SSE situations sanitaires exceptionnelles

Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles

2019

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé

Remerciements

La Direction générale de la santé et la Direction générale de l'offre de soins remercient les membres du comité de pilotage et toutes les personnes qui ont apporté leur expertise à l'élaboration de ce guide, dont la finalité est d'accompagner les établissements de santé dans la préparation et la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles.

Rédaction et coordination
Direction générale de la santé (DGS)
Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Édition
Délégation à l'information et à la communication (Dicom)
Responsable des éditions : Aurore Lasserre
Secrétariat d'édition : Aurore Lasserre

Conception maquette
Transfaire
www.transfaire.com

Réalisation
Parimage

© ministère des Solidarités et de la Santé, 2019

Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé

2019

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Sommaire

Avant-propos 9

Présentation du guide 10

I Quels sont les risques et les menaces sanitaires ? 13

1. Typologie des risques et des menaces sanitaires 13
2. Conséquences potentielles de la survenue d'événements sanitaires graves sur les établissements de santé 15
   a. Événements générateurs de tensions hospitalières 15
   b. Situations sanitaires exceptionnelles ayant un impact majeur sur l'offre de soins 16

II Quelle est la place de l'établissement de santé dans la réponse sanitaire globale ? 17

1. Organisation nationale et territoriale de la gestion de crise 17

III Préparation du système de santé aux SSE : le dispositif ORSAN 23

IV Quels sont les grands principes d'organisation dans un établissement de santé en situation de crise ? 27

V Préparation de la réponse au sein des établissements de santé 31

1. Conduite de la préparation : quelles sont les étapes clefs ? 31
2. Étape 1 : Constitution de l'équipe projet en charge de la préparation de la réponse 33
3. Étape 2 : Organisation de la réponse aux tensions hospitalières et SSE 34
   a. Analyse des risques et menaces 34
   b. Identification des capacités de réponse de l'établissement 35
   c. Détermination des «effets à obtenir» à partir des objectifs fixés par l'ARS dans ORSAN 39
   d. Mise en place des outils génériques de réponse 41
   e. Élaboration des outils spécifiques de réponse 51
4. Étape 3 : Préparation de la conduite de crise 52

a. La cellule de crise hospitalière ... 52
b. Détermination du rôle et des missions de chaque acteur au sein de la cellule de crise hospitalière ... 59
5. Étape 4 : Structuration d'un plan de réponse selon deux niveaux de gradation : Niveau 1 « plan de mobilisation interne » et niveau 2 « plan blanc » ... 62
6. Étape 5 : Mise en place d'une politique d'information/sensibilisation du personnel hospitalier et d'un plan de formation ... 64
7. Étape 6 : Réalisation d'exercices et d'entraînements à la gestion des tensions hospitalières et des SSE ... 65
a. Objectifs généraux de réalisation d'exercices ... 65
b. Classification et typologie des exercices ... 66
c. Phases de préparation et de réalisation d'un exercice ... 67
8. Étape 7 : RETEX et évaluation de la réponse de l'établissement ... 71

VI Éléments principaux de doctrine de la conduite de crise ... 73
1. Alerte et réponse immédiate ... 74
2. Montée en puissance ... 78
3. Conduite de crise ... 80
a. Étape 1 : Organiser et initier la réponse ... 80
b. Étape 2 : Déterminer le processus de fonctionnement interne adapté à la situation ... 81
c. Étape 3 : Disposer d'une capacité de décision ... 84
d. Étape 4 : Organiser les relations et la communication avec l'extérieur ... 84
4. Sortie de crise et retour d'expérience ... 87

VII Quelles opportunités peuvent représenter la mise en place des GHT en préparation et en gestion de crise ? ... 89

VIII Annexes ... 91
Outils méthodologiques et opérationnels ... 91
Annexe 1 : **Préparation des établissements de santé** ... 91
Objectifs fixés dans ORSAN par catégorie de risque ... 92
Méthodologie d'élaboration du volet AMAVI ... 96
Méthodologie d'élaboration du volet EPI-CLIM ... 101
Méthodologie d'élaboration du volet REB ... 104
Méthodologie d'élaboration du volet NRC ... 108
Méthodologie d'élaboration du volet MEDICO-PSY ... 115
Elaboration du plan de formation ... 118
Annexe 2 : **Outils de pilotage** ... 125
Fiche réflexe pour le risque AMAVI ... 126
Fiche réflexe pour le risque EPI-CLIM ... 127
Fiche réflexe pour le risque REB ... 128
Fiche réflexe pour le risque NRC ... 129

Fiche réflexe du Directeur médical de crise en cas de mise en œuvre du volet AMAVI ou NRC ... 130
Fiche réflexe pour le risque MEDICO-PSY ... 131
Fiche réflexe sur la conduite à tenir en cas d'intrusion au sein d'un établissement de santé ... 132
Fiche technique sur l'accueil et parcours de prise en charge des victimes contaminées ... 133
Fiche technique sur la décontamination d'urgence ... 136
Fiche technique sur la décontamination approfondie ... 139
Fiche technique sur le choix des équipements de protection individuels et protocoles d'habillage et de déshabillage ... 143
Fiche sur le fonctionnement du système d'information 'SIVIC' ... 145
Fiche sur l'information aux proches et aux familles de victimes lors des situations d'attentats avec nombreuses victimes ... 151
Annexe 3 : **Gestion des décès massifs en cas d'actes de terrorisme ou d'accident collectif** ... 153
Fiche sur la gestion de décès massifs en cas d'actes de terrorisme ou d'accident collectif ... 153
Annexe 4 : **Évaluation du dispositif de préparation aux tensions hospitalières et SSE** ... 166
La conception du RETEX ... 167
La conduite du RETEX ... 168
Questionnaire d'auto-évaluation ... 169

Cahiers documentaires ... 172

1 **La planification territoriale de la réponse aux SSE** ... 173

1. Cadre de la planification ... 173
2. Dispositifs de planification de la réponse aux SSE ... 175
   a. Le dispositif ORSAN ... 175
   b. Les plans d'opérateurs ... 175
   c. Le plan de renfort ... 177
   d. Les plans de réponse de la sécurité civile ... 179

2 Le rôle des différentes autorités et structures compétentes en gestion de crise 183

1. Le niveau national 183
   a. Les autorités 184
   b. Les agences sanitaires 185
   c. Le service de santé des armées (SSA) 187
2. Le niveau zonal 188
3. Le niveau régional 189
4. Les niveaux opérationnels 191

3 Le parcours de prise en charge de nombreuses victimes 199

1. L'organisation des secours pré-hospitaliers et de l'aide médicale urgente 199
2. L'organisation de la prise en charge hospitalière 202
3. La prise en charge médico-psychologique 203
   a. L'organisation de la prise en charge médico-psychologique par les ARS 204
   b. La mobilisation extrarégionale des CUMP 206
   c. Les modalités de participation à la CUMP 206
4. L'organisation de l'accompagnement des victimes et des familles 207

Liste des abréviations 208
Textes législatifs et réglementaires 213
Remerciements 215

Avant-propos

Agnès Buzyn,
ministre de la Santé et des Solidarités

Notre pays a été, ces dernières années, durement touché par des actes terroristes ou des catastrophes de nature variée (accidents, évènements climatiques, risques infectieux, industriels, …). Notre système de santé a su à chaque fois répondre à ces défis et je salue à ce titre la compétence et la mobilisation de l'ensemble de nos personnels hospitaliers. La réponse efficace et réactive des établissements de santé face à ces situations sanitaires exceptionnelles est une des clés de la résilience de notre pays. Cette réponse nécessite toutefois d'être préparée et évaluée (dans le cadre notamment d'une culture de l'exercice et du retour d'expérience) sur la base de doctrines nationales claires et opérationnelles. C'est dans cette optique que j'ai souhaité que soit réactualisé le guide « plan blanc et gestion de crise » publié en 2006.

Les risques et les menaces ont évolué durant ces dernières années (menace terroriste, risques infectieux émergents et épidémiques, enjeux climatiques, etc.). Notre dispositif de préparation du système de santé a dû se renforcer. A ce titre, la création du dispositif ORSAN permet dorénavant aux agences régionales de santé de mobiliser l'ensemble des secteurs de l'offre de soins face aux situations sanitaires exceptionnelles. Les établissements de santé en constituent bien évidement le pivot. Ces nécessaires évolutions sont prises en compte dans ce guide.

Au-delà de ces risques extrinsèques, tout établissement de santé peut être confronté à une crise survenant au sein même de sa structure. Aussi, il me parait indispensable que chaque établissement dispose d'un plan global de gestion de crise, complètement intégré dans la gouvernance de l'établissement de santé. Cette organisation interne et structurée doit prendre en compte l'ensemble des risques auxquels il peut être confronté.

Le présent guide, élaboré avec de nombreux personnels hospitaliers et des agences régionales de santé, vise à proposer un cadre actualisé de préparation et de gestion de crise, en cohérence avec les procédures de mobilisation des ressources sanitaires locales, régionales et nationales. Il doit être un élément facilitateur dans la préparation et la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. Il définit notamment le dispositif de montée en puissance gradué, l'organisation de la cellule de crise hospitalière mais aussi les outils de réponse aux différentes situations critiques. J'ai en effet souhaité que soit mis à disposition de chaque établissement de santé un corpus d'outils opérationnels.

Pour permettre l'implémentation rapide de ces nouvelles dispositions, je compte sur votre mobilisation. Je connais votre engagement au quotidien pour assurer des soins de qualité. La mise en œuvre de ce cadre actualisé de préparation permettra sans nul doute de renforcer notre dispositif de réponse aux urgences et d'assurer les meilleurs soins à nos concitoyens.

Présentation du guide

Actualisant le guide de 2006 intitulé « Plan blanc et gestion de crise », 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 les enseignements tirés des crises ou événements rencontrés ces dernières années (en particulier les attentats de 2015 et 2016 mais aussi les épidémies à virus Ebola, MERS-CoV, Chikungunya et 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 a donc vocation à fournir 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 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 nominal 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 présent guide détaille en première partie, l'organisation territoriale de la gestion des SSE et le cadre de préparation des établissements de santé.

En seconde partie, il détaille les principales étapes à conduire pour l'élaboration d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE qui repose d'une part, sur la connaissance précise de l'environnement et des limites capacitaires et d'autre part, sur l'organisation de la fonction de pilotage de crise. Aussi, ce guide propose :

- une aide à la planification pour permettre la mise en œuvre d'une démarche graduée et proportionnée de montée en puissance de l'établissement en fonction du type et de la gravité de l'événement auquel il est confronté ;
- des outils génériques de réponse (adaptation des capacités de soins, mobilisation des ressources humaines et des moyens matériels, etc.) ;
- des volets spécifiques précisant les particularités à prendre en compte lors de la survenue d'un événement majeur nécessitant la mise en place de mesures spécifiques.

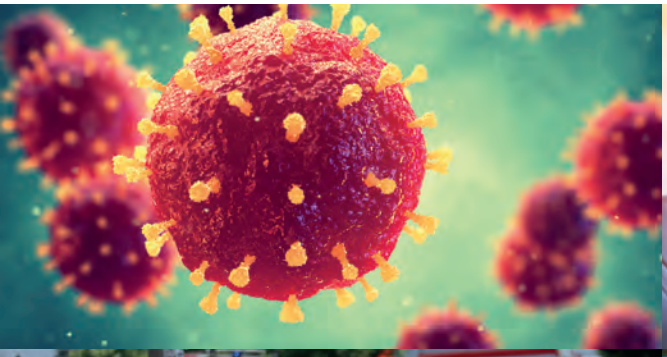
La troisième partie de ce guide s'intéresse à la gestion et à la conduite de crise en établissements de santé. Sont notamment proposées en tant qu'aide à la gestion des fiches actions.
La réalisation régulière d'exercices au sein de chaque établissement de santé est un enjeu primordial dans la préparation aux SSE. Des éléments méthodologiques sont ainsi proposés dans ce guide. Des outils d'évaluation complètent ce dispositif.

Enfin, des cahiers documentaires sont mis à disposition à la fin de ce guide. Ils présentent le cadre général de l'organisation en France de la préparation et de la réponse aux SSE, en particulier l'organisation de la réponse du système de santé, avec les différents niveaux territoriaux d'intervention, les acteurs concernés, ainsi que les dispositifs et plans de réponse associés.

Cet ouvrage met ainsi à disposition des directeurs d'établissements, des présidents de commission médicale d'établissement et des personnels 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.

Quels sont les risques et les menaces sanitaires ?

1. Typologie des risques et des menaces sanitaires



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, 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 menaces
Afflux de blessés somatiques et psychiques	▪ 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 » ▪ Emeute/rixe importante
Afflux de malades notamment de personnes fragiles (personnes âgées, enfants)	▪ 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
Prise en charge de patients atteints par un agent NRC	▪ Accident ou attentat nucléaire, radiologique (NR) ou 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) ▪ Panne téléphonique ▪ Rupture d'approvisionnement d'eau potable ▪ Action malveillante, menace d'attentat au sein de l'établissement ▪ Défaillance des systèmes d'information, cyberattaque
Infection associée aux soins	▪ Fermeture d'une unité de production ou de soins (ex : liée à la présence de *légionelles*, épidémie à *clostridium* difficile)
Altération de l'offre de soins	▪ Pénurie de médicaments ou de fluides vitaux ▪ Difficultés de circulation du personnel (ex. épisode climatique intense, neige, inondation, cyclone, etc.)

2. Conséquences potentielles de la survenue d'événements sanitaires graves sur les établissements de santé

a. *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 polypathologiques, 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…) 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.

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

La notion de 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 SSE peut également résulter d'un événement à cinétique lente (épidémie ou épisode climatique exceptionnels par leur ampleur, etc.) pour lequel les premières mesures de gestion s'avèrent insuffisantes.

II

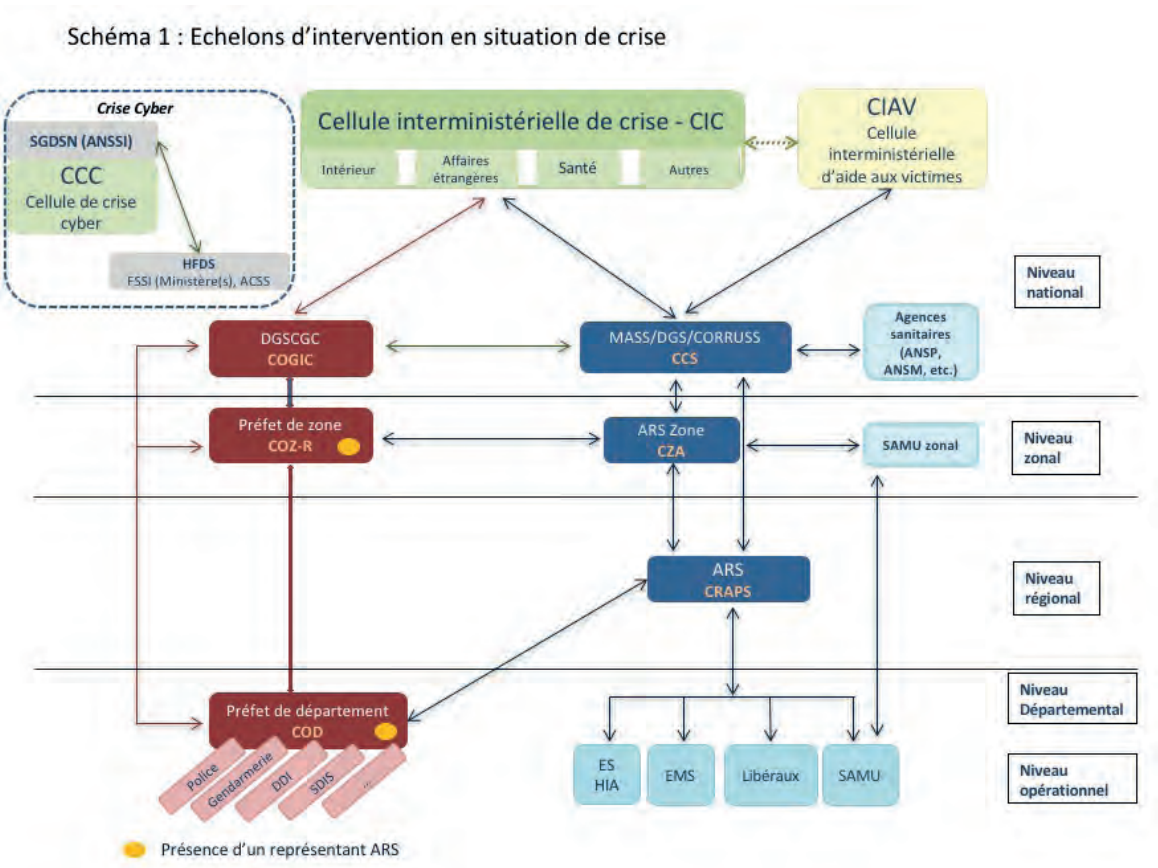
Quelle est la place de l'établissement de santé dans la réponse sanitaire globale ?

