RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Bretagne

DISPOSITIF ORSAN

ORGANISATION RÉGIONALE DE LA RÉPONSE DU SYSTEME DE SANTÉ EN SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

RÉGION BRETAGNE

Cette version du dispositif ORSAN, diffusée sur le site de l'ARS Bretagne, ne comporte pas les différents éléments dont la diffusion est restreinte (cartes, classements des établissements de santé, contacts…).

Pour disposer du document complet, vous pouvez contacter le département alerte et crise de l'ARS Bretagne par mail : ars-bretagne-defense@ars.sante.fr

Avant-propos

Elise Noguera, Directrice générale de l'ARS Bretagne

L'actualité de ces dernières années a démontré la nécessité de renforcer la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles. La pandémie de COVID 19, par son caractère global, a mis en évidence l'importance d'une capacité de réponse de l'ensemble des secteurs de l'offre de soins : hôpital, ville et médico-social. Face à l'augmentation de la fréquence des crises ainsi que l'émergence de nouveaux risques induits par la globalisation des échanges, par le changement climatique (épidémies émergentes, majoration des risques naturels) et par la vulnérabilité croissante d'un système de santé face aux défaillances technologiques et des réseaux (risque cyber et énergétique, coupure de téléphonie, interruption de l'approvisionnement en eau…), il est essentiel de poursuivre collectivement nos efforts d'anticipation et de préparation.

Dans ce contexte, chaque ARS élabore son dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles, dit « ORSAN », qui est un outil central de préparation visant à adapter les parcours de soins des patients et à déterminer les mesures nécessaires pour que le système de santé puisse faire face à tous types d'événements et de crises.

Ce dispositif, qui impulse une nouvelle dynamique, a été arrêté le 28 mars 2024 après avis des préfets de départements. La planification ORSAN est complémentaire des dispositifs « ORSEC » (organisation de la réponse de sécurité civile) qui déterminent, sous l'autorité du préfet de département, l'organisation générale des secours. Elle obéit à une logique opérationnelle et complète les orientations inscrites dans le Projet Régional de Santé Bretagne (PRS 2023-2028) pour « renforcer la résilience du système de santé face aux crises et aux risques ».

Afin de s'adapter à la nature de l'événement et aux besoins de la population, le dispositif ORSAN est décliné autour de cinq situations exceptionnelles correspondant aux risques susceptibles de créer un impact conséquent sur l'offre de soins : afflux massif de victimes, prise en charge de blessés psychiques, risque épidémique et climatique, risque émergent biologique, risque nucléaire, radiologique et chimique. Ces volets sont complétés par des dispositions spécifiques transversales (DST) qui sont des leviers complémentaires opérationnels permettant une plus grande adéquation des réponses sanitaires particulières (évacuation d'établissement, renforts RH …).

Pour permettre l'intégration de ces nouvelles dispositions, les objectifs du dispositif ORSAN seront déclinés dans chacun des plans relevant des opérateurs du système de santé : plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé, plans bleus des établissements médico-sociaux et plans de gestion de crise des communautés professionnelles territoriales de santé. L'Agence régionale de santé accompagnera la bonne appropriation des mesures, notamment par la formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles, la réalisation d'exercices, l'attribution des moyens opérationnels mais aussi par l'inscription des objectifs d'établissement dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements.

Enfin, je tiens à remercier toutes celles et ceux qui ont, ces derniers mois, contribué à l'élaboration de ce document aux côtés de l'ARS. Je sais pouvoir compter sur la mobilisation et l'engagement de tous les acteurs du système de santé en Bretagne lorsqu'il s'agit de faire face à des situations sanitaires exceptionnelles. Ce cadre actualisé de préparation permettra sans nul doute de renforcer notre dispositif de réponse et d'assurer les meilleurs soins à nos concitoyens.

Elise NOGUERA

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Bretagne

Direction de la Santé Publique
Direction adjointe de la Veille et de la Sécurité Sanitaires
Département Alerte et Crise

ARRÊTÉ DU 28 MARS 2024
PORTANT ADOPTION DU DISPOSITIF D'ORGANISATION DE LA RÉPONSE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Bretagne

Vu le code de la santé publique, article R 3131-4 et suivants ;

Vu le décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles ;

Vu le décret 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 ;

Vu le décret du 1er février 2023 portant nomination de la directrice générale de l'agence régionale de santé de Bretagne, Madame Elise NOGUERA ;

Vu le décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles ;

Vu l'avis favorable rendu par le préfet des Côtes d'Armor en date du 4 mars 2024 ;

Vu l'avis favorable rendu par le préfet du Morbihan en date du 14 février 2024 ;

Vu l'avis favorable rendu par le préfet de l'Ille-et-Vilaine en date du 11 mars 2024 ;

Vu l'avis favorable rendu par le préfet du Finistère en date du 20 mars 2024.

ARRÊTE

Article 1er : le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) en Bretagne est composé de cinq plans opérationnels de réponse :

- Plan AMAVI : événement provoquant un nombre important de blessés somatiques ;
- Plan MEDICO-PSY : événement provoquant un nombre important blessés psychiques ;
- Plan EPICLIM : tensions dans l'offre de soins en situation d'épidémie ou de phénomène climatique extrême ;

- Plan NRC : événement exposant à un agent chimique, nucléaire et radiologique ;
- Plan REB : émergence d'un ou de plusieurs cas d'une maladie infectieuse potentiellement épidémique ;

Complété de neuf dispositions spécifiques transversales :

- DST mobilisation des ressources humaines ;
- DST organisation d'une vaccination exceptionnelle ;
- DST montée en puissance des soins critiques ;
- DST organisation des évacuations sanitaires ;
- DST évacuation d'un établissement de santé ou médico-social ;
- DST dépistage massif d'agent infectieux ;
- DST coordination de la sécurisation des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ;
- DST accueil et gestion des renforts projetés.
- DST cybersécurité

Article 2 : cet arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux, dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou notification.

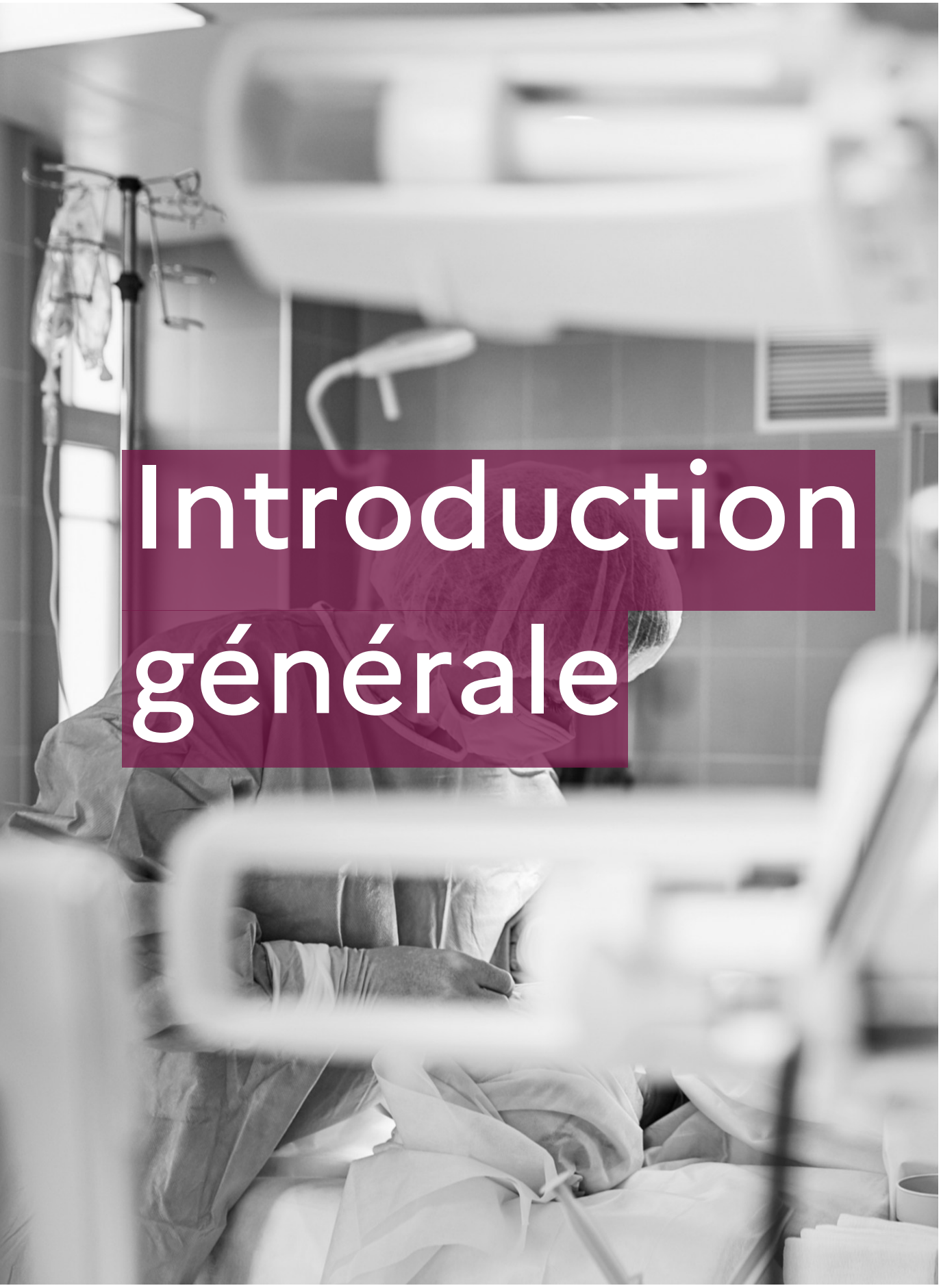
Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyen » accessible par le site internet www.telerecours.fr .

Article 3 : La Directrice de la santé Publique est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bretagne.

Fait à Rennes, le 28 mars 2024

La Directrice générale
de l'Agence Régionale de Santé Bretagne

Elise NOGUERA



Introduction générale

Table des matières

Introduction générale 7

PRÉAMBULE 11

ANALYSE DES RISQUES 17

Planification opérationnelle ORSAN 25

PLAN AMAVI 27

PLAN MEDICO-PSY 85

PLAN EPICLIM 123

PLAN REB 155

PLAN NRC 193

DST RESSOURCES HUMAINES 229

DST ACCUEIL DES RENFORTS EXTRA-REGIONAUX 245

DST SOINS CRITIQUES 253

DST EVASAN 263

DST EVACUATION DES ES ET EMS 275

DST DEPISTAGE MASSIF 289

DST VACCINATION EXCEPTIONNELLE 303

DST SECURISATION DES ES ET EMS 321

DST CYBERSÉCURITÉ 351

Annexes 361

CLASSEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ BRETONS 362

LISTE DES ETABLISSEMENTS VULNERABLES FACE AUX RISQUES MAJEURS 366

FICHES TECHNIQUES 384

LISTE DES CARTES 393

REMERCIEMENTS 394

GLOSSAIRE 397

PRÉAMBULE

Références réglementaires

- Code de la santé publique, articles L3131-8 et suivants.
- Code de la santé publique, articles R3131-4 et suivants.
- Code de la sécurité intérieure, articles L741-1 et suivants.
- Décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles.
- Décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.
- Arrêté du 18 janvier 2024 fixant la liste des établissements de santé de référence.
- Arrêté du 18 janvier 2024 relatif aux missions de référence, aux capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic des établissements de santé de référence et aux missions des agences régionales de santé.
- Instruction du 2 novembre 2011 relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé.
- Instruction du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- Instruction du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- Guide méthodologique d'élaboration du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé, 2024.
- Guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD, 2022.
- Guide méthodologique d'élaboration du dispositif ORSAN régional, 2024.

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

Cadre général

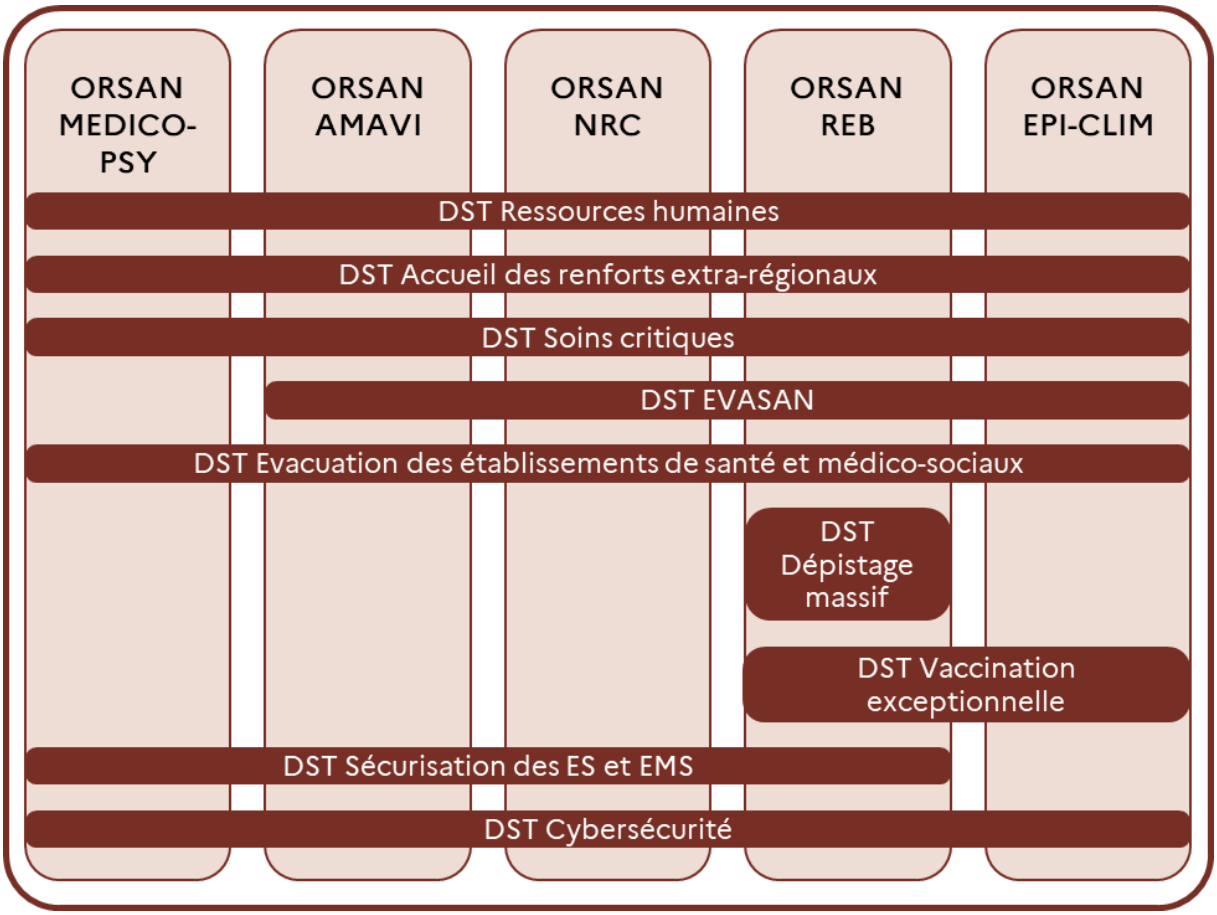
À l'échelon régional, l'ARS est en charge de l'élaboration du dispositif ORSAN régional qui constitue le cadre territorial de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles. Le dispositif ORSAN est construit autour de plans opérationnels de réponse qui organisent, en fonction des conséquences d'une situation sanitaire exceptionnelle et de la typologie des patients (blessés ou malades) induite, la mobilisation des opérateurs de soins et des professionnels de santé et déterminent les parcours de soins et les filières de prise en charge des patients. La conception de l'ensemble des plans et dispositions spécifiques transversales a été réalisée de manière collective en associant des représentants de l'ensemble des acteurs du système de santé (sanitaire, médico-social, libéral) en Bretagne.

Le dispositif ORSAN est constitué de :

- **5 plans opérationnels de réponse :**
  - Plan AMAVI : organisation de la réponse du système de santé à un événement provoquant un nombre important de blessés somatiques (non contaminés).
  - Plan MEDICO-PSY : organisation de la réponse du système de santé face à un événement provoquant un nombre important de blessés psychiques.
  - Plan EPICLIM : gestion des tensions dans l'offre de soins en situation d'épidémie, de phénomène climatique extrême (canicule, vague de froid).
  - Plan REB : organisation de la réponse du système de santé face à l'émergence d'un ou de plusieurs cas de maladie infectieuse potentiellement épidémique ou liée à un agent de la menace biologique
  - Plan NRC : organisation de la réponse du système de santé à un événement exposant à un agent chimique, nucléaire et radiologique.

- et **9 dispositions spécifiques transversales (DST)** pouvant être activées par le Directeur général de l'ARS, en complément des plans pour répondre à un besoin spécifique :
  - DST Ressources humaines
  - DST Accueil des renforts extra-régionaux
  - DST Soins critiques
  - DST Evacuations sanitaires (EVASAN)
  - DST Evacuation des établissements de santé et médico-sociaux
  - DST Dépistage massif
  - DST Vaccination exceptionnelle
  - DST Sécurisation des établissements de santé et médico-sociaux
  - DST Cybersécurité

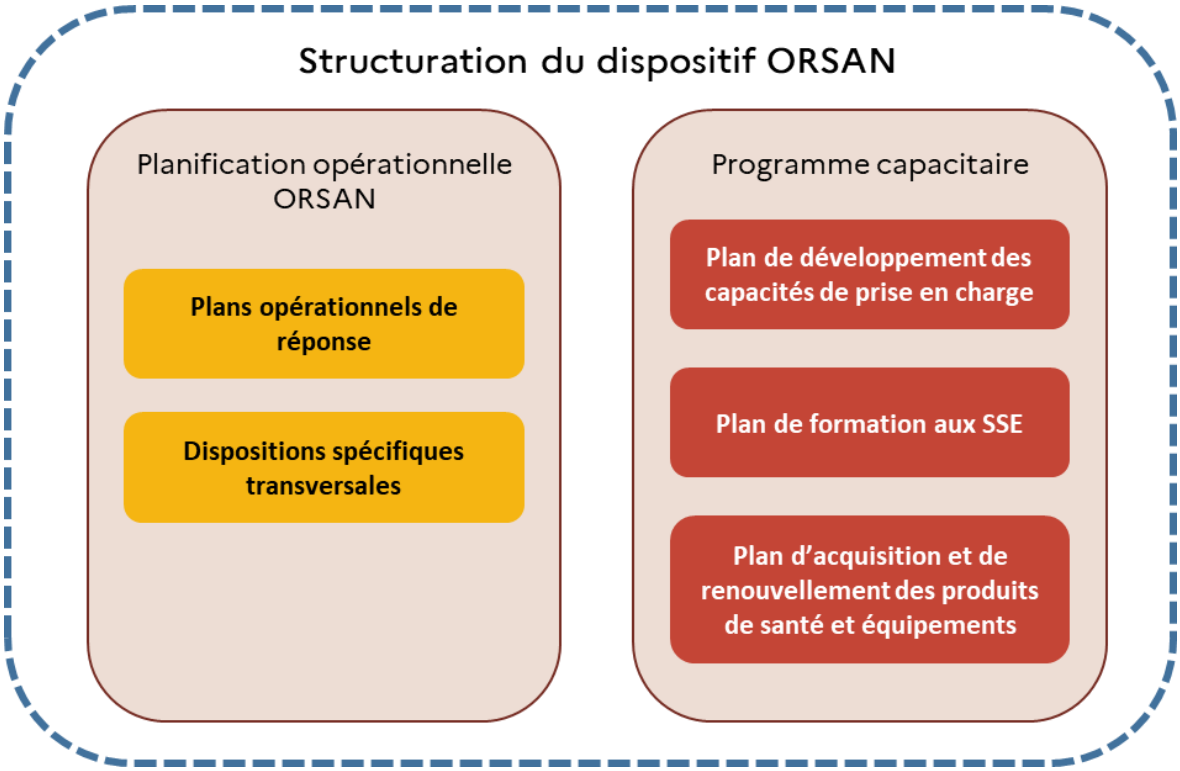
L'ensemble de ces documents sont disponibles en ligne dans un espace partagé accesible aux opérateurs du système de santé breton Espace OSMOSE - ARS Bretagne ORSAN. Ils sont accompagnés de différents documents et ressources numériques sur la thématique des SSE.



La structuration du disposif ORSAN

Le dispositif ORSAN régional est structuré en 2 composantes complémentaires :

- La **planification opérationnelle ORSAN** qui a pour objectif d'organiser, en fonction de la nature de la situation sanitaire exceptionnelle, la mobilisation, de façon coordonnée, des structures de soins, des professionnels de santé et des moyens et matériels. Ces plans opérationnels et dispositions spécifiques transversales définissent les parcours de soins et précisent les missions et les objectifs opérationnels confiés aux opérateurs de soins notamment les services d'aide médicale urgente (SAMU), les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les établissements de santé, les services et établissements médico-sociaux et les professionnels exerçant en secteur ambulatoire ;
- Le **programme annuel ou pluriannuel capacitaire** identifiant les actions à mener par l'Agence régionale de santé et les acteurs du système de santé pour maintenir ou développer les capacités nécessaires, en particulier en termes de prise en charge des patients ou des victimes, de formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles et d'attribution des moyens opérationnels. Ce programme prévoit notamment la réalisation chaque année d'un ou de plusieurs exercices ou entrainements associant les acteurs du système de santé, permettant d'évaluer le caractère opérationnel du dispositif ORSAN.



En pratique, le dispositif ORSAN repose sur un corpus de plans opérationnels de réponse complété par un programme capacitaire reposant sur :

- Des capacités d'offre de soins adaptées susceptibles de monter en puissance et des moyens de renfort tactiques mobilisables en tant que de besoin ;
- Un cadre de formation des professionnels de santé et autres personnels des opérateurs de soins aux SSE.

Modalités de mise en œuvre

Les différents plans ORSAN sont **déclenchés par le DGARS** soit directement, soit à la demande du préfet ou du ministre de la santé.

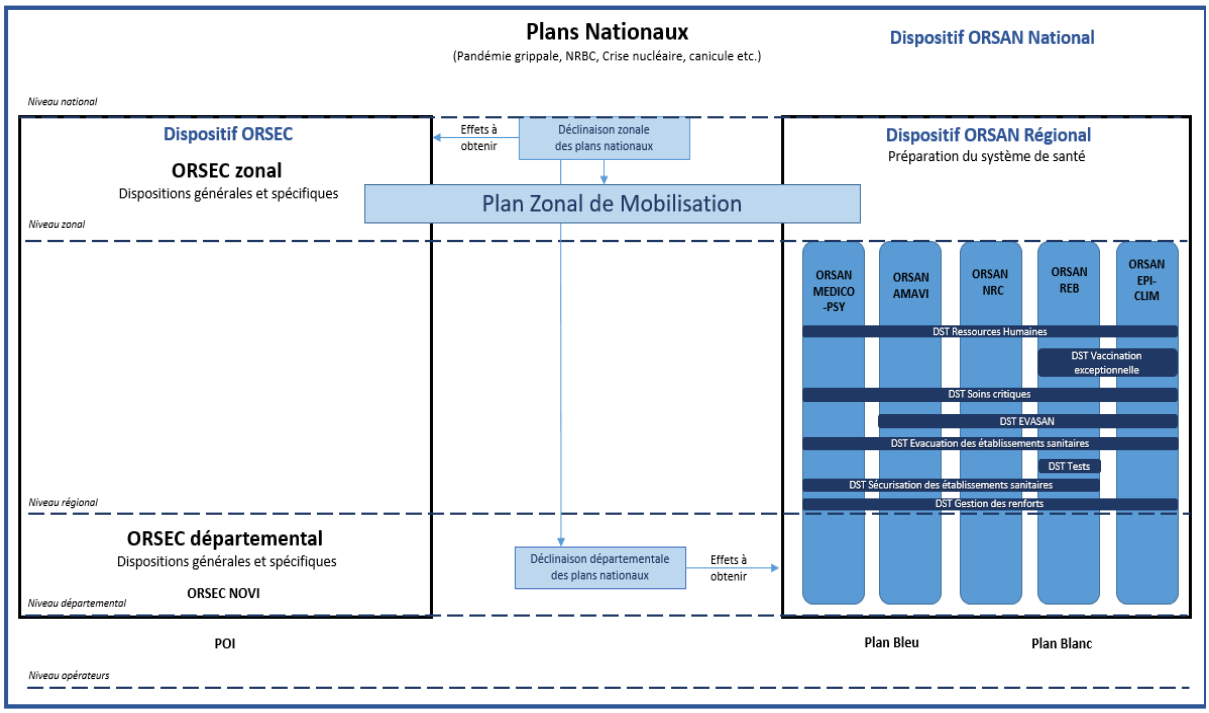
Le déclenchement d'un des 5 plans entraîne **l'activation immédiate de la cellule de crise de l'ARS** (CRAPS : cellule régionale d'appui au pilotage sanitaire).

Le rôle de l'ARS est de coordonner l'action des différents opérateurs de santé en région :

- S'assurer de la mobilisation effective des établissements de santé (ES) de 1ère ligne et le cas échéant des ES de 2ème ligne (déclenchement des plans de gestion des tensions hospitalières et SSE – ex plans blancs)
- Assurer la coordination et le suivi de la réponse des différents acteurs (hospitaliers, médico-sociaux, libéraux) impliqués
- Assurer le suivi des victimes (SI-VIC)
- Mobiliser les moyens nécessaires à la prise en charge des blessés/patients au bénéfice des opérateurs impactés
- Solliciter le cas échéant des renforts auprès de l'ARS de Zone

Le dispositif ORSEC (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile) 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.

Les mesures prises au titre du dispositif ORSEC, sous pilotage préfectoral, ou du dispositif ORSAN peuvent être mises en oeuvre séparément ou concomitamment. Le système de santé participe au dispositif ORSEC par la prise en charge pré-hospitalière des urgences médicales. Le dispositif ORSAN constitue ainsi le prolongement, en aval, de la régulation des patients par le SAMU.



ANALYSE DES RISQUES

La région Bretagne est une péninsule de 27 208 km² caractérisée par un littoral très découpé s'étendant sur plus de 2700 km (soit environ 30% du littoral de France métropolitaine) et comprenant un grand nombre d'îles habitées, dont 15 en permanence.

La population est concentrée autour de la métropole Rennaise et sur le littoral où sont situées les principales agglomérations, notamment de Quimper à Vannes, de Brest à Lannion et autour de Saint-Brieuc et Saint-Malo.

Les risques majeurs sont la possibilité de survenue d'événements d'origine naturelle ou anthropique (qui résulte de l'action humaine), dont les conséquences peuvent affecter un grand nombre de personnes, occasionner des dommages importants et dépasser les capacités de réaction de la société. Les risques majeurs identifiés en Bretagne sont listés ci-dessous.

Les risques naturels

Du fait de son climat, de sa topographie et de son littoral, la Bretagne est principalement confrontée aux risques d'inondations par débordements de cours d'eau mais également aux risques d'inondations par submersion marine, ainsi qu'aux tempêtes. En termes d'aléas climatiques (grand froid, vague de chaleur), la population bretonne est par ailleurs plus impréparée que d'autres régions du fait d'une survenue moins fréquente.

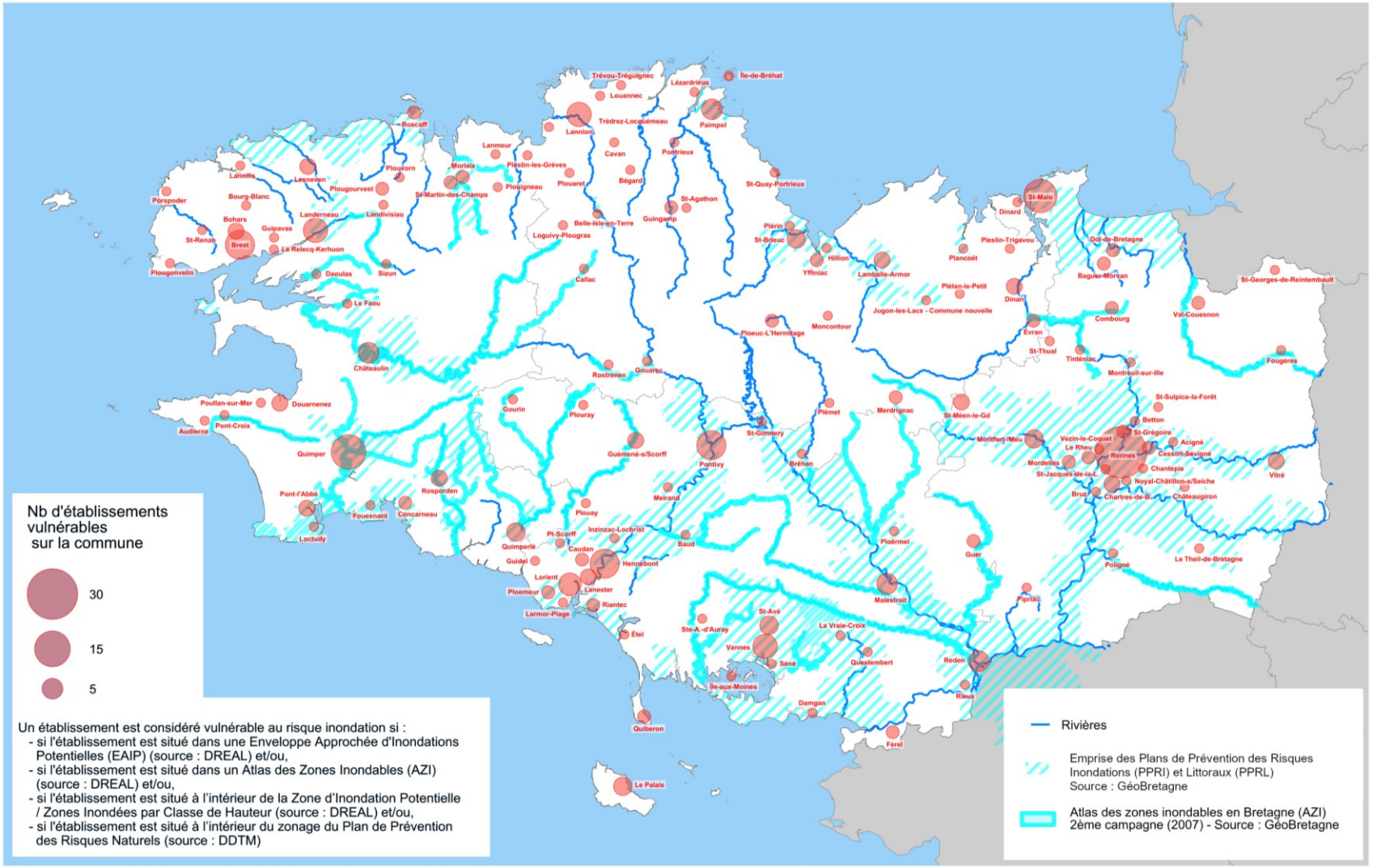
Le risque inondation

La Bretagne peut être concernée par 2 types d'inondations : les inondations terrestres (inondations de plaine, les crues des rivières par ruissellements et coulées de boues, le ruissellement pluvial en zone urbaine), les inondations par submersion marine (cf. cartographie des zones inondables).

Au-delà des perturbations de réseaux (coupure électrique, rupture d'alimentation en eau potable, coupure des réseaux routiers), ce type d'évènement peut impliquer l'évacuation de structures sanitaires et médico-sociales.

