Rouen, conseiller technique NRBC de la zone de défense Ouest
- Dr Jean-Michel DINDART, praticien hospitalier SAMU 33 - CHU de Bordeaux, conseiller technique Mission NRBC de la Zone de Défense Sud-Ouest
- M. Jean-Michel DOKI-THONON, Directeur de la Santé Publique à l'ARS Bretagne
- Dr Claude DOLARD, praticien hospitalier au SAMU 76, conseiller technique NRBC de la zone de défense Ouest
- Dr François DUCROCQ, psychiatre référent national adjoint de l'urgence médico-psychologique, CHRU de Lille
- Dr Jean-Sébastien DURAND, praticien hospitalier SAMU 33 - CHU de Bordeaux, conseiller technique Mission NRBC de la Zone de Défense Sud-Ouest
- Dr Laurent GABILLY, praticien hospitalier au SAMU de Lyon, responsable de l'unité médecine de catastrophe, référent zonal des situations sanitaires exceptionnelles aux Hospices civils de Lyon

- Stéphane GILLET, cadre de santé au CHU de Bordeaux, conseiller technique NRBC de la zone de défense Sud-Ouest
- Pr Pierre-Yves GUEUGNIAUD, professeur des universités, praticien hospitalier, Directeur Médical du SAMU 69-Chef de Pôle aux Hospices civils de Lyon
- Mme Claire JANIN, ingénieur sanitaire, responsable de l'unité de préparation à la gestion des situations exceptionnelles à l'ARS Centre-Val de Loire
- Dr Roch JOLY, praticien hospitalier au SAMU 59, CHRU de Lille, conseiller technique NRBC de la zone de défense Nord
- Dr Eric LECARPENTIER, Directeur médical SAMU 94, chef de Service au CHU Henri Mondor
- Dr Céline LONGO, praticien hospitalier au SAMU 44, responsable médicale du CESU44, au CHU de Nantes
- Thomas LIBERT, chargé de projet chargé du plan national d'appui aux crises sanitaires ultramarines à la DGS
- M. Philippe LOUDENOT, fonctionnaire de sécurité des systèmes d'information et de sécurité de défense dans le service du Haut fonctionnaire de défense et de sécurité
- Mme Anne-Lise MULIN, ingénieur qualité Ingénieur qualité au CHRU de Besançon
- M. Patrice PERPERE, infirmier, SAMU 33 - CHU de Bordeaux
- Mme Florence PEYRONNARD, conseillère sanitaire de zone à l'ARS Auvergne Rhône-Alpes
- Mme Nathalie PONSARD, ingénieur qualité au CH de Quimper
- Mme Anne PHAM-BA, conseillère sanitaire de zone à l'ARS zone Ouest
- Dr Nathalie PRIETO, psychiatre référent national de l'urgence médico-psychologique, Hospices civils de Lyon
- Pr Mathieu RAUX, Professeur des universités, praticien hospitalier au GH pitié Salpêtrière
- Dr Agnès RICARD-HIBON, présidente de la société française de médecine d'urgence
- Mme Brigitte SCHERB, conseillère paramédicale à la mission nationale GHT au sein de la DGOS
- Mme Julie SOMA, responsable communication de crise à la DGS
- M. Christophe VAN DER LINDE, professeur à l'École des hautes études en santé publique (EHESP)
- M. Bertrand VIGNERON, ingénieur biomédical en chef – Enseignant en ingénierie des organisations de santé à l'EHESP

-



DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

2024



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*