1. 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 (ASN, ANSP, ANSM, EFS, ABM, ASIP Santé), ministère de l'intérieur, ministère des armées (service de santé des armées), les autres ministères en fonction de la nature de l'événement) ;
- le niveau zonal (préfet de zone, ARS de zone et SAMU zonal) ;
- le niveau régional (ARS) ;
- le niveau départemental : préfet de département, SAMU, SDIS 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 (SGDSN). 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 action[1]. Elle est confiée en 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.

1. Conformément aux dispositions prévues dans la circulaire relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures du 2 janvier 2012

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 cyber-sécurité, 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).

Egalement placée sous l'autorité du Premier ministre, la Cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV), créée en novembre 2015[2] 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 à la sous-direction Veille et sécurité sanitaire (VSS) de la DGS[3]. 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 crise[4]. 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'Etat 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.

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

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 ;
- suivi et analyse de la situation sanitaire ;
- interface avec ses partenaires (sanitaires et autres).

L'ARS de zone exerce, le cas échéant, 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 sanitaires[5] (PZMRS).

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

III

Préparation du système de santé aux SSE : le dispositif ORSAN

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

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 volets suivants:

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

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

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

Dans ce cadre, pour chaque volet ORSAN, une hiérarchisation fonctionnelle à deux 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 (assurant une prise en charge H24). Cette catégorie intègre des établissements dits « experts » qui disposent d'un plateau technique hautement spécialisé pour les patients nécessitant une prise en charge

spécialisée (neurochirurgie, chirurgie cardio-thoracique, traumatologie pédiatrique, brûlés graves, etc.). Doivent également être considérés comme établissement de première ligne, les établissements situés à coté d'un site présentant des risques spécifiques (par exemple un site industriel).

- **Établissements de « deuxième ligne »**: établissements de santé disposant d'un plateau technique médico-chirurgical mais sans structure d'accueil des urgences. Ces établissements, mobilisables en seconde intention, contribuent à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne.

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). Enfin, les établissements dits de « deuxième ligne » sont susceptibles de prendre en charge secondairement des patients transférés depuis un autre établissement.** Les capacités requises pour chacun de ces niveaux sont précisées en annexe 1.

À partir des objectifs de prise en charge fixés par l'ARS pour chaque situation exceptionnelle considérée (volets ORSAN), 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 le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires.

IV

Quels sont les 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 seule ne suffit pas ;

- La **structuration d'une cellule de crise hospitalière (CCH)** pilotée par le Directeur général 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 perturber l'organisation interne de l'établissement. Ces outils de réponse permettant de réguler l'offre de soins

(libération de lits, mobilisation supplémentaire de moyens humains et matériels, adaptation des capacités d'accueil, déprogrammation d'activités) ou de répondre à des situations spécifiques (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 termes sanitaire et la cinétique de l'événement.
L'organisation de la montée en puissance repose sur la mise en place d'une gradation selon deux niveaux :

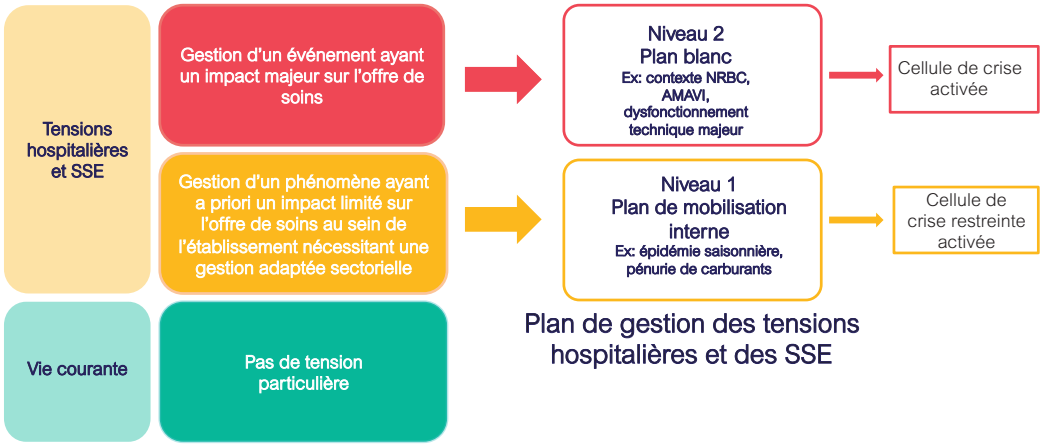
- **Niveau 1 – « Plan de mobilisation interne » : Pour la gestion des tensions ou des situations avérées potentiellement critiques sans toutefois mettre à court terme, l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant.** Ce type de situation est toutefois suffisamment critique pour exiger 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. Exemple de situations : gestion interne d'une épidémie saisonnière (ex : grippe), crise de l'approvisionnement en carburants, 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.

- **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 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 qui suit 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



Lors de la survenue d'un événement ayant un impact sur l'offre de soins, le directeur de l'établissement 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 pour apporter une réponse efficace et proportionnée à la nature et à l'ampleur de l'événement (équipes soignantes, techniques, numérique, DRH, etc.).**

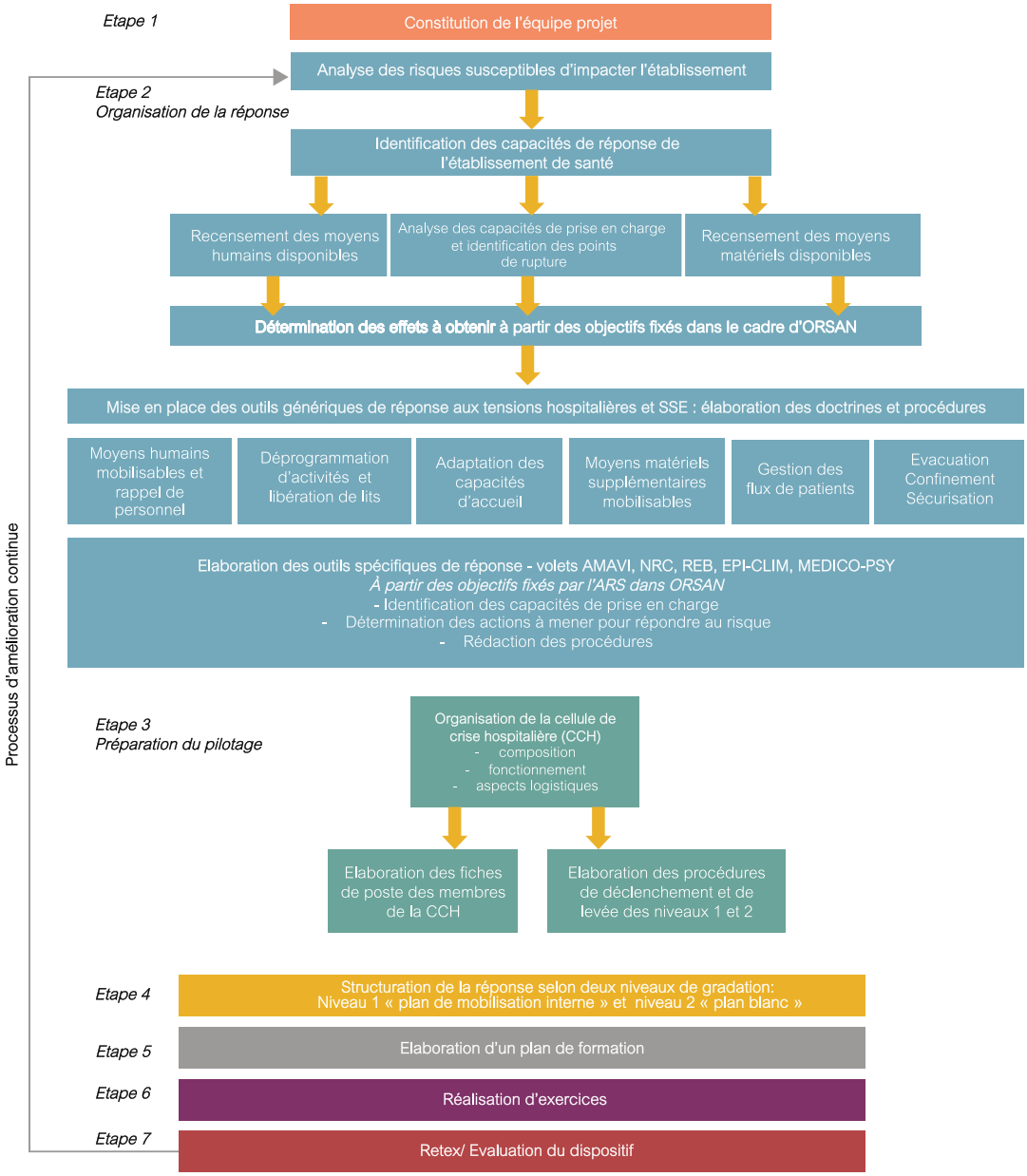
V

Préparation de la réponse au sein des établissements de santé

1. Conduite de la préparation : quelles sont les étapes clefs ?

Le processus d'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.

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



2. Étape 1 : 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 Directeur qui assure la fonction de chef de projet[6] (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).

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.). 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 référents SSE jouent un rôle pivot dans la préparation de la réponse de l'établissement**.

6. La désignation du chef de projet pour l'établissement doit être portée à la connaissance de l'ARS

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.

3. Étape 2 : Organisation de la réponse aux tensions hospitalières et SSE

a. *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, 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. *Notons que 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 notamment des différentes sources d'information interne et externe disponibles.

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, etc.).

Pour les risques et menaces extérieurs, l'établissement doit notamment 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 services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) 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 effets ;
- et tout autre document de nature à apporter des informations utiles en cas de risques majeurs et de menaces graves.

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 identifié, de déterminer les capacités de réponse de l'établissement.

b. *Identification des capacités de réponse de l'établissement*

Analyse des capacités de prise en charge et identification des points de rupture

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 (dont les établissements de santé). 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.

Pour permettre l'élaboration par les établissements de santé de tableaux capacitaires homogènes au sein d'une même région, des échanges doivent avoir lieu entre ces établissements, l'ARS et le SAMU.

Pour chaque volet 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.

À titre d'exemple, pour le volet AMAVI, il s'agit de prendre en compte, d'une part, les capacités des urgences et, d'autre part, les capacités de prise en charge hospitalière (lits de surveillance continue et de réanimation, lits d'hospitalisation classique, etc.). Pour la détermination des capacités des urgences, l'établissement de santé doit déterminer ses capacités maximales de prise en charge en nombre d'urgences absolues (UA) et d'urgences relatives (UR) estimées après mise en configuration AMAVI du plateau technique d'accueil des urgences, en tenant compte notamment des effectifs dans les équipes d'accueil des urgences. Concernant le « damage control » chirurgical, sa capacité de réalisation dépend du nombre de blocs opératoires, du matériel chirurgical et des personnels disponibles.
L'estimation du flux chirurgical de patients pouvant être pris en charge doit tenir compte du nombre de blocs opératoires opérationnels, de lits de réanimation médico-chirurgical (salle de surveillance post-interventionnelle, réanimation, unité de soins intensifs et unité de surveillance continue) et des effectifs de chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, infirmiers, internes, aides-soignants, etc.. Il convient de distinguer les capacités des différentes spécialités de chirurgie pour permettre au SAMU d'être plus précis lors de la régulation des victimes vers les différents établissements de santé.
Pour les capacités de prise en charge hospitalière, l'établissement de santé recense le nombre de lits disponibles par unité, en tenant compte de la possibilité d'ajout de lits supplémentaires (ex : transformation de chambres simples en chambres doubles).

Pour les établissements disposant de capacités de prise en charge de victimes NRC, le recensement doit également prendre en compte les capacités de décontamination approfondie pour les victimes valides et non valides (temps d'activation de la chaine de décontamination, nombres de chaines de décontamination fixes et mobiles, etc.), ainsi que les matériels et antidotes nécessaire pour la prise en charge de patients intoxiqués.

Concernant la capacité de prise en charge du risque épidémique et biologique, l'établissement recense le nombre de lits en chambre individuelle (adulte et pédiatrique) et en chambre à pression négative (dans la mesure où il en dispose), les équipements de protection individuelle disponibles, les capacités de diagnostic microbiologique et la réalisation sécurisée des examens de biologie médicale nécessaires pour la conduite des soins.

La démarche capacitaire de l'établissement de santé s'appuie sur le répertoire opérationnel des ressources (ROR) dont l'objet est de faciliter la connaissance des ressources de l'offre de soins au sein d'un territoire donné.

Recensement des moyens humains

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

Pour les établissements de santé siège d'un IML, ce recensement inclut les médecins légistes, les agents d'amphithéâtre et/ou les aides-soignants et secrétaires de l'IML.

Recensement des moyens matériels

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.

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 d'enfants (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 ORSAN et des capacités de réponse requises pour chacun des risques.

Pour permettre la 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 incluent 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.

Focus sur la chirurgie

La disponibilité du matériel chirurgical, notamment des boîtes opératoires, 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 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 ;*
- *de 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 dispositifs médicaux, notamment les nuits, week-ends et jours fériés.

c. *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 et d'analyse des capacités de réponse, il convient de 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 volet 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 (objectifs fixés en concertation avec l'établissement). Le tableau présenté en annexe 1 synthétise, pour chaque volet ORSAN, les capacités requises et les principaux objectifs à atteindre en fonction du rôle attribué à l'établissement (première ligne, deuxième ligne). 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 volet 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 complète le schéma 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.

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 retrouver en première position si l'événement se déroule à proximité et que les patients se présentent spontanément aux urgences.
Aussi, au-delà du rôle attribué dans ORSAN, une réponse minimale est attendue pour tout établissement de santé.

Réponse minimale attendue pour tout établissement de santé

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*

- **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*
  > *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*

- **Pour le risque REB**
  > *accueillir et détecter les cas suspects non régulés*
  > *mettre en œuvre des mesures d'isolement, y compris aux urgences*

- **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 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 les risques propres à l'établissement qui ne sont pas intégrés dans les volets ORSAN (par exemple un incendie ou une inondation d'origine interne, 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.

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.

d. *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 explicités dans le chapitre ci-après 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).

Les outils génériques de réponse pour faire face à tout type de situation sont les suivants :

Moyens humains mobilisables et rappel de personnel

La survenue d'un événement sanitaire grave peut nécessiter le recours à des moyens humains supplémentaires (par ex. en cas d'afflux massif de victimes) : eu égard au principe de continuité du service public, le Directeur d'un 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/SU [7]) 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, imagerie, laboratoire, réanimation, etc.).

Toutefois, avant de faire appel à des personnels supplémentaires, il convient de maintenir prioritairement les personnels 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.

7. Structure des urgences

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'automates 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 de rappel massif des personnes ;
- *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 appelées à en connaître. 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.

Le déploiement 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 les gardes 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 du GHT si l'établissement de santé est effectivement rattaché à un GHT ;
- puis par l'ARS dans le cadre du dispositif ORSAN et notamment via la mise en tension d'un ou plusieurs établissements en activité normale (activation de la réponse de niveau 1) afin de porter assistance à l'établissement qui rencontre des difficultés. Cet appui entre établissements, appelé « mise en tension solidaire », est à mettre en œuvre sous réserve qu'au préalable l'établissement en difficulté ait mis en place des actions adaptées.

Déprogrammation d'activités et libération de lits

La déprogrammation d'activités de soins constitue un des leviers dont dispose l'établissement pour permettre le redéploiement des capacités hospitalières et du personnel en cas de tension hospitalière ou de SSE. **Le recours à cette mesure de gestion, lourde de conséquence pour l'établissement, doit néanmoins être réservé aux situations pour lesquelles la mise en œuvre des autres mesures de gestion s'avère insuffisante.**

La stratégie de déprogrammation doit être réfléchie « à froid ». Toutefois, 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 patient(s) concerné(s). Les priorités sont à envisager de façon concertée, multidisciplinaire et multiservice.

Certaines activités ne peuvent être déprogrammées de facto, par exemple dans le cas de pathologies avec risque évolutif immédiat ou les urgences potentiellement évolutives (cardiologie, dialyse, cancérologie, obstétrique, etc.). A contrario, les activités de chirurgie fonctionnelle et les explorations fonctionnelles peuvent dans certaines situations être reportées, après une détermination 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. 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 précis des déprogrammations. Le plan de reprogrammation doit être concerté en interne 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 continue (en organisant le cas échéant leur prise en charge en HAD, 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 doit en être informée.

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 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 pré-hospitalière du poste médical avancé (PMA) pour permettre l'accueil, le triage des victimes, l'identification, l'enregistrement et la délivrance des premiers soins.
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.

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. Quel que soit le choix, leur utilisation doit pouvoir être la plus simple et rapide possible.

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 grands brûlés ou maladies infectieuses).
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 Directeur médical de crise de l'établissement (cf. chapitre II.4.iii) et le SAMU.