L'ARS a obtenu par l'intermédiaire de la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL) la liste des opérateurs de santé soumis au risque d'inondation (voir carte page suivante et liste des établissements concernés en annexe, page 370).

Carte 1 : Établissements de santé et médico-sociaux situés sur des zones vulnérables au risque inondation



Source : ARS Bretagne, DREAL Bretagne
Réalisation : ARS Bretagne, Décembre 2023
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 30 60 km

- **Le risque tempête/vents violents**

L'essentiel des tempêtes touchant la France se forme sur l'océan Atlantique, au cours des mois d'automne et d'hiver. Si les conséquences en termes de décès ou de blessures sont rares, les tempêtes peuvent engendrer des dégâts matériels (et des conséquences notamment en termes de défaillance du réseau électrique) et environnementaux importants. Toutes les communes des quatre départements bretons sont exposées à des vents plus ou moins violents.

- **Le risque canicule et grand froid**

Traditionnellement à l'abri des températures extrêmes du fait de son climat océanique tempéré et de la proximité de mers et d'océans, la Bretagne connaît depuis une dizaine d'années une hausse sensible des températures estivales. Les épisodes de grand froid, plus rares, peuvent être également sévères.

La répétition de ces épisodes a non seulement un impact sur la santé des populations, notamment les plus fragiles, mais peut également impacter le fonctionnement des opérateurs de santé en renforçant la probabilité de survenue de certains risques (problématique d'approvisionnement en eau potable, risque de délestage électrique notamment).

- **Le risque mouvements de terrain**

La Bretagne est concernée par différents types de mouvements de terrain (retrait ou gonflement des argiles suite à sécheresse ou réhydratation du sous-sol, glissement de terrain en zone vallonnée, effondrement de cavités souterraines hors risques minier, écroulements et chutes de blocs).

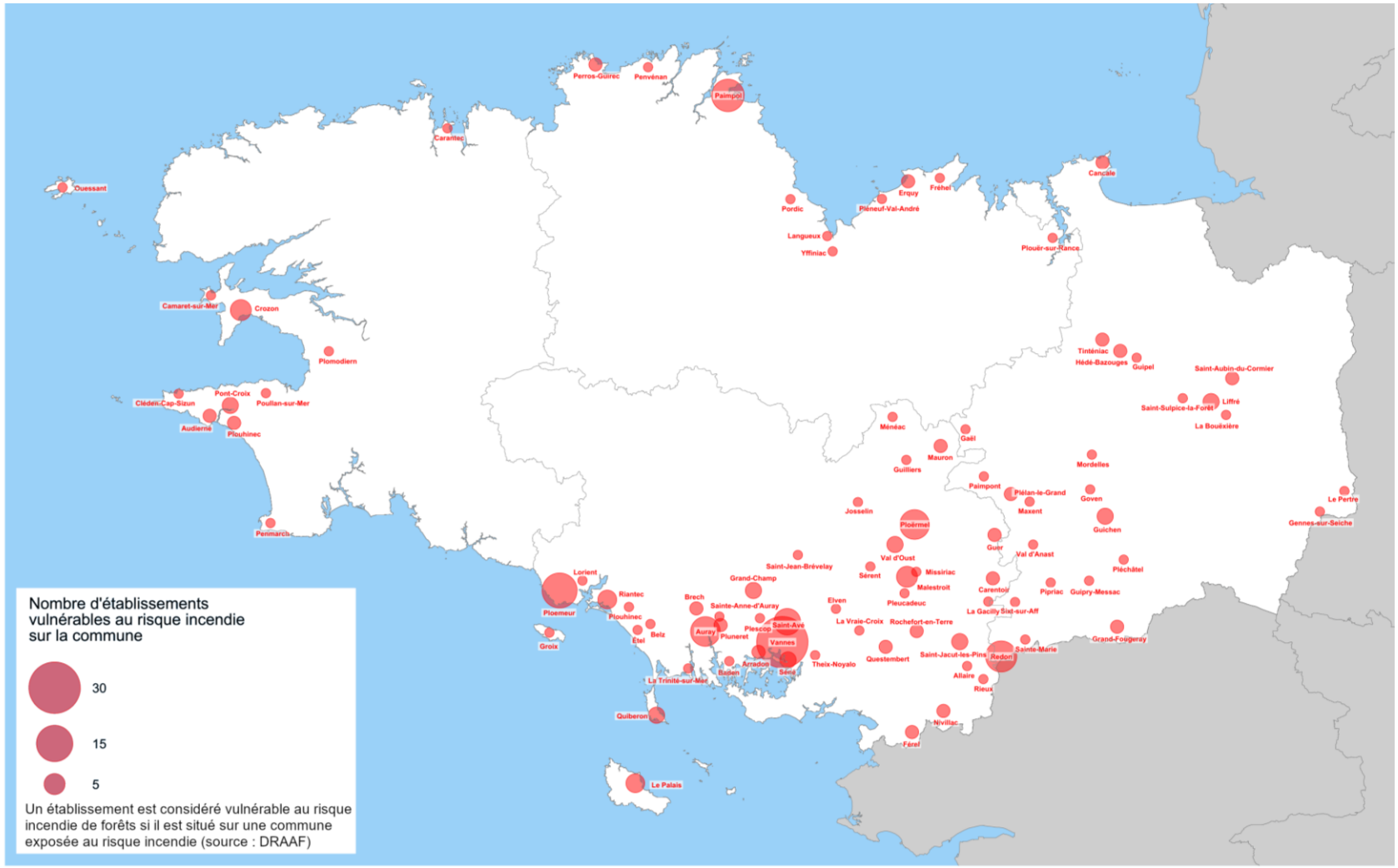
L'ARS a obtenu par l'intermédaire de la DREAL la liste des opérateurs santé concernés par ce risque.

- **Le risque feux de forêt**

Le changement climatique rend l'occurrence d'incendies de grande ampleur plus probable dans les années et décennies à venir en Bretagne.

L'ARS a obtenu par l'intermédiaire de la DREAL la liste des opérateurs santé concernés par ce risque (voir carte page suivante et liste des établissements concernés en annexe, page 366).

Carte 2 : Établissements de santé et médico-sociaux situés sur une commune vulnérable au risque incendie de forêts



Source : ARS Bretagne, DREAL Bretagne
Réalisation : ARS Bretagne, Décembre 2023
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 30 60 km

Les risques technologiques

Les risques réseaux

Différents évènements (événements météorologiques, actes accidentels ou intentionnels, casse…) peuvent entraîner des dysfonctionnements/interruptions des différents réseaux et notamment :

- Eau
- Energies (électricité, gaz, hydrocarbures…)
- Moyens de télécommunications (internet, téléphonie…)

Ces incidents peuvent impacter les différents opérateurs du système de santé et altérer significativement leur fonctionnement quotidien.

Le risque industriel

L'activité industrielle et agro-alimentaire se traduit par une exposition des populations environnantes au risque chimique. De manière indirecte, le risque chimique peut également engendrer un risque thermique (incendie) et mécanique (explosion).

La région Bretagne est de taille moyenne en termes d'activité industrielle, mais importante en termes d'activité agro-alimentaire. Elle comprend un parc important d'établissements à risque : 52 établissements SEVESO (voir carte page suivante et liste des établissements concernés en annexe, page 366).

Le risque nucléaire et radiologique

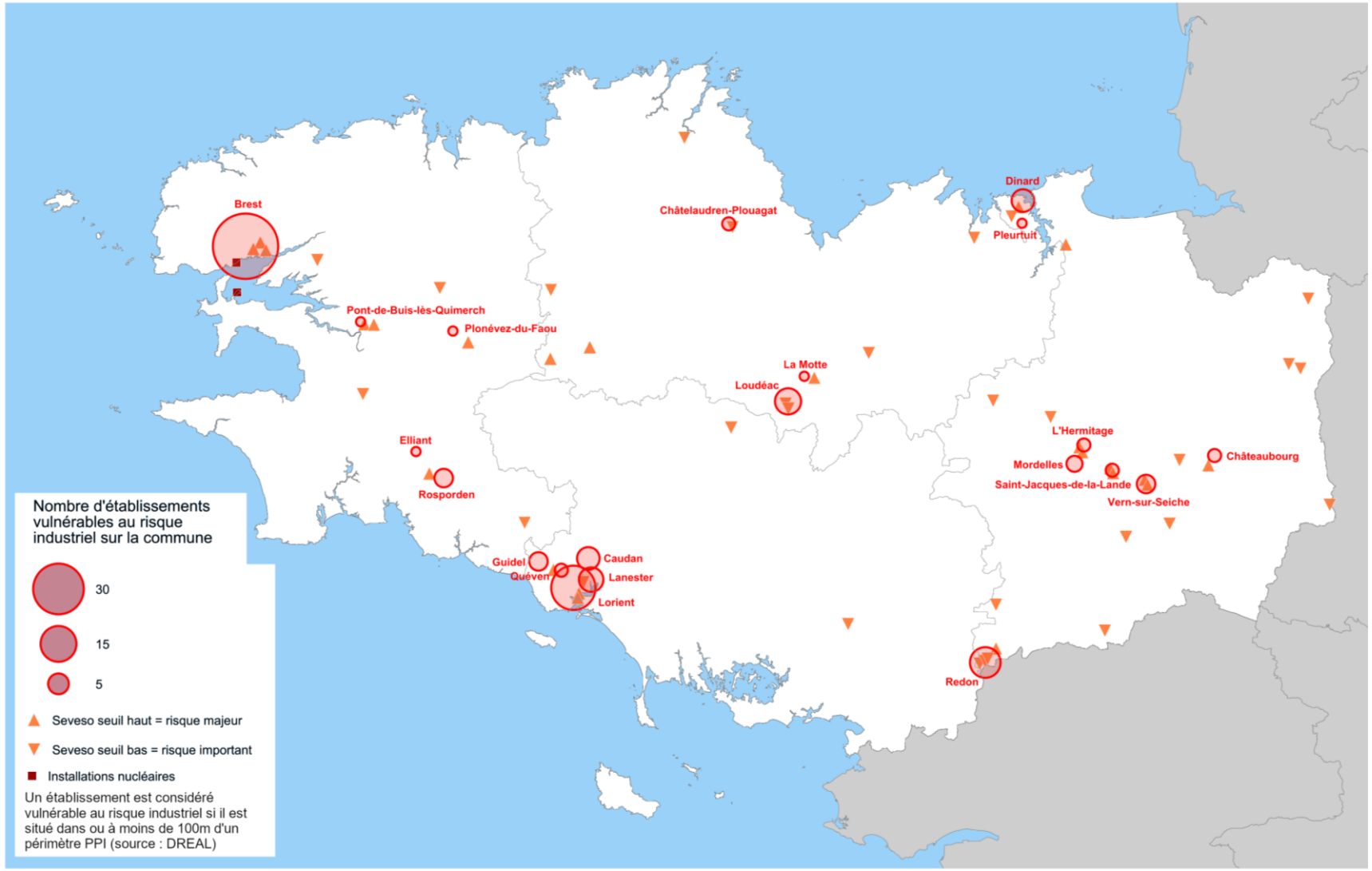
Le risque radiologique est lié à l'ensemble des effets de radiations sur la population, quelle que soit leur origine. Le risque nucléaire est lié au transport de matière radioactive (TMR), aux armes nucléaires et au fonctionnement des installations nucléaires civiles et militaires, à la gestion de leurs déchets, pollutions et contaminations. Qu'elle soit intentionnelle (attentat, action malveillante) ou non (accident, dysfonctionnement), le risque de survenue d'un tel événement au niveau d'une installation nucléaire ou d'un site possédant des équipements pouvant entrainer des radiations, est une réalité en Bretagne.

En termes de risque radiologique civile, la Bretagne compte une seule installation nucléaire en cours de démantèlement (centrale des Monts d'Arrée à Brennilis). La manipulation de matière radioactive (au niveau de services de radiologie notamment) ainsi que le TMR civil engendrent également un faible risque d'incident. Le risque nucléaire et radiologique concerne ainsi principalement les installations militaires de défense du Finistère (représentées sur la carte, page suivante) :

- Le port de Brest : installations de soutien et d'entretien des bâtiments à propulsion nucléaire. Le port de Brest comporte à ce titre deux installations nucléaires de base secrète (INBS) ;
- L'Ile Longue (Crozon), qui abrite deux INBS.

Ces activités génèrent par ailleurs la circulation ponctuelle de matières radioactives sur le territoire breton, qui est également concerné par le transit de ce type de matières dangereuses entre les deux sites à risques situés dans le département de la Manche (centrale nucléaire de Flamanville et centre de retraitement de La Hague) et le sud de la France.

Carte 3 : Établissements de santé et médico-sociaux situés sur une commune vulnérable au risque industriel



Source : ARS Bretagne, DREAL Bretagne, Préfecture du Finistère
Réalisation : ARS Bretagne, Décembre 2023
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 30 60 km

- **Le risque accidentel lié au transport de passagers**

En Bretagne, le risque accidentel lié au transport de passagers peut se matérialiser sous la forme de différents évènements allant de l'accident routier au naufrage d'un navire à passagers.

- **Le risque de rupture de barrage et de digues**

La rupture d'un barrage ou d'une digue peut être causée par des aléas de différentes natures : défaillance humaine ou malveillance, causes naturelles (crues, glissements de terrain, séismes), dysfonctionnement technique (vieillissement des installations, défaut de fonctionnement). La rupture pourra également être plus ou moins progressive, permettant ou non une certaine anticipation et le cas échéant une évacuation des zones en aval.

- **Le risque accidentel lié au transport de matières dangereuses**

Le risque de transport de matières dangereuses est consécutif à un accident se produisant lors du transport de ces marchandises par voie routière, ferroviaire, voie d'eau ou canalisations.

Les risques infectieux

Il peut s'agir de l'émergence d'une pathologie hautement contagieuse et/ou grave (fièvre hémorragique virale, coronavirus, virus grippal émergent, etc.), entrainant un risque d'épidémie voire de pandémie. Une action malveillante et intentionnelle (bioterrorisme) avec la dissémination d'un ou plusieurs agents biologiques à potentiel épidémique et létalité forte (variole, peste pulmonaire, etc.) peut également être en cause.

Le système de santé est chaque année par ailleurs très fortement impacté par les épidémies saisonnières (infections respiratoires aigües, grippe, bronchiolite…).

Enfin, du fait de son modèle agricole (densité élevée d'élevages porcins et aviaires) et de la multiplication actuelle des foyers d'influenza aviaire, la Bretagne est particulièrement exposée à l'émergence de foyers épidémiques de grippe humaine d'origine zoonotique.

Les risques malveillants

- **Le risque terroriste**

Si la motivation terroriste peut être à l'origine de certains aléas possibles dans le cadre des risques technologiques et infectieux détaillés plus haut, un attentat à l'explosif ou une attaque (multi-sites ou non) à l'arme de guerre visant un lieu public ou une zone densément fréquentée pourra également engendrer un nombre important de victimes traumatiques. En Bretagne, les lieux publics à forte fréquentation ponctuelle (stade, salle de concert, cinéma, théâtre) ou régulière (métro de Rennes, centre commercial, centre-ville) sont des cibles potentielles. Les évènements festifs et populaires (grand rassemblement culturel ou sportif) entraîneront un surcroît de risque en fonction du nombre de participants et de l'accès aux sites.

- **Les cyberattaques**

Les opérateurs de santé sont la cible de nombreuses attaques de leurs systèmes d'information (SI). Celles-ci peuvent les paralyser en tout ou partie et être à l'origine de fuites de données sensibles.

Planification opérationnelle ORSAN

PLAN AMAVI

Plan validé le 28/03/2024

Table des matières

1. Doctrine 28
1.1. Contexte, objectifs et enjeux 28
1.2. Champ d'application 29
1.2.1. La situation a nombreuses victimes traumatiques (SNVT) 29
1.2.2. La situation à nombreuses victimes balistiques (SNVB) 29
1.2.3. Schéma d'organisation de la réponse préhospitalière aux deux types de situations à nombreuses victimes 31
1.3. Organisation de la réponse sanitaire 32
1.3.1. Préambule 32
1.3.2. Principes d'organisation sanitaire face à un AMAVI (SNV B ou T) 32
1.3.3. Cinétique d'organisation de la réponse sanitaire à un AMAVI 36
1.3.4. Typologie d'établissements 37
2. Commandement et coordination 40
2.1. Schéma général de coordination inter-acteurs 40
2.2. Schéma simplifié de coordination inter-acteurs 41
2.3. Fiches acteurs 42
3. Mise en œuvre opérationnelle 55
3.1. Mise en œuvre de la réponse sanitaire face à un afflux massif de victimes 55
3.1.1. Définition et/ou champ d'application 55
3.1.2. Logigramme d'organisation de la réponse sanitaire a un AMAVI 56
3.1.3. Périmètres isochrones des 8 principales agglomérations bretonnes 57
4. Fiches techniques 58
4.1. Fiche 1 : Organisation cible du plan blanc 58
4.2. Fiche 2 : Régulation et transports 59
4.3. Fiche 3 : Le tri des victimes à l'arrivée à l'hôpital et la prise en charge 61
4.4. Fiche 4 : Organisation Médicotechnique en SSE 65
4.5. Fiche 5 : Mise à disposition des produits sanguins labiles 67
4.6. Fiche 6 : Sécurisation des établissements sanitaires 68
4.7. Fiche 7 : Gestion des lits 71
4.8. Fiche 8 : L'accueil des familles 77
5. Annexes 79
5.1. Tableau de correspondance des classifications secouriste et médicale des impliqués 79
5.2. Cartographie des moyens bretons pour la prise en charge AMAVI 80
5.3. Bibliographie et références règlementaires et techniques 82

1. Doctrine

1.1. Contexte, objectifs et enjeux

Contexte

Ce document constitue le plan « AMAVI », soit afflux massif de victimes, du dispositif ORSAN. Il a pour objectif de définir l'organisation régionale du système sanitaire (administration et opérateurs) en cas d'afflux massif de victimes, régulées ou non, dans un cadre accidentel ou d'origine terroriste.

L'enjeu est d'assurer la qualité et la sécurité des soins dans un contexte pouvant désorganiser le système de prise en charge des victimes.

Objectif général

Disposer d'une organisation régionale du système de santé, en capacité d'assurer la prise en charge médico-chirurgicale et médico-psychologique des victimes tout en assurant la continuité des autres activités.

Objectifs opérationnels

- Préciser les modalités d'alerte et le circuit de l'information.
- Définir la stratégie de prise en charge en fonction de la nature, de la cinétique de l'évènement ainsi que de la typologie des victimes.
- Recenser les moyens et les ressources sanitaires à l'échelle régionale.
- Planifier la coordination de ces moyens.
- Anticiper les points de rupture de la filière de prise en charge « AMAVI ».
- Préciser le rôle et la place des différents acteurs (établissements de santé publics et privés, SAMU, professionnels de santé libéraux, autorités sanitaires…) en classant notamment les établissements de santé selon le type d'accueil et en précisant les circuits de prise en charge des victimes (nature des lésions, nombre…).
- Permettre à chaque établissement de santé d'élaborer son plan blanc hospitalier en conformité avec les principes posés par le plan AMAVI.
- Décliner les procédures de gestion de crise et les outils nécessaires à leur bonne mise en œuvre.
- Planifier la réalisation d'exercices ainsi que des formations.
- Prévoir l'articulation avec les régions voisines et avec la Zone de Défense et de Sécurité Ouest.

1.2. Champ d'application

Le champ d'application de ce document opérationnel concerne l'organisation du système sanitaire (administration et opérateurs) dans un contexte d'afflux massif de victimes, régulées ou non, dans un cadre accidentel ou lors d'un évènement d'origine terroriste. **Deux classes de situations à nombreuses victimes peuvent être envisagées.**

1.2.1. La situation a nombreuses victimes traumatiques (SNVT)

Définition : On considère comme situation à nombreuses victimes (SNV), tout accident générant un afflux massif de victimes (dont une partie est gravement atteinte par des traumatismes physiques et / ou psychologiques) sans adéquation (dans l'heure suivant l'événement) avec les moyens médicaux disponibles.

Exemples non-exhaustifs : catastrophes naturelles, accidents de transports, explosions…

Plusieurs paramètres permettent sa définition :

- Faible occurrence de survenue ;
- Forte gravité ;
- Impact majeur sur l'organisation de l'offre de soins à l'échelle locale voire départementale, régionale ou nationale ;
- Persistance ou non du danger.

Organisation médicale pré-hospitalière (ORSEC) : une situation à nombreuses victimes impactera donc en premier lieu le système pré-hospitalier, et notamment les SAMU/SMUR. Ce système se caractérise en effet par l'implication sur le terrain de médecins qualifiés dont le rôle va du triage des victimes au plus près de la catastrophe, aux gestes de réanimation nécessaires à la stabilisation de l'état des blessés, jusqu'à l'arrivée à l'hôpital.

1.2.2. La situation à nombreuses victimes balistiques (SNVB)

Définition : la situation à nombreuses victimes balistiques se caractérise à la fois par la typologie particulière et la gravité des blessures ainsi que par le contexte terroriste dans lequel elle peut survenir.

La notion d'acte terroriste n'est pas forcément qualifiable rapidement par les acteurs de terrain.

Plusieurs paramètres permettent de préciser sa définition :

- Le fort risque de dimension multi-sites de l'attaque ;
- La notion que les moyens départementaux risquent *de facto* d'être dépassés ;

- Le caractère non stabilisé de la situation. Contrairement aux catastrophes naturelles ou technologiques, ce type d'acte malveillant doit faire continuellement évoquer le caractère potentiel très évolutif de la situation ;
- Le profil des blessures qu'engendrent les armes de guerre utilisées par les terroristes, fusils d'assaut et explosifs, qui occasionnent des dommages corporels majeurs sur des populations civiles vulnérables. Les projectiles, de gros calibre et à grande vélocité, multiples, provoquent des plaies des organes vitaux, des hémorragies massives, internes et externes, des atteintes neurologiques, des délabrements musculo-squelettiques majeurs, avec risque de décès rapide.

Ces typologies de blessures engagent rapidement le pronostic vital suite à la survenue d'hémorragies majeures. Le taux de survie est donc optimal si la victime bénéficie d'une chirurgie d'hémostase dans les plus brefs délais. L'heure qui suit l'accident, voir le quart d'heure pour les blessés les plus critiques constitue un indicateur théorique d'orientation.

Organisation médicale pré-hospitalière (ORSEC) : il est donc nécessaire d'adapter le dispositif type d'organisation des secours et de la prise en charge sanitaire d'une situation à nombreuses victimes. La nature des chocs hémorragiques en fait l'urgence première et peut nécessiter une évacuation régulée sans passage par le Poste médical avance (PMA), dans le cas des « extrêmes urgences ».

On modifie donc la doctrine française, consistant à stabiliser le patient avant évacuation régulée (« *stay for stabilize and carry away* »), en y intégrant des éléments de la doctrine américaine (« *charge and run »)* pour, après un premier *damage control*, arriver à évacuer le patient le plus rapidement possible vers l'établissement le plus adapté (« *scoop, care, sort and run* »).

Le schéma d'organisation est donc le suivant :

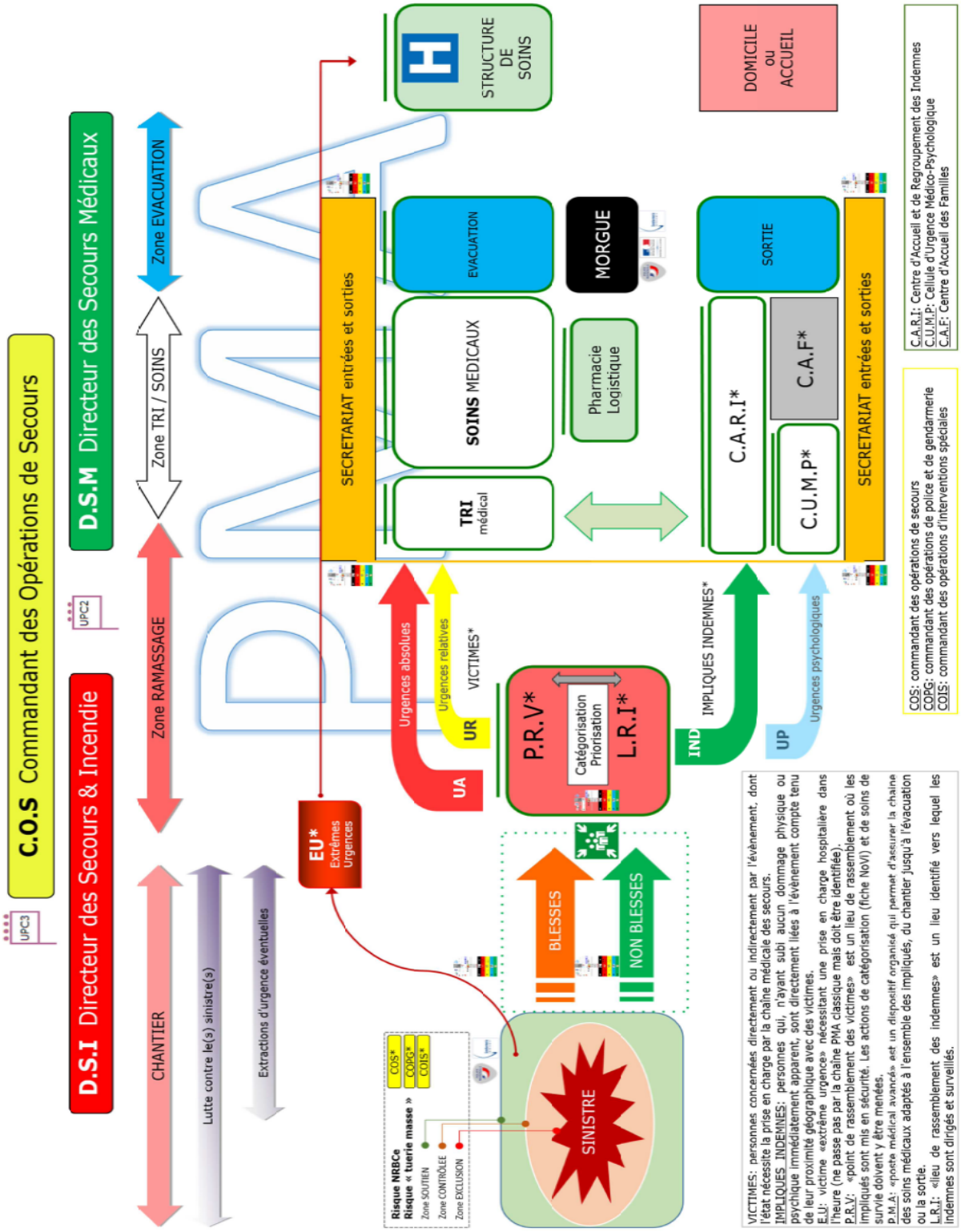
Un premier *damage control*, dit « pré-hospitalier » est réalisé sur le terrain, par les services primo-intervenants (équipes SMUR, sapeurs-pompiers, médecins du RAID, du GIGN ou GIPN).

L'objectif est de prévenir l'apparition de la triade létale représentée par l'association d'une coagulopathie, d'une hypothermie et d'une acidose métabolique.

Les vecteurs du pré-hospitalier (UMH SMUR, VSAV sapeurs-pompiers, VSAB AASC) doivent amener les victimes « stabilisées pour évacuation », le plus rapidement possible, vers un centre hospitalier disposant des activités permettant de traiter le caractère létal des blessures.

Le schéma à la page suivante décrit les différences d'organisation de la prise en charge entre une situation à nombreuses victimes traumatiques et une situation à nombreuses victimes balistiques.

1.2.3. Schéma d'organisation de la réponse préhospitalière aux deux types de situations à nombreuses victimes[1]



1.3. Organisation de la réponse sanitaire

1.3.1. Préambule

Les deux grandes classes de situations à nombreuses victimes (traumatismes accidentels/malveillants ou blessures balistiques) présentent des différences importantes dans les paramètres qui les définissent :

- Menace persistante / Menace révolue
- *Damage Control* / Polytraumatisme
- Profil des victimes
- Nombre de victimes
- Cinétique de l'afflux des victimes
- Spécificités du territoire (Bretagne)

Afin de prévoir une organisation opérationnelle couvrant tous les cas de figure, il est donc nécessaire de se servir des principes de gestion des deux situations à nombreuses victimes décrites ci-dessus, pour établir un socle commun dans l'organisation de la réponse sanitaire à un AMAVI, poser le schéma d'organisation de la prise en charge qui s'inscrit dans la continuité du schéma d'organisation de la réponse pré-hospitalière (cf. page précédente) et enfin organiser le classement des établissements par niveau de typologie.

1.3.2. Principes d'organisation sanitaire face à un AMAVI (SNV B ou T)

Principe n° 1 : Projection tactique des moyens sanitaires extrahospitaliers

La décision de la mise en place ou non d'un PMA est un choix tactique non-systématique. Elle est fonction des particularités du terrain, du lieu de l'accident, du type de victimes potentielles, de la gravité de leurs lésions, des possibilités d'accès des équipes de secours, du nombre d'équipes « SMUR » disponibles, du nombre et de l'importance des moyens d'évacuation, et de la distance du lieu de l'accident par rapport à un établissement de première ligne. À ceci s'ajoute la possibilité ou non de poser des hélicoptères sur site.[2]

Principe n°2 : Subsidiarité de l'orientation

La nécessité d'adéquation entre l'état général du patient et l'offre de soin territoriale de proximité plus ou moins immédiate conditionne l'orientation par le SAMU. Celle-ci doit être fonction de la proximité du sinistre, de la compétence acquise des équipes hospitalières, du nombre de victimes, du profil et de la gravité de leurs blessures.

---

[1] Schéma de prise en charge pré-hospitalière, disposition spécifique ORSEC NOVI 2017 du Morbihan (page précédente).
[2] Ces stratégies pré-hospitalières sont déclinées par département au sein des dispositions ORSEC NOVI.

Principe n°3 : Efficience de la coordination sanitaire

La saturation journalière des capacités de prise en charge médicochirurgicale et d'hospitalisation d'un établissement de santé, notamment en réanimation, ne doit pas compromettre la réalisation de la prise en charge des blessés les plus gravement atteints lors d'un AMAVI.

L'établissement doit donc s'assurer qu'il dispose à tout moment des ressources humaines et logistiques en équipements matériels et des dispositifs chirurgicaux nécessaires à la mise en œuvre des objectifs fixés. Il informe, le cas échéant, l'ARS, de ses besoins de réapprovisionnement.

Principe n°4 : Optimisation de la prise en charge médico-chirurgicale lors d'une SSE

A l'intérieur du système sanitaire, les victimes (régulées ou non) doivent être prises en charge, dès leur arrivée à l'hôpital et dans les meilleurs délais (en fonction de la gravité de leurs blessures), par les professionnels les plus compétents et sur les plateaux techniques les plus adaptés.

Principe n°5 : la proximité en priorité pour les blessés les plus gravement atteints

Les blessés en urgence relative (UR) posent moins de problèmes de prise en charge, de transport et d'orientation vers les structures d'accueil. Ils peuvent être orientés dès l'avant ou, le cas échéant, réorientés depuis la zone de pré-filtre de l'établissement de première ligne, vers des établissements de deuxième ligne proches ou des établissements de première ligne plus éloignés de l'événement.

Principe n°6 : Socle théorique de compétences et moyens pour la prise en charge des blessés graves

La prise en charge optimale d'un blessé grave (traumatique ou balistique) nécessite une équipe médicale multidisciplinaire (urgentiste, anesthésiste réanimateur, chirurgien, radiologue) et paramédicale entraînée à cette pratique, couplée à un plateau technique important (bloc opératoire d'urgence disponible 24h sur 24, imagerie, laboratoire, disciplines chirurgicales multiples, en particulier chirurgie cardiothoracique et vasculaire).

Des équipes hospitalières, par leur pratique quotidienne, ont acquis les compétences spécifiques permettant une prise en charge optimale de ce type de blessés.

Dans la mesure du possible, le regroupement de ces blessés graves dans de tels centres (trauma center), est à privilégier, dans la limite de leurs capacités de prise en charge.

Principe n°7 : Pragmatisme et réalité de la couverture sanitaire

Seuls deux établissements possèdent l'ensemble des capacités d'un trauma center (CHU de Brest et CHU de Rennes). Il est nécessaire en Bretagne, de faire correspondre le besoin avec l'offre disponible. En conséquence, sont classés établissements « première ligne » l'ensemble des établissements autorisés à assurer, 24h/24, une activité d'urgence, et disposant d'une activité de chirurgie H24, et d'une activité de réanimation (adossée aux blocs) et / ou de soins intensifs.

Principe n°8 : Régulation, transport et organisation de l'accueil des victimes

Le regroupement de blessés graves vers des établissements sanitaires disposant des compétences énoncées ci-avant, n'a de sens qu'avec le renforcement des moyens de régulation et de transports pré hospitaliers permettant effectivement de prendre en charge rapidement ces blessés graves. L'organisation de l'accueil devient alors une priorité et passe par un tri des victimes pour une orientation interne dès l'entrée de l'établissement.

Principe n°9 : Notion de flux de prise en charge médicochirurgicale

En situation à nombreuses victimes traumatiques et / ou balistiques, les victimes (prioritairement celles qui sont le plus gravement atteintes) sont prises en charge au fur et à mesure que les salles de chirurgie se libèrent et que les équipes de renfort arrivent ; la capacité de prise en charge chirurgicale est ainsi exprimée en nombre de patients pris en charge par heure.

Les victimes les plus critiques doivent être ainsi traitées en priorité.

Dans le cadre plus spécifique de la situation à nombreux blessés balistiques, le concept du *damage control* chirurgical doit être appliqué, lorsque le profil des blessures le nécessite, pour permettre de prendre en charge le plus grand nombre de victimes.

Principe n°10 : La prise en charge chirurgicale en SNV balistiques : le *damage control*

En situation à nombreuses victimes balistiques, les urgences absolues (UA) avec plaies vasculaires importantes sont, dès leur arrivée à l'hôpital, **immédiatement orientées dans les salles de chirurgie armées** afin de bénéficier d'une chirurgie d'hémostase « *damage control* ». Celle-ci, rapide, en moyenne 30 à 45 minutes, a pour objectif de stopper le risque de détresse multi organes dans l'attente d'une reprise chirurgicale complète dans les 48 heures.

Principe n°11 : L'éthique face à l'urgence dépassée

La notion de victime en urgence dépassée doit être intégrée. Lorsque la prise en charge n'est plus envisageable, une prise en charge palliative doit être organisée au sein de l'établissement, au nom de la dignité du patient. Dans ce cadre, il convient de prévoir, dans la mesure des capacités de l'établissement, une zone réservée à la prise en charge de ce type de victimes, dotée d'équipes dédiées et formées.

Principe n°12 : Modalités de mobilisation de renforts intrarégionaux

L'ARS organise le recensement des moyens humains et matériels disponibles à des fins de renforts des établissements assurant la prise en charge des victimes.

Lorsque les capacités d'accueil d'un établissement parviennent à saturation, ou lorsque les moyens humains et / ou matériels sont menacés de pénurie, l'établissement prévient l'ARS.

L'ARS organise, en lien avec la zone de défense le cas échéant, l'établissement demandeur et les établissements fournisseurs de moyens, les conditions de mobilisation des renforts matériels et / ou humains.

Principe n°13 : Modalités d'approvisionnement des produits sanguins labiles

Les demandes d'approvisionnement en produits sanguins labiles sont gérées par l'EFS Bretagne qui assure une rétro-information auprès de l'ARS.

Principe n°14 : Conditions d'emploi des moyens héliportés

Une attention particulière doit être portée sur la mobilisation des hélicoptères. En effet, lorsqu'un nombre significatif de moyens aériens est appelé à intervenir dans un même secteur, un dispositif de déconfliction (ensemble des mesures prises pour éviter tout accident) entre les aéronefs susceptibles d'évoluer dans un espace aérien restreint est alors mis en place au niveau zonal (*Ordre zonal d'opération relatif à la coordination et à l'optimisation des moyens aériens en cas de crise – C3D*).

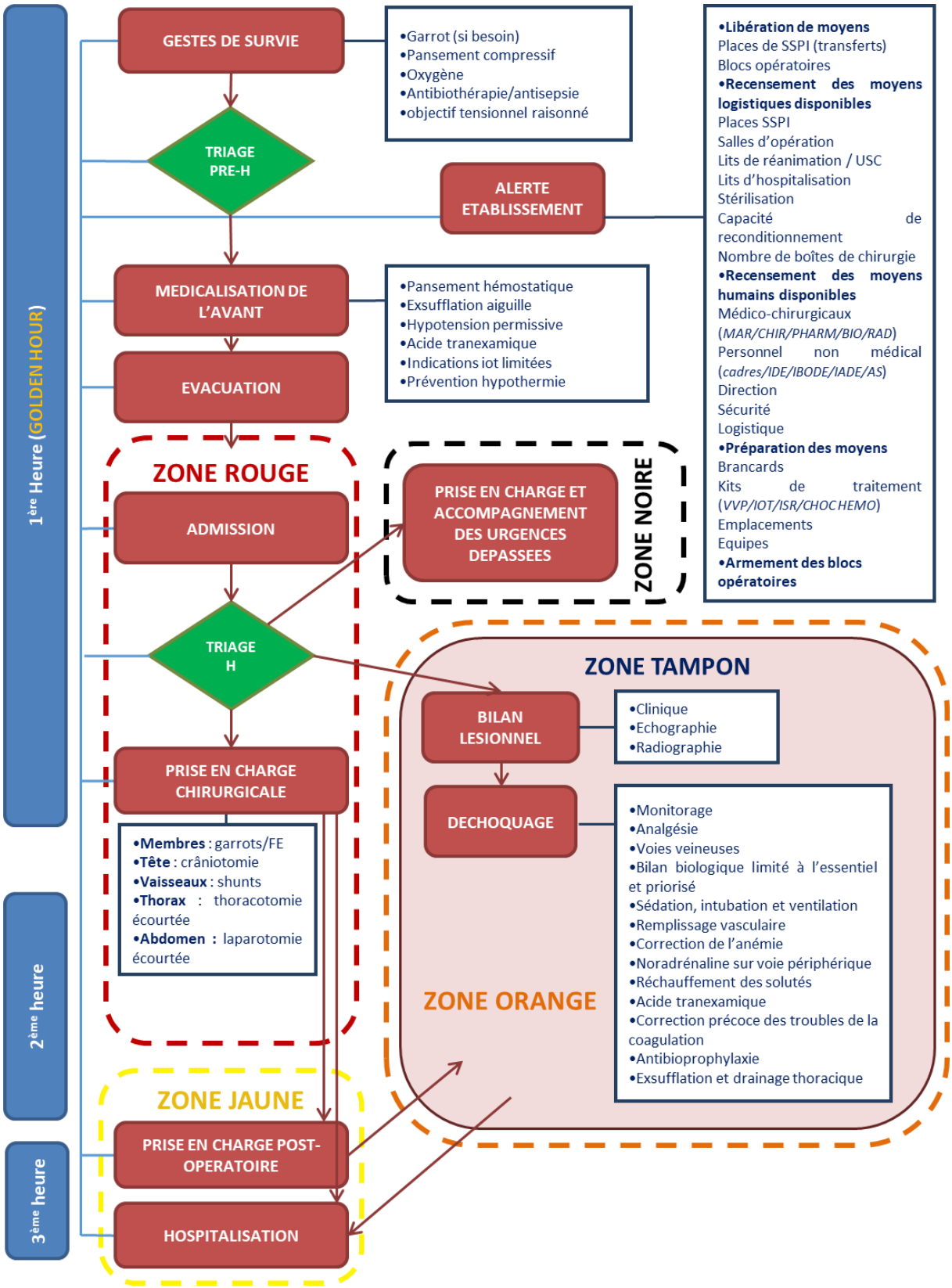
L'utilisation en phase réflexe des moyens aériens sanitaires par le(s) SAMU(s) impacté(s) et limitrophe(s) n'est néanmoins pas subordonnée à la mise en place de ce dispositif.

La mobilisation de ces vecteurs peut également s'effectuer dans le cadre du transport d'équipes chirurgicales (aller) et l'évacuation secondaire des victimes (retour). Dans ce cadre, l'engagement d'un certain nombre d'hélicoptères extrarégionaux ne peut s'effectuer qu'après la réponse immédiate.

Principe n°15 : L'appui national

En parallèle de ces stratégies, le niveau national pourra venir en renfort dans le cadre des relèves dans les endroits où les ressources seraient limitées. Ce renfort s'intègrera dans la continuité des soins apportés aux victimes. Il peut aussi avoir lieu pour les situations où les actes de terrorisme continuent à se dérouler. Cette stratégie doit être partagée avec la sécurité civile tant au niveau national que local afin que notamment soient dimensionnés les besoins en vecteurs et leur typologie. Il peut être envisagé d'utiliser des moyens de transports (train, avion, …) transformés en vecteurs sanitaires pour projeter des équipes de renforts et prendre en charge les victimes ayant bénéficié d'un damage control. Dans le cadre de l'activation du centre de crise sanitaire (CCS) du ministère en charge de la santé, la cellule anticipation doit permettre d'aider à la définition de la stratégie de prise en charge à adopter. Le CCS peut solliciter une expertise du Conseil National de l'Urgence Hospitalière. Ce dernier a en charge de mettre à disposition du CCS une liste opérationnelle d'experts mobilisables en tant que de besoin.

1.3.3. Cinétique d'organisation de la réponse sanitaire à un AMAVI



1.3.4. Typologie d'établissements

Le classement des établissements pour chacun des plans ORSAN est disponible en annexe, page 362 et représenté sur la carte page 39.

Etablissements de 1ère 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 24h/24) et d'une structure de réanimation en mesure d'accueillir et de traiter les urgences absolues et relatives.

Ces établissements sont sollicités par le SAMU, en priorité en raison de leur plateau technique immédiatement disponible et suffisamment conséquent pour faire face aux deux types de SNV (blessés traumatiques et blessés balistiques).

En Bretagne, 9 établissements répondent à cette définition. Leur répartition sur le territoire assure une couverture homogène (à l'exception du centre Bretagne et des îles où les délais d'intervention peuvent être plus longs) du territoire breton et de sa population.

Ils doivent être en capacité :

- D'accueillir et 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 et réanimatoire complète ;
- D'assurer une prise en charge spécialisée pour les patients qui le nécessitent (établissements « experts »).

Cas particulier des établissements 1ère ligne expert

Ce sont les CHU de Brest et de Rennes. Ils disposent d'un plateau technique hautement spécialisé pour les patients nécessitant une prise en charge complète (centre de traumatologie, soins critiques, chirurgie cardio-thoracique, neurochirurgie, chirurgie et soins pédiatriques, etc.).

Ils ont pour objectif complémentaire d'assurer une prise en charge spécialisée pour les patients qui le nécessitent.

Etablissements 2ème ligne

Il s'agit des établissements de santé disposant d'un plateau technique sans structure d'accueil des urgences H24. Ce sont notamment des établissements de santé disposant de capacités chirurgicales avec une astreinte chirurgicale et d'anesthésiologie. Ces établissements, mobilisables en seconde intention, contribuent à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne.

En Bretagne, 27 établissements répondent à cette définition.

Ils doivent être en capacité :

- De contribuer en tant que de besoin, à l'augmentation des capacités de prise en charge médico-chirurgicales en complément des établissements de santé de première ligne ;
- D'accueillir et prendre en charge, le cas échéant, 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.

Cas particulier d'une situation à nombreuses victimes balistiques :

Dans le cadre de la stratégie de *damage control*, les établissements de 2ème ligne, sollicités par le SAMU, accueillent, en première intention, les blessés en urgence relative et les patients nécessitant une prise en charge post-chirurgicale (par indisponibilité de lits dans l'établissement de première ligne).

Le cas échéant, ils peuvent accueillir des blessés en urgence absolue nécessitant un *damage control* chirurgical.

Enfin, ils peuvent être sollicités pour mettre à disposition leurs ressources matérielles et humaines au profit des établissements de première ligne et des établissements de 2ème ligne situés à proximité de l'évènement.

Etablissements de posture minimale

Il s'agit des établissements de santé non classés en première ou en deuxième ligne. Leur mission est de contribuer à libérer des capacités dans les établissements de santé de première ligne voire de deuxième ligne en assurant la prise en charge de patients « conventionnels » transférés depuis ces établissements.

Ces établissements de santé assurent en complément la réponse minimale de tous les établissements de santé en étant en capacité d'accueillir et de prendre en charge un nombre important de blessés non régulés avant éventuellement leur transfert vers des établissements spécialisés.

Lorsqu'un établissement de posture minimale est alerté par l'ARS, il lui indique :

- Les capacités d'hébergement immédiates et celles pouvant l'être avec un délai précisé ;
- Les moyens de transport pouvant être mis à disposition (véhicules et chauffeurs).

Ce sont les établissements autorisés pour la prise en charge de soins de suite et de réadaptation, les établissements ex-hôpitaux locaux, les établissements de psychiatrie publics et privés.

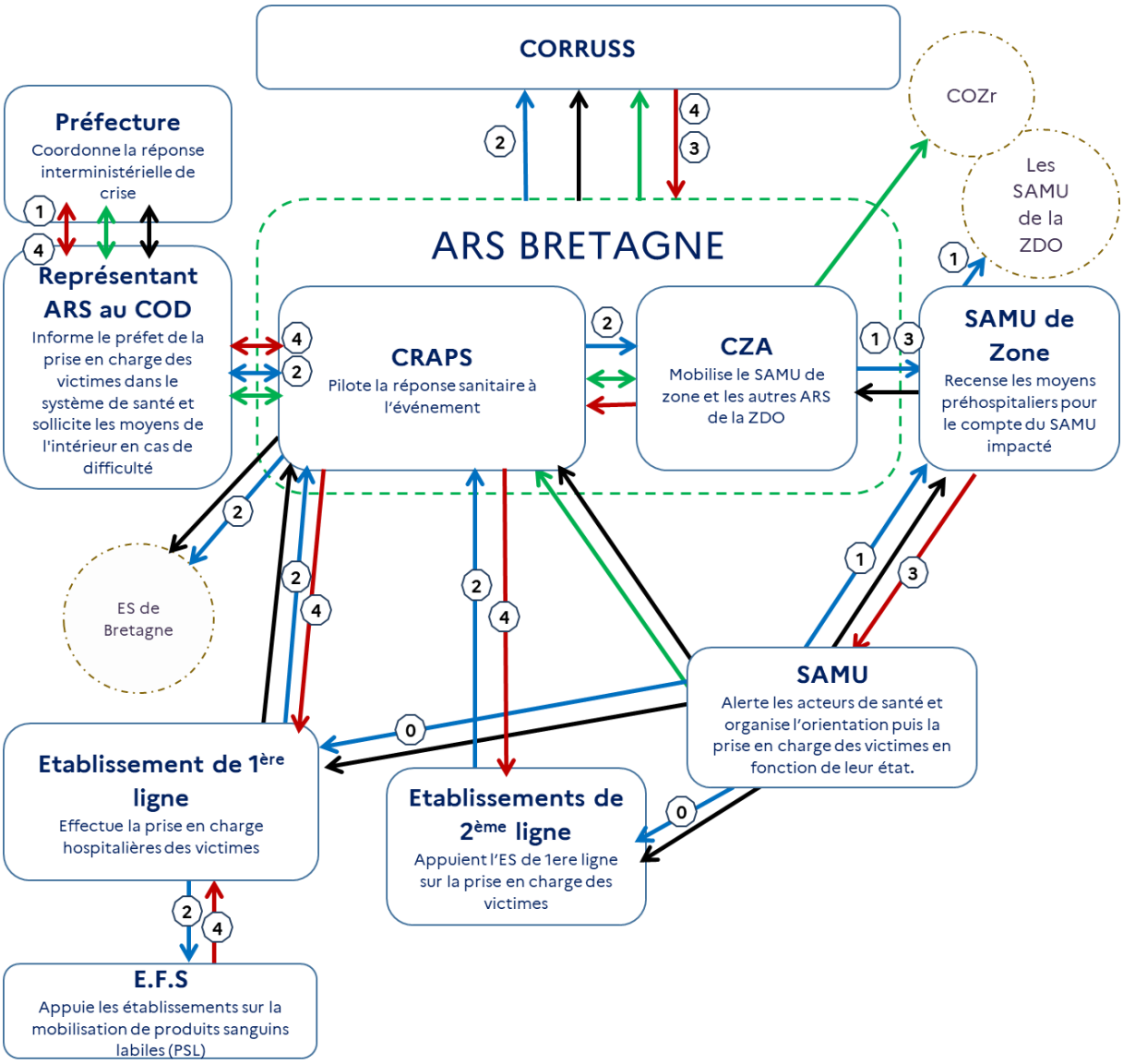
Ces établissements sont en effet susceptibles de mettre à disposition des lits disponibles afin d'accueillir des patients hospitalisés dans les établissements de 1ère ligne et/ou de 2ème ligne.

Les établissements de posture minimale situés en proximité immédiate de l'évènement, peuvent recevoir des victimes se présentant spontanément. Le transport secondaire de ces patients vers un établissement disposant des capacités de prise en charge sera organisé en lien avec le SAMU et l'ARS.

Carte 4 : Classification des établissements de santé pour le plan AMAVI

2. Commandement et coordination

2.1. Schéma général de coordination inter-acteurs



LEGENDE

- (0) Adéquation capacités disponibles / victimes
- (1) Circuit de recensement des capacités / besoins préhospitaliers
- (2) Circuit de recensement des capacités / besoins hospitaliers
- (3) Circuit de coordination des renforts hospitaliers mobilisés
- (4) Circuit de coordination des renforts préhospitaliers mobilisés

- Alerte
- Information
- Commande
- Appui

2.2. Schéma simplifié de coordination inter-acteurs

STRATEGIQUE
Pilotage décisionnel

ARS Autorité sanitaire régionale en charge de la coordination de l'organisation des soins quotidiens et en SSE

Alerté par : SAMU

Mission P.E.C : Constitue via SIVIC, la liste des victimes prises en charge par les établissements de santé et organise le dispositif de prise en charge médico-psychologique

Mission Besoins-Appui :

1- Organise la collecte auprès des établissements première ligne et recours de Bretagne

- De leurs capacités de projection de renforts humains et matériels vers les établissements impactés.
- Le cas échéant, des difficultés / demande d'appui en renforts humains et matériels des établissements impactés par la prise en charge des victimes

2- Coordonne la mise en relation des besoins des établissements impactés et des capacités de renforts des autres établissements et sollicite, le cas échant, le niveau zonal pour une montée en puissance des renforts.

COGIC
COZ
COD

CCS
ARSZ
SAMU zonal

TACTIQUE
Adaptation des moyens à la SSE

ES 1ère ligne

Etablissement autorisé à assurer, 24h/24, une activité d'urgence, disposant d'une activité de chirurgie H24 (via un système d'astreintes), d'une activité de réanimation (adossée aux blocs), de soins intensifs et de salles de réveil **et situé au plus près du sinistre**

Alerté par : SAMU

Mission P.E.C : Prend en charge les victimes régulées ou non, dans la limite de ses compétences et ses capacités.

Mission Besoins-Appui : fait remonter le cas échéant ses difficultés et ses besoins en renforts à l'ARS via le COD.

ES 2ème ligne

Etablissements susceptibles d'être mobilisés en cas de saturation de l'établissement de 1ère ligne. Ces établissements sont capables d'apporter un appui technique pour la prise en charge des urgences classiques en soulagement de l'établissement de 1ère ligne, de patients hospitalisés dans certaines spécialités afin de permettre une montée en puissance de l'établissement de 1ère ligne.

Alerté par: SAMU

Mission P.E.C : S'organise pour proposer au SAMU les options tactiques suivantes:

- Capacités supplémentaires de prise en charge UA/UR pour soulager l'établissement première ligne
- Le cas échéant, proposition de prise en charge du flux d'urgences quotidiennes de l'Es de première ligne

Mission Besoins-Appui:

1. Le cas échéant, fait remonter ses difficultés et ses besoins en renforts humains et matériel à l'ARS via le COD
2. S'organise pour mettre à disposition de l'établissement de première ligne des équipes de renforts (équipe type = 1MAR+1CHIR+1ADE/IBODE)

EFS

Etablissement public chargé de collecter, préparer, qualifier et distribuer les produits sanguins labiles, en vue de leur transfusion.

Alerté par : SAMU

Mission Prise en charge (P.E.C): Recense les PSL immédiatement disponibles sur les différents sites EFS de la région

Mission Besoins-Appui:

1. Evalue les renforts nécessaires en PSL selon le(s) site(s) hospitaliers
2. Evalue et met en œuvre les renforts en moyens humains et matériels (mise à disposition et transports de PSL inter-sites EFS).

SAMU territorialement compétent

SAMU ayant compétence sur la zone de l'évènement

Alerté par: CODIS / TEMOIN / CORG

Mission Prise en charge (P.E.C): vérifie **pour toute la région**, sur un périmètre isochrone qu'il détermine, en lien avec les SAMU voisins, les disponibilités en terme de capacité de prise en charge dans les établissements de première ligne et recours dont il souhaite la mobilisation puis oriente les victimes en fonction des pathologies.

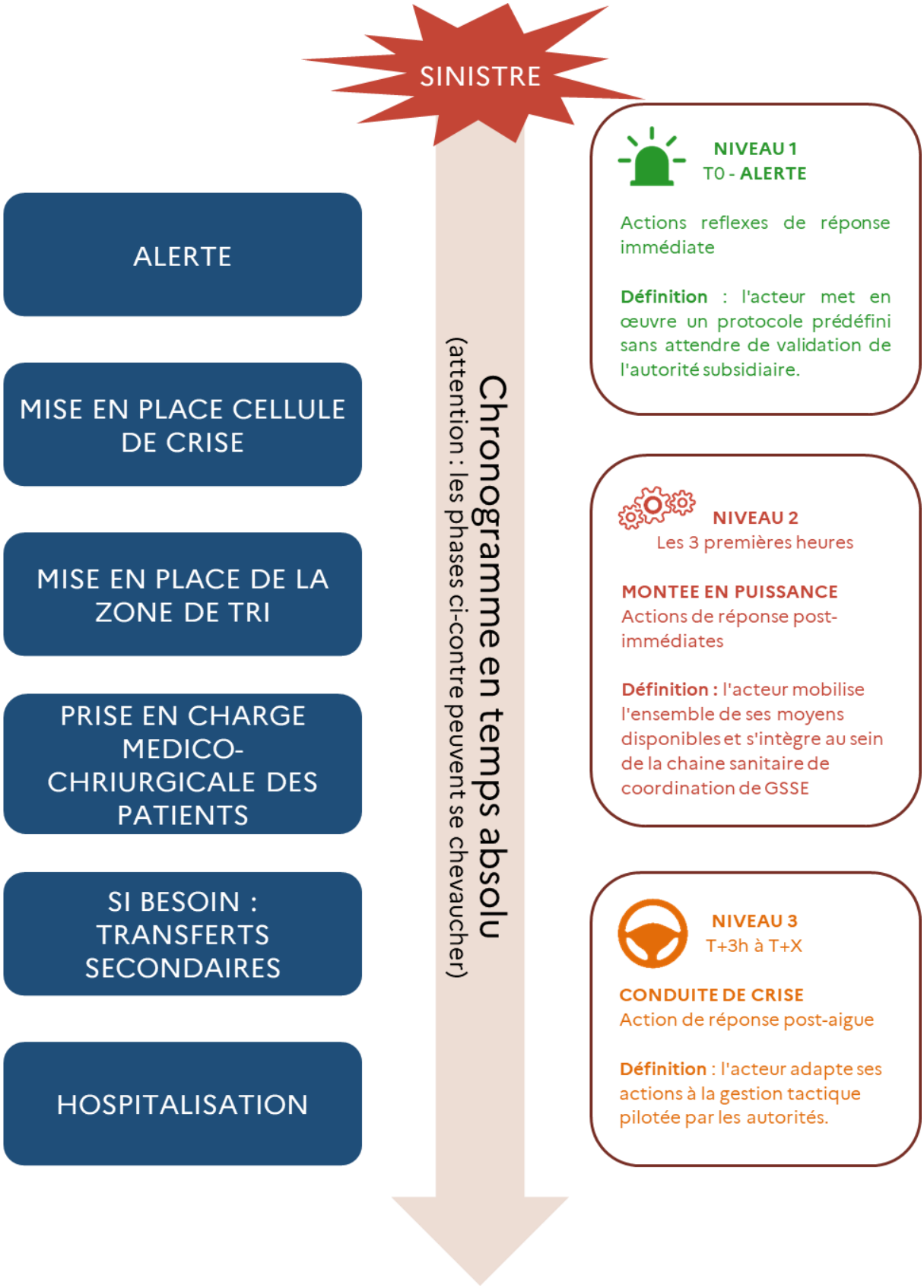
Mission Besoins-Appui: Fait remonter ses besoins en renforts de moyen AMU au SAMU de zone.

OPERATIONNEL
Mise en œuvre

SMUR(s) Service médical d'urgence et de réanimation, destiné à apporter les soins d'aide médicale urgente en dehors de l'hôpital

2.3. Fiches acteurs

Schéma : Cinétique de la réponse sanitaire à un AMAVI



Missions de prise en charge des différents acteurs

- **SAMU territorialement impacté :** vérifie pour toute la région, sur un périmètre isochrone qu'il détermine, en lien avec les SAMU voisins, les disponibilités en termes de capacité de prise en charge dans les établissements de 1ère ligne et 2ème ligne dont il souhaite la mobilisation puis oriente les victimes en fonction des pathologies.

- **Etablissement de 1ère ligne :** Prend en charge les victimes régulées ou non, dans la limite de ses compétences et ses capacités.

- **Etablissement de 2ème ligne :** S'organise pour proposer au SAMU les options tactiques suivantes :
    - Capacités supplémentaires de prise en charge UA/UR pour soulager l'établissement première ligne
    - Le cas échéant, proposition de prise en charge du flux d'urgences quotidiennes de l'Es de première ligne

- **ARS :** Constitue via SI-VIC, la liste des victimes prises en charge par les établissements de santé et organise le dispositif de prise en charge médico-psychologique.

- **EFS :** Recense les PSL immédiatement disponibles sur les différents sites EFS de la région.