L'accueil des familles

L'accueil des familles doit être organisé dans des locaux vastes, facilitant une attente susceptible d'être longue (proches d'équipements sanitaires), avec des moyens de communication et de restauration simples. La prise en charge médico-psychologique doit être initiée avec les ressources de l'établissement et l'appui de la CUMP.

Dans la mesure du possible, un accueil téléphonique dédié au sein de l'établissement de santé doit également pouvoir être mis en place en situation de crise (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 parallèle et plus particulièrement lors d'un événement collectif, le préfet de département peut mobiliser une réponse téléphonique, dite Cellule d'Information du Public (CIP), 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 échéant [8].

Lors de la survenue d'un attentat, un Centre d'accueil des familles (CAF) peut également être ouvert à la demande de la cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV), pour permettre aux personnes recherchant un proche qui pourrait être victime de l'événement de se signaler, d'être informées de la situation de la personne qu'elles recherchent, de bénéficier d'une prise en charge médico-psychologique adaptée et, le cas échéant, de 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 CIAV 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 victimes [9].

Moyens matériels supplémentaires mobilisables

L'établissement de santé dispose, au-delà de ses ressources propres (stocks détenus pour les besoins quotidiens), de produits de santé et équipements nécessaires pour la prise en charge des patients en urgence notamment en cas d'afflux de blessés et/ou de malades. 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.).

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

9. Instruction interministérielle n°5979/SG relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme – 10 novembre 2017 – Premier Ministre

En complément, l'État a positionné au sein des établissements de santé sièges de SAMU ou de SMUR des moyens tactiques (postes sanitaires mobiles, 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 par les établissements détenteurs 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 réanimatoires ;
- PSM de 2ème niveau (PSM2) positionnés au sein de CHU permettant la prise en charge de 500 victimes pendant 24h ;
- PSM pédiatriques permettant la prise en charge pendant 6 heures de 25 victimes pédiatriques réanimatoires (âgés de moins de 10 ans à l'exclusion des nouveaux nés).

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

- pour renforcer en SSE et dans des délais très courts, le potentiel d'intervention en pré-hospitalier ;
- 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).

Pour faire face aux SSE, les établissements de santé disposent donc de leurs ressources propres, et le cas échéant de stocks « tactiques » mis à disposition par l'Etat. La présence de ces stocks « tactiques » ne dispense pas les établissements d'acquérir les produits de santé et équipements médicaux nécessaires à la prise en charge des patients conformément aux bonnes pratiques qui relève de son obligation de moyens. 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
Stocks constitués par l'établissement (dispositifs médicaux, fluides médicaux, produits pharmaceutiques, produits sanguins labiles, consommables, etc.)	L'établissement détenteur pour la gestion, l'entretien et l'utilisation	L'établissement détenteur pour son usage propre, ou l'ARS pour un autre établissement au sein de la région	Non
Stocks « tactiques » (PSM1, PSM2, PSM pédiatrique, UMDH, respirateurs, tenues de décontamination)	L'établissement qui en est doté pour la gestion et l'entretien (éventuellement l'utilisation si celle-ci a lieu sur le site)	L'établissement en accord avec l'ARS, ou le SAMU territorialement compétent	Oui

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 territorialement compétente.

Gestion des flux de patients

Lorsque le flux de patients au niveau du service d'urgence dépasse les 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 voire en dehors (autre établissement de santé, médecine libérale, etc.) et d'éviter une

perte de chance liée à l'attente par l'identification rapide des patients nécessitant les soins les plus urgents.
La régulation des patients à l'entrée des urgences permet ainsi d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge.
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 (éléments à intégrer dans le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE).

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, hospitalisation à domicile, etc.), ou des transferts vers d'autres structures hospitalières dans le cadre d'une mise en tension solidaire (au sein du GHT en priorité).
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 (solidarité inter-établissements ou tension solidaire).

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 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 tenu de la complexité et des risques potentiels engendrés par le transfert de patients, l'évacuation ne doit être décidée qu'en dernier recours, 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 en cas de transfert, patients démédicalisables, patients valides…) ;
- l'orientation des patients et leur suivi pendant et après l'évacuation ;

- la définition de la (les) zone(s) à évacuer selon le 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-défibrillateurs, 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 notamment.
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 Président de CME, le Directeur des opérations et l'ARS. Dès lors que l'évacuation a été décidée, elle est organisée par le SAMU, avec l'appui du SDIS.
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 le préfet qui peut procéder à des réquisitions de matériel et de personnel, en tant que de besoin.

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.

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 intégré dans 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.

e. *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 éventuelles 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.

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.

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.

4. Étape 3 : 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.

a. *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 ;
- dimensionner les moyens matériels à mobiliser et assurer un soutien technique / logistique ;
- assurer le suivi des victimes et l'accompagnement des familles ;
- assurer la sécurisation de l'établissement (personnel, patients, visiteurs, etc.).

■ assurer le lien avec les autorités ;

■ communiquer en interne (institutionnelle) et en externe (avec les autorités et les médias).

▪ L'organisation de la cellule de crise hospitalière

La CCH doit être adaptée au niveau de la 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.**

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 » (très souvent requise) et les cellules « sécurité/sûreté », « communication », « suivi des victimes et prise en charge des familles » et la « fonction support ». Le tableau ci-dessous présente les principales missions de ces cellules, les personnes ressources les composant et les interlocuteurs privilégiés.

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

Fonctions (cellules fonctionnelles)	Principales missions	Personnes ressources	Interlocuteurs privilégiés (externe et interne)
Décision	▪ Lien 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, aux médias en lien avec la CIAV, l'ARS et la préfecture) ; ▪ Validation des mesures relatives à la sécurisation des personnels, patients, visiteurs.	**Pilotage de la crise : Directeur de l'établissement ou Directeur de garde** Président de CME Directeur des ressources humaines Directeur des soins Directeur logistique Responsable sécurité des systèmes d'information (RSSI) si existant et en tant que de besoin	ARS
Situation/ coordination	▪ Animation et coordination de la CCH ; ▪ Réception, analyse et synthèse des informations ; ▪ Elaboration 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	Coordinateur de la cellule de crise Responsable qualité ou gestion des risques Cadres administratifs Secrétaires	ARS SAMU (en l'absence de Directeur médical de crise)
Organisation de la prise en charge médicale	▪ 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 des lits, coordination de la déprogrammation, etc.) ; ▪ 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 médico-technique ; ▪ Gestion des plateaux techniques (biologie, radiologie, blocs opératoires).	Responsable du service d'urgence Directeur des soins en lien avec le Directeur médical de crise Représentant de l'équipe opérationnelle d'hygiène	SAMU Directeur médical de crise

Suivi des victimes et prise en charge des familles	▪ 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 ; ▪ Identification dans les meilleurs délais de l'intégralité des personnes ayant consulté le service des urgences ou ayant subi une hospitalisation ; ▪ 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).	Référents identito-vigilance Référent SIVIC Agents administratifs	Autorité judiciaire Cadres hospitaliers de chaque unité d'hospitalisation Référent « zone d'accueil des familles » CUMP
Fonctions support (ressources humaines, informatique, restauration, blanchisserie, transports, crèches, biomédical, stérilisation)	▪ 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.	Pharmacien responsable de la PUI ou son représentant Responsable de la logistique Directeur médico-technique	Responsables des services support
Communication	▪ 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).	Directeur ou responsable de la communication	Organes de presse/médias Ou Service de communication de l'ARS (selon la stratégie de communication)
Sécurité/sûreté	▪ 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.	Responsable sûreté/ sécurité	Agents de sécurité et de sûreté Service des urgences Forces de sécurité intérieure Autres services internes et externes (sapeurs-pompiers, ambulanciers, etc)

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 (si possible ronde) ;*
- *branchements réseaux ethernet (ou accès wifi) ;*
- *une ligne téléphonique filaire ;*
- *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 :

- *un 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, S INUS, mails sensibles …) ;*

- *des moyens de communication de crise (ligne indépendante du reste du réseau et analogique, GSM, téléphones Satellite Antares, 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 radios à pile, des chargeurs de portable GSM ;*
- *des écrans veleda ;*
- *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 diverses institutions (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 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 ;*
- *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.*

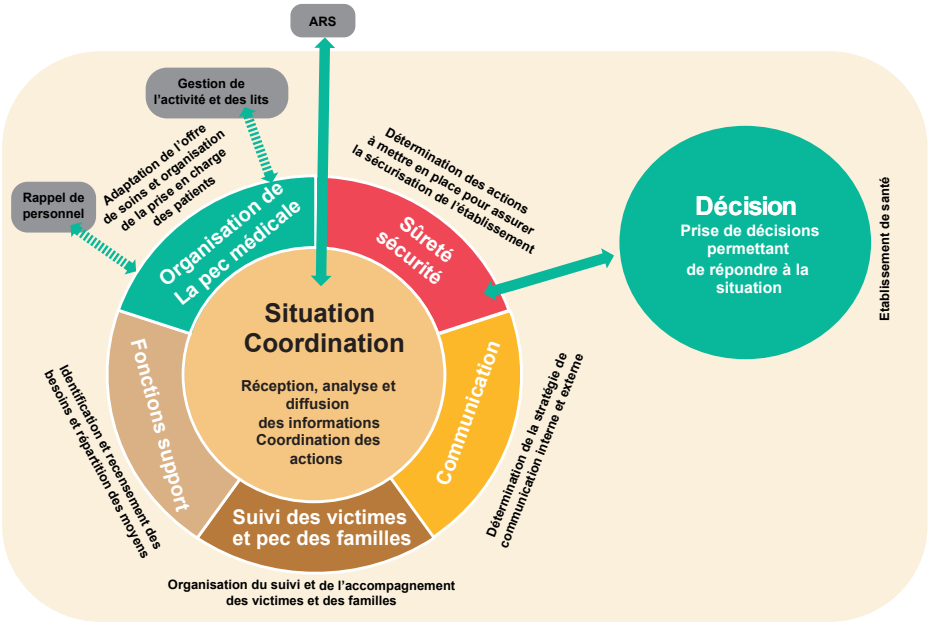
▪ **Logistique de vie**

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.

▪ La structuration de la cellule de crise hospitalière

Le schéma ci-dessous présente la structuration type de la CCH et précise pour chaque grande fonction les missions principales qui lui incombent.

Schéma 4 : Cellule de crise hospitalière



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 (cf. chap. V. 4. b. sur le rôle et les missions du 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.

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.

Un lien constant doit être établi et maintenu entre la CCH et d'une part la cellule de crise de l'ARS (CRAPS) et d'autre part, le Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) Centre 15, si ces dernières sont activées.
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 » (poste 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.

b. *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.

- **Chaine de commandement intra-hospitalière : cas particulier d'un afflux massif de patients contaminés ou non contaminés**

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 d'établissement.

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 (volets AMAVI, NRC et REB). Il s'agit notamment de ceux disposant 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, ces établissements 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, en lien avec le Directeur de l'établissement et le président de CME. Le président de CME mobilise les ressources médicales de l'établissement pour répondre aux demandes du DMC en lien avec le Directeur de l'établissement et la CCH.

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 (dans le cas par exemple où une SSE surviendrait à proximité immédiate de l'établissement).

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

La fonction de DMC doit être confiée par le Directeur d'établissement et le Président de CME 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 d'urgence), reconnu par ses pairs, formé et possédant des aptitudes éprouvées de « leadership ».
Les compétences requises pour occuper cette fonction sont les suivantes : bonne connaissance de la gestion pré-hospitalière des secours, de l'aide médicale urgente, de l'organisation hospitalière, de la gestion des risques NRBC (en particulier si l'établissement est un établissement de santé de référence) et de la traumatologie d'urgence.

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 Président de CME en lien avec le Directeur de l'établissement.
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.

▪ **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 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) ;
- organiser et piloter la réponse médicale en lien avec le Président de CME 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 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.

5. Étape 4 : Structuration d'un plan de réponse selon deux niveaux de gradation : Niveau 1 « plan de mobilisation interne » et niveau 2 « plan blanc »

Après avoir défini et préparé les outils de réponse adaptés à chacun des risques et organisé la cellule de crise, l'étape d'après 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 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.

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.

L'activation du niveau 1 « plan de mobilisation interne » doit intervenir lorsque les mesures de gestion courante ne permettent pas de faire face à la situation mais sans pour autant qu'il y ait de nécessité de recourir à une mobilisation exceptionnelle de moyens humains et logistiques. Le niveau 2 « plan blanc » doit, quant à lui, être activé lors de la survenue d'une situation ayant un impact potentiellement majeur sur l'offre de soins hospitalière. Ce niveau peut donc 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 ayant un impact majeur sur l'organisation de l'établissement ou d'ampleur territoriale dépassant le seul établissement.

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. 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).
L'afflux massif de victimes (AMAVI) ou de victimes potentiellement contaminées (NRC), susceptible d'avoir un impact potentiellement majeur sur l'organisation hospitalière, doit entrainer 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, régulation des flux entrants et sortants, libération de lits, 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. Une fiche action pour la gestion des situations de tension est proposée en annexe 2.

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.

6. Étape 5 : Mise en place d'une politique d'information/sensibilisation du personnel hospitalier 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 pour les personnels directement impliqués dans la réponse ainsi que pour les 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 hospitalières et des SSE est, en effet, 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.

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 connaitre 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 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, ORSAN, plan 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 recommandé à chaque établissement de définir annuellement un plan de formation incluant une formation spécifique délivrée aux membres de la CCH et les formations aux gestes et soins d'urgence et aux SSE (AFGSU 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'Ecole du Val-de-Grâce. L'attestation SSE est délivrée par des formateurs SSE qui établissent les besoins de formation en lien avec les référents SSE des établissements.

Le plan de formation doit répondre aux orientations relatives à la formation des professionnels de santé contenues 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.

7. Étape 6 : Réalisation d'exercices et d'entraînements à la gestion des tensions hospitalières et des SSE

a. *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.

b. *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 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.

c. *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 de l'établissement. Les recommandations formulées ci-après 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 parait 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 chaine d'informations interne ;
- les délais et les modalités de déstockage du matériel (oxygène, antidotes, brancards..) ;

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.

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 ;
> 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.

Il est demandé de tester le fonctionnement de la CCH au moins deux fois par an, soit en réel, soit via des exercices.

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 l'organisation des secours et de la prise en charge des personnes blessées comme décédées.

Le Directeur de l'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 l'échelon départemental, régional, zonal ou national.*

Grands principes d'élaboration 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,*
  - > *Etablir 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 (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*

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

8. Étape 7 : RETEX et évaluation de la réponse de l'établissement

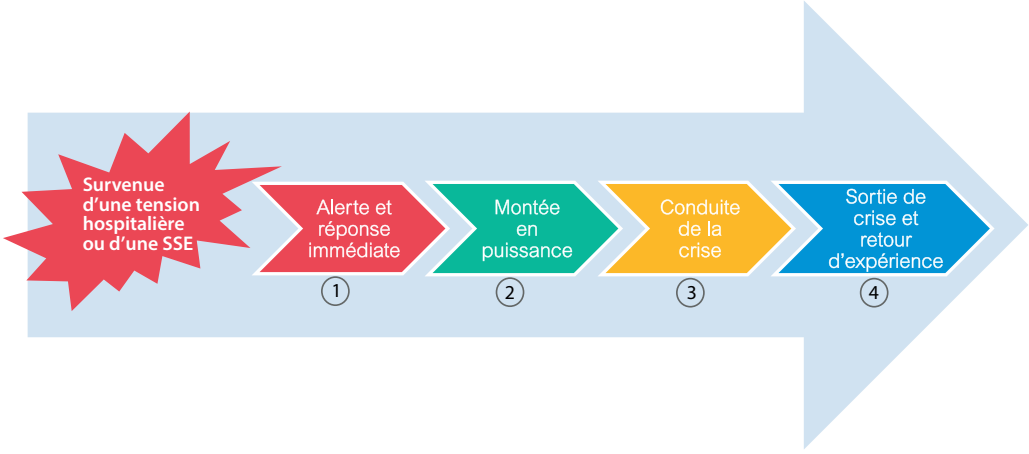
L'évaluation est une étape primordiale dans le processus d'amélioration de la préparation de la réponse aux SSE. En situation d'urgence, la mise en œuvre de mesures dans des délais souvent très courts ne permet pas une analyse lucide en temps réel de l'efficacité des actions menées. L'évaluation permet 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.

VI

Éléments principaux de doctrine de la conduite de crise

Le processus de gestion de crise se décompose schématiquement en quatre 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.

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).

1. Alerte et réponse immédiate

Alerte émanant 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 sanitaires[10].

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

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

- permettre à tout moment la veille de la boîte fonctionnelle dédiée ;
- réceptionner et retransmettre immédiatement aux services concernés de l'établissement tout message d'alerte transmis par l'ARS ou la DGS, 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.