	Alerte réflexe T0 – Actions réflexes de réponse immédiate	Montée en puissance Montée en puissance les 3 premières heures / Actions de réponse post-immédiates	Conduite de crise T+3 à T+X / Conduite de crise / Action de réponse post-aigue
Samu territo-rialement impacté	**Alerte et adaptation de la régulation** 1- Déclenche sa configuration de crise : Envoi VLM rapide pour 1er bilan / Mobilisation des SMUR limitrophes / Rappel personnels SAMU pour armer Régulation et véhicules 2- Envoi des UMH + PSM sur site 3- Intervient sur autorisation du COPG (sécurisation) si menace terroriste 4- Bilan initial + état de la menace 5- Identifie le périmètre isochrone 6- Alerte sa direction : fiche réflexe plan blanc 7- Alerte les SAMU voisins, SMUR et SU du périmètre 8- Alerte le site EFS le plus proche 9- Déclenche la CUMP	**Coordination médicale des parcours de victimes** 1- Régule et oriente les UA et UR sur la base des capacités prédéfinies des ES 2- Echange en direct avec le PC évacuation sur place : Bilan régulier des victimes sur site vers la régulation du SAMU qui transmet à la direction de son établissement + ARS + SAMU DE ZONE / Adaptation des besoins UMH et transports sanitaires / Évacuations en noria adaptées / Garder des ressources : Attributions des ressources et gestion des équipes 3- Communique avec les établissements de proximité pour bilan des capacités réelles de prise en charge 4- Reçoit information de l'ARS : volumétrie régionale de renforts le cas échéant / opération nationale 5- Assure l'adaptation des orientations 6- Coordonne le parcours des victimes avec l'ARS 7- Identitovigilance : système d'information pré-hospitalier (droit de lecture pour SAMU)	**Coordination médicale des parcours de victimes dans la durée** 1- Coordination avec les SAMU impliqués des départements, régions voisines et du SAMU de Zone pour les transports secondaires et les rapatriements 2- Intégration des moyens de la CUMP zonale dans le dispositif départemental 3- Cohérence de l'identitovigilance pré-hospitalière et hospitalière en lien avec l'ARS 4- Bilan médico-économique 5- RETEX

	Alerte réflexe T0 – Actions réflexes de réponse immédiate	Montée en puissance Montée en puissance les 3 premières heures / Actions de réponse post-immédiates	Conduite de crise T+3 à T+X / Conduite de crise / Action de réponse post-aigue
Samu territo-rialement impacté	10- Alerte l'ARS (état de la menace, 1er bilan, périmètre isochrone) et la préfecture 11- Mobilise les transports sanitaires pour orientation des premiers groupes d'UA 12- Évalue les besoins de renforts en UMH et transports primaires (VSAV SDIS et AASC) 13- Alerte le SAMU ZONAL 14- Prise en charge et transfert des premières EU (extrêmes urgences) vers les ES de proximité (1ere ligne en priorité)	**Damage control ou PMA NOVI Classique** (POUR INFORMATION : DISPOSITIF ORSEC) Les équipes d'urgence sur site assurent : • L'intervention sur site sécurisé • Le tri des victimes : DC, (EU), UA, UR • L'attribution des ressources médicales à minima • Le regroupement des victimes UA et UR par typologie • Le renseignement de l'orientation des victimes sur SI-SAMU • La réception des véhicules de transport sanitaire et organisation des norias • La remontée des besoins de renforts en vecteurs au SAMU de Zone (moyens sanitaires de la ZDO) et au COD (moyens de secours hors système de santé)	
Samu limitro-phe	Alerté par SAMU territorialement impacté 1- Active sa salle de crise 2- Pré-alerte le référent de la CUMP départementale 3- Informe l'ARS de son activation en cellule de crise	1- Effectue un bilan des renforts pré-hospitaliers de son département, susceptibles d'être mobilisés (équipes SMUR) 2- Transmet ce bilan au SAMU de Zone pour mise à disposition du SAMU impacté 3- Informe l'ARS de ce bilan 4- Sur relai de la demande du SAMU impacté par le SAMU de Zone, mobilise les équipes CUMP pré alertées	1- Soutient le(s) SAMU(s) impactés en poursuivant la mobilisation d'équipe SMUR, en lien avec le SAMU de Zone

	Alerte réflexe T0 – Actions réflexes de réponse immédiate	Montée en puissance Montée en puissance les 3 premières heures / Actions de réponse post-immédiates	Conduite de crise T+3 à T+X / Conduite de crise / Action de réponse post-aigue
ES **1ère ligne**	Alerté par le SAMU et / ou par l'ARS **Déclenchement de la cellule de crise - plan blanc avec actions reflexes** 1- Procédure de rappel immédiat des équipes ○ **Équipes d'urgences** : SAMU – UMH pour renforts sur site / SU : accueil des UA et UR et prise en charge médico-psy ○ **Équipes médico-chirurgicales** damage control prédéfinies/ Chirurgiens, cadres de santé, anesthésistes réanimateurs, IDE pour armer la zone de tri. ○ **Équipes administratives et logistiques de soutien** 2- Mise à disposition des lits d'hospitalisation court séjour en fonction des besoins post interventionnels identifiés et redirection des urgences quotidiennes vers un ES non-impacté le cas échéant	**Coordination du parcours des victimes au sein de l'établissement** 1- Organisation du tri à l'entrée de l'hôpital : équipe médico-chirurgicale de tri à l'accueil / gestion des arrivées spontanées de victimes et des UA et UR en noria d'ambulances / orientation en chirurgie après passage au tri et le cas échéant en zone tampon 2- Armement des plateaux techniques de chirurgie et de réanimation 3- Organisation des renforts d'équipe et de matériel 4- Libération des lits de court séjour en tant que de besoins post interventionnels 5- Organisation de l'accueil des victimes décédées en chambre mortuaire 6- Montée en puissance des actions de sécurisation 7- Identitovigilance – dossier médical + SI-VIC 8- Accueil physique et téléphonique des familles et impliqués	**Coordination des parcours de victimes au sein de l'établissement (suite des actions engagées au niveau 2)** **Prise en charge spécialisée et adaptée des victimes** 1- Stabilisation des UA et UR 2- Hospitalisation adaptée au bilan lésionnel et fonctionnel 3- Soins médico-chirurgicaux secondaires de réparation 4- PEC médico-psychologique : Victimes hospitalisées / Familles et proches/ Intervenants 5- Communication en "routine" avec l'ARS : Besoins médicaux et matériels de renfort / Difficultés - points de rupture / Communication / SI-VIC 6- Validation de l'identitovigilance intra-établissement 7- Bilan médico-économique et RETEX

	Alerte réflexe T0 – Actions réflexes de réponse immédiate	Montée en puissance Montée en puissance les 3 premières heures / Actions de réponse post-immédiates	Conduite de crise T+3 à T+X / Conduite de crise / Action de réponse post-aigue
ES 1ère ligne	3- Renforcement "réflexe" de la sécurité immédiate du site 4- Vérifie l'alerte du site EFS de proximité	**Procédure de communication/coordination avec ARS :** 1- Etat du dimensionnement capacitaire et anticipation des besoins 2- Demande de renforts médicaux, matériels et logistiques 3- Difficultés / points de rupture 4- Identitovigilance	
ES 2ème ligne	Alertés par le SAMU et / ou l'ARS **Déclenchement de la cellule de crise - plan blanc avec actions reflexes** 1- Procédure de rappel immédiat des équipes ○ Équipes d'urgences : SAMU – UMH pour renforts sur site / SU : accueil des UA et UR et prise en charge médico-psy ○ Équipes médico-chirurgicales damage control prédéfinies/ Chirurgiens, cadres de santé, anesthésistes réanimateurs, IDE ○ Équipes administratives et logistiques de soutien	**Coordination du parcours des victimes au sein de l'établissement** 1- Organisation/renforcement du service d'accueil des urgences pour prise en charge du flux quotidien de l'établissement de première ligne 2- Si proximité géographique avec le sinistre et l'établissement de 1ère ligne : organisation du tri à l'entrée de l'hôpital : équipe médico-chirurgicale de tri à l'accueil / gestion des éventuelles arrivées spontanées de victimes et des UR en noria d'ambulances régulées par le SAMU/ orientation en chirurgie après passage au tri et le cas échéant en zone tampon 3- Armement progressif (libération d'équipes et de blocs) des plateaux techniques de chirurgie et de réanimation	**Coordination des parcours de victimes au sein de l'établissement (suite des actions engagées au niveau 2)** **Prise en charge spécialisée et adaptée des victimes** 1- Stabilisation des UR 2- Hospitalisation adaptée au bilan lésionnel et fonctionnel 3- Soins médico-chirurgicaux secondaires de réparation pour les UA stabilisées si transferts secondaires 4- PEC médico-psychologique : Victimes hospitalisées / Familles et proches/ Intervenants 5- Communication en "routine" avec l'ARS : Besoins médico et matériels de renfort / Difficultés - points de rupture / Communication / SI-VIC 6- Validation de l'identitovigilance intra-établissement 7- Bilan médico-économique et RETEX

	Alerte réflexe T0 – Actions réflexes de réponse immédiate	Montée en puissance Montée en puissance les 3 premières heures / Actions de réponse post-immédiates	Conduite de crise T+3 à T+X / Conduite de crise / Action de réponse post-aigue
ES 2ème ligne	2- Mise à disposition des lits d'hospitalisation court séjour en fonction des besoins post interventionnels identifiés 3- Envoi ARS des capacités mobilisables à l'instant T 4- PEC victimes 5- Informe ARS des capacités complémentaires / points de rupture 6- Traçabilité et identification des patients	4- Organisation des renforts d'équipe et de matériel 5- Libération des lits de court séjour en tant que de besoins post interventionnels 6- Organisation, le cas échéant, de l'accueil des victimes « UA stabilisées » transférées après la première opération de damage control chirurgical depuis l'établissement de première ligne. 7- Organisation de l'accueil des victimes décédées en chambre mortuaire 8- Montée en puissance des actions de sécurisation 9- Identitovigilance – dossier médical + SI-VIC 10- Accueil physique et téléphonique des familles et impliqués **Procédure de communication/coordination avec ARS :** 1- Etat du dimensionnement capacitaire et anticipation des besoins 2- Demande de renforts médicaux, matériels et logistiques 3- Difficultés / points de rupture 4- Identitovigilance	

	Alerte réflexe T0 – Actions réflexes de réponse immédiate	Montée en puissance Montée en puissance les 3 premières heures / Actions de réponse post-immédiates	Conduite de crise T+3 à T+X / Conduite de crise / Action de réponse post-aigue
ARS	**Point focal régional et zonal ou astreinte de direction :** - Alerte le DG ARS - Alerte le DD ARS du site impacté - Informe les autres DD ARS - Alerte le CORRUSS et l'ARS de Zone - Alerte la préfecture **Le DG-ARS :** - Déclenche la CRAPS **Le(s) DD-ARS impactée(s) (ou l'astreinte de direction) :** - Envoie 1 à 2 officiers de liaison en COD ; - Désigne un officier de liaison pour le SAMU en fonction des ressources disponibles et de l'intensité de la crise	**Dès son activation (T+1 à T+2), la CRAPS :** 1- Transmet aux directions des ES 1ère ligne et 2ème ligne de la région, avec copie à l'EFS Bretagne, au SAMU et à l'ES 1ère ligne impacté, un mail comprenant : - Les coordonnées de la CRAPS et le nom de son pilote, - La demande de déclenchement des actions réflexes et remontées vers la CRAPS, notamment : o L'état du dimensionnement capacitaire et anticipation des besoins o La capacité de projection de renforts médicaux, matériels et logistiques vers l'ES de première ligne o La remontée de difficultés / points de rupture pour l'ES 1ère ligne, à pallier avec les capacités énoncées supra. o Un point via SI-VIC sur l'identitovigilance - Le cas échéant : L'heure et les codes de conférence téléphonique de coordination ARS/SAMU/ES 1ère ligne/ES 2ÈME LIGNE/EFS (Objectif de conférence : croiser les besoins des établissements accueillant les victimes et les capacités de renforts infra-régionales.) 2- Informe (via cadre ARS en COD) le préfet/SIDPC de l'évènement (impact probable sur la mobilisation des ressources sanitaires départementales) avec copie au DD-ARS concerné	**Coordination administrative des parcours de victimes** **ARS_CRAPS vers ES :** 1- Bilans réguliers avec les Ets d'accueil UA et UR o Capacité d'accueil UA et UR en montée en puissance o Mobilise les établissements première ligne et 2ème ligne non-impactés : envoie des équipes de renforts et dispositifs médicaux en 1ère ligne (réquisition en lien avec agents COD) 2- Informe les établissements de santé publics et privés de l'évolution de la situation o Diffusion régulière de points de situation **ARS ↔ ARSZ/ CIC :** o Le dépassement des moyens régionaux implique la demande de renforts zonaux, via l'ARS de Zone **ARS (cellule de suivi des victimes) ↔ Infopublic** o Identitovigilance : contrôle de qualité et cohérence, fusion des transferts hospitaliers et gestion des doublons sous SI-VIC o Veiller au remplissage de SI-VIC par les ES. Si absence de remplissage, rappeler l'utilisation possible de fichier au format .CSV

	Alerte réflexe T0 – Actions réflexes de réponse immédiate	Montée en puissance Montée en puissance les 3 premières heures / Actions de réponse post-immédiates	Conduite de crise T+3 à T+X / Conduite de crise / Action de réponse post-aigue
ARS			**ARS ↔ SAMU** (officier de liaison le cas échéant Lorsqu'il est déployé) SAMU transmet un bilan régulier à la CRAPS : o Victimes sur site, orientation des norias d'ambulances o Etat de la menace et analyse partagée de la situation o Identification des besoins UMH et transports sanitaires : mobilisation des ambulances privées **ARS ↔ Préfecture (COD)** o Expression des besoins de véhicules sanitaires civils (pompiers) et militaires o Réquisition des moyens sanitaires nécessaires (équipes, vecteurs, matériels) o Besoins de sécurisation des ES o Accueil conjoint des impliqués et familles : CUMP o Envoi de la carto de la volumétrie des ES au SAMU / identification des points de rupture des territoires o Proposition de mesures à prendre et bilans de situation à l'autorité préfectorale

	Alerte réflexe T0 – Actions réflexes de réponse immédiate	Montée en puissance Montée en puissance les 3 premières heures / Actions de réponse post-immédiates	Conduite de crise T+3 à T+X / Conduite de crise / Action de réponse post-aigue
ARS			**Coordination administrative des parcours de victimes dans la durée** 1- Suivi des victimes hospitalisées et anticipation d'une demande nationale sur ce suivi 2- Suivi/ Organisation des transports secondaires o En établissement de 2ème ligne o En établissement proche du domicile o En rapatriement au domicile 3- Délestage des Ets de première ligne/2ème ligne vers les Ets de posture minimale 4- Bilan du nombre de victimes, des catégories de blessures, des prises en charge médico-chirurgicales (infos pouvant être extraites à partir de SI-VIC) 5- Organisation du suivi social et juridique des victimes et des impliqués avec la préfecture o CUMP o CARE (centre d'accueil et de regroupement) o Chambres mortuaires o Institut médico-légal – procédures d'identification des corps 6- Certificat médical initial et expertise médicale 7- Bilan médico-économique 8- Communication interministérielle : o LUV fiabilisée (liste unique des victimes) o Prise en charge médico-psycho juridique des victimes 9- RETEX

	Alerte réflexe T0 – Actions réflexes de réponse immédiate	Montée en puissance Montée en puissance les 3 premières heures / Actions de réponse post-immédiates	Conduite de crise T+3 à T+X / Conduite de crise / Action de réponse post-aigue
EFS	1- Active sa cellule de crise régionale 2- Recense les PSL immédiatement disponibles sur les différents sites EFS 3- Evalue des renforts nécessaires en PSL selon le site 4- Alerte la permanence administrative nationale	1- Pré-alerte si besoin les autres EFS susceptibles d'être impactés par un transfert de victimes 2- Met en œuvre d'éventuelles mesures conservatoires d'économie de PSL (retard de transfusions non urgentes) 3- Evalue les renforts nécessaires en moyens humains et matériels (mise à disposition et transports de PSL) 4- Pré-alerte les transporteurs de PSL pour l'approvisionnement des sites EFS	1- Adapte ses effectifs distri/laboratoire IHR sur les sites susceptibles d'être impactés par une mobilisation des ES accueillant les victimes, et organise le roulement des équipes 2- Délivre/distribue les PSL en fonction des commandes 3- Gère en continu le renfort PSL des sites impactés 4- Informe l'ARS d'éventuelles difficultés logistiques 5- Informe la cellule de crise nationale de l'EFS de ses besoins et organise le renfort éventuel en PSL 6- Organise la communication vis à vis des donneurs en lien avec la cellule de crise nationale, et en informe l'ARS, le centre de crise sanitaire 7- Communique aux ES les informations à transmettre au public qui appellerait pour un don de sang 8- Organise si nécessaire et selon les messages media le renfort RH des maisons du don et des collectes programmées 9- Les services de distribution/délivrance rétablissent à distance la traçabilité des PSL et la mise à jour des dossiers patients (identité réelle, fusions…) Les dysfonctionnements observés font l'objet d'un recensement pour un retour d'expérience en lien avec l'ARS et les ES.

	Alerte réflexe T0 – Actions réflexes de réponse immédiate	Montée en puissance Montée en puissance les 3 premières heures / Actions de réponse post-immédiates	Conduite de crise T+3 à T+X / Conduite de crise / Action de réponse post-aigue
ARS de zone	Alerté soit par SAMU de Zone, ARS, EMIZDS, CORRUSS, ESR 1- Active la cellule zonale d'appui 2- Participe au COZr 3- Alerte en étoile les partenaires majeurs **Voir PZMRS**	1- Rédige un bilan de situation 2- Transmet ce bilan au CORRUSS 3- Suit la mobilisation des moyens tactiques et/ou stratégiques 4- Prend contact avec la ou les ARS impactées 5- Est en contact régulier avec le SAMUZ et les ARS de la zone 6- En fonction de l'événement, contacte des experts **Voir PZMRS**	1- Rédige un bilan de situation des renforts intra et extra zonaux (matériel, réserve, etc.) 2- Mobilise le PZMRS **Voir PZMRS**
SAMU de zone	Alerté par le SAMU territorialement impacté 1- Active sa salle de crise SAMU zonal 2- Alerte le psychiatre référent zonal 3- Alerte l'ARS de Zone	1- Effectue un bilan des renforts pré-hospitaliers de la zone o Matériels des PSM o SMUR terrestre o Hélicoptères et avions en lien avec le COZ o Transport sanitaire 2- Transmet ce bilan à l'ARS de Zone 3- Met en œuvre, sur demande du SAMU territorialement compétent, et sous validation de la préfecture (COD ou COZ), l'engagement des renforts de moyens pré-hospitaliers nécessaires.	1- Propose au(x) SAMU impacté(s) les modalités de renfort en moyens tactiques et pré-hospitaliers : professionnels de santé pour le ou les SAMU(s) impacté(s), puis en informe l'ARS de Zone ; 2- Soutient les SAMU(s) impactés en relayant leurs demandes de renforts le cas échéant, vers le niveau zonal 3- Organise le soutien logistique des CUMP de la zone en lien avec le psychiatre référent zonal et le SAMU impacté.

	Alerte réflexe T0 – Actions réflexes de réponse immédiate	Montée en puissance Montée en puissance les 3 premières heures / Actions de réponse post-immédiates	Conduite de crise T+3 à T+X / Conduite de crise / Action de réponse post-aigue
Centre de crises sanitaires	Alerté par l'ARS ou l'ARSZ	1- Active le niveau 4 du CCS 2- Alerte les ARS et ARSZ et opérateurs 3- Assure le pilotage général de la SSE - organisation de conférence téléphonique de coordination : situation ARS SAMU SZ CCS ARSZ	1- Assure l'identification des moyens nationaux (sanitaires et vecteurs) la coordination et la mise en œuvre des opérations 2- Organise la conférence téléphonique de coordination nationale : stratégie de PEC (ARS SAMU et SAMU de la région) / renfort (ARS et ARS z) et identification des renforts nationaux CUMP

3. Mise en œuvre opérationnelle

3.1. Mise en œuvre de la réponse sanitaire face à un afflux massif de victimes

3.1.1. Définition et/ou champ d'application

Le respect de la stratégie globale énoncée dans la partie « Doctrine » impose de découper le territoire régional breton en fonction des temps d'intervention (**rayon de moins de deux heures**) et des activités liées à la filière (**urgence, chirurgie et réanimation**).

Cette stratégie théorique est adaptée pour les principales agglomérations de la région Bretagne :

1. Une première réponse de proximité peut être organisée entre l'établissement de première ligne et les établissements classés 2ème ligne de l'agglomération (cf. logigramme d'organisation de la réponse sanitaire page suivante). Cette dynamique de coopération de première intention constituerait un élément clé dans la maitrise du flux de blessés en cas d'afflux massif de victimes.
2. Des évacuations pourront également être organisées pour les patients transportables, vers les établissements situés en dehors de l'agglomération, sur un niveau régional voir zonal ou national, en fonction du nombre de blessés.

Le périmètre isochrone des deux heures concernant, dans la grande majorité des configurations tactiques (cf. périmètres des 8 principales agglomérations bretonnes page suivante), la quasi-totalité de la péninsule bretonne, **l'échelle spatiale de la région** représente le degré d'organisation le plus adapté à la stratégie de prise en charge chirurgicale de blessés en grand nombre.

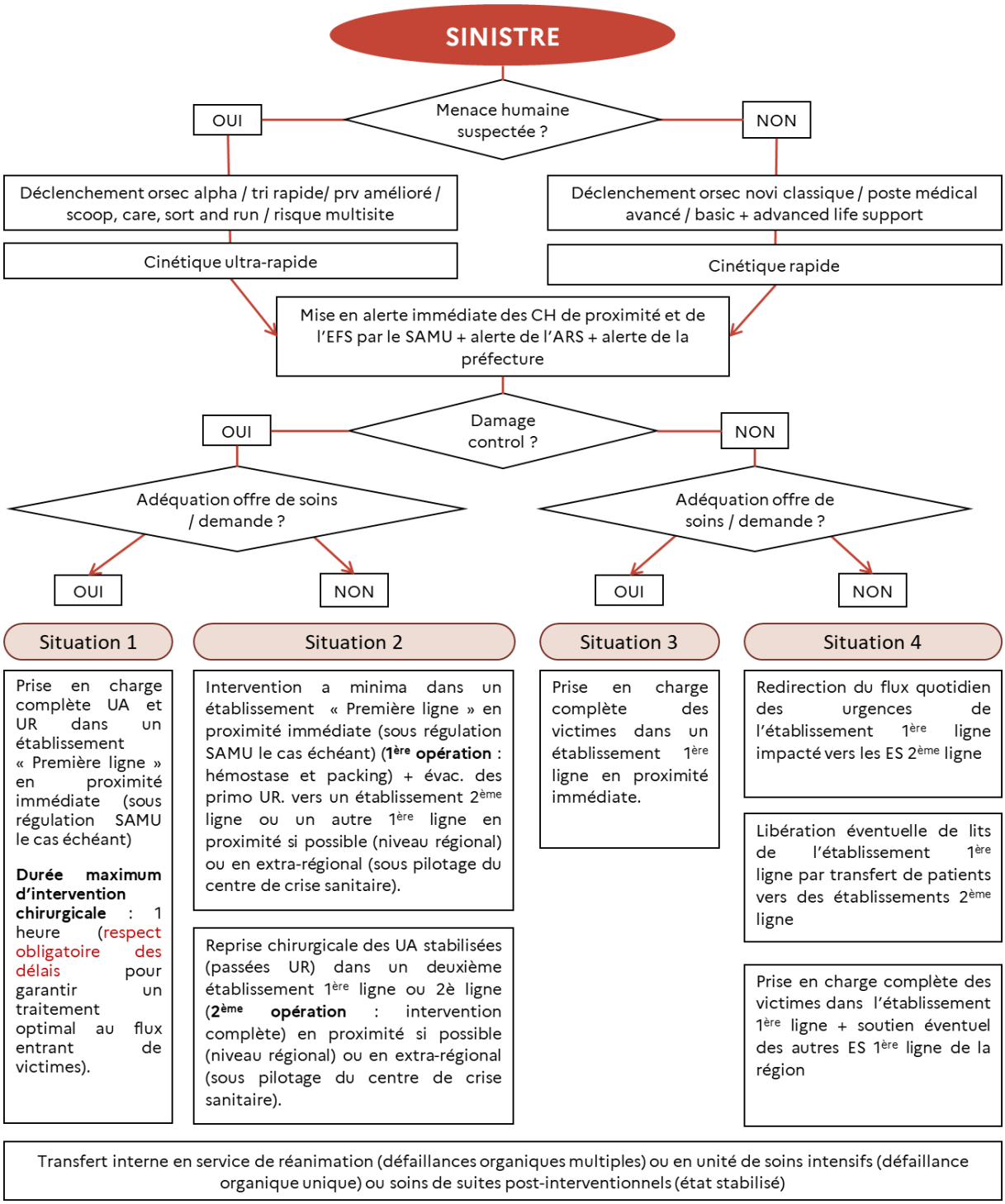
Exemple : les interventions chirurgicales complexes ne peuvent s'effectuer (en infra-régional) que dans les CHU de Brest et Rennes.

Néanmoins, l'organisation opérationnelle des SAMU et des préfectures en matière de gestion de crise imposent de prendre en compte **l'échelon départemental**.

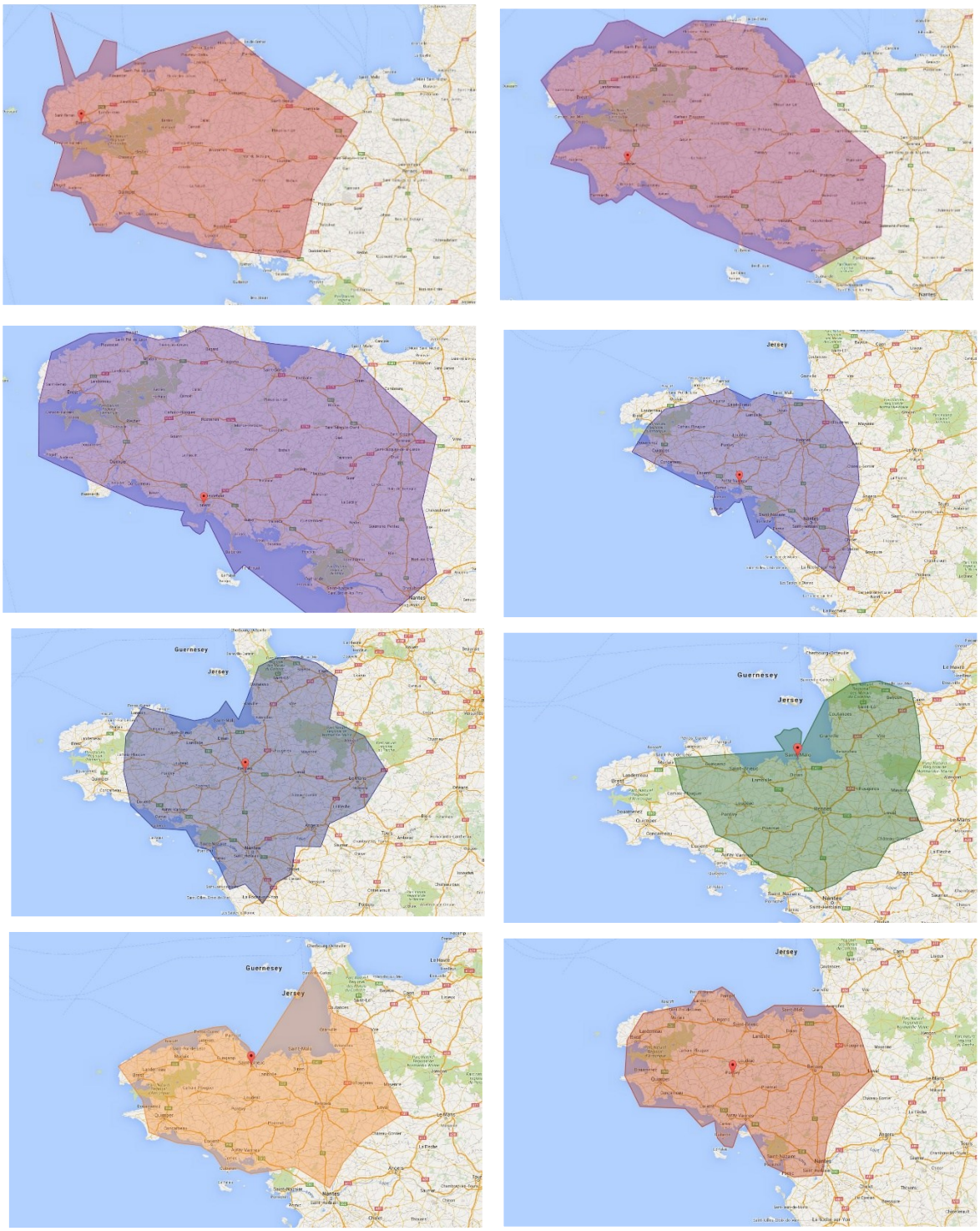
Par ailleurs, plusieurs configurations évènementielles impliquent d'adapter la stratégie d'ensemble : **Grands rassemblements, pédiatrie**

Il s'agira donc ici, de mettre à disposition du SAMU territorialement compétent, en fonction des paramètres de contraintes du type d'évènement, les grandes lignes des capacités régionales de l'offre de soins, pour lui permettre d'orienter les victimes vers l'acteur sanitaire le plus à même de réaliser la prise en charge (cf. principe n°2 sur la subsidiarité) : Cette mise en œuvre opérationnelle de la doctrine est appelée « idées de manœuvre ».

3.1.2. Logigramme d'organisation de la réponse sanitaire a un AMAVI



3.1.3. Périmètres isochrones des 8 principales agglomérations bretonnes



4. Fiches techniques

4.1. Fiche 1 : Organisation cible du plan blanc

Principes de base :

-Le directeur général ou son représentant prend la décision du déclenchement du plan blanc
-S'appuyer sur l'existant (garde et astreinte)
-Montée en puissance du dispositif
-Ne pas déplacer la crise d'un point A à un point B
-Sanctuariser la crise en un seul point
-Pour chaque problématique : prévoir un dispositif de 1ère, 2nde intention et de l'épargne

Mise en alerte de l'institution par niveau :

- **Niveau 1** : Le directeur son représentant a connaissance d'une situation sanitaire impliquant ou pouvant impliquer l'établissement. Il décide alors de réunir les membres de la cellule de crise de l'établissement et d'y adjoindre les éléments les plus pertinents en lien avec la situation sanitaire exceptionnelle annoncée.

- **Niveau 2 :** Le directeur général ou son représentant a connaissance d'une situation sanitaire impliquant ou pouvant impliquer le CH. Il estime que l'impact sera limité dans le temps (< à 4 heures) et le **nombre de blessés n'excédera pas * urgences vitales ou ** urgences relatives** (***fonction des capacités de l'établissement***). Il décide d'alerter les structures d'accueil urgences et l'ensemble des responsables de pôles médicaux et non médicaux et de mettre en alerte les autres services

- **Niveau 3 :** Le directeur ou son représentant a connaissance d'une situation sanitaire impliquant ou pouvant impliquer le CH. Il estime que l'impact de la crise affectera toute l'institution et se prolongera dans le temps (> à 4 heures). Il décide de mobiliser l'ensemble de la structure.

ORGANISATION PAR NIVEAU DE REPONSE ET PAR TYPE DE RESSOURCES

	SCHEMA D'ALERTE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT	GESTION DE LA CRISE FILIERE SAU / SAMU / SMUR/ Rx / Bloc Op	MONTEE EN PUISSANCE DES RESSOURCES RH PARAMEDICALES	MONTEE EN PUISSANCE DES RESSOURCES RH MEDICALES	MONTEE EN PUISSANCE DES RESSOURCES LITS D'AVAL	MONTEE EN PUISSANCE DES RESSOURCES SERVICES SOUTIEN
NIVEAU 1	Réception de l'information par le DIRECTEUR via la zone de défense, l'ARS, le Ministère de la Santé Le directeur réunit la **CELLULE DE CRISE** via son point focal d'alerte (ex : le standard)	Pas ou peu d'impact Pas de nécessité de renforcer les équipes		Demande potentielle de renfort en praticiens dans certains CH		Mise en pré-alerte des services logistiques et ambulances si besoins (transport matériel ou personnels vers autres CH)
NIVEAU 2	Réception de l'information par le DIRECTEUR via le SAMU ou l'ARS Diffusion de l'alerte en interne par le point focal d'alerte (ex: standard) **MESSAGE D'ALERTE TRANSMIS :** LE PLAN BLANC EST DECLENCHE PAR LE DIRECTEUR, LES PERSONNELS SONT MAINTENUS EN PLACE. APPLIQUER LA FEUILLE DE ROUTE PLAN BLANC DE VOTRE SERVICE **Constitution de la Cellule de Crise** **Sur décision du DIRECTEUR : SUSPENSION de toutes les activités programmées non urgentes** (consult, hospitalisation, opération)	**ORGANISATION :** -Déploiement des moyens et prise en charge victimes au SAU -Vidange du plateau du SAU + Organisation d'une zone de préfiltre, de tri et de tampon -Application des fiches opérationnels « plan blanc » dans chaque secteur **MAINTIEN EN POSTE et RAPPEL:** **SAU** : renfort de … (*listing services*) **SAMU** : Renfort de … (*listing services*) **SMUR** : renfort de SMUR : rappel Médecin, IADE, IDE, Ambulanciers (*listing services*) **Rx, BO** : maintien en poste, renfort, salles opération dédiées. (*listing services*)	**Information** des Cadres supérieurs de Santé par ****	**Information** des Chefs de Pôles par le directeur de***	**ORGANISATION :** -libérer les places de réanimation -recherche de lits vacants par les gestionnaires de lits -libérer des places d'hospitalisation -procédure particulière pour les patients relevant de la PSYCHIATRIE	**ORGANISATION :** **PC Sécurité** : rappel de personnel **Pharmacie**: pré-alerte **Stérilisation** : RAS **Laboratoires** : pré-alerte **Services techniques** : RAS **Logistique / salubrité** : RAS **Cuisine** : RAS **Ambulances internes** : pré-alerte **DSIS** : RAS
NIVEAU 3	Décision du directeur de déclenchement **Niveau 3** **ORGANISATION :** Organisation des relèves, si besoin rappel des personnels des services d'hospit. de jour et de consult. **Sur décision du DIRECTEUR : ANNULATION de toutes les activités programmées non urgentes** (consult, hospitalisation, opération)	**IDEM NIV 2** **+** **ORGANISATION** -annulation de TOUTES activités programmées non urgentes -renfort médical au SAU, au bloc **MAINTIEN EN POSTE :** Rappel de personnel SAU / SAMU / SMUR pour faire face à la crise	**IDEM NIV 2** **+** **ORGANISATION :** **MAINTIEN EN POSTE et RAPPEL** Tous personnels	**IDEM NIV 2** **+** **ORGANISATION** **Sur décision du DIRECTEUR : ANNULATION de toutes les activités programmées non urgentes** (consult, hospitalisation, opération) **MAINTIEN EN POSTE et RAPPEL :** Organisation des relèves médicales pôle / pôle	**IDEM NIV 2** **+** **ORGANISATION :** -libérer des places d'hospitalisation de recours -l'armement en personnel des services d'hospitalisation de jour et des consultations si nécessaire -chercher à appliquer le dispositif ORSAN au secteur sanitaire	**ORGANISATION :** **PC Sécurité** : rappel de personnel … **Pharmacie**: mise en œuvre moyens humains **Stérilisation** : rappel si besoins **Laboratoires** : renfort si nécessaire **Services techniques** : alerte, maintien en poste, rappel personnel d'astreinte et rappel si nécessaire… **Logistique / salubrité** : rappel si besoins **Cuisine** : préparation collations si besoin sur consignes de la cellule de crise. **Ambulances internes** : rappel de personnel pour transfert patients **DSIS** : maintien en poste + rappel de personnel

SPECIFICITES & CAS PARTICULIERS

PATIENTS RELEVANT DE LA SAUV et REA :
Mobilisation des différents SI
Renfort des équipes USC
Orientation vers d'autres CH

VOLET PEDIATRIQUE :
Eléments d'organisation si tout ou partie des victimes sont des enfants

EFS :
Procédure commune CH / EFS pour approvisionnement CH en PSL

ACCUEIL DES IMPLIQUES / FAMILLES D'IMPLIQUES :
Sous la responsabilité de ****
Où : prévision du lieu
Quel personnel à mobiliser
Avec qui : autorités ou acteurs à informer

ACCUEIL DES URGENCES DEPASSEES
Sous la responsabilité de ****
Où : prévision du lieu
Quel personnel à mobiliser
Avec qui : autorités ou acteurs à informer

ACCUEIL DES ENFANTS DES AGENTS :
Sous la responsabilité de ****
Où : prévision du lieu
Quel personnel à mobiliser

ACCUEIL DES MEDIAS :
Sous la responsabilité du Directeur et du service communication en salle *****
Où : prévision du lieu
Quel personnel à mobiliser
Avec qui : autorités ou acteurs à informer

NB : CE SCHEMA CONSTITUE UNE ORGANISATION THEORIQUE A CIBLER COMME OBJECTIF DE MONTEE EN OPERATIONNALITE DU DISPOSITIF PLAN BLANC POUR CHAQUE ETABLISSEMENT. IL RESTE NEANMOINS A ADAPTER A LA REALITE DE CHAQUE STRUCTURE ET ORGANISATION LOCALE.

4.2. Fiche 2 : Régulation et transports

Définition / descriptif de l'activité / la ressource

Ce mode opératoire définit le corpus de règles communes aux acteurs sanitaires concernés par l'organisation des transports sanitaires primaires puis secondaires entre les établissements sanitaires lors d'une SSE.

Objectif

Décliner une approche commune des principes et des modalités de coordination en termes d'organisation des transports sanitaires primaires et secondaires entre les établissements de santé, lors d'une situation sanitaire exceptionnelle.

Contraintes

- Spécificité pédiatrique
- Projection d'équipes sur le versant pré-hospitalier de l'organisation de gestion de l'évènement
- Logique de flux à maitriser

Principes

- **Préalable**

Garante de l'adéquation entre l'offre de soins d'urgence et le nombre de victimes, la régulation du SAMU constitue ainsi la clé de voûte entre les dispositifs pré-hospitalier (ORSEC NOVI) et hospitalier (ORSAN AMAVI). La salle de régulation (salle gestion des SSE) du SAMU territorialement impacté par l'évènement, constitue ainsi un élément central du dispositif.

- **Principes**

Principe 1 : Le régulateur qui assure l'ouverture et le début du pilotage de la salle gestion des SSE du SAMU n'est pas nécessairement un médecin expérimenté en SSE. Néanmoins, il doit pouvoir décliner une fiche opérationnelle permettant à la cellule de crise du SAMU de fonctionner dans les premiers temps de la SSE. Par ailleurs, il est plus efficient de ne pas privilégier le médecin le plus expérimenté en médecine de catastrophe, qui lui, sera envoyé sur le terrain comme Directeur des Secours Médicaux (D.S.M.).

Principe 2 : Ce médecin assurant l'ouverture et le début du pilotage de la salle gestion des SSE du SAMU doit pouvoir être rapidement relayé par un médecin devant posséder une compétence certaine en régulation de crise ainsi qu'une expérience importante dans la régulation quotidienne.

Principe 3 : En heures non-ouvrées (nuit et week-end) la régulation libérale peut être associée à la gestion de la situation sanitaire exceptionnelle (conformément au cahier des charges de la PDSA), principalement sur des missions d'appui : par exemple, filtrer et appuyer la régulation sur le quotidien et sur les appels d'angoisse liés à la SSE.

Principe 4 : Premier acteur sanitaire informé d'une SSE, le SAMU doit pouvoir diffuser l'alerte au plus grand nombre d'acteurs concernés (internes et externes) et permettre le rappel de son personnel. Afin d'optimiser le temps nécessaire à ces actions, le SAMU doit pouvoir bénéficier d'une solution automatisée d'alerte.

Plan AMAVI – FT 2 : Régulation et transports

Principe 5 : Le SAMU doit pouvoir dissocier les flux d'appels relevant de la SSE et du risque courant, d'où la nécessité de deux salles de régulation pour optimiser sa gestion de l'aide médicale urgente.

Principe 6 : Afin de garder des réserves capacitaires en cas de sur-évènement, la régulation orientera les UR vers des établissements plus éloignés du lieu de l'évènement plutôt que vers le ou les établissements de première ligne qui assurent, en priorité, la prise en charge des victimes les plus grièvement blessées.

Principe 7 : L'orientation vers des établissements plus éloignés, des urgences relatives n'est pas obligatoire. Elle est vraie pour un évènement se passant en agglomération, à proximité immédiate. Elle est impossible pour un évènement plus lointain, hors agglo. Le régulateur décidera donc de la meilleure orientation en fonction des paramètres de la situation.

Principe 8 : En cas de situation à nombreuses victimes balistiques, afin de garantir le maximum de chances aux victimes en extrême urgence, le directeur des secours médicaux peut décider d'effectuer des transports dits « en grappe » (plusieurs victimes par transport sur une logique de convoi). Cette idée de manœuvre peut être également reprise par le régulateur du SAMU, pour effectuer les transports sanitaires secondaires entre établissements lorsque la situation le nécessite (moyens limités ou nécessité de libérer des capacités de prise en charge).

Principe 9 : Les transporteurs sanitaires privés peuvent être mobilisés par le médecin régulateur du SAMU afin d'effectuer les transports requis (quelles que soient leurs modalités opérationnelles) en s'appuyant, le cas échéant, sur le coordonnateur ambulancier présent au SAMU.

Principe 10 : Afin de garantir l'optimisation des prises en charge sanitaires, d'autres moyens (VSAV SDIS, Véhicules AASC, …) peuvent être mobilisés sur les missions de transports inter hospitaliers, dans la mesure où elles sont dégagées des transports primaires générés par l'évènement. Cette demande doit être obligatoirement formulée auprès du COD et soumise à la validation de l'autorité préfectorale.

Principe 11 : Le(s) seuil(s) de demande de renforts vers le SAMU de Zone doivent permettre l'anticipation nécessaire à ce recours.

Plan AMAVI – FT 2 : Régulation et transports

4.3. Fiche 3 : Le tri des victimes à l'arrivée à l'hôpital et la prise en charge

Définition / descriptif de l'activité / la ressource

Ce mode opératoire définit le corpus de règles communes aux acteurs sanitaires concernés par le tri des blessés et leur orientation interne à l'hôpital.

Objectifs

Assurer le tri des blessés et leur orientation en fonction de la gravité et priorité de prise en charge et organiser la prise en charge chirurgicale en urgence des blessés.

En pratique il s'agit d'élaborer des principes permettant d'aider chaque établissement dans l'écriture de son plan blanc AMAVI sur cette thématique.

Contraintes

- Accès routiers à l'établissement
- Sécurisation du site en cas de menace
- Spécificité pédiatrique
- Formations à dispenser au personnel des blocs opératoires sur la gestion des S.S.E

Principes

Préalable : La stratégie va varier en fonction du plateau technique dont dispose l'hôpital concerné

- Les CHU et les CH avec plateau technique important (réanimation, …) devront prioritairement prendre en charge toutes les EU et UA voire UR
- Les établissements disposant d'un faible plateau technique devront prioritairement transférer les patients impactés par la Situation Sanitaire Exceptionnelle vers des établissements à fort plateau technique

Principe 1 : Le tri se compose de quatre zones :

- La zone de préfiltre : zone située à l'entrée du site hospitalier ayant pour but de réaliser un premier tri entre les blessés grièvement atteints (UA) et les blessés moins graves (UR)
- La zone de tri : zone à l'entrée de la filière « UA »
- La zone tampon : zone de déchoquage (SAUV) nécessaire à l'absorption du flux de victimes devant passer au bloc opératoire, lorsque celui-ci est déjà saturé.
- La zone d'urgences dépassées : espace dédié à l'accompagnement médical et déontologique des victimes dont le pronostic vital est dépassé.

Principe 2 : Le circuit de déclenchement de la mise en place de l'ensemble des zones formant le tri (zone de préfiltre, zone de tri, zone tampon et zone d'accueil des urgences dépassées), doit être protocolisé et si possible, marqué au sol par du balisage.

Principe 3 : Le choix de l'emplacement des zones de préfiltre, zone de tri, zone tampon et zone d'accueil des urgences dépassées, doit répondre à des critères d'optimisation de la prise en charge.

Plan AMAVI – FT 3 : Tri des victimes à l'arrivée à l'hôpital et prise en charge

Principe 4 : La composition des équipes en charge du préfiltre, de la zone de tri, de la zone tampon et de la zone d'accueil des urgences dépassées doit être identifiée, actualisée et ses membres formés (formation de base et participer à des exercices au moins une fois par an).

Principe 5 : La désignation des responsables de la zone de tri doit répondre à des critères d'optimisation de la prise en charge (séniorisation du poste de chef de tri).

Principe 6 : Les critères à retenir pour le choix du lieu de la zone de tri sont les suivants :

- Facilité d'accès permettant un circuit d'arrivée avec fléchage pouvant être rapidement mis en place
- Lieu différent des urgences mais pas trop éloigné
- Lieu pouvant être armé rapidement
- Lieu permettant un accès rapide vers le bloc
- Lieu permettant l'évacuation
- Lieu de taille suffisante (accueil des patients, des équipes et du matériel)

Principe 7 : Les critères à retenir pour le choix du lieu de la zone tampon sont les suivants :

- Zone facilement évacuable pouvant être mobilisée très rapidement
- Possibilité d'approvisionnement en oxygène
- Armoire sur roulette avec matériel et produits de santé pouvant être rapidement acheminée

Principe 8 : Les critères à retenir pour le choix du lieu des personnes qui vont décéder (urgences dépassées) sont les suivants :

- Lieu au calme à l'écart des filières de prise en charge UA/UR
- Personnel dédié et formé
- Association à ce travail du comité d'éthique de l'établissement

Principe 9 : Les moyens matériels nécessaires à l'opérationnalité du centre de tri doivent être identifiés et pré-positionnés dans un endroit accessible et sécurisé.

Principe 10 : L'organisation du tri doit permettre de classer les EU, UA et UR pour adresser avec des circuits identifiés et fléchés les blessés vers une filière chirurgicale (heure d'or), en interne dans l'établissement (déchocage, réanimation …) ou vers d'autres établissements.

Principe 11 : L'organisation doit permettre une durée maximale d'intervention au bloc chirurgical d'une heure pour garantir un traitement optimal du flux entrant de victimes.

Principe 12 : Cette durée maximale d'intervention doit être contrôlée par un chirurgien senior qui n'opère pas et joue uniquement le rôle de maitre du temps afin de garantir la continuité du flux.

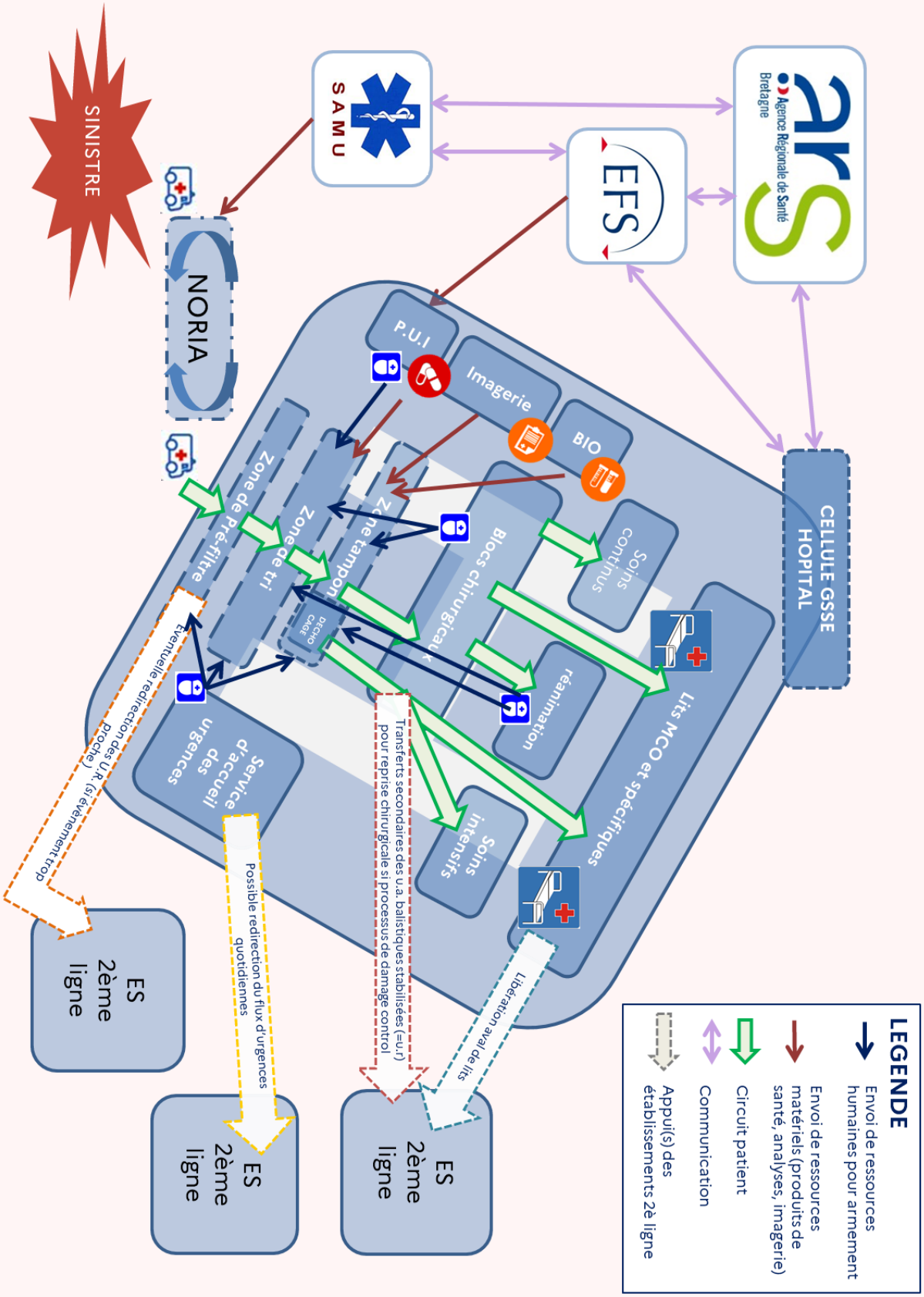
Plan AMAVI – FT 3 : Tri des victimes à l'arrivée à l'hôpital et prise en charge

Principe 13 : Le tri doit être indépendant, dans la mesure du possible et des contraintes structurelles locales, du service d'accueil des urgences, afin de garantir la prise en charge des urgences quotidiennes.

Principe 14 : Les responsables de la pharmacie, de l'imagerie et du biomédical doivent être associés à l'élaboration du dispositif. Lors d'une SSE, ils sont informés de la mise en place du centre de tri et de la nécessité de l'équiper et de le rendre opérationnel en urgence.

Principe 15 : La formation des professionnels de santé aux spécificités des gestes de sauvegarde (damage control) doit être poursuivie. Elle fera l'objet, avec les exercices, d'un plan de programmation en application du décret ORSAN du 3 janvier 2024.

Schéma cible d'organisation de la prise en charge sanitaire



Plan AMAVI – FT 3 : Tri des victimes à l'arrivée à l'hôpital et prise en charge

4.4. Fiche 4 : Organisation Médicotechnique en SSE

Définition / descriptif de l'activité / la ressource

Ce mode opératoire définit le corpus de règles communes aux acteurs sanitaires concernés par la mise à disposition des médicaments et dispositifs médicaux (stériles ou stérilisés), l'imagerie médicale et la biologie médicale.
Cette fiche identifie les actions à mettre en œuvre en amont et au cours d'une crise sanitaire.

Objectifs

- Assurer la mise à disposition, dans les délais et sur la durée de la crise, des produits de santé nécessaires à la prise en charge des patients. Ces produits concernés correspondent aux médicaments, aux dispositifs médicaux stériles (implantables ou non), aux dispositifs médicaux à stériliser (ancillaires ou implants).
- Assurer la réalisation des actes d'imagerie médicale.
- Assurer la réalisation des actes de biologie médicale.

Contraintes

Il convient de dissocier :

- Les phases préparatoires identifiant produits et circuits en fonction des situations, incluant la formation des personnels
- Les modalités de déploiements lors de l'activation des plans sanitaires

Par ailleurs il existe 2 points de vigilance fondamentaux pour la PUI :

- Le moment du déclenchement : en dehors des horaires d'ouverture qui implique un rappel des personnels, et pendant les horaires d'ouverture ce qui nécessite une priorisation des activités.
- La durée de la crise : les pharmacies ne disposent généralement pas de plusieurs équipes ou de pool de remplacement, il faudra se structurer pour faire face au pic mais aussi à une crise qui peut atteindre 96 heures…

Pour la radiologie, 2 points critiques :

- La gestion des flux par brancardage (effectifs contraints en brancardiers, localisation extemporanée des patients) : brancardage + positionnement patient = facteur limitant par rapport à la réalisation des clichés et leur interprétation.
- L'augmentation majeure des flux numériques pour récupérer les clichés (cf. RETEX Nice : point bloquant)

Pour la biologie, possibilité de kits spécifiques contenant le matériel à prélèvement et bons de prescription pour faciliter la prescription d'examens de Biologie.

Intégration des spécificités liées aux **situations d'urgence** (Recommandations de la SFBC sur la biologie d'urgence) et à la biologie délocalisée. Fort enjeu d'identitovigilance pour Radiologie et Biologie : questions posées par l'articulation entre identifiant établissement et identifiant SI-VIC.

Plan AMAVI – FT 4 : Organisation médicotechnique en SSE

Principes

Principe 1 : Se préparer par la formation et les exercices
L'ensemble des principes mis en œuvre s'appuie sur la nécessité d'identifier des référents bénéficiant de formations ad-hoc. Il est fondamental de tester régulièrement l'opérationnalité du dispositif, soit en participant aux exercices institutionnels, soit en mettant en place des exercices dédiés à la pharmacie.

Principe 2 : Identifier les produits et leurs modalités de mise à disposition

- Des stocks avancés dédiés (PSI ou Postes sanitaires Internes) aux situations de crises situés dans les zones d'accueil.
- Des produits à positionner dès réception de l'alerte (antalgiques, hémostatiques, …) à faire parvenir aux services en post accueil dès l'activation du dispositif.
- Identifier à travers des listes de dotations dédiées, les produits qui seront demandés par les blocs opératoires. Ces listes, ciblées sur quelques références, garantissent l'absence de confusion dans les demandes et permettent une priorisation absolue.
- Sur le versant stérilisation, les boîtes prioritaires doivent être identifiées. L'utilisation de fixateurs externes UU est à prioriser. Un axe de travail à l'échelle régionale permettant de mutualiser les boîtes est à envisager, en ayant cependant en tête que l'on peut être amené à transférer des patients qui pourraient utiliser ces boîtes. L'utilisation de cycle rapide (Préconisation Société Française de Stérilisation est en attente de validation) est donc à privilégier (nécessité de les inclure en amont dans la programmation des cycles des autoclaves, mais en prévenant tout risque de confusion avec cycles standard).

Principe 3 : Définir les modalités de transmission d'information

- Le dispositif doit prévoir les modalités d'échange d'informations et notamment les modalités de demande des produits. Ces listes doivent être à jour (attentions au changement de marché), disponibles dans toutes les circonstances. Ainsi elles peuvent suivre le circuit classique informatisé, mais elles doivent pouvoir être utilisées si ce système n'est plus opérationnel. L'objectif est de pouvoir identifier précisément les produits demandés (tout manque de précision peut aboutir à la non-livraison du produit souhaité).
- Il convient à ce stade d'avoir également prévu les modalités de réassort des stocks avancés dédiés.

Principe 4 : Définir les circuits et les moyens logistiques

Le dispositif de livraison des produits de la pharmacie vers les unités de soins en cas de crise doit être défini. Il convient de privilégier un dispositif assurant une mise à disposition jusqu'au lieu du besoin effectif.

Création d'un « Stock régional virtuel » par accès des établissements de la région à une base de données tenue à jour en temps réel recensant les stocks des ES en une liste de produits à mobiliser (à établir) en SSE AMAVI + définir les modalités de transferts inter-établissements de ces produits (flotte grossistes-répartiteurs associée ?)

Modalités spécifiques de coordination inter-acteurs sanitaires

- Un poste dédié doit être identifié pour faire le lien avec la cellule de crise de l'établissement.
- Poste spécifique de gestion des flux ambulances en entrée.
- Utilisation des ambulanciers en renforts brancardage.

Plan AMAVI – FT 4 : Organisation médicotechnique en SSE

4.5. Fiche 5 : Mise à disposition des produits sanguins labiles

Définition / descriptif de l'activité / la ressource

Ce mode opératoire définit le corpus de règles communes aux acteurs sanitaires concernés par la transfusion de PSL : concentrés de globules rouges (CGR), plasma (PFC), concentrés de plaquettes (CP).

Références : ANSM - Décision du 10/03/2020 définissant les principes de bonnes pratiques prévues à l'article L1222-12 du CSP, HAS - Recommandation de bonne pratique – transfusion de globules rouges en situation d'urgence, HAS - Recommandation de bonne pratique - Transfusion de plaquettes, HAS et ANSM - Transfusion de plasma thérapeutique : produits, indications

Objectif

Garantir la mise à disposition des PSL nécessaires dans les délais compatibles avec la prise en charge des victimes et dans le respect de la qualité et de la sécurité transfusionnelle.

Contraintes

- Disponibilité locale des PSL (au niveau régional pour les CP, au niveau local pour les CGR et selon le lieu de prise en charge des victimes pour les PFC)
- Identification des victimes et qualité/fiabilité des données transmises lors de la prescription ou commande
- Délai de mise à disposition des PSL : décongélation des PFC
- Acheminement logistique des PSL
- Préservation de la prise en charge transfusionnelle post-crise

Principes

Principe 1 : Alerter le site EFS le plus proche dès le déclenchement du plan ORSEC

Principe 2 : Fournir à l'EFS dès que possible une estimation du nombre de victimes EU/UA

Principe 3 : Informer l'EFS des transferts de victimes avec besoins transfusionnels en ES 1ere ligne ou 2ème ligne

Principe 4 : Pour les commandes de PSL avec identifiant provisoire : préciser le sexe de la victime. Pour les femmes, préciser si âge > 50 ans

Principe 5 : Prélever un bilan immuno-hématologique avant la première transfusion.

Principe 6 : Prévoir les transports pour les PSL et les tubes pour examens IH (si transports en zone sécurisée par les forces de l'ordre, prévoir information de la préfecture pour autorisations de circuler)

Modalités spécifiques de coordination inter-acteurs sanitaire

Cf point plus haut Commandement et coordination

Plan AMAVI – FT 5 : Mise à disposition des produits sanguins labiles

4.6. Fiche 6 : Sécurisation des établissements sanitaires

Définition / descriptif de l'activité / la ressource

Ce mode opératoire définit le corpus de règles communes aux acteurs sanitaires concernés par la sécurisation des établissements sanitaires lors d'une SSE.

Objectif

Décliner une approche commune des principes et des modalités de coordination en termes de sécurisation des établissements de santé, lors d'une situation sanitaire exceptionnelle.

Contraintes

- Logique de flux à maîtriser
- Risque humain multiple
- Hôpital ouvert sur la ville

Principes

1- Préalable

Le présent document a été élaboré sous l'angle d'un contexte d'AMAVI (le sujet de la sécurisation est globalement traité dans la DST du même nom). Il s'agit ici d'aider les établissements à envisager et aborder la question suivante : comment l'établissement assure-t-il sa sécurité et celle de ses patients dans le cadre d'un afflux massif de victimes, voire en situation d'attaque directe ?

Sources de contraintes pour la sécurisation des sites hospitaliers :

- Le caractère massif de l'afflux de victimes (régulées ou non) qui peut entraîner des dysfonctionnements voire une chute du système de prise en charge au sein de l'établissement de santé
- Le risque de sur-attentat à l'hôpital qui peut entraîner des dysfonctionnements voire une chute du système de prise en charge au sein de l'établissement de santé
- L'afflux de familles peut entrainer des perturbations dans la prise en charge d'un AMAVI, voire des atteintes aux personnels et exige une prise en charge spécifique
- L'afflux de médias peut également entrainer des perturbations dans la prise en charge d'un AMAVI, voire des atteintes aux personnels et exige une prise en charge spécifique

2- La gouvernance de la politique de sécurité et de sureté qu'elle soit physique ou informatique

Principe 1 : La sécurité/sûreté de l'établissement de santé est l'affaire de tous et chacun en est responsable. (Elle doit pour autant faire l'objet d'une politique institutionnelle).

Principe 2 : Faire de la sécurité et de la sureté une politique transversale de l'établissement de santé de telle sorte que tout projet immobilier (ou informatique), toute organisation des services, tout plan de formation (…), tout projet d'établissement intègrent cette dimension.

Principe 3 : Doter l'établissement des outils et ressources nécessaires au maintien d'une politique structurée, active et continue de sécurité/sûreté (référents, organes, documents, procédures…).

3- La sécurité physique

Avertissement : la sécurité physique des installations et locaux informatiques est traitée dans la partie sécurité informatique du présent document.

Principe 1 : L'établissement doit disposer d'une politique de gestion des accès et des flux, en situation sanitaire exceptionnelle, permettant :

- Le contrôle des accès pour reflux des venues indésirables et orientation des autres venues
- Le tri des flux : patients (UR/UA, autres), familles, médias
- L'organisation des circulations :
  - Identification de destination des flux (lieux d'accueil ou de prise en charge)
  - Accompagnement et/ou de fléchage vers le lieu d'accueil approprié pour chaque flux
  - Interdictions d'accès à certaines zones, certains locaux
- L'identification des ressources internes nécessaires à la mise en œuvre du contrôle d'accès, de la gestion des flux et des lieux d'accueil.

Principe 2 : L'établissement doit disposer de procédures d'information et de sensibilisation des personnels hospitaliers à la prévention et la gestion des conflits en milieu de santé (cf. P16 guide méthodologique PSE d'avril 2017)

Principe 3 : Il est nécessaire, en SSE, de renforcer l'accès aux locaux, secteurs et fonctions les plus sensibles via les modalités suivantes :

- Contrôles d'accès
- Anonymisation de locaux
- Expression de besoin de renfort par les forces de l'ordre afin de consolider la sécurisation du site. Cette demande est à faire remonter à la validation de l'autorité préfectorale via l'ARS.
- Localisation des fonctions névralgiques ou à haut risque d'attentat dans des locaux à l'abri d'un risque de voiture bélier (locaux aveugles ou sur patio) ou recours à des dispositifs anti-voitures béliers aux abords de ces locaux.

Principe 4 : Protéger les patients et les personnels (et les moyens de prise en charge)

- Moyens de confinement
- Blindage ou renforcement de certains équipements mobiliers ou immobiliers
- Renforcer l'attention sur les objets ou contenants suspects (risque explosif ou chimique) y compris les véhicules et ce dès l'accès au site.

Principe 5 : La menace peut provenir de l'intérieur ou de partenaires : mettre en œuvre une politique interne de prévention de la radicalisation mais également considérer la question de la fiabilité des personnels des entreprises partenaires intervenant sur l'établissement.

4- La sécurité informatique

Les enjeux de la sécurité informatique sont croissants. Les attaques font dorénavant partie du quotidien des organisations, les établissements doivent donc se protéger.

A noter que l'instruction 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'action sur la sécurité des systèmes d'information (« Plan d'action SSI ») dans les établissements et services concernés vise à opérer une mise à niveau minimale de la sécurité des systèmes dans toutes les structures concernées.

3 catégories de sources spécifiques de perturbation sont identifiées :

- Actes malveillants visant des infrastructures physiques critiques hébergeant des composants du système d'information
- Intrusion afin de commettre un acte malveillant visant des composants critiques du système d'information
- Cyber attaque du système d'information par des individus malintentionnés
- Attaque des ressources informatiques internes après intrusion physique ou cyber afin de commettre une atteinte à la disponibilité ou à l'intégrité de l'information

Les principes d'actions proposés sont les suivants :

Principe 1 : Les réponses à prévoir portent sur la sécurité physique des systèmes et sur leur sécurité logicielle.

Principe 2 : Il est nécessaire d'assurer la montée en compétence en cybersécurité au sein des DSI (formations, réalisation d'exercices simulant des attaques, développement et diffusion auprès de l'ensemble des personnels d'une politique de sensibilisation à la cybersécurité).

Principe 3 : Il est nécessaire de structurer la sécurisation de l'accès aux locaux et des ouvertures : en termes physiques et en termes de gestion des droits d'accès (Sécurisation par contrôle d'accès badge + code limité au personnel habilité).

Principe 4 : Afin d'optimiser la résilience des systèmes, il faut privilégier les redondances (systèmes de production d'énergie, de circuit de refroidissement, des chemins d'acheminement de fibres optiques…).

Principe 5 : Equiper les locaux concernés d'alarmes intrusion, incendie et seuil de température.

Principe 6 : Suivre une politique de gestion des identifications et mots de passe rigoureuse

Préconisations d'organisation

- Une information immédiate de la direction, des forces de l'ordre et de l'ARS en cas d'attaque de l'établissement
- Intégrer un volet attentats à la convention « santé-sécurité-justice » (cf. guide PSE p16)
- L'information immédiate à la régulation d'une altération significative de l'offre de prise en charge

Plan AMAVI – FT 6 : Sécurisation des établissements sanitaires

4.7. Fiche 7 : Gestion des lits

Définition / descriptif de l'activité / la ressource

Ce mode opératoire définit le corpus de règles communes aux acteurs sanitaires concernés par la libération et gestion des lits spécifiques (réa, USI, SSPI, etc.) et non-spécifiques.

Objectifs

Organiser les modalités de la libération des lits notamment en réanimation, en SSPI et en chirurgie, lors d'un accueil massif de victimes non contaminées par un établissement disposant d'un SAU.

En pratique il s'agit d'élaborer des principes et règles permettant d'aider chaque établissement dans l'écriture de son plan blanc AMAVI sur cette thématique.