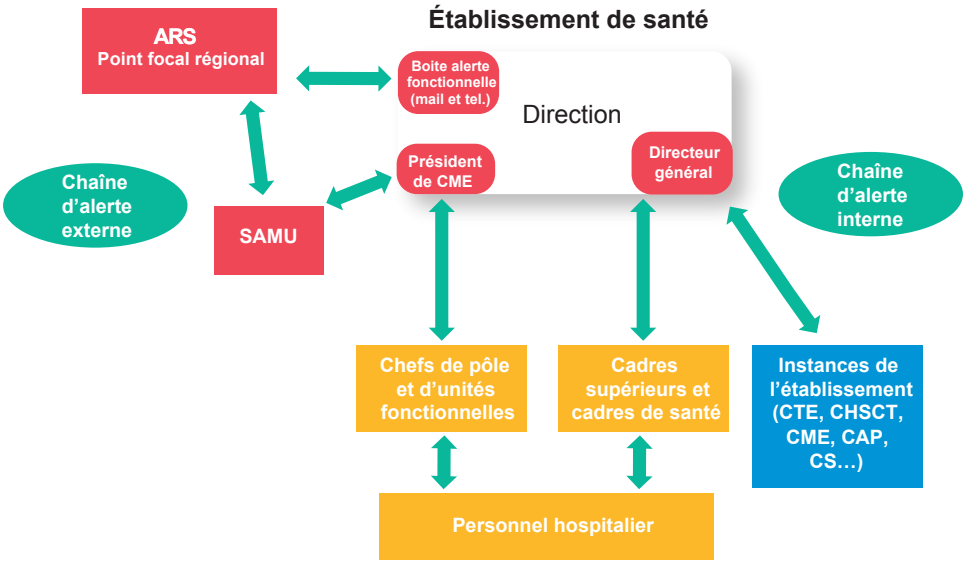
Transmission des signaux aux autorités

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 constituée[11].

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.

11. Article L1413-15 du Code de la santé publique

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



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 pour leur éventuelle sollicitation dans le cadre de la gestion de crise et permettre aux personnels de prendre les dispositions nécessaires auprès de leurs proches ;
- 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 immédiate.

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	▪ 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)	▪ Mise en pré-alerte de l'établissement ; ▪ Déclenchement précoce de la réponse dès réception de l'alerte ; ▪ Activation d'une CCH.
Établissements de proximité	▪ Prise en charge des victimes spontanées ; Déclenchement du plan blanc et le cas échéant du PSE.

2. 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 réponse en mettant en place une stratégie de réponse. En fonction de la typologie et de la cinétique de l'événement, les actions à engager ne sont pas les mêmes. 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'urgence 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 les évacuations.

D'autres événements au contraire n'entraînent pas d'augmentation du nombre 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	▪ 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	▪ Identification des renforts mobilisables (équipes SMUR terrestres et héliportées, PSM, …).
Etablissements situés à proximité de l'événement	▪ 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	▪ 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	▪ Réception de l'alerte par l'ARS ; ▪ Mise en pré-alerte des services ; ▪ Envoi à l'ARS des capacités mobilisables.
ARS	▪ 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.

3. 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

a. *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 et 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 » peuvent également être requises au sein de la CCH (composée a minima des cellules « décision » et « situation/coordination). 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.

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

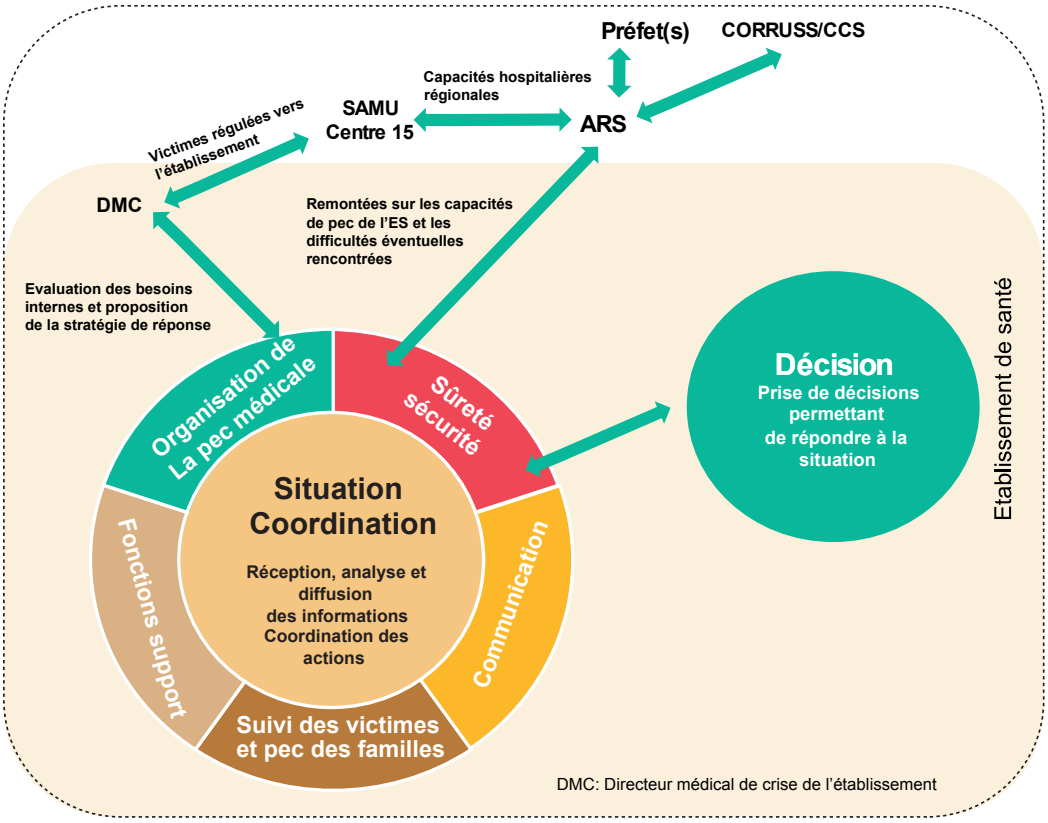
Pour assurer un suivi et une traçabilité de l'ensemble des informations relatives à l'événement en cours, il convient de définir dès le début les modalités de réception et de gestion des flux d'information et de déterminer les outils de suivi et de reporting (point de situation, main courante, rétro-information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

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 sécutisation du site, sur la prise en charge des patients, etc.
Mesures de gestion (activation du plan de mobilisation interne ou du plan blanc, rappel ou maitien de personnel, déprogrammation, transferts de patients, évacuation, etc…) ▪ Effectuées : ▪ En cours : ▪ Envisagées ou planifiées :
Bilan capacitaire
Acteurs informés (ARS, SAMU, etc.)

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

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 coeur des structures d'accueil de première ligne (SU, Réa/USC, blocs opératoires, etc.) pour assurer le pilotage opérationnel de la réponse médicale au plus près des acteurs. Il est 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.

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

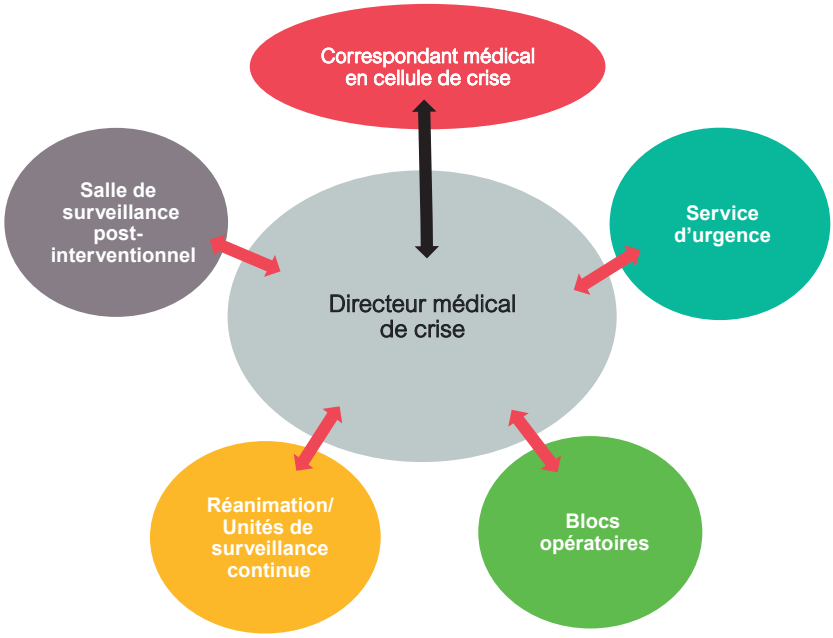


Le DMC est l'interlocuteur unique de la CCH concernant la prise en charge immédiate des victimes et joue le rôle de « chef d'orchestre » auprès des services de première ligne en conduisant la démarche allant de l'anticipation de l'arrivée des victimes (lien avec le SAMU centre 15 et le médecin de tri) 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 organise également 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 peut être envisagé d'adjoindre au DMC un cadre de santé chargé de faire le lien avec les personnels non médicaux et les services logistiques.
Les autres services hospitaliers doivent être coordonnés par leurs chefs de pôle ou d'unités fonctionnelles respectifs (à adapter selon le type de structure).
Une fiche réflexe du DMC est proposée en annexe 2.

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

Le pilotage stratégique de la crise est assuré par la cellule décision de la CCH. Cette cellule pilotée par le Directeur de l'établissement 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 la 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 mais plutôt déléguer afin de ne pas être submergé par un flot continu d'informations ;
- 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.

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.

d. *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 professionnels (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, en demande d'informations, 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.

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);
- **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 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 de santé met en place une stratégie visant à en maîtriser la portée.

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	▪ 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	▪ 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	▪ 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	▪ 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	▪ Prise en charge de patients transférés depuis les établissements de santé de première ligne voire experts afin de libérer des places.
ARS	▪ Envoi des capacités de prise en charge des établissements au SAMU (volumétrie régionale) ; ▪ Identification des points de rupture des territoires.
ARS de zone	▪ Appui logistique de l'engagement des renforts.

4. Sortie de crise et retour d'expérience

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 aiguë, 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, 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 donc 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.

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 comme, par exemple, des personnels d'ARS.

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 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 4. Elle est à adapter au contexte et à l'événement source.

VII

Quelles opportunités peuvent représenter la mise en place des GHT en préparation et en gestion de crise ?

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'intercrise 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 (sur le plan de la forme) 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 (structuration des plans identique), par la fixation d'une méthodologie commune de détermination des limites capacitaires ;
- 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 des SSE dans le cadre des volets 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 de 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, notamment en ce qui concerne :

- La mutualisation des personnels et des moyens matériels ;
- La libération des lits, 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).

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.

VIII

Annexes Outils méthodologiques et opérationnels

Annexe 1

Objectifs fixés par ORSAN

Méthodologie d'élaboration des volets spécifiques

Élaboration du plan de formation du personnel hospitalier

Objectifs fixés dans ORSAN par catégorie de risque

Volet ORSAN		ORSAN AMAVI	ORSAN NRC
Etablissements de « première ligne »	**Capacités requises**	▪ 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.	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.
	Capacités supplémentaires requises pour les établissements « experts »	▪ 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)	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.
	Effets à obtenir	▪ 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 les patients avant leur transfert éventuel vers un autre établissement chargé de la prise en charge chirurgicale complète.	▪ 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 »	▪ Assurer une prise en charge spécialisée pour les patients qui le nécessitent	▪ 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 facon 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	▪ 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.	▪ 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	▪ 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.	▪ 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 nécessitants 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**	▪ 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).	▪ Il s'agit des établissements disposant d'une capacité d'accueil H24	▪ 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 »	▪ 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).		▪ Les établissements experts sont ceux disposant d'une cellule d'urgence médico-psychologique régionale.
	Effets à obtenir (objectifs à atteindre)	▪ 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).»	▪ 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»	▪ 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»	▪ Assurer la prise en charge complète des patients confirmés en mettant en œuvre les mesures d'isolement adéquates pour éviter des transferts de contamination.		▪ 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**	▪ 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.	▪ Il s'agit des établissements ne disposant pas d'une capacité d'accueil H24	▪ Disposer d'une filière de prise en charge en santé mentale
	Effets à obtenir	▪ 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.	▪ 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)	▪ 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 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…). 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 volet AMAVI du dispositif ORSAN soit au sein d'un même GHT, soit dans la région ou en interrégional.

Rappel des capacités requises en fonction de la place attribuée dans ORSAN AMAVI

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements de santé disposant d'une structure d'accueil des urgences et d'un plateau technique chirurgical (prise en charge H24). Les établissements « experts » disposent également d'un plateau technique hautement spécialisé pour les patients nécessitant une prise en charge complète (centre de traumatologie, réanimation, chirurgie cardio-thoracique, neurochirurgie, chirurgie et réanimation pédiatrique, centre de traitement des brûlés)

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 pour une prise en charge chirurgicale complète.
- d'assurer une prise en charge spécialisée pour les patients qui le nécessitent (établissements « experts »)

Établissements de deuxième ligne

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.

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.

Eléments à intégrer dans le volet AMAVI

I. 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 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 » (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 ;
- 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 3.

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

- les **procédures de mobilisation et de rappel des personnels** ;
- 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 des urgences) ;
- **l'organisation de la prise en charge chirurgicale** en urgence des blessés basée notamment sur la mobilisation des équipes des blocs opératoires (avec mise en œuvre en tant que de besoin du damage control) ;
- 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 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) ;
- les **circuits d'accueil et de prise en charge médico-psychologique des familles 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 ;
- 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 des dispositifs réutilisables et de leur stérilisation ;
- 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** ;
- **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 collectifs, 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.

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), 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.

Rappel des capacités requises en fonction de la place attribuée dans ORSAN EPI-CLIM

Tous les établissements de santé doivent être en capacité :

- de 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) ;
- d'assurer la prise en charge des patients présentant des signes de gravité (USC, réanimation).

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements disposant d'une capacité d'accueil H24.

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.

Eléments à intégrer dans le volet EPI- CLIM

I. 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 ;
- unité de soins intensifs et de surveillance continue ;
- services de réanimation adulte, pédiatrique et néo-natale ;
- soins de suite et de réadaptation.

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

- les **modalités de suivi du taux d'occupation des lits** par spécialité, pour anticiper les phénomènes de tension ;
- 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 ;

- pour le risque infectieux, **les procédures de lutte contre la transmission d'agents infectieux** (mesures barrières) ;
- 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.).

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 de retarder l'introduction d'un agent infectieux potentiellement émergent (comprenant aussi les agents du bioterrorisme) 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 pré-établie 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.

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'ESR, 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'ESR (via le référent SSE de l'établissement).

Rappel des capacités requises en fonction de la place attribuée 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.

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements disposant d'une autorisation d'accueil des urgences et d'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 de classe 1, 2 ou 3 (selon la classification proposée dans l'arrêté du 18 juillet 1994 fixant la liste des agents biologiques pathogènes). 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).

Les établissements de première ligne doivent tous être en capacité :

- d'accueillir et de détecter les cas suspects ;
- de mettre en œuvre les mesures barrières requises et assurer leur prise en charge diagnostique et thérapeutique (cas confirmés de classe 1,2 ou 3);
- d'organiser le cas échéant le transfert du patient vers un établissement expert (en particulier pour la prise en charge de patients infectés par des agents de classe 4).
- organiser la prise en charge adaptée de patients contaminés en phase épidémique (mise en place de secteurs dédiés, etc.)

Les ESR (établissements experts) doivent également assurer la prise en charge complète des patients confirmés en mettant en œuvre les mesures d'isolement adéquates pour éviter des transferts de contamination.

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 les patients qui ne sont plus contagieux transférés depuis un autre établissement (de première ligne).

Eléments à intégrer dans le volet REB

I. 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 surveillance continue et de réanimation : 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.

II. 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 ;
- **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 ;
- **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, mesures renforcées d'hygiène, circuits des Déchets d'activité de soin 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** ;
- **la gestion sécurisée des DASRI**
- **le listing des personnes formées au port des EPI** avec les tailles correspondantes (listing à mettre à jour régulièrement et a minima annuellement) ;

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 matières 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 ESR.
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 radioactives[13], la décontamination des victimes (personnes

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

blessées ou impliquées) incombe aux unités spécialisées des services de secours et 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 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.

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 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.

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 volet ORSAN NRC élaboré par l'ARS concernée avec l'appui des ESR.

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 et sous la conduite de personnels formés de se déshabiller, de confiner leurs vêtements dans un sac plastique étanche et de prendre une douche dans un espace isolé (décontamination d'urgence).

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 2.

La décontamination d'urgence constitue la première étape du processus de décontamination qui doit être complétée, pour certains agents, par une décontamination approfondie. En tant que 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 :

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements disposant d'une autorisation d'accueil 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 (cf. document départemental des risques majeurs : site industriel, transport de matière dangereuse, etc.).
Les établissements experts (ESR et quelques autres établissements spécialisés) disposent en outre d'un plateau technique hautement spécialisé.

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 ;
- la 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 2.

Parmi les établissements de santé de première ligne, les établissements « experts » 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 UA 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 PZMRS, les établissements de santé « experts » 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.

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.

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 réanimation).

Éléments à intégrer dans le volet NRC

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

- 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 intoxiquées :
  - 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 ;
  - Nombre de kits ou capacités de décontamination d'urgence ;
  - Nombre et le type d'antidotes.

II. 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 ;
- **l'identification d'un lieu pour les impliqués non symptomatiques ;**
- **le balisage du circuit des victimes, du PRV 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 ;
- **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 avec les tailles correspondantes** (listing à mettre à jour régulièrement, a minima annuellement). Les types d'EPI sont détaillés dans la fiche technique n°5 en annexe 2 ;
- **les procédures d'habillage et de déshabillage des EPI ;**
- **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 n° 4 en annexe 2 ;

- **le circuit de décontamination et de prise en charge médicale et médico-psychologique** le cas échéant, des personnels ayant travaillé en EPI ;
- **le circuit de traitement et de stockage des déchets et des effets personnels des victimes potentiellement contaminées.**

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'entrainer 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.

Rappel des capacités requises en fonction de la place attribuée dans ORSAN MEDICO-PSY

Tous les établissements de santé doivent être en capacité :

D'accueillir et de prendre en charge des blessés psychiques et des proches en initiant, en tant que besoin, une prise en charge médico-psychologique.

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements siège d'une structure d'urgence 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 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 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.

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.

Éléments à intégrer dans le volet MEDICO-PSY

I. 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.

II. 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 détermination de **la localisation du poste d'urgence médico-psychologique hospitalier et son organisation** ;
- 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.

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 à 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. Cette formation doit également leur permettre» 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 ESR assurent la formation des formateurs et des référents SSE des établissements de santé et des établissements médico-sociaux. 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 (AFGSU 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 risques collectifs et les SSE 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 (AFGSU spécialisée) 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 (AFGSU 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'Ecole 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 SSE (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 (AFGSU spécialisée) est recommandée pour les professionnels de santé suivants: personnels participants à la réponse mise en œuvre par l'établissement de santé face à une SSE dans le cadre du plan blanc ;

- personnels des structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, SU) ;
- personnels 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;
- personnels en charge de la prise en charge du risque épidémique et biologique ;
- professionnels des cellules d'urgence médico-psychologique.

L'AFGSU spécialisée, 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 à l'AFGSU 1, 2 et spécialisée 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 à l'AFGSU notamment spécialisée dans son plan de formation ;
- détermine ses besoins de formation (AFGSU 1, 2 et spécialisée) en liaison avec l'ARS ;
- 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'ESR, l'unité de formation et de recherche de médecine ou de santé ou l'école du Val de Grâce) ;
- 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.

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 entrainements 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'entrainements. 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.
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.

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'entrainements 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 l'AFGSU spécialisée sur la base des modules dédiés.

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 ; ▪ les moyens de communication et les systèmes d'information utilisés en gestion de crise (SIVIC, etc.) ; ▪ les procédures prévues dans le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE	▪ **Formation spécifique à mettre en place**
« Référents SSE » 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)	▪ 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 ; ▪ Participer à la diffusion de l'organisation de la réponse aux tensions et SSE mise en place par l'établissement auprès des personnels ; ▪ Recenser le besoin de formations de l'établissement, dont celles liées au risque NRBC-E ; ▪ Participer aux exercices et entraînements (internes, départementaux, zonaux, nationaux)	▪ **Formation délivrée par les ESR**
Personnels hospitaliers non professionnels de santé	Etre en capacité d'identifier : ▪ une urgence à caractère médical et la prendre en charge seul ou en équipe an attendant l'arrivée d'une équipe médical ▪ les risques collectifs et les SSE et d'agir en conséquence	▪ **Formation à l'AFGSU 1 dans l'établissement de santé** (actualisation des connaissances prévue tous les 4 ans)
Tout professionnel de santé	Etre 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 urgences vitales ▪ les urgences potentielles ▪ les risques collectifs et les SSE	▪ **Formation à l'AFGSU niveau 2** délivrée en formation initiale, à défaut dans l'établissement de santé. (actualisation des connaissances tous les 4 ans)

Personnel concerné au sein de l'établissement	Objectifs de formation	Types et modalités de formations
Personnels hospitaliers et professionnels de santé ayant un rôle identifié dans le cadre du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE	Acquérir les connaissances nécessaires pour intervenir en cas de SSE.	▪ **Formation à l'AFGSU 1 ou 2, à défaut le module AFGSU spécialisée relatif aux risques collectifs et aux SSE** (actualisation des connaissances tous les ans sous forme d'un exercice au minimum)
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.	▪ **Formation à l'AFGSU spécialisée - module relatif à la décontamination hospitalière d'urgence et aux moyens de protection individuels et collectifs NRC** (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)
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.	▪ **Formation à l'AFGSU spécialisée module relatif à la décontamination hospitalière approfondie** (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
Professionnels de santé susceptibles d'assurer la prise en charge d'un afflux de blessés : personnels des structures d'urgence, plateaux techniques opératoires, etc.	Assurer la prise en charge d'un afflux de blessés notamment par armes de guerre et organiser le parcours de soins des blessés	▪ **Formation à l'AFGSU spécialisée module relatif à la prise en charge d'un afflux massif de victimes en établissement de santé** (actualisation des connaissances tous les ans et 1 entrainement annuel)

Personnel concerné au sein de l'établissement	Objectifs de formation	Types et modalités de formations
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)	▪ **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)	▪ **Formation à l'AFGSU spécialisée module relatif à la prise en charge des patients présentant un risque épidémique et biologique en établissement de santé »** (actualisation des connaissances tous les ans)
Professionnels de santé des ESR 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 ESR)	▪ **Formation à l'AFGSU spécialisée module : relatif à la prise en charge d'un patient à haut risque infectieux transmissible en ESR** (actualisation des connaissances tous les ans)
Professionnels de santé des établissements chargés d'assurer la prise en charge de patients victimes d'un agent C ou NR	Assurer l'accueil et la prise en charge médicale de victimes présentant un risque NRC	▪ **Formation à l'AFGSU spécialisée module relatif à la prise en charge d'un patient NRC** (actualisation des connaissances tous les ans)
Professionnels de santé susceptibles d'assurer la prise en charge médico-psychologique de victimes : Personnels des CUMP et des unités de psychiatrie d'urgence	Assurer l'accueil et la prise en charge médico-psychologique de victimes	▪ **Formation à l'AFGSU spécialisée module relatif à l'urgence médico-psychologique** Formation coordonnée par la CUMP régionale avec l'appui des CUMP départementales et dispensée en lien avec le CESU

Annexe 2

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

- Fiche réflexe pour le risque AMAVI
- Fiche réflexe pour le risque EPI-CLIM
- Fiche réflexe pour le risque REB
- Fiche réflexe pour le risque NRC
- Fiche réflexe du Directeur médical de crise en cas de mise en œuvre du volet AMAVI ou NRC
- Fiche réflexe pour le risque MEDICO-PSY
- Fiche réflexe sur la conduite à tenir en cas d'intrusion au sein de l'établissement

Fiches techniques sur le risque NRC

- 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

Fiches d'information sur la prise en charge des victimes et de leurs proches

- Fiche sur le fonctionnement du système d'information 'SIVIC'
- Fiche sur l'information aux proches et aux familles de victimes lors de situations d'attentats avec nombreuses victimes

Fiche réflexe 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) ;*
- *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 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 (circuit, prise en charge spécifique, lieu d'attente spécifique avec toutes les commodités…).*

Fiche réflexe 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 réflexe 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 ;*
- *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 ;*
- *Mettre en place le circuit de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI).*

Fiche réflexe 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 ;*
- *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 ;*
- *Mettre en place le circuit d'information et les mesures de coordination avec le Directeur des opérations.*

Fiche réflexe du Directeur médical de crise en cas de mise en œuvre du volet AMAVI ou NRC

(Liste non chronologique)

- *Valider la mise en œuvre du volet AMAVI ou NRC (dans le cas d'un afflux massif de patients contaminés) ;*
- *Alerter les services concernés (SU, SSPI-AP, blocs opératoires, etc.) et la Direction quant à la nature de l'événement et le nombre de victimes ;*
- *Activer la ligne directe avec le SAMU-centre 15 et prendre contact avec ce dernier ;*
- *Organiser 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 ;*
  - *Identitovigilance : activation de la procédure victimes inconnues multiples et pilotage de la réponse médicale.*
- *S'assurer 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'assurer que chaque responsable de secteur dispose de la fiche d'organisation du plan AMAVI qui le concerne ;*
- *Rendre compte à la CCH et au SAMU-Centre 15 des capacités réelles de prise en charge hospitalière;*
- *Évaluer les besoins en personnels soignants et médicaux et solliciter la CCH en tant que de besoin ;*
- *Réorganiser l'offre de soin sur le plateau technique d'urgence, bloc, SSPI, réanimation pour répondre aux besoins identifiés (déprogrammation, libération de lits, etc.) et communiquer avec la CCH sur ce sujet ;*
- *Décider le cas échéant de l'indication collective de Damage control chirurgical ;*
- *Communiquer 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 ;*
- *Participer avec la CCH à la réflexion éventuelle sur la protection de l'hôpital ;*
- *Veiller à la bonne coordination des actions avec le Directeur des opérations.*

Fiche réflexe pour le risque MEDICO-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 réflexe sur la conduite à tenir en cas d'intrusion au sein d'un établissement de santé

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

(Liste non chronologique)

- *Identifier la nature de l'intrusion (terrorisme, délinquance majeure, etc.) ;*
- *Déclencher la chaîne d'alerte en interne et en externe : service sécurité/sûreté, Directeur d'établissement, ARS, SAMU et forces de sécurité intérieure (FSI)*
  - *en interne : utilisation d'un dispositif d'alarme spécifique (application professionnelle pour smartphone, dispositif alerte attentat, alarme sonore, alarme lumineuse, message via une sonorisation, etc.) ;*
  - *en externe : par téléphone (cf. fiche conseil n°1 du PSE « trame de message d'alerte ») ou via un dispositif complémentaire (exemple le système d'alerte d'urgence RAMSES).*
- *Activer la CCH et préparer les ressources destinées aux FSI (plans, personnels, clés, badges, mise à disposition d'une salle de crise, etc.) ;*
- *Renforcer la sécurisation périmétrique et les accès :*
  - *fermeture des accès non essentiels ;*
  - *mise en œuvre de dispositifs de protection et de filtrage sur des accès surveillés.*
- *Mobiliser le SAMU et les structures d'urgence pour assurer la prise en charge immédiate d'éventuelles victimes ;*
- *Communiquer auprès des personnels, des patients, des visiteurs et le cas échéant des sous-traitants et/ou fournisseurs (mesures prises, conduite à tenir, durée prévisible, canaux d'information à veiller, etc.) ;*
- *Sur les zones impactées par l'intrusion : mettre en œuvre, par les personnels hospitaliers, des actions réflexes prédéfinies pour protéger les patients et se protéger de la menace (confinement, évacuations à couvert, etc.) ;*
- *Faciliter l'intervention des FSI (accès aux locaux, progression de la colonne d'intervention, coordination médicale, etc.) ;*
- *Assurer le retour à la normale (communication, reprise des activités en cas d'interruption).*
- *Assurer un partage d'expérience – Retex en interne puis avec les partenaires*

Fiche technique sur l'accueil et le parcours de prise en charge des victimes contaminées

Objectifs

Outre les mesures visant à protéger l'établissement de santé contre la pénétration 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 (PRV), proche de leur point d'arrivée probable. Le PRV ainsi que le circuit des victimes doit faire l'objet d'un balisage adapté afin de définir les zones potentiellement contaminées et propres. L'accueil est réalisé, dans la mesure du possible, par un binôme composé d'un médecin et d'un infirmier formés et protégés.

Le PRV est utilisé pour mettre en œuvre les actions de décontamination d'urgence et de tri.

Identification du point de regroupement des victimes

L'identification du PRV doit figurer dans le volet NRC du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE.

Le PRV 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 PRV 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 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 PRV par du personnel protégé pour débuter 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 PRV 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) 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 PRV et la cellule de crise hospitalière ;
- La mise en œuvre du balisage du circuit des victimes et de la signalétique du PRV (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

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 protégés.

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 PRV situé à proximité du point d'arrivée probable des victimes dans l'établissement. Cette zone affectée à cette mission est 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 ;
- Un contact avéré avec d'autres victimes sur le site de l'événement.

NB : certains agents comme l'Ypérite n'entrainent 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

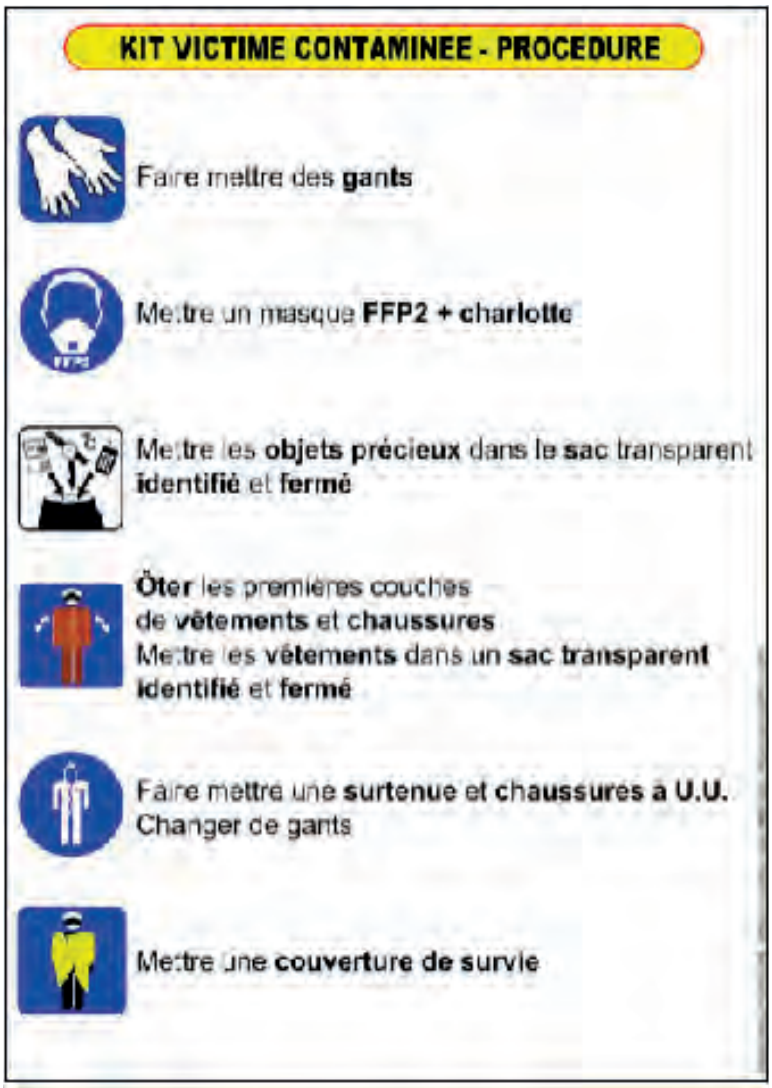
Afin d'organiser le parcours des patients et être en capacité de réaliser cette décontamination d'urgence, il convient de bien identifier et d'anticiper les points suivants :

- L'utilisation immédiate des EPI pour les personnels en charge de l'orientation initiale des victimes vers le PRV (ex. cagoule d'évacuation) ;
- La mise à disposition rapide des kits de décontamination d'urgence (ex. stockage à proximité du PRV) ;
- 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 PRV, la cellule de crise hospitalière 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 hospitalière 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 PRV ;

– **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



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 continue, 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) et 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.

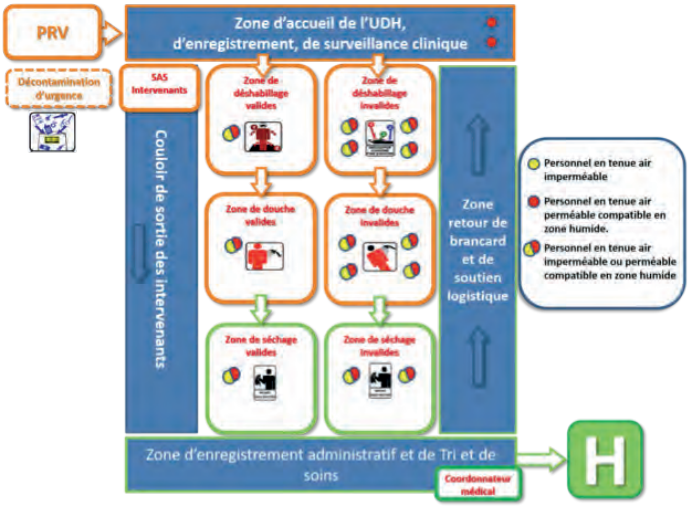
Principes

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 shampouinage 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, sont état de stress et de sa chevelure (double shampouinage 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. 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. 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 chaine 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 PRV 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



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 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, 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 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 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 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.

- **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 « décontaminateurs » 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 le choix des équipements de protection individuels et les protocoles d'habillage et de déshabillage

Choix de l'EPI

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 entrainent des contraintes physiologiques importantes, surtout en ambiance chaude, nécessitant des relèves de personnels fréquentes ;
- **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.