Contraintes

Grand nombre d'acteurs concernés

Principes

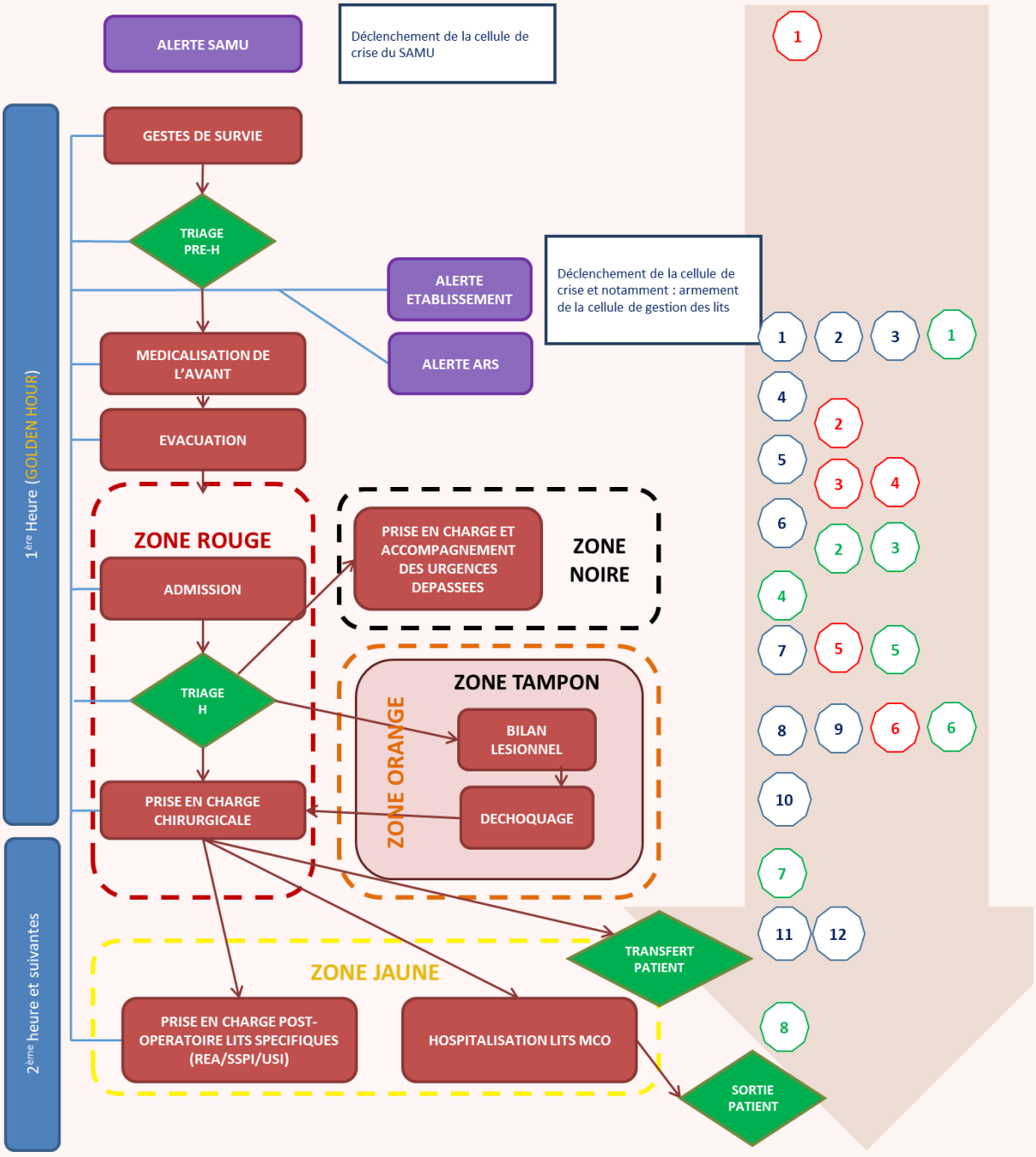
Principe 1 : L'organisation de la gestion des lits variera en fonction du plateau technique dont dispose l'hôpital concerné.

Principe 2 : Les CHU et les CH avec plateau technique important (réanimation, …) devront prévoir de transférer les patients qui étaient hospitalisés avant la SSE vers des établissements de posture minimale pour libérer au maximum des places en interne.

Principe 3 : Des points réguliers sur la disponibilité en lits à un rythme régulier sont indispensables et doivent permettre aux personnes ou cellules chargés de récolter, traiter et transmettre l'information disponible sur la gestion des lits, de s'adapter à l'urgence de la situation, ce qui implique de :

- Désigner un binôme au sein de la cellule de crise de l'établissement, d'envisager son remplacement à échéance régulière (délai indicatif= T+6h)
- Avoir une liste préétablie de personnels en capacité d'assumer cette fonction, formés aux outils nécessaires pour l'exercer et à ce type de situation
- Privilégier un personnel non soignant pour assumer cette mission

Schéma de coordination / Gestion des lits



Plan AMAVI – FT 7 : Gestion des lits

Tableau 1 : Gestion des lits au SAMU

N°	ACTIONS AU SAMU	QUI
1	Dès réception du signal : informer établissement impacté, autres établissements proches, autres SAMU, SAMU Zonal	Régulateur
2	Réguler en fonction du tableau capacitaire des établissements les plus proches	Salle de crise SAMU
3	Demander à l'établissement impacté sa disponibilité en lits à T0 et demander la disponibilité prévisible à T1 et T2 • Bloc • Soins critiques, salle de réveil • Chirurgie • MCO • Pédiatrie	Salle de crise SAMU
4	Demander aux établissements les plus proches et de référence leur disponibilité en lits à T0 et demander la disponibilité prévisible à T1 et T2 • Bloc • Soins critiques, salle de réveil • Chirurgie • MCO • Pédiatrie	Salle de crise SAMU
5	Demander la transmission de la situation en zone tampon toutes les 15 mn Demander la transmission toutes les 30 min de la disponibilité en bloc, des lits en soins critiques, salle de réveil, en chirurgie, des lits MCO de pédiatrie vers : • SAMU – SAMU Zonal • Cellule de crise de l'établissement • ARS (CRAPS)	Salle de crise SAMU
6	Rappeler du personnel pour assurer la gestion de la crise	Salle de crise SAMU

Tableau 2 : Gestion des lits à l'hôpital

N°	ACTIONS CENTRE HOSPITALIER	QUI
1	Armer la cellule de crise d'établissement et prévoir la désignation d'un binôme de gestionnaires des lits (directeur de soins et cadre non soignant) pour armer la cellule de gestion des lits, selon la liste de rappel préétablie	Pilote de la cellule de crise
2	Rappeler du personnel pour assurer l'afflux dans les services	Pilote de la cellule de crise
3	Organiser les déprogrammations en chirurgie et des admissions programmées	Pilote de la cellule de crise
4	Demander vers les services de chirurgie et USC de libérer des lits de manière accélérée si possible	Pilote de la cellule de crise
5	Demander l'évaluation de la disponibilité en lits à T0 et demander la disponibilité prévisible à échéance régulière (T+1, T+2) pour : • Bloc • Soins critiques, salle de réveil • Chirurgie • MCO • Pédiatrie Demander la situation en Zone tampon (SAUV / déchoquage)	Cellule gestion de lits
6	Evaluer les transferts à effectuer vers : • Les établissements ayant des lits spécifiques régionaux et extra régionaux pour les patients en relevant et les UR • Des établissements de posture minimale des patients hospitalisés avant événement pour libérer des lits • Se baser sur situation au centre de tri, au bloc, dans les services de chirurgie	Pilote de la cellule de crise et Gestionnaire des lits
7	Demander une transmission de la situation en zone tampon toutes les 15 mn Demander la transmission toutes les 30 mn de la disponibilité en bloc, des lits en réanimation, USC, USI, salle de réveil, en chirurgie, des lits MCO et de pédiatrie vers : SAMU – SAMU Zonal – COD	Cellule de gestion des lits Cellule de crise plan blanc
8	Evaluer très régulièrement (toutes les 15 minutes environ) la disponibilité en lits • Soins critiques, salle de réveil • MCO • Pédiatrie	Cellule de gestion des lits

Plan AMAVI – FT 7 : Gestion des lits

9	Transmettre très régulièrement (toutes les 15 minutes environ) la disponibilité des lits au reste des équipes de la cellule de crise de l'établissement (outil informatique ou tableau blanc)	Cellule de gestion des lits
10	Transmettre la disponibilité des lits, dans les « capacités de prise en charge » vers l'ARS (COD) à échéance régulière (sur demande ARS)	Cellule de crise de l'établissement
11	Transmettre les transferts à effectuer vers d'autres établissements vers la cellule de crise de l'établissement	Gestionnaire des lits
12	Transmettre les transferts à effectuer vers d'autres établissements vers l'ARS (CRAPS et COD)	Cellule de crise de l'établissement

Tableau 3 : Gestion des lits à l'ARS

N°	ACTIONS ARS	QUI
1	Désigner et envoyer un cadre ARS au COD	Direction ARS
2	Armer la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire de l'ARS (CRAPS)	Direction ARS
3	Designer un correspondant gestion des lits au sein de la CRAPS	Direction / Pilote CRAPS
4	Demander à l'établissement impacté la situation en zone tampon et la disponibilité en lits au • Bloc • Soins critiques, salle de réveil • Chirurgie • MCO • Pédiatrie	Cadre ARS en COD
5	Demander aux établissements les plus proches et de référence leur disponibilité en lits à T0 et demande la disponibilité prévisible à T1, T+2 • Bloc • Soins critiques, salle de réveil • Chirurgie • MCO • Pédiatrie	Cadre ARS en COD
6	Recenser au sein des retours des établissements sur les « capacités de prise en charge » vers ARS (COD) des difficultés anticipées par les cellules de crise pour expression de besoin auprès de la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire de l'ARS	Cadre ARS en COD
7	Mobiliser les capacités de prise en charge sur le plan régional selon les expressions de besoins/difficultés des établissements, transmises par le COD	CRAPS
8	Rappeler du personnel pour assurer la gestion de la crise	CRAPS

Plan AMAVI – FT 7 : Gestion des lits

4.8. Fiche 8 : L'accueil des familles

Définition / descriptif de l'activité / la ressource

Ce mode opératoire définit le corpus de règles communes aux acteurs sanitaires concernés par un processus d'accueil des familles au sein des établissements sanitaires lors d'une SSE.

Objectif

Décliner une approche commune des principes et des modalités de coordination en matière d'accueil des familles en établissement de santé, lors d'une situation sanitaire exceptionnelle.

Contraintes

- Sécurisation du site en cas de menace
- Spécificité pédiatrique
- Formations à dispenser au personnel

Principes

Principe 1 : Quand les blessés arrivent à l'hôpital, les familles viendront directement vers les établissements dans un délai plus ou moins court. Le contrôle et l'identification des familles est nécessaire.

Principe 2 : Une salle dédiée (qui n'est pas près de la salle de crise mais peut être près de la salle dédiée à l'urgence médico-psy.) est installée comme zone d'accueil des familles.

Principe 3 : Les familles ne doivent pas être autorisées à sortir de la zone d'accueil des familles : sécurisation prioritaire par filtrage du SAU & de l'accueil famille pour ne pas perturber le fonctionnement des zones de soins.

Principe 4 : Il est nécessaire de mobiliser les ressources pour entourer les familles : avoir les puéricultrices, les psychologues, les traducteurs, et plus largement toutes les personnes ressources identifiées, constitue le socle de la préparation de cet accueil. La mobilisation, des associations de personnels et les aumôniers, peut être envisagé en organisant notamment le recensement des coordonnées de contact.

Principe 5 : Par subsidiarité, les médecins ne sont pas à privilégier pour armer la zone d'accueil des familles.

Principe 6 : L'hôpital se tourne en premier lieu vers ses moyens internes. Si ceux-ci sont dépassés, la cellule de crise sollicite le SAMU pour demander au référent départemental le déclenchement de moyens CUMP une fois cette dernière désengagée de la phase pré hospitalière.

Principe 7 : Le référent CUMP constitue le pivot de coordination pour l'adéquation entre les demandes et les moyens disponibles pour renforcer un accueil de famille.

Principe 8 : Un appui des associations agréées de secourisme est envisageable et anticipable en convention sur l'accueil des victimes, dans le respect de leurs missions en pré-hospitalier et de l'information de la Préfecture de département.

Principe 9 : Il est nécessaire de prévoir, lors d'une SSE, avec la préfecture (COD), l'ARS et les AASC volontaires, les conditions de gestion de l'arrivée massive des proches à l'hôpital.

Principe 10 : Il est important de bien spécifier l'accueil adultes ET enfants et donc d'utiliser les ressources des pôles accueil mère-enfants.

Plan AMAVI – FT 8 : L'accueil des familles

Principe 11 : le risque de sur-attentat, et / ou de malveillance amène l'établissement à obligatoirement contrôler ses accès. De fait, en situation d'attentat les accès doivent être contrôlés de manière stricte et les familles accueillies prioritairement au sein d'une zone dédiée.

Principe 12 : le renforcement des forces de l'ordre vers les SAU/zone d'accueil des familles doit remonter prioritairement vers le COD.

Préconisations d'organisation

Zone d'accueil des familles : prévoir des bureaux adjacents pour une présence d'agents spécialisés (psychologues, assistantes sociales) pour entretien individuel ou petit collectif, séparation physique de la zone de soins, zone d'accueil des familles à proprement parler avec un registre + un tel pour liaison avec la cellule de crise (vérification des identités), zone café/restauration, zone repos.

Plan AMAVI – FT 8 : L'accueil des familles

5. Annexes

5.1. Tableau de correspondance des classifications secouriste et médicale des impliqués

Catégorisation secouriste	Catégorisation médicale de l'avant (tri PMA)	Catégorisation hospitalière (tri à l'entrée de l'hôpital)		
		Lésions	Fonctions atteintes	Traitement
DCD	Avant les secours, ou après leur arrivée			
UA *Urgences Absolues*	**EU** Extrêmes Urgences Pronostic vital immédiatement en jeu	Exemples : - Thorax soufflant - Fracas maxillaire - Hémorragie intra-abdominale - Brûlures 2° et 3 ° degré > 50% surface corporelle	Détresse ventilatoire ET/ OU Hémorragie massive avec détresse cardiovasculaire	Sans délai (détresses vitales patentes)
	U1 Lésions avec pronostic vital engagé	-Polytraumatismes -Gros délabrement de membres -Blessures à l'abdomen, au thorax, au cou avec hémorragies externes importantes -Plaie cranio-cérébrale -Garrot, pansement compressif, -délabrement de la face -Brûlures 2° et 3 ° degré de 15 à 50% de la surface corporelle	Coma chez traumatisé crânien, manifestations respiratoires d'intoxication par inhalation, troubles neurologiques par atteinte vertebro-medullaire, hypothermie > 32°	Délai de 6 heures maximum (détresses vitales potentielles, réanimation efficace.)
UR *Urgences relatives*	**U2** Lésions pouvant mettre en jeu le pronostic vital	-Fractures ouvertes ou fermées des membres -Plaies articulaires, plaies aux membres sans délabrement -Brûlures 2° et 3 ° degré < à 15 de la surface corporelle	Pas de détresse Hypothermie > 32°	Pas en danger de mort immédiat – traitement différé possible jusqu'à la 18ème heure.
	U3 Lésions sans mise en jeu du pronostic vital	-Traumatismes de membres -Plaies non-hémorragiques -Contusions de l'abdomen et du thorax	Pas de détresse	Blessés légers - traitement différé possible jusqu'à la 36ème heure.
UP *Urgences psychologiques*	**UP** Blessés psychologiques sans lésions physiques, sans préjuger de l'évolution			

5.2. Cartographie des moyens bretons pour la prise en charge AMAVI

Carte 5 : Dépôts de sang – EFS Bretagne (2016)

Carte 6 : Postes sanitaires mobiles (PSM)

5.3. Bibliographie et références règlementaires et techniques

Textes réglementaires

- Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur ;
- Décret n° 2007-1273 du 27 août 2007 pris pour l'application de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur ;
- Décret n°2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre les représentants de l'Etat dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'Agence régionale de santé pour l'application des articles L.1435-1, L.1435-2 et L.1435-7 du code de la santé publique ;
- Instruction SGMAS/ HFDS du 20 avril 2010 relative à la veille et urgence sanitaires dans les ARS ;
- Instruction DGS du 17 juin 2010 relative aux relations entre les ARS et le niveau national dans le cadre d'alerte sanitaires ;
- Instruction du 2 novembre 2011 relative aux Situations sanitaires exceptionnelles (SSE) ;
- Note technique de cadrage n°012157 DGS/ DUS/ UOP du 4 mai 2012 relative à la décontamination hospitalière ;
- Décret n°15 du 7 janvier 2013 relative aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) ;
- Circulaire n°274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des SSE ;
- Circulaire n°374 du 26 septembre 2013 relative à l'élaboration du Plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZMRS) ;
- Instruction du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) et son mémento ;
- Instruction 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 DGS/DUS/SGMAS/SHFDS/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 ;
- Instruction DR n°42/ DGS/ DUS du 19 février 2016 relative à la mise en œuvre de la feuille de route ministérielle visant à renforcer la réponse sanitaire aux attentats terroristes ;
- Décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- Arrêté du 18 janvier 2024 fixant la liste des établissements de santé de référence ;
- Arrêté du 18 janvier 2024 relatif aux missions de référence, aux capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic des établissements de santé de référence et aux missions des agences régionales de santé.

Références techniques (bibliographie non-exhaustive)

- Disposition ORSEC NOVI 56 – Mode d'action face à de nombreuses victimes, Préfecture du Morbihan, 14 septembre 2016
- Disposition ORSEC NOVI 35 – Mode d'action face à de nombreuses victimes, Préfecture d'Ille-et-Vilaine, Mai 2015
- Disposition ORSEC NOVI 29 – Mode d'action face à de nombreuses victimes, Préfecture du Finistère, 21 juin 2012
- Disposition ORSEC NOVI 22 – Mode d'action face à de nombreuses victimes, Préfecture des Côtes d'Armor, version juillet 2015 et projet avril 2017
- Plan blanc élargi - Préfecture des Côtes d'Armor – version projet – février 2014
- Plan blanc élargi – Préfecture d'Ille-et-Vilaine, février 2008
- Plan blanc élargi - Préfecture du Morbihan, juillet 2013
- Plan Blanc du CHU De Rennes – site Pontchaillou – 2016
- Plan Blanc du CHU De Rennes – site hôpital Sud, Mai 2017.
- Plan blanc du CHRU de Brest – Site la Cavale Blanche – 2016
- Le triage chirurgical des victimes, diaporama école du val de grâce-CNUH-Ministère de la Santé-Ministère de la Défense, f. PONS, s. RIGAL, Ecole du Val de Grâce, 2016
- L'organisation régionale (ORSAN) de la réponse du système de santé à un afflux massif de victimes, diaporama école du val de grâce-CNUH-Ministère de la Santé-Ministère de la Défense, J.M PHILIPPE, 2016.
- Decision Processes and Determinants of Hospital Evacuation and Shelter-in-Place During Hurricane Sandy, Meghan D. McGinty, MPH, MBA; Thomas A. Burke, PhD, MPH; Beth Resnick, MPH; Daniel J. Barnett, MD, MPH; Katherine C. Smith, PhD, MA; Lainie Rutkow, JD, PhD, MPH, Public Health Management Practice, 2016
- La prise en charge pré hospitalière médicalisée des traumatisés graves améliore-t-elle le pronostic ? Résumé n°182, Symposium HAS-BMJ, 19 avril 2010 -
- Explosive weapon effects, characterisation of explosive weapons, final report, Geneva international center for humanitarian demining (GIHCD), February 2017
- Logistique et gestion des approvisionnements humanitaires dans le secteur santé, Organisation panaméricaine de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé, 2003
- Le triage, la catégorisation des victimes, diaporama SAMU 33, Jean-Michel Dindart, SAMU 33, CHU Bordeaux
- Livre Blanc sur l'Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir, SAMU-Urgences de France, 2015.
- Parcours de soins des UA, diaporama école du val de grâce-CNUH-Ministère de la Santé-Ministère de la Défense, Mathieu RAUX, APHP, Pitié Salpétrière, 2016.
- Organisation des secours, du plan rouge au plan alpha, diaporama école du val de grâce-CNUH-Ministère de la Santé-Ministère de la Défense, MC Ernouf - MC Travers - MC Bignand - MC Tourtier, Brigade de sapeurs pompiers de paris - Bureau médecine d'urgence.

PLAN MEDICO-PSY

Plan validé le 28/03/2024

Table des matières

1. Eléments de doctrine 86
1.1. Contexte régional et objectifs opérationnels 86
1.1.1. Contexte 86
1.1.2. Enjeux 86
1.1.3. Objectifs opérationnels propres à la région 87
1.2. Champ d'application du plan Médico-Psy 88
1.2.1. Structuration et missions des CUMP selon leur niveau territorial 88
1.2.2. Les différents types de situations d'urgences collectives et leur impact Médico-psy 90
1.3. Organisation de la réponse sanitaire en région Bretagne 92
1.3.1. Les principes généraux de cette organisation 92
1.3.2. Les parcours de soins et les filières de prise en charge (liens entre la CUMP et les autres acteurs sanitaires) 93
1.3.3. Le rôle des établissements de santé selon leur classement 94
1.3.4. Les autres acteurs du soutien Médico-psychologique 97
2. Mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN MEDICO-PSY en région Bretagne 99
2.1. Schéma d'organisation cible de la réponse UMP en SSE et cinétique associée 99
2.2. Schémas de coordination inter-acteurs 101
2.2.1. Modalités de déclenchement de l'alerte, mobilisation des volontaires et constitution de l'équipe en région Bretagne 101
2.2.2. La mobilisation extra-régionale 104
2.2.3. Les aspects logistiques 106
2.2.4. Les spécificités pédiatriques 107
2.3. Suivi des victimes 107
3. Fiches acteurs 108
4. Fiches techniques 121
4.1. Cahier des charges d'un PUMP (logistique) 121
4.2. Note d'information concernant les enfants 122

1. Eléments de doctrine

1.1. Contexte régional et objectifs opérationnels

1.1.1. Contexte

Les catastrophes et les accidents occasionnent non seulement des blessures physiques, mais aussi des blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques.

Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP) doivent assurer la **prise en charge médico-psychologique immédiate et post-immédiate des victimes de catastrophes/d'accidents impliquant un grand nombre de victimes et/ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison de leur nature, afin de prévenir, réduire et traiter les blessures psychiques**.

Les situations en question peuvent être (non exhaustif) :

- Un **accident** (accident collectif de circulation, explosion, incendie, etc.) ;
- Une **action terroriste** (agression collective par armes de guerre, explosion, etc.) ;
- Une catastrophe naturelle (ouragan…).

L'intervention de volontaires formés à l'urgence médico-psychologique, par ailleurs professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie, permet donc la prise en charge immédiate et post-immédiate adaptée des blessés psychiques et des impliqués. Elle s'assure des relais de prise en charge pour les blessés psychiques mais aussi de la veille clinique pour tous les autres, dans le circuit de soins en santé mentale.

L'ensemble de ce document s'attache à détailler la prise en charge sanitaire dans son volet médico psychologique des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE), mais pour rappel, la CUMP peut prendre en charge ordinairement des situations plus fréquentes et de moindre ampleur liées au risque courant (accident grave, domestique, du travail ou de la circulation, décès brutal ou suicide…).

1.1.2. Enjeux

Les blessés psychiques, qu'ils présentent des lésions somatiques ou non, imposent des soins médico-psychologiques immédiats ou post immédiats et, le cas échéant, une prise en charge spécialisée dans la durée. S'y ajoutent les personnes ayant vécu la SSE, non blessées tant physiquement que psychiquement, mais qui doivent aussi faire l'objet d'une évaluation. Le nombre et l'âge des blessés psychiques et des impliqués non blessés vont dépendre de la nature de l'événement causal et nécessiter le déploiement de Postes d'Urgence Médico Psychologiques (PUMP) pour des prises en charge adaptées en mobilisant les volontaires de la CUMP et le cas échéant, des renforts régionaux, zonaux, voire nationaux.

La prise en charge médico-psychologique concerne également les impliqués non présents dans la SSE, dont les familles et les proches des victimes, mais aussi les intervenants des différents services et des associations agréées de sécurité civile mobilisés lors de l'événement ainsi que

toute autre personne étant intervenue, professionnellement ou par action solidaire, dans la gestion de la SSE.

Outre toute la dimension psycho traumatique, les événements à fort potentiel traumatique peuvent, par le biais du stress majeur qu'ils font subir, révéler d'autres troubles psychiatriques, qu'ils soient déjà connus ou non.

1.1.3. Objectifs opérationnels propres à la région

Le plan ORSAN MÉDICO-PSY s'inscrit dans la complémentarité du plan ORSEC NOVI déclenché par le préfet et permet la prise en charge rapide des blessés psychiques et des impliqués par les CUMP. Il est *de facto* associé au plan ORSAN AMAVI qu'il complète pour la prise en charge médico-psychologique des victimes.

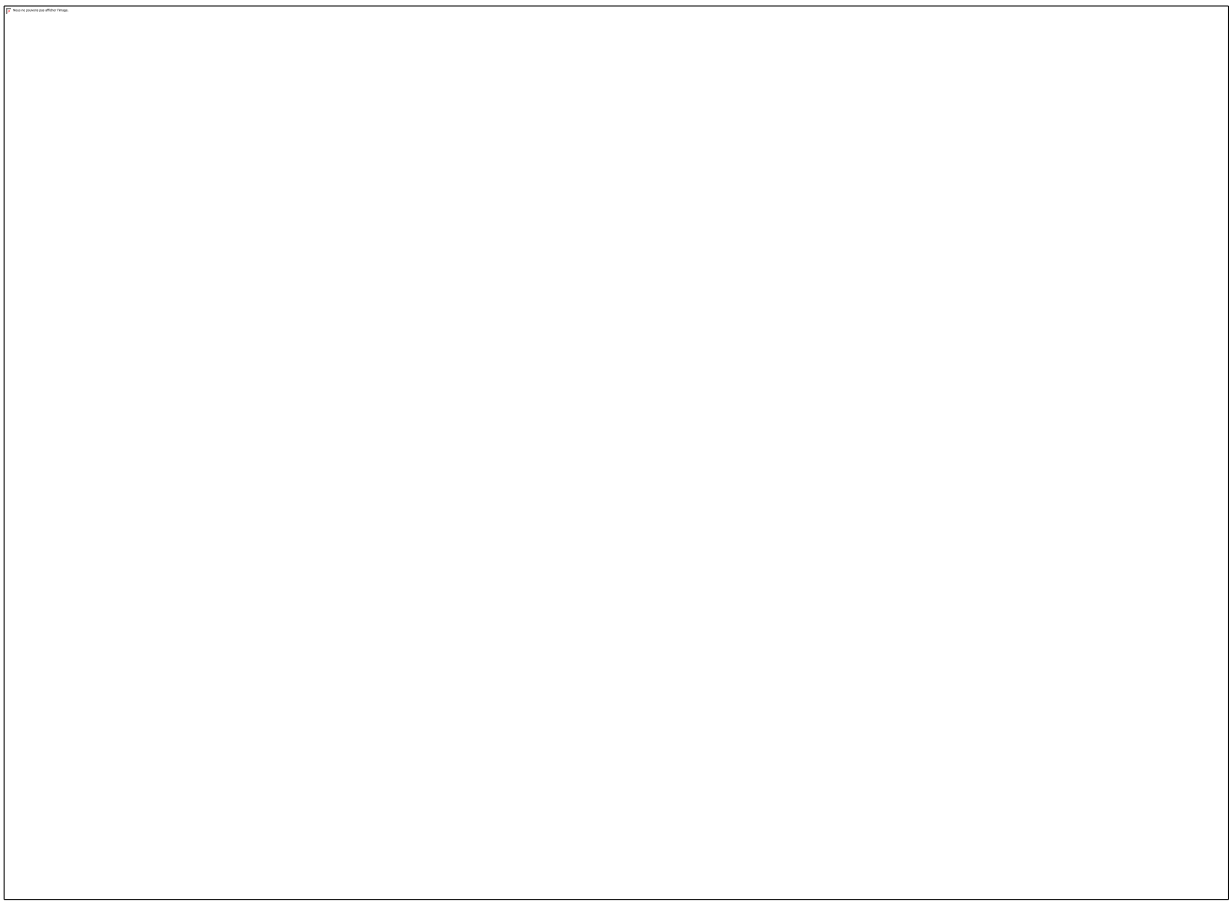
Le plan ORSAN MÉDICO-PSY en région Bretagne a pour objectifs opérationnels de :

- Préciser les modalités d'alerte et le circuit de l'information ;
- Définir la stratégie de prise en charge en fonction de la nature, de la cinétique de l'évènement ainsi que de la typologie des victimes ;
- Définir les éléments communs et les spécificités de chaque dispositif départemental ;
- Recenser les moyens et les ressources sanitaires à l'échelle régionale ;
- Prévoir la planification de la coordination de ces moyens ;
- Anticiper les points de rupture de la filière de prise en charge « MEDICO-PSY » ;
- Préciser le rôle et la place des différents acteurs (établissements de santé publics et privés, SAMU, libéraux, autorités sanitaires…) en classant notamment les établissements de santé selon le type d'accueil ;
- Permettre à chaque établissement de santé d'élaborer son plan blanc hospitalier en conformité avec les principes posés par le plan ORSAN UMP ;
- Décliner les procédures de gestion de crise et les outils nécessaires à leur bonne mise en œuvre ;
- Planifier la réalisation d'exercices ainsi que de formations ;
- Prévoir l'articulation entre départements de la région et avec les régions de la zone dans laquelle la région Bretagne s'inscrit.

1.2. Champ d'application du plan Médico-Psy

1.2.1. Structuration et missions des CUMP selon leur niveau territorial

Trois niveaux d'organisation et de fonctionnement de la CUMP doivent être considérés : départemental, régional et zonal.



Niveau départemental

La **CUMP départementale** a pour mission principale la prise en charge médico-psychologique telle que définie précédemment (1.1.1).

La CUMP est composée de médecins psychiatres, de psychologues, de cadres, d'infirmiers, d'aides-soignants et de secrétaires dont l'intervention est coordonnée par un psychiatre ou psychologue référent. Ces professionnels sont volontaires pour les missions CUMP. Ils sont détachés de leur fonction habituelle lors des mobilisations, sous couvert de la validation de ce détachement par leur responsable hiérarchique et par la structure dans laquelle ils exercent.

En cas de déclenchement d'une SSE, la CUMP organise le niveau de réponse attendu en fonction des caractéristiques de l'évènement (nombre d'impliqués, typologie des situations, heure de l'appel, circuits de prise en charge, flux/engorgements des dispositifs qui pourraient

être sollicités par ailleurs, ampleur géographique de présence des impliqués…) et propose des modalités opérationnelles sur deux niveaux :

- La mise en place d'un ou plusieurs PUMP en fonction de la situation et du volume d'impliqués à prendre en compte, pour une prise en charge immédiate/post immédiate ;
- L'orientation vers les dispositifs de santé mentale pour relai de prise en charge ou veille clinique pour dépistage des états différés.

Elle s'articule en immédiat et post immédiat avec les acteurs locaux de l'urgence psychiatrique et de la psychiatrie de liaison dans les établissements de santé qui sont amenés par définition à recevoir des blessés physiques/psychiques et des impliqués non blessés.

La temporalité des CUMP est une temporalité de l'urgence réelle mais particulière :

- Une urgence relative par rapport à la prise en charge somatique ;
- Un temps de sollicitation des volontaires, puis de mise en place des dispositifs, nécessitant plusieurs heures au minimum ;
- Un maintien des dispositifs sur plusieurs jours, voire semaines, en SSE.

Initialement prévues uniquement pour les départements de plus d'un million d'habitant, l'ARS peut désigner parmi les CUMP départementales des **CUMP dites « départementales renforcées »** en fonction de l'évaluation des risques liés à la présence de dangers spécifiques dans le département concerné ou en raison d'une forte activité de l'urgence médico-psychologique au sein du département. Les CUMP constituées dans les établissements de santé sièges de SAMU situés dans les anciens chefs-lieux de région constituent de facto des CUMP renforcées.

Les CUMP renforcées concourent à la mission de coordination régionale notamment pour la formation initiale et continue des personnels et professionnels des CUMP départementales.

Niveaux régional et zonal

L'équipe CUMP d'Ille-et-Vilaine, au titre de ses références régionale et zonale, a pour missions :

- D'aider s'ils le souhaitent les référents coordonnateurs CUMP départementaux/régionaux à calibrer et organiser leurs interventions ;
- De venir en aide à une CUMP départementale/régionale (avec des moyens régionaux/zonaux, voire nationaux) ;
- De venir en aide à une autre zone, sous coordination du niveau national ;
- De coordonner la formation des personnels volontaires des CUMP, en lien avec le psychiatre référent départemental/régional, et de sensibiliser les autres acteurs de santé ;
- De centraliser, au niveau régional/zonal, les listes départementales/régionales des volontaires (en les renforçant et renouvelant au besoin) ;
- De conforter l'action des CUMP en amont et en aval, en développant un travail en réseau (inventaire et sensibilisation des professionnels psychiatres publics et libéraux et des secouristes Croix-Rouge, Protection Civile, Secours Catholique) ;
- D'améliorer les conditions d'intervention des CUMP (communication, transport, hébergement, etc.)

Le référent de la CUMP départementale désignée CUMP régionale assure la coordination de l'ensemble de ces missions en relation avec l'ARS qui inclut les objectifs liés aux missions spécifiques de la CUMP dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'établissement siège du SAMU de rattachement.

Les CUMP régionales ou départementales renforcées sont dotées de personnels dédiés pour tout ou partie de leur activité et sont financées par une dotation de mission d'intérêt général (MIG), la MIG Q05.

Enfin et conformément à l'article R. 6311-30 du Code de la Santé Publique, la CUMP zonale est constituée au sein de l'Etablissement de Santé de Référence (ESR) siège du SAMU de Zone. La mission de la CUMP zonale consiste à coordonner, en cas de situation sanitaire exceptionnelle, la mobilisation de l'ensemble des CUMP de la zone de défense, à organiser la montée en puissance du dispositif et à requérir, si nécessaire, l'appui du réseau national, en lien avec l'ARS de Zone. Elle joue par ailleurs un rôle d'animation des CUMP régionales de la Zone à but de partage et d'harmonisation des pratiques.

1.2.2. Les différents types de situations d'urgences collectives et leur impact Médico-psy

Trois niveaux de situation sont schématiquement à considérer :

- **Niveau 1** : Situations avec un nombre restreint d'impliqués ou de victimes, liées au risque courant (accident grave, domestique, du travail ou de la circulation, décès brutal ou suicide…).
- **Niveau 2** : Situations avec un nombre plus élevé d'impliqués ou témoins, accidents à fort potentiel psycho-traumatique. => Accidents susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison de leur nature.

  Exemple : élèves français à l'étranger (Royaume Uni) rapatriés suite à un attentat
- **Niveau 3** : Plans de secours (situations sanitaires exceptionnelles à fort impact psycho-traumatique, avec de nombreux impliqués et témoins) => catastrophes naturelles, accidents de transports, explosions…

La réponse à apporter, unique pour chaque appel, est graduée en fonction du niveau de situation et des caractéristiques de celle-ci (nombre d'impliqués, typologie des situations, heure de l'appel, flux/engorgements des dispositifs qui pourraient être sollicités par ailleurs…) :

- **Niveau 1 :**
  - Orienter vers un réseau déjà existant (médecin traitant, médecine du travail, services de santé au travail, services de santé scolaire, psychiatre traitant, Centre Médico Psychologique (CMP), urgences, …) ;
  - Ou donner les coordonnées du dispositif psycho-traumatisme CUMP.

- **Niveau 2 :**
    - Orienter vers un réseau déjà existant (médecin traitant, médecine du travail, services de santé au travail, services de santé scolaire, psychiatre traitant, CMP, urgences, …) ;
    - Ou donner les coordonnées du dispositif psycho-traumatisme CUMP ;
    - Ou proposer des consultations immédiates ou post-immédiates dans les circuits classiques de soins aigus au Service d'Accueil des Urgences (SAU) ;
    - Ou intervention immédiate ou post-immédiate sur place avec des volontaires CUMP.
- **Niveau 3** (dont SYSTEMATIQUEMENT tout plan d'urgence type ORSAN/ORSEC) :
    - Intervention immédiate sur place d'une équipe médico-psychologique (psychiatre(s), psychologue(s), infirmier(s), aide(s)-soignant(s)) ;
    - Puis, propositions dans un second temps de consultations différées (dispositif psycho-traumatisme CUMP ; CMP…).

Les personnes concernées sont avant tout les victimes et les impliqués directs mais aussi les impliqués indirects parmi lesquels les proches des victimes et des impliqués directs, les sauveteurs, les décideurs et le public (dans des situations à large impact médiatique), ainsi que, le cas échéant, les membres de l'équipe CUMP qui sont intervenus.

1.3. Organisation de la réponse sanitaire en région Bretagne

1.3.1. Les principes généraux de cette organisation

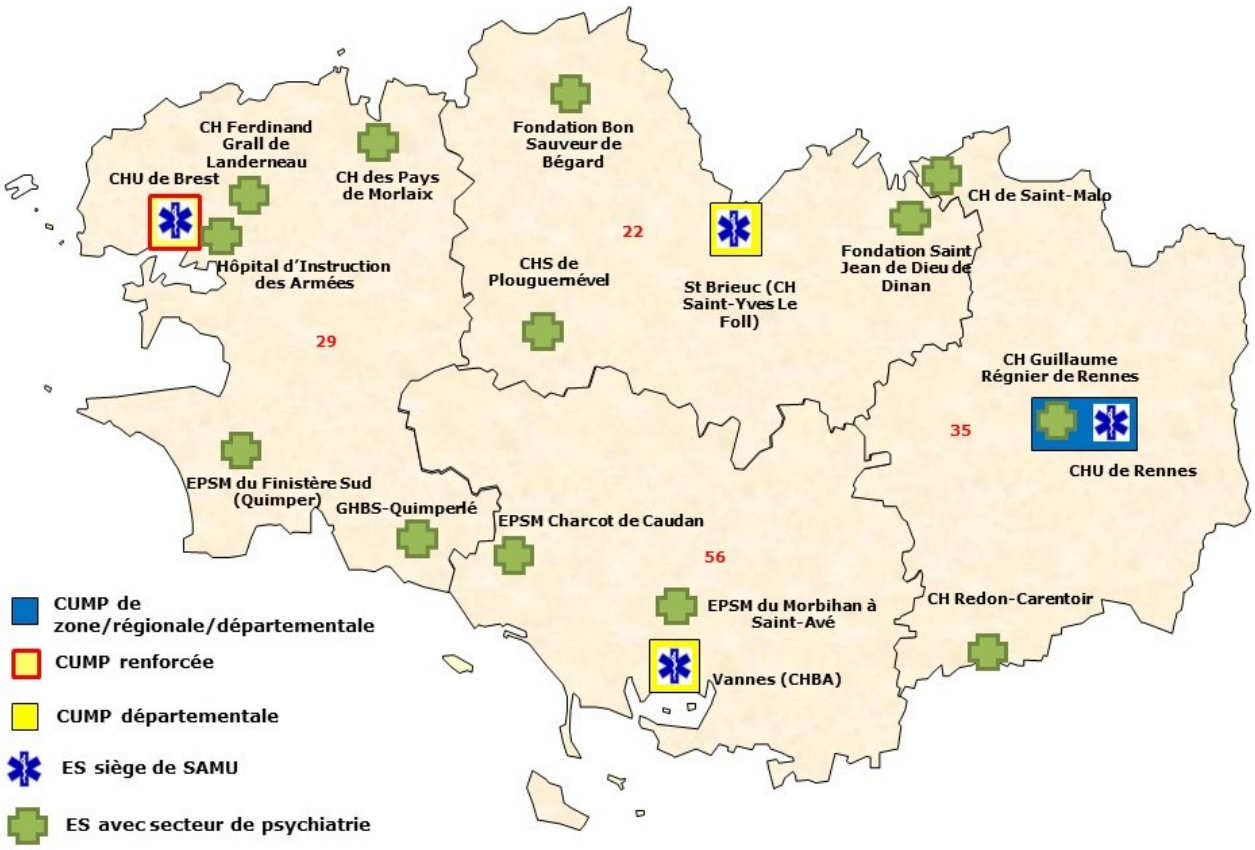
Chaque département breton est doté d'une cellule d'urgence médico psychologique (cf. carte ci-dessous) rattachée à l'établissement siège de SAMU.

La CUMP 35 est également CUMP régionale et zonale, rattachée au SAMU zonal 35 pour la Zone de Défense et de Sécurité Ouest.

La CUMP 29 est également CUMP renforcée.

Chaque cellule est coordonnée par un référent (psychiatre ou psychologue) et comprend des personnels ou professionnels de santé volontaires qui peuvent être rattachés à un établissement de santé, ou libéraux ou à un autre organisme (collectivité, SDIS, …).

Carte 7 : Cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) en région Bretagne (2023)



1.3.2. Les parcours de soins et les filières de prise en charge (liens entre la CUMP et les autres acteurs sanitaires)

La réponse des CUMP de la région Bretagne est graduée selon l'ampleur de la situation :

	Situation	Réponse
Niveau 1	Situations avec un nombre restreints d'impliqués ou de victimes, liées au risque courant Accident grave, domestique, du travail ou de la circulation, décès brutal ou suicide...	Réseau existant ou dispositif psychotrauma CUMP ou par autres acteurs
Niveau 2	Situations avec un nombre plus élevé d'impliqués ou témoins. Accidents à fort potentiel psychotraumatique	idem niveau 1 ou consultations immédiates/post-immédiates dans les circuits classiques de soins aigus ou déplacement immédiat/post immédiat/différé sur place avec des volontaires
Niveau 3	Plans de secours SSE Situations à fort impact psycho-traumatique avec de nombreux impliqués et témoins	intervention immédiate à durée variable d'une ou plusieurs équipes CUMP puis organisation dans un second temps de consultations différées CUMP et autres

	Individuels	De groupe (defusing/débriefing)
Entretiens	- Recueil de la parole, de l'état émotionnel - Evaluation de l'état clinique - Evaluation médicale ajoutée si questionnement particulier (traitement, hospitalisation...) - Orientation vers l'aval	- Petit groupe de personnes homogène (en termes d'expérience vécue, d'appartenance...) - En dehors de tout enjeu institutionnel - Sur volontariat strict - Par deux volontaires, formés à la technique - Séance structurée par une présentation, un tour de parole, une conclusion - Compte-rendu synthétique

L'intervention de la CUMP peut être immédiate, post immédiate (dans les 48 heures) ou différée. Elle se base sur des entretiens individuels ou des interventions groupales de défusing (en immédiat) / debriefing (en différé). Elle peut se compléter par des consultations psychotrauma programmées.

Point de vigilance
Le délai de déploiement d'une action CUMP se compte au minimum en heures (réseau de volontaires sans astreinte réglementaire). En outre, « solliciter » le dispositif UMP n'entraîne pas de facto son déplacement immédiat sur place, sauf en situation sanitaire exceptionnelle. La décision doit être prise en concertation entre CUMP, SAMU, ARS et, le cas échéant, la Préfecture.

Sur un déploiement CUMP, le coordonnateur CUMP peut orienter des patients :

- **Vers le service d'accueil des urgences en cas de stress dépassé,**
    - Par l'intermédiaire d'un appel au 15 ;
    - Soit, en cas de dispositif pré-hospitalier, par l'intermédiaire du directeur des secours médicaux sur site. Ces blessés psychiques doivent être intégrés dans le triage général pour être hospitalisés sans délai.
- Ou **directement vers la psychiatrie ambulatoire.**

En situation sanitaire exceptionnelle avec un grand nombre de victimes et d'impliqués :

- La CUMP doit pouvoir fonctionner dans son rôle de tri pré hospitalier et d'accueil des impliqués sur plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Pour rappel, l'accueil des impliqués correspond à un rôle d'évaluation, d'apaisement des émotions, de dépistage des vulnérabilités, d'aiguillage vers le soin si nécessaire, et / ou de surveillance vis-à-vis du risque différé du syndrome de stress post-traumatique (PTSD).

- Les dispositifs de psychiatrie générale sont mobilisés, tout en devant continuer à fonctionner pour la prise en charge courante :
    - **A l'hôpital**, les dispositifs d'urgences psychiatrique et générale doivent pouvoir se renforcer pour accueillir les blessés psychiques.

      La psychiatrie de liaison doit être capable de gérer les blessés physiques répartis dans les services MCO. Dans le cas où un établissement de santé ne disposerait pas d'un dispositif de psychiatrie de liaison, il doit pouvoir solliciter la psychiatrie sectorisée adultes et enfants dont il relève. Les services d'hospitalisation de psychiatrie doivent pouvoir recevoir les états de stress aigus dépassés, et les décompensations de troubles psychiatriques de fond.
    - **En ambulatoire**, les CMP doivent pouvoir assurer la prise en charge post-urgence, en recevant l'aval des PUMP, des urgences et des hospitalisations.

Les plans blancs des établissements doivent, dans leur volet médico psychologique, intégrer toutes ces nécessités. Pour remplir ces différentes missions, il faut envisager le recours à toutes les ressources humaines en santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers) disponibles dans les établissements.

1.3.3. Le rôle des établissements de santé selon leur classement

Les établissements de santé avec une capacité de prise en charge médico-psychologique sont classés selon trois catégories : **ES 1ère ligne expert, 1ère ligne, 2ème ligne**.

- **Les ES de première ligne experts** sont ceux disposant d'une cellule d'urgence médico-psychologique renforcée, régionale et/ou zonale. Leurs missions lors du déclenchement du plan de réponse ORSAN UMP sont les suivantes :

- Organisation de 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 ;
- Renforcement des relais de prise en charge au-delà des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS ;
- Organisation des relais de prise en charge des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS ;
- Mise en œuvre du dispositif de réponse intra-hospitalier : Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet médico-psychologique).

- **Les ES de première ligne** sont les établissements sièges d'une structure d'urgence disposant d'une cellule d'urgence médico-psychologique départementale. Leurs missions lors du déclenchement du plan de réponse ORSAN UMP sont les suivantes :
  - Prise en charge médico-psychologique des blessés et des proches notamment en déployant un poste d'urgence médico-psychologique hospitalier ;
  - Organisation des relais de prise en charge des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS ;
  - Identification du besoin de renfort et sollicitation de l'ARS le cas échéant ;
  - Mise en œuvre du dispositif de réponse intra-hospitalier : Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet médico-psychologique).

- **Les ES de deuxième ligne** sont les établissements disposant d'une filière de prise en charge en santé mentale. Leurs missions lors du déclenchement du plan de réponse ORSAN UMP sont les suivantes :
  - Organisation des relais de prise en charge des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS ;
  - Mise en œuvre du dispositif de réponse intra-hospitalier : Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet médico-psychologique).

- L'ensemble des établissements de santé se trouvant à proximité d'un événement peuvent accueillir et prendre en charge les blessés psychiques et les proches en initiant, en tant que besoin, une prise en charge médico-psychologique. En Bretagne, l'ensemble des 85 autres ES est donc considéré comme en 'posture minimale' et mobilisable le cas échéant.

Le classement des établissements pour chacun des plans ORSAN est disponible en annexe, page 362. La répartition territoriale des établissements 1ère et 2ème ligne MEDICO-PSY est par ailleurs représentée sur la carte page suivante.

Carte 8 : Classification des établissements de santé pour le plan MEDICO-PSY

1.3.4. Les autres acteurs du soutien Médico-psychologique

La cellule Infopublic (ex C2IPAV)

Le Premier ministre ou le ministre de l'Intérieur peuvent décider, lors d'une crise majeure survenant en France métropolitaine ou ultra-marine (attentat terroriste faisant un grand nombre de victimes, catastrophe naturelle, etc.), d'activer la cellule Infopublic chargée de la réponse téléphonique pour informer le public et accompagner les victimes et leurs proches.

Cette cellule est dirigée par la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises. Selon la nature de la crise, elle réunira des équipes pluridisciplinaires provenant des différents ministères (Intérieur, Justice, Santé…) concernés par la crise et d'autres acteurs missionnés par l'Etat : Fonds de Garantie des victimes d'actes de Terrorisme et d'autres Infractions, associations agréées de sécurité civile, associations agréées d'aide aux victimes et en tant que de besoin associations de victimes conventionnées.

La cellule Infopublic a pour rôle :

- D'informer les familles et les victimes par un numéro de téléphone dédié ;
- De centraliser les informations relatives aux victimes ;
- De soutenir et d'accompagner les victimes et leurs proches ;
- D'apporter de l'information générale au public sur la crise en cours ;
- D'assurer la coordination avec un Centre d'Accueil des Familles (CAF).

La Cellule d'Information du Public (CIP)

En cas d'événement comportant de nombreuses victimes survenu sur le territoire national, le préfet du département concerné par l'évènement peut mettre en place une réponse téléphonique locale, 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. Cette cellule peut être mise en place en complément de la cellule Infopublic ou activée sans dispositif national.

La CIP est en lien direct avec le centre opérationnel départemental et peut recueillir tous les éléments susceptibles de concourir à l'identification des victimes. Le suivi est effectué grâce à l'application Signal. La CIP peut être en lien avec la CUMP en tant que de besoin (transmission d'informations voire demande d'accompagnement médico-psychologique).

La CIP est un outil d'information, de communication et de gestion de la crise. Elle est fermée sur décision du préfet de département, une fois la situation stabilisée et sécurisée, l'identification et la prise en charge des victimes assurées.

Le Comité Local d'Aide aux Victimes (CLAV)

Présidé par le préfet de département et le procureur de la République, un comité local d'aide aux victimes, dont la création est prévue par le décret n° 2016-1056 du 3 août 2016, est chargé de l'adaptation du dispositif d'accueil, d'information et d'accompagnement des victimes dans la durée, en lien avec le ministère de la Justice et la délégation interministérielle à l'aide aux victimes.

Il a pour objet d'assurer la coordination des acteurs intervenants dans l'aide aux victimes et de relever toute difficulté qui émergerait dans leur prise en charge pour éventuellement y remédier.

Si le nombre ou la typologie des victimes le nécessite, un comité de suivi technique du CLAV pourra être réuni. Il rassemble les agents de chaque administration, collectivité, organisme ou association d'aide aux victimes en capacité d'aborder les situations problématiques des victimes et de leurs proches.
En Bretagne, seuls deux départements (Morbihan et Ille et Vilaine) ont finalisé un Schéma Départemental d'Aide aux Victimes (SDAV).
Le préfet de département mobilise les différents acteurs du SDAV pour la prise en charge de victimes.

Les Associations Agréées de Sécurité Civile (AASC)

Les associations agréées de sécurité civile (article L.725-3 du Code de la sécurité intérieure) sont engagées à la demande de l'autorité de police compétente ou lors du déclenchement de plans ORSEC, pour participer aux opérations de secours dans le cadre des actions de soutien aux populations.

Elles contribuent à la mise en place des dispositifs de sécurité civile dans le cadre de rassemblements de personnes. Dans le cadre des actions de soutien aux populations sinistrées, elles répondent à l'appel de mobilisation pour faire face aux détresses engendrées en situation de crise : prendre en charge, assister et assurer la sauvegarde des populations sinistrées.

En fonction des départements, certaines associations départementales participent au réseau de secours public.

Dans l'ORSAN Medico-psy, ces associations peuvent être mobilisées de deux façons :

- Soit dans le cadre d'une convention établie avec la CUMP. Toutefois, à ce jour, il n'existe aucune convention signée CUMP / AASC dans les départements bretons.
- Soit, à la demande du préfet.

Si ces associations interviennent au sein d'un PUMP, elles seront placées sous la responsabilité de son coordonnateur.

Les associations d'aide aux victimes (AAV) et les autres associations

La prise en charge des victimes, dont les besoins recouvrent des champs divers, est par nature pluri disciplinaire et suppose qu'en même temps que les soins, soient proposés de l'écoute et un soutien social et juridique.

Ces associations ont en règle générale un niveau de représentation national voire international (fédérations) et un niveau de représentation local par le biais des associations adhérentes.

A ces deux niveaux territoriaux, l'articulation de leurs interventions peut utilement faire l'objet d'une convention avec les CUMP (entre CUMP départementale et association locale, ou entre CUMP zonale et association fédératrice de niveau national : France-Victimes, FENVAC). Ces conventions précisent les modalités de collaboration entre les parties, notamment en matière de formation et d'échanges réciproques d'informations.

Conventionnées par les cours d'appel et requises en cas d'évènement par le Procureur de la République, elles assurent l'accompagnement et le soutien sociojuridique et psychologique

des victimes et de leurs proches. Elles ont accès à des psychiatres et des psychologues formés au psycho-traumatisme, notamment pour assurer le suivi des victimes sur le long cours. Bien que l'urgence ne soit pas leur métier de base, les AAV peuvent intervenir sur le site de l'événement ; leur mission d'accompagnement des victimes est distincte de celles des CUMP.

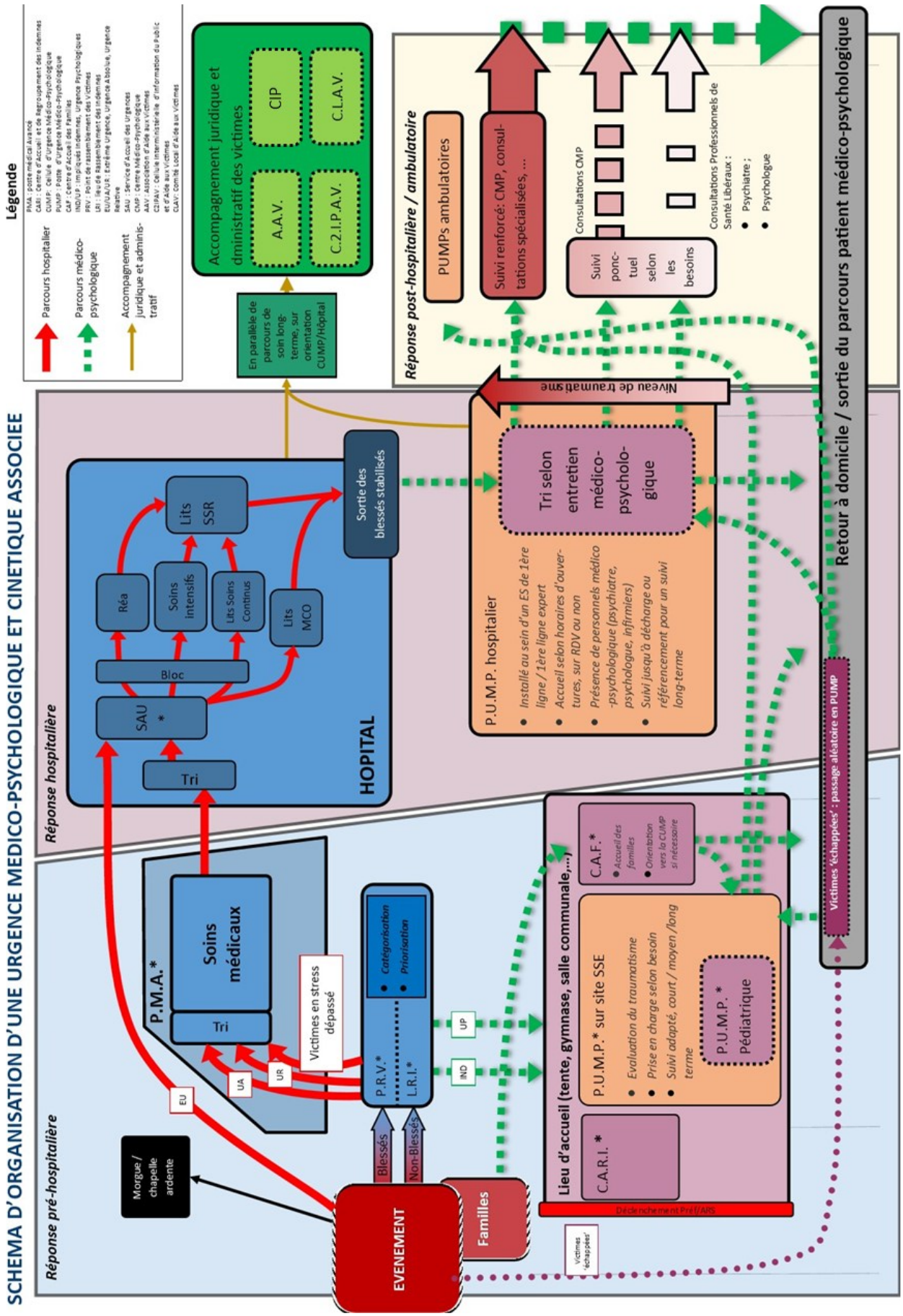
2. Mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN MEDICO-PSY en région Bretagne

2.1. Schéma d'organisation cible de la réponse UMP en SSE et cinétique associée

Le schéma page suivante décrit l'organisation cible de la réponse d'urgence médico-psychologique.

En situation sanitaire exceptionnelle, il s'agit concrètement pour la CUMP de déployer un à plusieurs PUMP sous couvert de validation par les autorités en charge de la gestion globale de la SSE (préfet et DGARS) :

- Sur le site de la SSE, en arrière du PMA et dans l'idéal sur un lieu regroupant centre d'accueil et de regroupement des impliqués (CARI), centre d'accueil des familles (CAF) et PUMP.
- Sur le site hospitalier d'accueil des victimes et donc de leurs proches.
- Sur le site d'accueil des personnes décédées, à destination de leurs proches.
- Sur des sites ambulatoires dans la zone impactée, à destination particulière des impliqués directs/indirects.


SCHEMA D'ORGANISATION D'UNE URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE ET CINETIQUE ASSOCIEE
Légende
PMA : poste médical Avancé
CARI : Centre d'Accueil et de Regroupement des Indemnes
CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
PUMP : Poste d'Urgence Médico-Psychologique
CAF : Centre d'Accueil des Familles
IND/UP : impliqués indemnes, Urgence Psychologiques
PRV : Point de rassemblement des Victimes
LRI : lieu de Rassemblement des Indemnes
EU/UA/UR : Extrême Urgence, Urgence Absolue, Urgence Relative
SAU : Service d'Accueil des Urgences
CMP : Centre Médico-Psychologique
AAV : Association d'Aide aux Victimes
C2IPAV : Cellule interministérielle d'information du public et d'Aide aux Victimes
CLAV : Comité Local d'Aide aux Victimes
Parcours hospitalier
Parcours médico-psychologique
Accompagnement juridique et administratif
Accompagnement juridique et dministratif des victimes
A.A.V.
C.2.I.P.A.V.
CIP
C.L.A.V.
En parallèle de parcours de soin long-terme, sur orientation CUMP/Hôpital
Réponse post-hospitalière / ambulatoire
PUMPs ambulatoires
Suivi renforcé: CMP, consultations spécialisées, ...
Consultations CMP
Suivi ponctuel selon les besoins
Consultations Professionnels de Santé Libéraux :
Psychiatre ;
Psychologue
Réponse hospitalière
Lits SSR
Réa
Soins intensifs
Lits Soins Continus
Lits MCO
Bloc
SAU *
Tri
HOPITAL
Sortie des blessés stabilisés
Niveau de traumatisme
Tri selon entretien médico-psychologique
P.U.M.P. hospitalier
Installé au sein d'un ES de 1ère ligne / 1ère ligne expert
Accueil selon horaires d'ouvertures, sur RDV ou non
Présence de personnels médico-psychologique (psychiatre, psychologue, infirmiers)
Suivi jusqu'à décharge ou référencement pour un suivi long-terme
Retour à domicile / sortie du parcours patient médico-psychologique
Victimes 'échappées' : passage aléatoire en PUMP
Réponse pré-hospitalière
P.M.A.*
Soins médicaux
Tri
Victimes en stress dépassé
EU
UA
UR
UP
IND
P.R.V.*
L.R.I.*
Catégorisation
Priorisation
Blessés
Non-Blessés
Morgue / chapelle ardente
EVENEMENT
Familles
Lieu d'accueil (tente, gymnase, salle communale,...)
C.A.F.*
Accueil des familles
Orientation vers la CUMP si nécessaire
P.U.M.P.* sur site SSE
Evaluation du traumatisme
Prise en charge selon besoin
Suivi adapté, court / moyen /long terme
P.U.M.P.* Pédiatrique
C.A.R.I. *
Déclenchement Préf/ARS
Victimes 'échappées'

2.2. Schémas de coordination inter-acteurs

2.2.1. Modalités de déclenchement de l'alerte, mobilisation des volontaires et constitution de l'équipe en région Bretagne

Les CUMP sont mobilisées par le médecin régulateur du SAMU après évaluation de la situation et indication d'intervention posée par le psychiatre référent ou, le cas échéant, par le psychologue référent ou l'infirmier référent (coordonnateur). Elles peuvent également être mobilisées par le SAMU à la demande :

- Du préfet, notamment dans le cadre de plans de secours relevant de sa responsabilité ;
- Du Directeur Général de l'ARS dans le cadre du dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles).

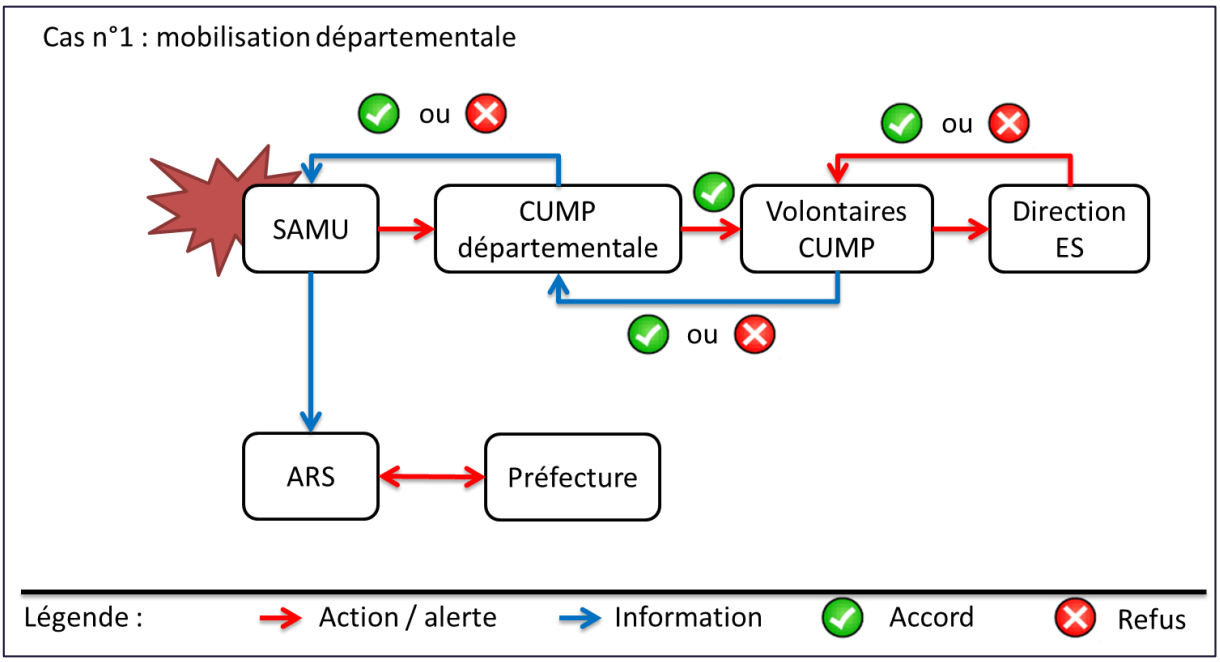
L'ARS est systématiquement informée par le SAMU de la mobilisation de la CUMP qui ensuite, met l'ARS en copie de tout mail contenant des informations majeures (ars35-alerte@ars.sante.fr). En cas de SSE, l'ARS informe l'autorité préfectorale et le SIDPC de l'activation de la CUMP.