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 PRV 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.

Fiche sur le fonctionnement du système d'information « SIVIC »

Lors de la survenue d'une SSE générant un afflux 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.

Dénombrement et suivi des victimes : du terrain aux établissements de santé

Lors du déclenchement par le préfet d'un plan ORSEC-NOVI (nombreuses victimes), les services de secours activent le système information SINUS (système d'information numérique standardisé).
Il s'agit du système d'information unique de dénombrement, qui est mis à disposition du Directeur des opérations (DO), du Directeur des secours médicaux (DSM) ainsi que des autres autorités habilitées.

Cet outil permet d'assurer le dénombrement et la traçabilité des victimes (blessés, impliqués et décédés) prises en charge sur le terrain. L'incrémentation des informations dans SINUS est assurée par les services d'incendies et de secours (SIS). Toutefois, en appui, les services pré-hospitaliers (SMUR) peuvent contribuer à cette phase de dénombrement et de pose des bracelets SINUS.

> ***Les personnes prises en charge sur le terrain par les services de secours disposent d'un bracelet SINUS (numéro à 13 chiffres en TR) posé par les services de secours, généralement au poignet.***

Les victimes prises en charge sur le terrain sont ensuite orientées par le SAMU vers les établissements de santé. C'est alors le système d'information SIVIC qui doit prendre le relais et assurer le suivi et la traçabilité de la prise en charge des victimes au sein des établissements de santé.
Pour ce faire, les deux systèmes sont interfacés.

Important : Pour l'identification et le suivi des victimes, les professionnels de santé doivent saisir dans le seul outil santé mis à leur disposition : SIVIC. Il n'y a aucune saisie réalisée dans SINUS par les établissements de santé.

Modalités de fonctionnement de SIVIC en établissements de santé :

Lorsqu'une victime se présente dans un établissement de santé, il convient de distinguer les cas suivants :

- **La victime dispose d'un bracelet avec un numéro SINUS** (généralement au poignet). Il s'agit donc d'une personne prise en charge initialement par les services de secours et déjà enregistrée dans l'application SINUS. Il faut alors renseigner cette victime dans l'outil SIVIC.
  - Dans l'onglet 'informations d'arrivées prévisionnelles' de SIVIC, vous pouvez retrouver la fiche saisie par les services de secours (N° SINUS à 13 chiffres). Il vous suffira alors de valider cette fiche qui basculera alors dans le système SIVIC.
  - Si malgré la présence d'un bracelet SINUS, vous ne retrouvez pas de fiche SINUS dans l'onglet 'informations d'arrivées prévisionnelles', vous devrez créer une fiche victime en **reprenant impérativement l'ensemble du numéro à 13 chiffres** du bracelet SINUS posée sur la victime.

Point d'attention lors de l'admission des victimes en établissement de santé

La reprise du numéro SINUS posé sur la victime par les services de secours, et son incrémentation dans l'outil SIVIC, permet aux autorités en charge de la gestion de crise et de l'information des familles, de savoir que la victime est bien présente et prise en charge au sein de l'établissement de santé.

Il est donc demandé aux établissements de santé de tout mettre en œuvre pour que le numéro de bracelet SINUS soit bien renseigné dans la base SIVIC dès le processus d'admission de la victime à son arrivée dans l'établissement.

- **La personne ne dispose pas de bracelet SINUS** posée sur elle, mais est victime de l'évènement ayant engendré l'ouverture d'un évènement SIVIC. Elle doit alors être considérée comme une présentation spontanée. L'établissement de santé doit alors impérativement créer une fiche dans l'évènement SIVIC, dès son arrivée dans l'établissement (service des urgences, ou filière dédiée). La création de cette fiche générera automatiquement un numéro SINUS dit 'hospitalier', en 'HP', ce qui permet de le différencier des numéros SINUS dit 'terrain' en 'TR', générés par les services de secours sur le terrain.

In fine la base SIVIC, dûment complétée, recueillera ainsi les informations relatives à l'ensemble des personnes prises en charge lors de l'évènement (Personnes prises en charge sur le terrain, et arrivées spontanées en établissement de santé).

Identification et suivi des patients en établissements de santé

- **Identification des patients conscients :** le principe est que pour tous les patients conscients (en capacité de déclarer leur identité), pris en charge en établissement de santé, 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'identito-vigilance ;

- **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. Cependant, les éléments d'« aide à l'identification » doivent être saisis sans pour autant être considérés comme une identification fiable (éléments d'identité découverts auprès du corps, sac, témoignages, etc.) et inscrit dans le champ « commentaires » de l'application.

Description du protocole judiciaire d'identification des victimes

Lors d'un évènement provoquant un grand nombre de victimes, le procureur de la république pourra déclencher le protocole IVC (Identification des victimes de catastrophes).
Les unités d'identification des victimes de catastrophes (UIVC) seront alors en charge de l'enquête d'identification des victimes inconscientes et décédées.
Les établissements seront avertis en amont du déclenchement de cette procédure, pendant laquelle ils veilleront à faciliter le travail de la police judiciaire et des UIVC.
Une commission d'identification sous l'égide du procureur de la République, se réunira à échéance pour valider les identités des victimes inconscientes et décédées.
Il s'agit là d'un processus judiciaire, aux normes de qualité élevées, qui nécessite un délai certain (rarement moins d'une demi-journée) et incompressible.
Ce processus de vérification de l'identité des victimes est effectué dans l'intérêt même des familles.

Les identités validées seront communiquées aux établissements, à l'issue de la commission d'identification, par la chaine santé (ministère de la santé ou ARS). L'outil SIVIC mentionnera la qualification d'identité validée « Police Judiciaire ».

Informations à saisir dans l'application SIVIC

Lors de la création des fiches victimes dans SIVIC, l'établissement veillera à saisir l'ensemble des informations :

- relatives à l'identification de la victime : Nom, prénom, date de naissance, sexe, numéro SINUS, nationalité ;
- relatives à sa prise en charge hospitalière : nom de l'établissement de santé, date et heure d'admission service de prise en charge (soins aux urgences, hospitalisation), type de prise en charge en cas d'hospitalisation (en réanimation, hospitalisation conventionnelle, en soins de suite et réadaptation) ;
- à ses coordonnées (mail et téléphone) et ceux du « proche de confiance » (nom, prénom, mail, téléphone et lien avec la victime) ;

Particularités en cas de mise en place du protocole IVC

C'est l'incrémentation rapide des fiches victimes dans l'application SIVIC, qui va permettre aux services de police de dimensionner les effectifs nécessaire à l'identification de l'ensemble des victimes inconscientes et décédées en établissement de santé. En conséquence,il vous est demandé pour ces personnes :

- *De mentionner dans SIVIC le statut 'inconscient' ou 'décédé';*
- *De saisir en commentaire les éléments putatifs d'identification, utiles pour les services d'enquêtes (carte d'identité, ou autres documents découverts auprès de la personne inconsciente ou décédée, sac, ou témoignages de proches), ceci après avoir enregistré la victime inconsciente ou décédée sous 'X' dans SIVIC ;*
- *Indiquer en commentaire si des proches accompagnent la victime, en renseignant les coordonnées de ceux-ci dans l'onglet « contact » prévu à cet effet.*

Actualisation des données dans SIVIC

Durant le temps de l'urgence, et jusqu'à ce que le dénombrement ait été stabilisé, il est demandé aux établissements de mettre à jour les fiches en temps réel :

- actualisation de l'état de la victime (état de gravité) ;
- actualisation du parcours de prise en charge (transfert intra et extrahospitalier, etc.) ;
- enrichissement des données d'identification (dans le respect de la règle d'anonymisation des victimes inconscientes) ;
- enrichissement des coordonnées de la victime et de ses proches.

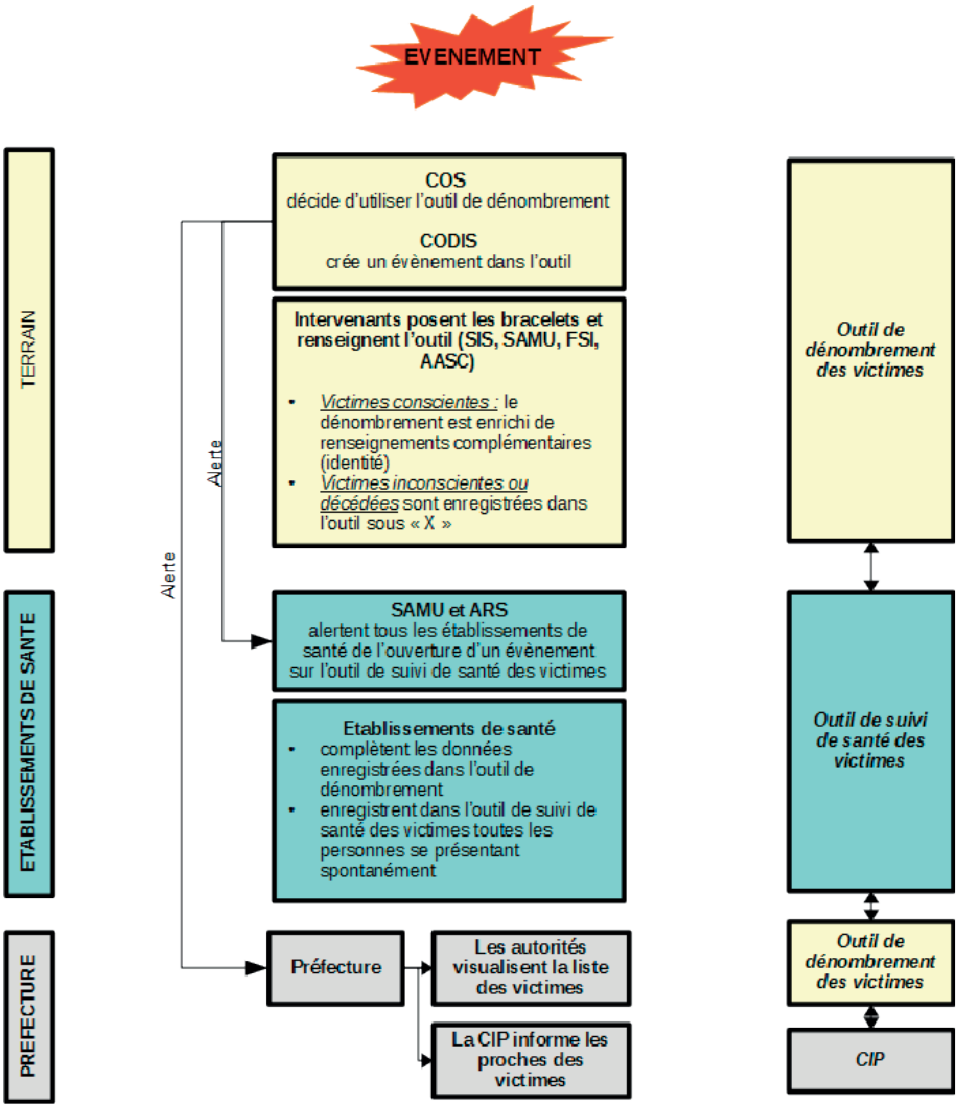
Au-delà du temps de l'urgence des premières heures, les établissements de santé s'attacheront à mettre à jour l'ensemble des fiches, a minima une fois par jour, et ce jusqu'à la sortie de l'établissement du dernier patient pris en charge.

Tout décès devra faire l'objet d'une notification immédiate à l'ARS, et sa fiche SIVIC sera actualisée pour prise en compte par les services en charge de l'information aux familles.

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.

Schéma d'articulation des outils SINUS et SIVIC



Source : Guide ORSEC secours à de nombreuses victimes dit « NOVI »

Fiche sur l'information aux proches et aux familles de victimes lors des situations d'attentats avec nombreuses victimes

Organisation générale pour l'information aux familles

Lors d'une SSE avec nombreuses victimes, la CIAV, si elle est activée, a la responsabilité de répondre aux familles et proches des victimes.
Pour cela, la CIAV assure la mise en place d'une plate-forme téléphonique dédiée aux familles et aux proches des victimes. La CIAV met également en place un centre d'accueil des familles (CAF), à proximité du lieu de l'évènement. Ce CAF a pour objectif de permettre aux personnes recherchant un proche qui pourrait être victime de l'évènement, de se signaler, d'être informées de la situation de la personne qu'elles recherchent, de bénéficier d'une prise en charge médico-psychologique adapté et, le cas échéant, de fournir les éléments nécessaires à la cellule ante mortem mise en place par le service enquêteur.
La mise en œuvre d'un CAF n'exonère pas les établissements de santé de disposer de locaux et d'une organisation consacrés à l'accueil des familles tels que prévus dans le cadre de leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles.

L'information aux familles par les établissements de santé

Lors de situations d'attentats avec nombreuses victimes, les éléments d'identification des patients conscients (en capacité de déclarer leur identité) pris en charge en établissement de santé sont réputés exacts. A l'inverse, pour les patients inconscients et les décédés à l'hôpital (ou pendant le transport), l'identification ne peut résulter que d'une validation par le magistrat référent victime, après décision de la commission d'identification des victimes.
En conséquence, il convient de distinguer les deux cas de figure suivants, concernant l'information aux familles ou proches de victimes :

- Pour un patient conscient et en capacité 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 à sa famille ou à ses proches, concernant son état de santé ;
- Pour un patient inconscient à l'arrivée dans l'établissement, ou un patient décédé durant sa prise en charge, et si l'identité de la victime n'a pas été confirmée par la commission d'identification, aucune information ne pourra être délivrée auprès d'éventuels proches ou membres de la famille qui se présenterait à posteriori de l'admission.

De manière générale, les proches de victimes inconscientes ou décédées pour lesquels l'établissement ne dispose pas d'information fiabilisées (identité non encore validée par la commission d'identification), devront prioritairement être orientées vers les structures en charge de l'information aux familles* (N° CIAV, adresse du centre d'accueil des familles). Ces structures seront les premières à disposer de l'information sur l'identité des victimes prises en charge à l'hôpital. Pour rappel, l'annonce des décès aux familles incombe aux officiers de police judiciaire (OPJ). Cette annonce des décès est préférablement effectuée, soit au centre d'accueil des familles (CAF) [14], soit sur le lieu de leur résidence.

14. Si les structures dédiées à l'information des familles (N° CIAV, CAF) n'ont pas été activées et que des familles 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.

Annexe 3

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

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'Etat dans les conditions fixées par la circulaire du Premier ministre n° 5567/SG du 2 janvier 2012 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures. L'instruction interministérielle du Premier Ministre du 11 novembre 2017 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 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 judicaire**.

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 2011[15], 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 judiciaire[16], d'autres médecins légistes ou d'autres spécialités médicales dans ou en dehors du ressort de la cour d'appel concernée.

---

15. Circulaires interministérielles du 27 décembre 2010 et du 25 avril 2012 ; Circulaire de la Chancellerie aux juridictions du 28 décembre 2010

16. Article 230-28 du code de procédure pénale qui renvoie aux articles 60, 74, 77-1, 156 et suivants du code de procédure pénale.

CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE DES REQUISITIONS 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 délégataire 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**.

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.

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.

METHODOLOGIE :

1/ 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 l'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, 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.

2/ Evaluation 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.

3/ 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.

4/ 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 IML
2/ convention type de mise à disposition

FOCUS 1 : FICHE DE SYNTHESE PAR INSTITUT MEDICO-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 :

1/ 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 connue[17]) :

2/ REALISATION DES EXAMENS MEDICO-LEGAUX

Durée de réalisation

- d'une autopsie :
- d'un examen de corps :

A/ 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* :

B/MOYENS HUMAINS :

- Nombre moyen d'autopsies réalisables par 2 médecins légistes par tranche de 10h :
- Nombre moyen d'examens 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 :

17. Par exemple via la réquisition de casiers réfrigérés dans les chambres mortuaires et/ou funéraires privées

- 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) :

Conclusion : *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***

3/ IMAGERIE MEDICALE ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES POUVANT ETRE REALISES À L'IML OU DANS L'ETABLISSEMENT DE SANTE SIÈGE DE L'IML

- Imagerie à l'IML ou dans l'établissement
- Toxicologie
- Anatomopathologie
- 4/ REDACTION DES RAPPORTS D'AUTOPSIE
- Délai moyen d'obtention des premières conclusions d'autopsie :
- Délai moyen d'obtention des rapports définitifs d'autopsie :
- 5/ ACCUEIL DE PROCHES DE PERSONNES DECEDEES QUI VIENDRAIENT SPONTANEMENT DANS L'ETABLISSEMENT DE SANTE*:
- L'établissement de santé peut-il mettre à disposition des locaux ou espaces, proches du service d'accueil des urgences ou de l'IML, dédiés à l'accueil et à la prise en charge médico-psychologique des proches des victimes décédées lors de l'attentat ou à leur accueil lors de la restitution des corps ?

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 :
Etablissement public de santé
Représenté par

ET :
Etablissement 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 République 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'Etat, dans les conditions fixées par la circulaire de Premier ministre n° 5567/SG du

* Par exemple via la réquisition de casiers réfrigérés dans les chambres mortuaires et/ou funéraires privées

2 janvier 2012 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 judicaire.
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 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, etc.), et les prélèvements biologiques» seront pratiqués à la demande du procureur de la République par les structures de médecine légales 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'Etat au sein du Ministère de la Justice[18].

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 horaire, 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

18. 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'Etat (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 4

Évaluation du dispositif de préparation aux tensions hospitalières et SSE

- **La conception du RETEX**
- **La conduite du RETEX**
- **Questionnaire d'auto-évaluation**

La conception du RETEX

La méthodologie proposée pour la mise en place d'un RETEX doit être adaptée au contexte et à l'événement source. Les principales étapes à suivre peuvent être les suivantes :

Étape 1 : Identification d'un pilote

- *Choix du pilote : La qualité essentielle requise pour piloter un RETEX est la neutralité par rapport à l'événement afin d'avoir l'approche la plus objective et d'éviter l'effet sanction.*
- *Rôle du pilote : Il sera le maître d'œuvre, chargé de collecter et d'analyser les informations, de recueillir les expériences individuelles, d'animer la réunion de restitution du RETEX auprès des partenaires, et d'assurer sa valorisation à l'extérieur.*
- *Modalités de travail : Le pilote peut s'entourer d'une équipe pour l'accompagner dans sa tâche. Pour ce faire, il peut :*
  - *être appuyé d'un binôme ;*
  - *mettre en place un réseau de correspondants (structures participant à la collecte d'informations notamment) ;*
  - *confier à un prestataire extérieur l'animation des réunions d'échange;*
  - *faire appel à une personne différente pour assurer le rôle de rapporteur de la réunion ou de secrétaire.*

Étape 2 : Définition des objectifs stratégiques et opérationnels

Le ou les objectifs du RETEX doivent être définis au préalable afin de choisir le mode opérationnel le plus adapté.

Étape 3 : Définition du périmètre

- *En termes d'acteurs : Définir le périmètre des acteurs concernés au sein de l'administration et à l'extérieur de celle-ci, en fonction des objectifs retenus (ex : uniquement des personnels de l'établissement ou ouverture à des partenaires extérieurs) ;*
- *Temporel : Déterminer la période pendant laquelle l'événement est analysé*
- *Géographique : Identifier la zone géographique concernée par le RETEX. Elle peut être différente de celle impactée par l'événement source.*

Étape 4 : Détermination d'un calendrier de réalisation

Le RETEX peut se faire à chaud ou à distance de l'événement. Le calendrier doit être adapté en fonction de l'événement source, mais il est souhaitable d'organiser le RETEX pendant que les acteurs sont encore mobilisés.

La conduite du RETEX

Étape 1 : Collecte des informations

La collecte des informations doit permettre de comprendre le déroulement de la crise.

Cette étape consiste à recenser les sources d'information déjà disponibles avant d'essayer de mobiliser de l'information supplémentaire (mains courantes, comptes rendus de réunion, rapports de missions ou avis techniques, revue de presse…) ;

Les informations récoltées ne doivent pas se limiter à des éléments factuels. Il est important d'avoir des éléments concernant le contexte et la motivation des acteurs. Le RETEX doit comporter des renseignements sur les dysfonctionnements techniques, organisationnels et humains.

Étape 2 : Analyse des données

- ***La conduite d'entretiens individuels :*** *L'objectif est de recueillir l'expérience individuelle de chacun des acteurs de l'événement afin de formaliser les informations préalablement collectées (possibilité de réaliser un entretien semi-directif).*
- ***La conduite de la réunion de partages.*** *L'élaboration par le pilote d'un document servant de fil conducteur de la réunion collective doit permettre d'aborder les points principaux, et d'éviter de se perdre dans des détails ou des polémiques.*

Ses objectifs sont :

- *de permettre un dialogue et un partage entre tous les acteurs ayant participé à la gestion de la crise (échange des perceptions, y compris celle des plastrons) ;*
- *une validation collective des événements ;*
- *une valorisation des expériences des personnes impliquées dans l'événement ;*
- *la réalisation d'un feed-back pour permettre aux acteurs impliqués d'avoir un retour sur la démarche et l'information des autres personnels.*

Étape 3 : Mise en œuvre des préconisations

Mettre en œuvre les décisions d'amélioration prises au cours du RETEX et instituer un suivi de cette mise en œuvre (mise en place ou modifications de plans et de procédures…).

Étape 4 : Valorisation du RETEX

- ***Restituer le RETEX*** *en le formalisant sous forme de compte rendu de réunion ou de rapport, et en indiquant les actions à mettre en œuvre ;*
- ***Faire connaitre le RETEX à l'extérieur :*** *Le RETEX est utile non seulement aux acteurs qui ont participé à l'événement source mais également à ceux qui auront à gérer un événement semblable ou à ceux qui souhaitent réfléchir à leur organisation. Le bilan du RETEX a donc vocation à être diffusé assez largement.*

Questionnaire d'auto-évaluation

Actions à mener/procédures à mettre en place Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles			
Actions à mener/procédures à mettre en place		**Statut: réalisé O/N**	**Commentaires**
Désignation de référents SSE			
Constitution de l'équipe projet			
Identification et analyse des risques susceptibles d'impacter l'établissement			
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		
	Recencement des moyens matériels disponibles		
Détermination des «effets à obtenir» pour chacun des risques identifiés dans ORSAN (AMAVI, NRC, REB, EPI-CLIM, MEDICO-PSY)			
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		
	Elaboration d'un listing avec les coordonnées des personnels disponibles (à actualiser semestriellement)		
	Détermination d'une voie d'entrée unique ou d'un point de regroupement pour les personnels rappelés pour permettre l'accueil, le recensement et l'affectation (émargement obligatoire)		
	Elaboration de fiches actions pour les personnels impliqués dans la mise en œuvre des disposition 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 urgences pour la réalisation du tri des victimes en cas d'afflux de patients		
	Mise à disposition de chaque unité/service des fiches de suivi des patients		
	Détermination de la statégie et des procédures de déprogrammation des activité de soins et de libération de lits		
	Identification d'une zone dédiée à l'accueil des familles		
	Elaboration d'une procédure pour l'inventaire des effets personnels		
	Constitution de stocks de produits de santé, de matériel médico-chirurgical, et d'équipements logistiques		
	Mise en place d'un suivi en temps réel des stocks de produits de santé et matériels disponibles		
	Détermination des modalités et des procédures de confinement et d'évacuation (critères de priorisations, orientation des patients et suivi pendant et après l'évacuation, répartition des tâches entre les différents acteurs, voies de circulation et d'évacuation, modes de transports utilisables, etc.)		
	Elaboration du PSE, comprenant les procédures de fermetures des accès et de sécurisation du site, de contrôle des accès et des identités, etc.)		
	Elaboration 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		

Actions à mener/procédures à mettre en place			
Actions à mener/procédures à mettre en place		**Statut: réalisé O/N**	**Commentaires**
Elaboration des outils spécifiques	Volet AMAVI		
	Volet NRC		
	Volet REB		
	Volet EPI-CLIM		
	Volet MEDICO-PSY		
Constitution de la cellule de crise hospitalière	Détermination de la composition de la CCH		
	Détermination du fonctionnement de la CCH		
	Désignation pour chaque fonction d'un suppléant		
	Réalisation d'un listing des personnes composant la CCH et de leurs suppléants (noms, prénoms, tel, fax, adresses, etc)		
	Définition des rôles des membres de la CCH et élaboration de fiches de poste		
	Détermination de la localisation de la CCH		
	Identification et stockage du matériel nécessaire au fonctionnement de la CCH et prééquipement des locaux		
	Elaboration de la procédure d'activation de la CCH		
	Elaboration de la procédure de rappel des membres de la CCH		
	Détermination des modalités de communication de la CCH en interne et en externe		
	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 posture 1 et 2		
	Elaboration de la procédure d'activation et de diffusion de l'alerte valable 24h/24 et 7j/7		
	Création des messages d'alerte et de levée des niveaux de posture 1 et 2		
	Elaboration d'un cadre d'analyse et d'évaluation pour identifier la nature, l'ampleur et les conséquences probables de l'événement		
	Rédaction d'une check list pour les premiers arrivants		
	Elaboration de la procédure de retour à la normale		
	Elaboration de deux plans d'actions : plan de mobilisation interne et plan blanc		
Mise en place d'une politique de formation du personnel hospitalier	Elaboration d'un plan de sensibilisation/formation des personnels		
	Formation des référents SSE		
	Formation des membres de la CCH		
	Formation du personnel hospitalier		
Exercices & RETEX	Réalisation d'exercices pour tester le déclenchement, la mise en œuvre, l'opérationnalité et la levée du plan de gestion des SSE		
	Réalisation de RETEX après chaque événement réel ou fictif (exercice)		
	Mise en place d'un processus d'amélioration continue		

Actions à mener/procédures à mettre en place			
Actions à mener/procédures à mettre en place		**Statut: réalisé O/N**	**Commentaires**
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 dédiée à l'accueil des médias		
	Mise en place d'une organisation permettant la remontée d'information via l'outil SIVIC, et la mise à jour régulière des données		
	Elaboration de fiches réflexes sur les règles de communication à appliquer avec les autorités, les familles et les médias		
Risques NRBC	Identification et recensement des risques spécifiques dans le département		
	Identification des personnes ressources expertes en cas de risque NRC et REB et mise à jour régulière de la liste avec leurs coordonnées		
	Détermination des circuits distincts de prise en charge en fonction du risque NRBC (cf volets spécifiques)		
	Mise en place d'un accès rapide à des moyens de protection		
	Elaboration des procédures de détection d'un risque de type NRC et REB		
	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		
	Elaboration de la procédure spécifique d'isolement		
	Elaboration des procédures de tri et de gestion des objets et produits contaminés		
	Procédure de gestion des corps contaminés		
Généralités	Transmission du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE (a minima le plan blanc) au Directeur général de l'ARS, au préfet de département et au SAMU		
	Evaluer et réviser annuellement le 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 (plan des bâtiments, PCA, PSE, plan d'évacuation…)		
	« Elaboration et mise à jour des listes de contacts suivants: - les autorités et services de l'Etat succeptibles d'être contactés (ministères, préfectures, ARS, SAMU,..); - les structures sanitaires et sociales situées à proximité; - les ressources extra-hospialières - les ambulanciers externes»		
	Constitution d'un fichier de référence comportant les numéros d'appel H24 pour la fourniture en oxygène, l'alimentation électrique, l'approvionnement en eau, la sécurité incendie…		

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

1

La planification territoriale de la réponse aux SSE

1. 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 »[19]. 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 »[20].

19. Article L.1141-1 du code de la défense

20. Article L.1142-8 du code de la défense

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 de 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 Directeur Général de l'ARS de zone, en concertation avec les ARS de la zone, les ESR, l'ANSP[21] 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, pré-hospitalier, hospitalier et médico-social.

21. Anciennement l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

2. Dispositifs de planification de la réponse aux SSE

L'Etat dispose d'un arsenal de plans et d'outils de planification qui sont ensuite déclinés aux différents niveaux d'intervention opérationnel.

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 et les plans bleus des établissements médico-sociaux. 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. Ces dispositifs s'articulent pour la couverture des risques avec les plans de la sécurité civile (dispositif ORSEC et PPI [22]) et répondent aux objectifs fixés dans les plans nationaux (par exemple les plans canicule, pandémie grippale et plan national de prévention et de lutte « maladie à virus EBOLA »). Ils sont complétés par la prise en compte des menaces liées notamment au terrorisme au travers du plan VIGIPIRATE et des plans gouvernementaux.

a. *Le dispositif ORSAN*

Dans le cadre de l'organisation gouvernementale de gestion de crise, le Directeur général de l'ARS peut décider, en fonction de la situation, de mettre en œuvre tout ou partie des mesures d'un (ou plusieurs) volet(s) ORSAN, le cas échéant, à la demande du ministre 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 Directeur général de l'ARS tient informé(s) le(s) préfet(s) de département concerné(s), l'ARSZ et le ministère chargé de la santé de la mise en œuvre de tout ou partie des mesures prises au titre du schéma ORSAN.

b. *Les plans d'opérateurs*

Le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE

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

22. Organisation de la Réponse de SEcurité Civile et Plan particulier d'intervention

moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle[23].
Le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE tient compte de la planification ORSAN élaborée par l'ARS et intègre les effets à obtenir définis par l'ARS, dans des annexes spécifiques propres à l'établissement.
Il est évalué et révisé chaque année, après présentation aux instances compétentes. Il est transmis au préfet de département, au Directeur général de l'ARS et au SAMU territorialement compétent[24], 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. L'intervention du Directeur général 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'établissement[25] (dont le chapitre III – sécurisation complémentaire en situation d'attentat ou de crise locale est à intégrer dans le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE).

Le plan bleu
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 ;
- de réfléchir aux dispositions à prévoir pour adapter au mieux son organisation pour garantir la prise en charge optimale des résidents.

---

23. Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 (V) - article L3131-7 du code de la santé publique

24. 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

25. Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

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 (plan bleu pour les ESMS).

c. *Le plan de renfort*

Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires

Le PZMRS a pour objectif de permettre la mobilisation et le suivi des moyens sanitaires zonaux et la répartition des moyens nationaux attribués en renfort pour faire face aux SSE ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins à l'échelle de la zone de défense et de sécurité[26].

Il identifie notamment :

- la répartition et les modalités de mobilisation des moyens matériels dits « tactiques » au sein de la zone ainsi que les ressources humaines propres à la zone pouvant être mobilisées en renfort ;
- les modalités de suivi de l'offre de soins zonale et notamment des capacités à prendre en charge les pathologies induites par l'exposition à un risque NRBC-E ;

26. Guide méthodologique d'aide à la réalisation du plan zonal de mobilisation 2013. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AIDE_A_LA_REALISATION_PLAN_ZONAL_DE_MOBILISATION.pdf

- les modalités de mobilisation des moyens d'autres zones ou de l'État en renfort en cas de dépassement des capacités de la zone (stocks stratégiques de produits de santé, réserve sanitaire) ;
- le plan de formation et d'entraînement des acteurs de la santé au sein de la zone.

Les volets ORSAN REB et ORSAN NRC s'articulent avec le plan zonal de mobilisation pour permettre la mobilisation des moyens zonaux et/ou nationaux nécessaires en renfort (capacités de prise en charge rares : labos P3, lits de grands brulés, PSM2, produits de santé des stocks nationaux etc.).
Le plan zonal de mobilisation est arrêté par le préfet de zone, après avis du comité de défense de zone.

L'ensemble de ces dispositifs s'articule avec les plans de réponse de la sécurité civile, qui prévoient une organisation globale de gestion des événements adaptée à la nature, à l'ampleur et à la cinétique de l'événement.

d. *Les plans de réponse de la sécurité civile*

Le dispositif ORSEC (Organisation de la Réponse de la SEcurité 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 œuvre[27].
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 ».

Les mesures prises au titre du dispositif ORSEC ou du schéma ORSAN peuvent ainsi être mises en œuvre séparément ou concomitamment. A titre d'exemple, sont précisées ci-dessous les articulations entre ORSEC-NOVI et ORSAN-AMAVI :

ORSEC-NOVI est un plan d'urgence 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 volet ORSAN AMAVI (accueil massif de victimes non contaminées) 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 des victimes sur le terrain, puis, elle amorce le dispositif ORSAN en introduisant les patients dans les filières de soins d'aval.

27. 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

En effet, le système de santé participe à ORSEC par la prise en charge pré-hospitalière 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.

Le plan particulier d'intervention (PPI) et le plan d'opération interne (POI)

En matière de secours, l'exploitant établit un POI en vue de définir les mesures d'urgence au sein de son installation.

Le PPI organise quant à lui les secours en dehors de l'établissement.

Etabli sous l'autorité du Préfet, le PPI s'appuie sur les dispositions générales du plan 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.

Toutes les installations industrielles présentant un risque répertorié 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.
- 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 ;
- des mesures incombant à l'exploitant (auprès des populations voisines et auprès des autorités compétentes concernant la diffusion immédiate de l'alerte et de l'évolution de la situation).

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.

Pour anticiper une éventuelle évolution défavorable, l'exploitant pourra demander l'intervention des services d'incendie et de secours publics soit dès le déclenchement du POI, soit en cours de POI. Il est souhaitable que cette demande d'intervention soit formalisée dans le POI.

2

Le rôle des différentes autorités et structures compétentes en gestion de crise

1. Le niveau national

La gestion des crises majeures, implique l'intervention de différents ministères, coordonnée par les services du Premier ministre, le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN).

Le SGDSN assure 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.

Le SGDSN est également chargé par le Premier ministre de tester les différents plans de la famille «Pirate» et d'évaluer la capacité de l'État à faire face concrètement aux risques et menaces, notamment de nature terroriste, auxquels il est confronté.

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'Etat et du ministère en charge 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'Etat dans le département.
Par ailleurs, en cas de débordement des capacités nationales de l'offre de soins, ou de menace transfrontalière grave sur la santé, les Etats membres de l'Union Européenne peuvent solliciter une assistance auprès des autres Etats membres, par l'intermédiaire du mécanisme de protection civile de l'Union Européenne instauré par la décision 2007/779/CE, Euratom[28]. Ces coopérations sanitaires peuvent de surcroît être renforcées par la signature d'accords-cadres de coopération entre pays transfrontaliers.

a. *Les autorités*

Le ministère chargé de la Santé
Le pilotage opérationnel de la réponse aux situations d'urgence et de crises sanitaires est confié à la sous-direction Veille et sécurité sanitaire (VSS) de la DGS[29]. 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[30]. A ce titre, la DGOS, chargée notamment de garantir la qualité, la continuité et la sécurité des soins, apporte un appui essentiel pour la planification et la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.
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 ».

---

28. Décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé

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

30. Instruction DGS/DUS no 2010-312 du 17 juin 2010 relative à la relation entre les ARS et le niveau national dans le cadre d'alertes sanitaires

En SSE, le CORRUSS devient le Centre de crise sanitaire (CCS) du ministère de la santé. Il peut être renforcé, le cas échéant, par les moyens de la DGS, voire des autres directions du ministère chargé de la santé (Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la cohésion sociale, Délégation à l'information et à la communication…). Lorsque des renforts en moyens matériels ou humains sont nécessaires, la sous-direction VSS de la DGS peut solliciter l'Agence nationale de santé publique.

b. *Les agences sanitaires*

L'Agence nationale de santé publique (ANSP)
Créée en 2016, l'ANSP 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).
Ainsi, l'ANSP est une agence qui a pour mission :

- 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 ;
- le lancement de l'alerte sanitaire ;
- la préparation de la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires.

Pour ce faire, l'ANSP assume :

- la gestion du stock stratégique national de 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'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 cosmétique[31].
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.

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 éthiques[32].
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'Autorité de sûreté nucléaire (ASN)
L'ASN participe à la gestion des situations d'urgence pour les questions relatives à la radioprotection.
Cette autorité indépendante est chargée d'assister le Gouvernement en apportant son concours technique pour l'élaboration, au sein des plans d'organisation des secours, des dispositions prenant en compte les risques résultant d'activités nucléaires. De plus, elle adresse des recommandations sur les mesures à prendre sur le plan médical et sanitaire ou au titre de la sécurité civile.
L'ASN a également pour missions d'informer le public de l'état de sûreté de l'installation à l'origine de la situation d'urgence, lorsque celle-ci est soumise à son contrôle et des éventuels rejets dans l'environnement et de leurs risques pour la santé des personnes et pour l'environnement.

31. Article L5311-1 du code de la santé publique
32. Article L1222-1 du code de la santé publique

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).

c. *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 huit 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 huit hôpitaux d'instruction des armées (HIA) présents sur le territoire métropolitain.

Dans le cadre des plans de réponse aux menaces et actes de terrorisme de type nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC) d'origine accidentelle ou provoquée, le SSA participe aux réseaux d'alerte épidémiologique et de laboratoires et apporte des compétences techniques pour les expertises et l'élaboration des fiches et protocoles thérapeutiques et vaccinaux. Le SSA assure, grâce à ses infrastructures spécialisées, l'accueil et le traitement des patients à risque épidémique et biologique, radio-contaminés et contaminés chimiques. Il peut également être amené à fournir des produits de santé (exemple : plasma lyophilisé) et à intervenir pour la mise en œuvre d'une campagne de vaccinations massive.

2. Le niveau zonal

La zone de défense et de sécurité est un échelon territorial compétent 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 supra-régionale destinée à faciliter la gestion, par les autorités déconcentrées de l'Etat, 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'Etat 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[33]. 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, respirateurs, unité mobile de décontamination hospitalière, héliSMUR, etc…), des professionnels de santé et des expertises rares propres à la zone de défense et de sécurité.

3. 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 Corse[34], 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 chacun[35].

Cette création s'est accompagnée de la mise en place dans chacune d'elle d'une plateforme régionale unique de veille[36] 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.

---

33. Instruction n°DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

34. Décret du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé

35. Article L.1411-1 du code de la santé publique

36. 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

Dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaire, l'ARS a pour mission[37] 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 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'Etat 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 et participe au déclenchement du PDM pour le compte du préfet. 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 Directeur général de la santé (DGS) ou le HFDS peut demander l'activation d'un niveau opérationnel au niveau de l'ARS.

37. Article L.1431-2 du code de la santé publique

4. 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 état[38]. 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 il reçoit continuellement les disponibilités et oriente les patients vers les services les plus adaptés à leurs cas.

Dans le langage courant, « le SAMU» est utilisé par extension pour parler des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et de leurs ambulances de réanimation, car la plupart des véhicules comportent le sigle « SAMU » en complément de celui du « SMUR».

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.

38. Article L6311-1 du code de la santé publique

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 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 SMUR[39]) concourent à la mise en œuvre du dispositif ORSEC-NOVI, notamment en ce qui concerne la prise en charge médicale pré-hospitalière des victimes ou patients.

Le SAMU zonal

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.

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

39. Structure mobile d'urgence et de réanimation

ce qui concerne la prise en charge des victimes, du navire jusqu'à la prise en charge sanitaire à terre.

Le service départemental d'incendie et de secours (SDIS)

Les SDIS sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies [40].

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 d'urgence.

Dans le cadre de leurs compétences, ils 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 biens et de l'environnement ;
- les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.

L'organisation territoriale du service départemental d'incendie et de secours tient compte du schéma départemental d'analyse et de couverture des risques. Sous l'autorité du préfet ou du maire, le Directeur départemental des services d'incendie et de secours dispose, en tant que de besoin, des moyens des centres d'incendie et de secours communaux et intercommunaux pour l'exercice de ses missions.

Les associations agréées de sécurité civile (AASC)

Les associations ayant la sécurité civile dans leur objet social peuvent être agréées soit par le représentant de l'Etat dans le département, soit par le Ministre chargé de la sécurité civile, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Seules celles qui sont agréées peuvent être engagées, à la demande de l'autorité de police compétente ou lors de la mise en œuvre du plan ORSEC, pour participer aux opérations de secours et à l'encadrement des bénévoles dans le cadre des actions de soutien aux populations. De même, ce sont les seules qui peuvent contribuer à la mise en place des dispositifs de sécurité civile dans le cadre de rassemblements de personnes. Enfin, ces AASC ont la possibilité d'assurer des actions d'enseignement et de formation en matière de secourisme.

40. Article L1424-2 du code général des collectivités territoriales

Les conditions de leur engagement sur une zone d'attentat ainsi que les dispositions relatives à la coordination de leurs actions sous l'égide des pouvoirs publics sont définies par voie d'instruction.

Les professionnels de ville

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 SSE constitue donc un facteur clé pour l'acceptation des décisions publiques par la population.

Les professionnels de santé libéraux peuvent par exemple être amenés à participer à des campagnes de vaccination exceptionnelles, au suivi de patients hospitalisés à domicile dans le cadre de situations nécessitant de conserver des lits disponibles, à la réalisation d'analyses biologiques, à l'information de la population ou encore à participer au dispositif de veille sanitaire.

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 post-universitaire, 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 de santé de référence (ESR)
Les ESR sont désignés en fonction de leurs capacités d'accueil spécifiques et de leurs ressources humaines et techniques. Les ESR fournissent un appui technique aux ARS et jouent un rôle d'expertise et de coordination technique auprès des autres établissements pour la gestion des SSE. Ils ont pour missions de :

- développer des capacités d'expertise relatives aux pathologies induites par des agents NRC et biologiques, notamment des maladies infectieuses émergentes ou ré-émergentes à potentiel épidémique ;
- optimiser et standardiser la prise en charge des patients contaminés par un agent NRBC ;
- organiser le processus d'identification des agents NRBC et développer les capacités des laboratoires (prélèvements, acheminement des prélèvements, réseau de laboratoires…) ;
- constituer et animer le réseau des établissements de santé susceptibles d'accueillir ces patients et leur apporter l'appui médical et technique nécessaire ;
- apporter un appui aux SAMU de la zone pour la régulation de ces patients ;
- participer à la formation des professionnels de santé concernés notamment sur la protection contre ces risques.

Les établissements médico-sociaux

Un établissement ou service social ou médico-social (ESSMS) 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'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.

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 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 de SAMU. Des psychiatres référents désignés par l'ARS sont chargé 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 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, …) ;
- Établit le bilan d'activité annuel de la CUMP départementale qui est transmis à la CUMP régionale.

Les événements de grande ampleur et les SSE 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.

3

Le parcours de prise en charge de nombreuses victimes

1. 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 :

- urgence absolue (UA) ;
- urgence relative (UR) ;
- impliquée.

Sous l'autorité du préfet, l'ARS assure la coordination de la réponse sanitaire en lien avec le SAMU territorialement compétent.

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 secours[41] 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.

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

41. Article L1424-4 du code général des collectivités territoriales

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 autorisés[42]. 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 explosifs[43]. 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 schéma ORSAN 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. A 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.

---

42. 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)

43. 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.

2. L'organisation de la prise en charge hospitalière

Après une prise en charge et une catégorisation au niveau du PMA, 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 deux niveaux : première ligne et deuxième ligne.

L'ARS prédéfinit dans le schéma ORSAN le rôle dévolu aux établissements de santé pour chaque situation exceptionnelle considérée. Toutefois, chaque établissement doit envisager 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 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. 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 disposeront à terme d'un système d'information unique.
En tant que de besoin le PSE sera activé.

3. 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 médico-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 volet médico-psychologique 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 régionale[44], 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.

44. Mentionnée à l'article R6311–25-1 du code de la santé publique

b. *La mobilisation extrarégionale 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.

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 :

- 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 modalités de participation à 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 Directeur général de l'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.

4. L'organisation de l'accompagnement des victimes et des familles

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, en lien avec l'autorité judiciaire et en veillant à la validation des informations susceptibles de faire l'objet d'une communication.

Le préfet peut décider de la mise en place d'une cellule d'information du public (CIP) pour diffuser des consignes de comportements, recueillir des informations, répondre aux interrogations des proches et du public via un numéro téléphonique spécifique dédié à la crise et réorienter les appels le cas échéant. La CIP est alors en contact régulier avec le centre opérationnel départemental.

En cas d'attentat, la « cellule interministérielle d'aide aux victimes » (CIAV) placée sous l'autorité du Premier Ministre peut être activée. Créée à la suite des attentats de 2015 pour répondre aux besoins exprimés par les victimes, et leurs proches et en concertation avec les associations d'aide aux victimes, la CIAV a pour mission de centraliser l'ensemble des informations concernant l'état des victimes, d'informer, d'accompagner leurs proches et de coordonner l'action de tous les ministères intervenants, en relation avec les associations et le parquet. Compte tenu des conséquences irréversibles des actes de terrorisme sur la vie des familles touchée par de tels drames, un comité de suivi est chargé de l'accompagnement des victimes et de leurs proches bien au-delà de l'attentat lui-même.

En fonction de l'ampleur de l'événement, l'établissement peut également mettre en place un accueil téléphonique dédié aux victimes et à leurs familles (numéro de téléphone particulier avec des personnels formés et des lignes téléphoniques en nombre suffisant).

Liste des abréviations

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
CIAV : Cellule interministérielle 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

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

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

DO : Directeur des opérations

DPC : Développement professionnel continu

DRH : Directeur des ressources humaines

E

EFS : Etablissement français du sang

EPI : Équipement de protection individuelle

ESMS : Etablissements 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

PRV : Point de regroupement des victimes

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
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 : Service 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

Textes législatifs et réglementaires

LOIS

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

DÉCRETS

- 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
- Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé
- Décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles
- 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
- Décret n° 2017-1001 du 10 mai 2017 relatif aux modalités de délivrance de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence par les unités de formation et de recherche de médecine ou de santé ou l'Ecole du Val-de-Grâce

INSTRUCTIONS

- Instruction du 2 novembre 2011 relative à la préparation de la réponse aux situations exception¬nelles dans le domaine de la santé
- Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS 2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
- Instruction DGS/DUS/SGMAS no 2014-153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
- Instruction DGS/CORRUSS/DGOS/USID n°2014-339 du 5 décembre 2014 relative à la mise en place des boites mails fonctionnelles pour les alertes sanitaires dans les établissements de santé
- Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS/2015/229 du 25 juin 2015 relative aux modalités de transmission et de gestion des alertes et des situations sanitaires exceptionnelles entre les ARS et le ministère en charge de la santé
- Instruction interministérielle du 4 mai 2016 relative à la préparation de situations exceptionnelles de type attentats multi-sites
- 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 interministerielle 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

ARRÊTÉS

- 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 24 février 2014 fixant la liste des établissements de santé dotés de personnels et de professionnels affectés pour tout ou partie de leur activité à une cellule d'urgence médico-psychologique et les conditions de désignation d'établissements de santé dotés de personnels et de professionnels affectés par les agences régionales de santé
- Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
- 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)
- Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modalités de l'organisation de l'urgence médico-psychologique

CIRCULAIRES

- Circulaire DHOS/HFD n°2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes (abrogée)
- Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis
- 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 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures du 2 janvier 2012
- Circulaire du 25 avril 2012 relatives à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale

Remerciements

Les fonctions mentionnées ci-après sont celles occupées par les experts au moment où ils ont été sollicités pour participer aux travaux d'actualisation du guide « plan blanc et gestion de crise ».

Comité de pilotage

Kathia Barro, responsable adjoint du pôle offre de soins à la fédération hospitalière de France (FHF)

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

Pierre Blondel, chargé de mission défense et sécurité à l'ARS Hauts de France

Dr. François Braun, Président de Samu-Urgences de France

Sophie Busquet de Chivré, juriste à la FHP MCO

Pr. Pierre Carli, Président du Conseil national de l'urgence hospitalière

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)

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

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

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

Eric Pollet, Directeur de la sécurité sanitaire et santé environnementale à l'ARS Hauts-de-France

Zaynab Riet, Déléguée générale de la FHF

Dominique De Wilde, Directrice générale du CHU de Reims, représentante de la conférence des directeurs généraux de CHU

Francois Zanaska, Président de la conférence nationale des Présidents de CME du secteur privé non lucratif.

Coordination de la rédaction

Olivier Brahic, sous-directeur adjoint veille et sécurité sanitaires à la DGS

Clémence Charras, cheffe de bureau du premier recours à la DGOS

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

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

Membres des groupes de travail

Michelle Bronner, Directrice adjointe du département « stratégie et opérations, coordination du plan de refondation, coopérations internationales » au CHRU de Nancy

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

Brigitte Courtois, Directrice chargé de la qualité et des droits des usagers, CHU de Caen

Claude Fonquernie, Directeur-adjoint au CHU de Toulouse

Marion Girod, chargée de planification et gestion de crises sanitaires à l'ARS Ile-de-France

Pierre Greslé, Directeur-adjoint aux Hospices Civils de Lyon, responsable de la mission veille et sécurité sanitaires

Stéphanie Jollivet-Pluchon, Directrice Qualité, Risques et Evaluation au CH de Nantes

Jébril Landoulsi, ingénieur gestion des risques au CH de Gonesse

Mireille Lardière, cadre supérieur de santé aux Hospices civils de Lyon et réfèrent SSE Zone Sud

Dr. Anne Lecoq, conseillère médicale à l'ARS Bourgogne-Franche-Comté

Gaëlle Lelièvre, ingénieur qualité/gestion des risques au CHU de Bordeaux

Dr. Christophe Leroy, chef du service gestion des crises sanitaires, DOMU – APHP

Pauline Maisani, Directrice générale adjointe des Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val-de-Seine, AP-HP

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

Bertrand Parent, Directeur de la délégation de l'île de la Réunion, ARS Océan Indien

Caroline Tétard, ingénieur risques, direction de la qualité des risques et de l'évaluation au CHU de Nantes

Josselin Vincent, responsable du pôle veille et sécurité sanitaire et environnemental à l'ARS Corse

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

Christophe Baltus, Directeur du campus santé au CHU de Poitiers

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

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

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'entrainement NRBC-E

Jérémie Carré, chef de projet SIVIC au CORRUSS, à la DGS

Jean-Malo Déan, chef de projet chargé du plan national d'appui aux crises sanitaires ultramarines à la DGS

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

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

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

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

Anne-Lise Mulin, ingénieur qualité Ingénieur qualité au CHRU de Besançon

Patrice Perpere, infirmier, SAMU33 - CHU de Bordeaux

Florence Peyronnard, conseillère sanitaire de zone à l'ARS Auvergne Rhône-Alpes

Nathalie Ponsard, ingénieur qualité au CH de Quimper

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

Brigitte Scherb, conseillère paramédicale à la mission nationale GHT au sein de la DGOS

Julie Soma, responsable communication de crise à la DGS

Christophe Van der Linde, professeur à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)

Bertrand Vigneron, ingénieur biomédical en chef – Enseignant en ingénierie des organisations de santé à l'EHESP