Le nombre et la qualité des professionnels à mobiliser sont adaptés à chaque intervention. Lorsque l'intervention de la CUMP a été déclenchée, les personnels et professionnels sont mobilisés selon les dispositions d'un schéma type d'intervention par le référent (psychiatre, psychologue, infirmier) de la CUMP en lien avec le responsable médical du SAMU.

La mobilisation des CUMP repose sur un dispositif gradué de prise en charge de l'urgence médico-psychologique dont les modalités de renforcement sont définies comme suit :

- Intervention constituée par les CUMP départementales **(cas n°1)** ;
- En cas de dépassement des moyens départementaux, la CUMP régionale trouve des renforts dans l'ensemble de la région **(cas n°2)** ;
- En cas de dépassement régional, la CUMP zonale trouve des renforts intra zonaux **(cas n°3)** et si besoin sollicite le niveau national pour des renforts extra zonaux **(cas n°4)**, en liaison avec le SAMU de Zone, en cas de situations sanitaires exceptionnelles.

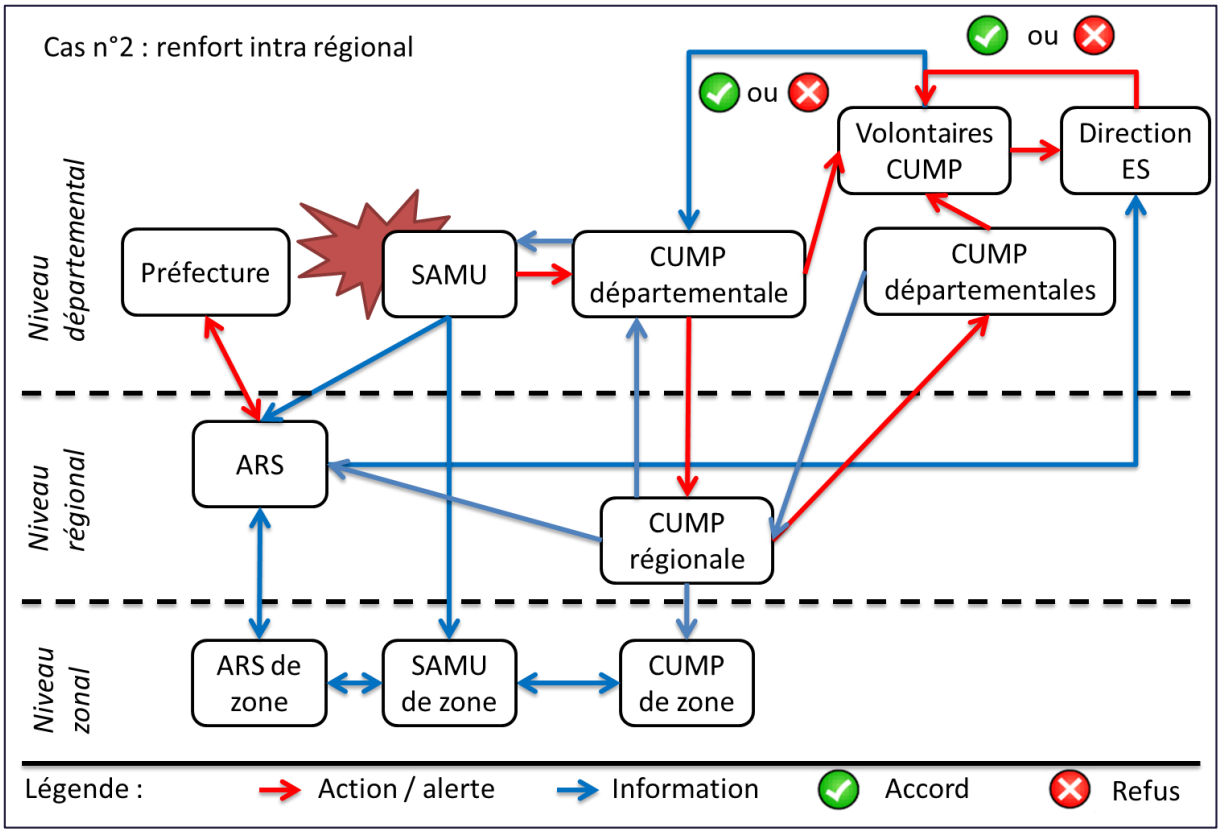
Cas n° 1 : Schéma de mobilisation départementale



Chaque CUMP fait appel à ses volontaires par les voies qu'elle a choisies et définies en interne (téléphone, mail, sms…).

Elle calibre en fonction de la SSE le nombre d'équipes, le nombre de volontaires par équipe et le cas échéant anticipe des besoins supplémentaires et des rotations d'équipes.

Cas n° 2 : Schéma de montée en puissance : renfort infra-régional



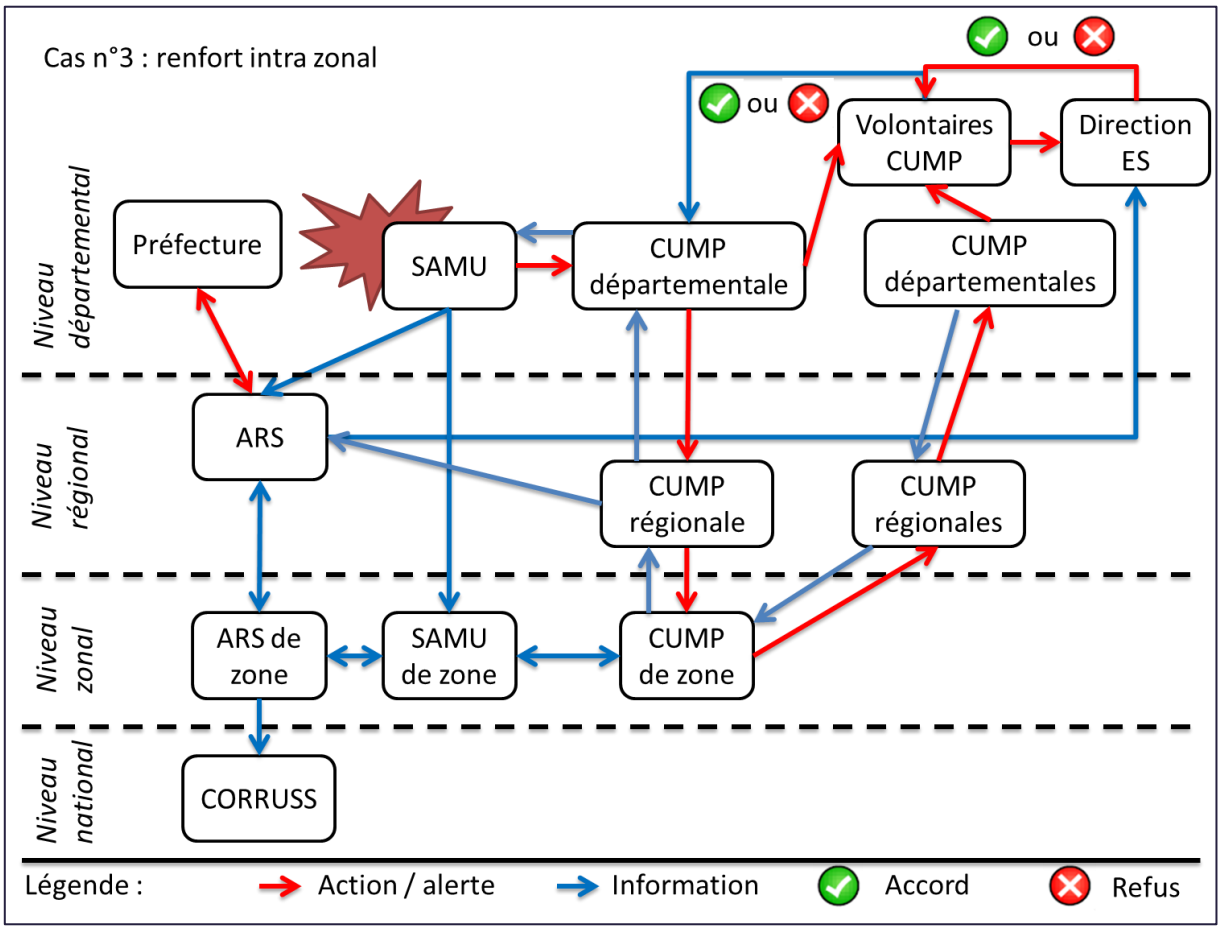
La CUMP départementale saisit le référent CUMP régional par tout moyen approprié, dans l'idéal par une pré-alerte au plus tôt, puis par une demande de renfort. Les besoins sont alors précisés par un échange entre référent départemental et référent régional.

Le référent régional, qui a basculé l'éventuelle préalerte sur les autres départements de la région, les saisit alors avec une demande précise de renforts (qualité, nombre, date, durée d'intervention). Chaque département sollicite enfin ses volontaires et fait un retour au référent régional via un fichier Excel unique contenant toutes les informations nécessaires.

Les renforts sont enfin organisés par le référent régional à partir de l'ensemble des retours.

2.2.2. La mobilisation extra-régionale

Cas n° 3 : Schéma de montée en puissance : renfort au sein de la zone Ouest



La CUMP régionale saisit le niveau zonal, dans l'idéal par une pré-alerte au plus tôt, puis par une demande de renfort. Les besoins sont alors précisés par un échange entre référent régional et référent zonal.

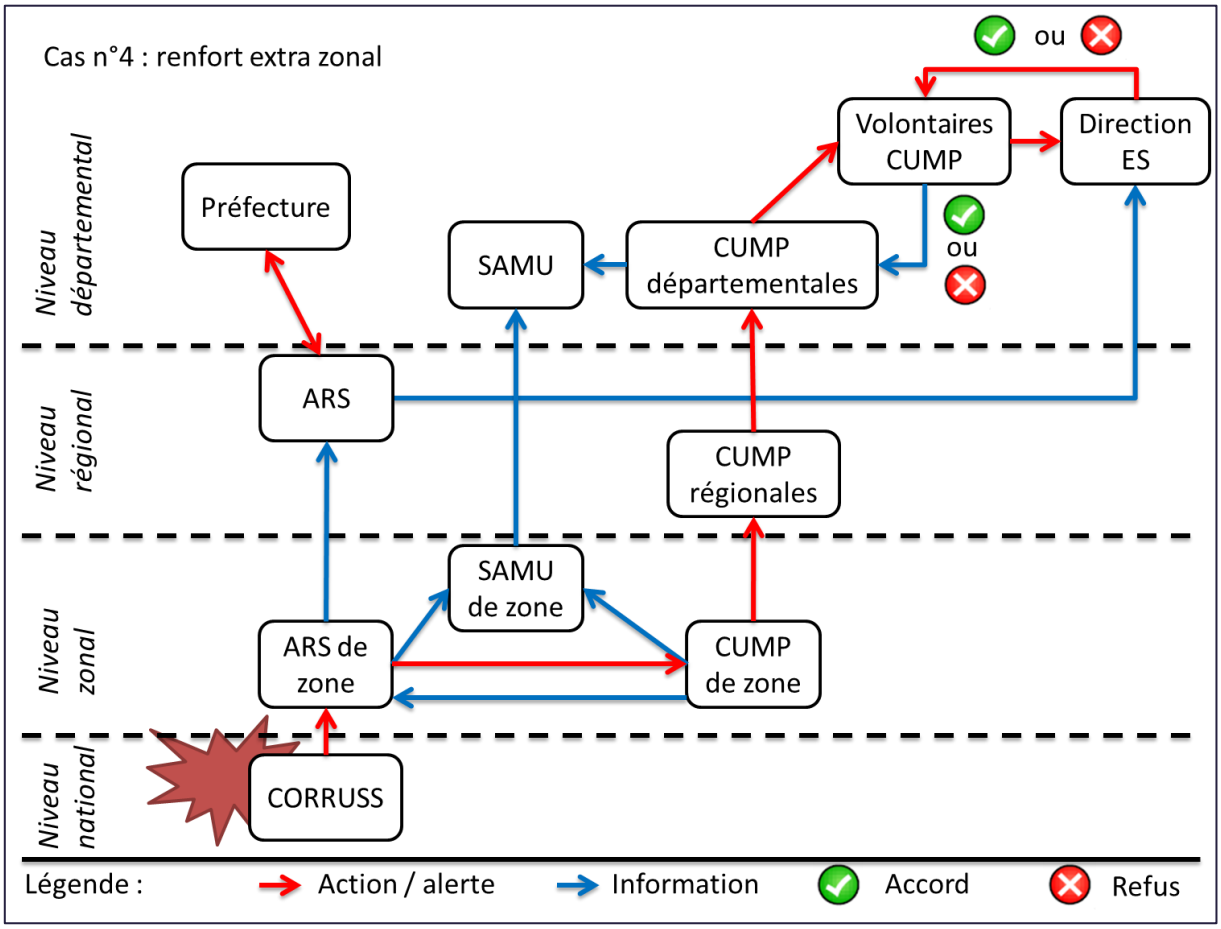
Le référent zonal, qui a basculé l'éventuelle préalerte sur les autres régions, les saisit alors avec une demande précise de renforts (qualité, nombre, date, durée d'intervention). Chaque région sollicite enfin ses départements qui sollicitent leurs volontaires. Chaque référent régional fait retour au référent zonal via un fichier Excel unique contenant toutes les informations nécessaires.

Les renforts sont enfin organisés par le référent zonal à partir de l'ensemble des retours. Il en informe les référents régionaux concernés, charge pour eux d'informer les référents départementaux.

Cas n° 4 : Schéma de montée en puissance : renfort extra-zonal des CUMP de la Zone de Défense Ouest

Les mobilisations extra-zonales sont validées et pilotées par les échelons nationaux de l'ensemble des entités.

À tout moment, le niveau national peut prendre la main sur la gestion RH des renforts, logistique, etc.



Les référents CUMP nationaux sollicitent le référent zonal qui applique la procédure de renforts zonaux décrite dans le chapitre précédent (2.2.2.1) et rend ses propositions aux référents nationaux. Si la proposition est validée, il informe les référents régionaux concernés, charge pour eux d'informer les référents départementaux.

2.2.3. Les aspects logistiques

Les PUMPs

Les CUMP déploient leur action au sein de Postes d'Urgence Médico Psychologique (PUMP) qui peuvent être mis en place sur site SSE, dans les établissements de santé, dans les IML et sur le territoire en fonction de chaque situation et de son ampleur.

Un PUMP est un lieu d'accueil, d'évaluation et de soins spécialisés des impliqués par des professionnels de l'UMP sous la responsabilité d'un membre de l'équipe CUMP désigné.

Il peut être primaire (lieu sécurisé proche du drame), secondaire (CAI, CAF, ES…) ou téléphonique.

Les préconisations d'organisation d'un PUMP sont précisées en fiche technique, page 121.

Ses missions sont :

- Des soins individuels et/ou collectifs, adaptés à l'âge et l'état clinique des impliqués.
- Une évaluation clinique et diagnostic, tri, organisation évacuation éventuelle.
- Des interventions thérapeutiques relationnelles et médicamenteuses.
- Une information et orientation.

Outre les professionnels de l'UMP, il est composé de :

- Secouristes bénévoles pour accueil, accompagnement des impliqués et leur famille, satisfaction des besoins primaires.
- Un secrétariat pour accueil, identitovigilance, dossiers CUMP et SI-VIC.
- Un gestionnaire RH pour organiser les relèves.

Les autres moyens logistiques

L'INSTRUCTION N° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique précise que lorsque l'intervention de la CUMP a été déclenchée, les personnels et professionnels sont mobilisés selon les dispositions du schéma type d'intervention. La CUMP est intégrée aux éléments d'intervention du SAMU et bénéficie de ses moyens logistiques pour son équipement afin de réaliser ses interventions.

La CUMP dispose des produits de santé et des équipements nécessaires à ses missions, en particulier pour assurer la prise en charge des victimes au poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) et pour permettre de joindre, en permanence, le référent.

En intervention, il conviendra d'utiliser les outils et documents accessibles en annexe de l'instruction citée ci-dessus :

- Kit d'intervention en urgence médico psychologique
- Dossier de soins - Fiche patient type
- Certificat médical initial de retentissement psychologique
- Note d'information patients adultes
- Note d'information concernant les enfants

2.2.4. Les spécificités pédiatriques

La CUMP s'occupe de tous les âges de la vie. Elle dispose pour cela d'une mallette adulte et d'une mallette enfant.

L'intervention immédiate auprès d'enfants requiert des préalables organisationnels :

- Organiser et identifier si possible un à plusieurs volontaires à compétence pédopsychiatrique en charge d'accueillir, évaluer et prendre en charge les enfants.
- Identifier et organiser si possible un « espace enfants » sur le lieu de prise en charge des impliqués ; à l'écart des lieux où vont se dérouler les autres prises en charge et sans être trop à distance non plus (les enfants doivent pouvoir voir les adultes lorsqu'ils seront dans cet espace). L'idéal est que cet espace se situe à l'écart du passage et des lieux stressants.
- Prévoir, dans la mallette « CUMP pédopsychiatrique » des matériels spécifiques à la prise en charge de victimes pédiatriques :
    - Matériels utiles pour le travail thérapeutique (feuilles blanches, crayons/feutres, personnages, voitures, ours en peluche) ;
    - Jeux d'accompagnement pour différentes tranches d'âge ;
    - Note d'information concernant les enfants, à transmettre aux parents (modèle national) ;
    - Certificat Médical Initial adapté aux mineurs (cf. modèle national).

2.3. Suivi des victimes

Dans tout événement majeur, un suivi des victimes prises en charge doit être réalisé afin de permettre le dénombrement, l'identification, le suivi dans le système de santé et l'accompagnement des victimes et de leurs proches.

Ce suivi est réalisé à l'aide des différents outils prévus à cet effet : l'outil pré-hospitalier SINUS et l'outil de dénombrement dans le système de santé SI-VIC.

En matière d'urgence médico psychologique, le suivi concerne aussi bien les victimes prises en charge au sein d'un PUMP que celles prises en charge en milieu hospitalier (y compris ES de psychiatrie). Chaque CUMP et établissement de santé doit ainsi être en capacité de renseigner dans SI-VIC les victimes prises en charge en lien avec l'événement.

La fiche technique SI-VIC, page 388, décrit les modalités d'inscription dans les outils SINUS et SI-VIC.

3. Fiches acteurs

Préambule sur le rôle principal / la mission de prise en charge de chacun des acteurs :

- **SAMU territorialement impacté** : Alerte et mobilise la CUMP départementale.

- **CUMP départementale** : Organise la prise en charge médico-psychologique (dimensionnement et composition de l'équipe CUMP) dans les différents sites à couvrir et selon une temporalité différente :
  - Sur le lieu de l'évènement : évaluation et soins des urgences psychiatriques, des indemnes et des familles. Recensement pour traitement post-hospitalier.
  - Au PUMP hospitalier : évaluation médico-psychologique des victimes sortant du parcours hospitalier, référencement pour traitement post-hospitalier.

- **CUMP Régionale** : En cas de dépassement des moyens départementaux, la CUMP régionale trouve des renforts dans l'ensemble de la région.

- **CUMP Zonale :** En cas de dépassement régional ou en cas de proximité géographique de l'événement avec une autre région de la zone de défense, la CUMP zonale trouve des renforts intra zonaux et si besoin sollicite le niveau national pour renforts extra zonaux, en liaison avec le SAMU de Zone, en cas de situations sanitaires exceptionnelles.

- **Etablissement de santé à proximité de l'événement (hors 1ère ou 2ème ligne**) : Assure l'accueil et la prise en charge des blessés psychiques et des proches en initiant, en tant que de besoin, une prise en charge médico-psychologique

- **Etablissement de santé de 1ère ligne** :
  - Assure la prise en charge médico-psychologique des blessés et des proches notamment en déployant un poste d'urgence médico-psychologique hospitalier ;
  - Assure l'organisation des relais de prise en charge des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS.

  En sus, pour les ES 1ère ligne experts : Assure l'organisation de l'appui à la prise en charge médico-psychologique d'un autre établissement de santé en déployant un poste d'urgence médico-psychologique hospitalier.
- **Etablissement de santé de 2ème ligne** : Organise des relais de prise en charge des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS. Le cas échéant, accueille un PUMP.

- **Agence régionale de santé (ARS) :**
  - Constitue, via SI-VIC, la liste des victimes prises en charge par les établissements de santé et organise le dispositif de prise en charge médico-psychologique ;
  - Organise la collecte auprès des établissements de 1ère et 2ème ligne de Bretagne :
    - De leurs capacités de projection de renforts humains vers les PUMPs pré-hospitaliers et hospitaliers (ainsi que les ES les accueillant).
    - Le cas échéant, des difficultés / demande d'appui en renforts humains et matériels des établissements impactés par la prise en charge des indemnes, familles, urgences psychologiques et blessés stabilisés.
  - Coordonne la mise en relation des besoins des établissements impactés et des capacités de renforts des autres établissements et sollicite, le cas échéant, le niveau zonal pour une montée en puissance des renforts ;
  - Facilite et supporte le déploiement des moyens humains et matériels.

- **Secteur ambulatoire libéral :**
  - Prend en charge les victimes quand un traitement post-hospitalier est nécessaire ;
  - Assure l'identification des troubles psychiques post-traumatiques et l'orientation vers les filières adaptées de prise en charge.

- **Association d'aide aux victimes :** propose un accompagnement et un support socio juridique aux victimes.

	Alerte et réponse immédiate	Montée en puissance et stratégie de renfort	Conduite de crise	Réponse post-événement
Samu territorialement impacté (SAMU ayant compétence sur la zone de l'évènement) <u>Alerté par :</u> CODIS / TEMOIN / Centre opérationnel de la Police Nationale (COPN) / Centre Opérationnel et de Renseignement de la Gendarmerie (CORG)	1 - Analyse de la situation interservices (SAMU, CODIS, COPN, CORG, corps préfectoral) 2 - Décision de mobilisation de la CUMP et d'alerte du référent de la CUMP départementale par le médecin régulateur du SAMU, ou sur demande de la Préfecture ou du DG ARS + Dimensionnement du dispositif en lien avec le référent CUMP 3 - Alerte du Directeur de l'établissement de santé siège du SAMU et des établissements de santé en proximité de l'évènement 4 - Alerte de l'ARS 5 - Alerte du SAMU zonal si nécessaire 6 - Ouverture d'un évènement SI-VIC, le cas échéant	1 - Renforcement de la régulation médicale (régulation de crise identifiée) 2 - Premier point de situation avec le DSM et/ou le coordonnateur CUMP présent sur site 3 - Participation aux conférences téléphoniques organisées par l'ARS	1 - Régulation médicale des blessés psychiques nécessitant une hospitalisation (il est important de considérer les blessés psychiques en stress dépassé dans le triage général pour les hospitaliser sans délai) vers les établissements de santé de première ligne (contact DMC) ou de deuxième ligne : information des SAMU compétents si orientation vers des établissements de santé hors département. 2- Régulation médicale des blessés psychiques vers un PUMP (physique ou téléphonique) 3- Participation aux conférences téléphoniques organisées par l'ARS	1 - Organisation avec la CUMP de la prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels impactés 2 - Participation au retour d'expérience organisé par les autorités et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations

	Alerte et réponse immédiate	Montée en puissance et stratégie de renfort	Conduite de crise	Réponse post-événement
CUMP départementale (CUMP ayant compétence sur la zone de l'évènement) <u>Alertée par :</u> SAMU Dans tous les échanges structurels, la CUMP doit informer systématiquement ses interlocuteurs institutionnels (ARS (siège et délégation départementale), SAMU départemental, et ES supports de volontaires) à toutes les étapes.	1 - Évaluation de la situation avec le SAMU et dimensionnement de la réponse médico-psychologique (taille et profil de l'équipe) 2 - Organisation de la réponse médico-psychologique en lien avec la réponse AMAVI : mobilisation de l'équipe CUMP • Recensement des capacités d'intervention par le psychiatre référent parmi les volontaires disponibles et opérationnels ; • Mobilisation des moyens logistiques de la CUMP départementale (cf. 2.2.3) ; • Départ sur site. 3 - Information de la direction des ES supports de volontaires (pour établissement notamment des ordres de mission) 4 - Pré-alerte de la CUMP régionale/zonale (qui jugera de l'opportunité de mettre en pré-alerte ses ressources)	**PUMP(s) pré-hospitalier(s) / ambulatoire / téléphonique** 1 - Organisation de la réponse médico-psychologique en lien avec la réponse NOVI/AMAVI : • Ouverture du ou des PUMPs ; • Organisation en tant que de besoin et en lien avec le SAMU, d'une réponse médico-psychologique téléphonique (PUMP téléphonique) ; • Installation du ou des PUMPs sur le lieu choisi, organisation logistique minimale puis amélioration au fil des premières heures d'intervention (affichage horaire et conditions d'accueil, mise en place d'un secrétariat cloisonnement du lieu, etc.) ; • Accueil des victimes, enregistrement dans SI-VIC au niveau du secrétariat de la CUMP, établissement du dossier de soin, évaluation individuelle médico-psychologique (indemnes, urgence psychologiques) pour référencement ou renvoi au domicile, établissement certificat médical et note	PUMP pré-hospitalier / ambulatoire / hospitalier/ téléphonique Continuité de l'accueil des victimes / impliqués sur site jusqu'à décision de fermeture du PUMP par l'autorité de gestion de crise, sur proposition du coordonnateur.	1 - Organisation de la prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels impactés (y compris ceux de la CUMP avec l'appui de la CUMP régionale) 2 - Organisation d'un retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations 3 - Formalisation d'un bilan médico-financier avec les CUMP régionale et zonale.

	Alerte et réponse immédiate	Montée en puissance et stratégie de renfort	Conduite de crise	Réponse post-événement
CUMP départementale		d'information, organisation de l'éventuel aval 2 - Participation du coordonnateur du PUMP (ou du coordonnateur général des PUMPs) à la conférence téléphonique organisée par l'ARS et le cas échéant au point avec le CORRUSS 3 - Si besoin, transmission à la CUMP régionale/zonale d'un état des besoins pour supports humains et matériels CUMP **PUMP hospitalier :** Installation intra-hospitalière pour évaluer les victimes et les familles de victimes dans l'établissement. **Articulation avec le dispositif d'aide aux victimes et Infopublic/CIP :** Le référent de la CUMP organise le lien avec la ou les AAV, le CLAV et Infopublic/CIP chargées d'un suivi global : juridique, social, psychologique…		

	Alerte et réponse immédiate	Montée en puissance et stratégie de renfort	Conduite de crise	Réponse post-événement
CUMP régionale / zonale (Renforce en moyens matériels et humains la CUMP territorialement compétente selon les besoins) <u>Alertée par :</u> CUMP départementale / SAMU de Zone / CUMP zonale La CUMP doit informer systématiquement ses interlocuteurs institutionnels (ARS, SAMU zonal) à toutes les étapes.	***Missions CUMP régionale*** 1 - Prise en compte de l'éventuelle pré-alerte de la CUMP départementale touchée par la SSE 2 - Sur sollicitation de la CUMP départementale ou de l'ARS, évaluation de la situation avec la CUMP touchée par la SSE 3 - Appui à l'ARS pour la mise en œuvre du plan ORSAN MÉDICO-PSY ***Missions CUMP zonale*** 1 - Pré-alerte des CUMP de la zone 2 - Définition si besoin avec l'ARS de Zone de la stratégie de renfort	***Missions CUMP régionale*** 1 - En lien avec la CUMP départementale, évaluation des besoins de renfort au niveau des PUMP déployés ou en cours de déploiement 2 - Mobilisation en tant que de besoin des équipes CUMP de la région au bénéfice du territoire impacté 3 - Participation à la conférence téléphonique organisée par l'ARS et le cas échéant au point avec le CORRUSS ***Missions CUMP zonale*** 1 - Identification en lien avec l'ARS et le SAMU de Zone, des renforts CUMP mobilisables 2 - Recueil des premiers besoins de renfort de la CUMP territorialement compétente 3 - Si nécessaire, participation à la conférence téléphonique organisée par l'ARS et le cas échéant au point avec le CORRUSS	***Missions CUMP régionale*** 1 - En lien avec la CUMP départementale : Evaluation régulière des besoins de renfort au niveau du ou des PUMP hospitalier(s) ; Organisation de la rotation des moyens humains en renforts au sein du ou des PUMP hospitalier(s), avec le support logistique de l'ARS. 2 - Participation aux points de situation organisés par l'ARS et le cas échéant au point avec le CORRUSS ***Missions CUMP zonale*** 1 - Mobilisation, le cas échéant, des renforts CUMP 2 - Transmission au CORRUSS de mises à jour régulières sur les renforts CUMP disponibles 3 - Si nécessaire, participation aux points de situation organisés par l'ARS et le cas échéant au point avec le CORRUSS	***Missions CUMP régionale*** 1 - Organisation de la prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels impactés notamment les personnels de la CUMP départementale 2 - Organisation d'un retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations 3 - Participation au bilan médico-financier de la CUMP départementale ***Missions CUMP zonale*** 1 - Organisation d'un retour d'expérience avec l'ARS de Zone et le SAMU zonal et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations 2 - Participation au bilan médico-financier de la CUMP départementale

	Alerte et réponse immédiate	Montée en puissance et stratégie de renfort	Conduite de crise	Réponse post-événement
ES à proximité de l'événement (hors 1ère ou 2ème ligne) (prend en charge les victimes du fait de sa proximité immédiate avec l'événement et ce en fonction de ses capacités. Cette ligne du tableau précise les attendus des établissements classés en posture minimale.) Alerté par : SAMU et / ou ARS	1 - Prise en charge des blessés psychiques et des proches de blessés se présentant spontanément en initiant, en tant que besoin, une première prise en charge médico-psychologique. Dans le cas de blessures physiques, prise en charge hospitalière en priorité. 2 - Si l'établissement n'a pas les capacités de prise en charge physique ou psychique, appel au SAMU pour régulation et transfert vers un établissement en capacité de prendre en charge le patient. 3 - Déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé : niveau 2 « plan blanc » (volet MÉDICO-PSY) et activation de la Cellule de Crise Hospitalière (CCH) 4 - Activation du plan de sécurité d'établissement, le cas échéant 5 - Alerte du SAMU et de l'ARS, le cas échéant	1 - Poursuite de la prise en charge des victimes se présentant spontanément ou appel au SAMU si l'ES n'a pas les capacités de prise en charge 2 - Saisie des patients pris en charge dans SI-VIC 3 - Conduite du plan blanc (CCH) et point de situations réguliers avec l'ARS	1 - Poursuite de la prise en charge des victimes se présentant spontanément ou appel au SAMU si l'ES n'a pas les capacités de prise en charge 2 - Points de situation réguliers avec l'ARS 3 - Articulation avec le dispositif d'aide aux victimes et Infopublic/CIP L'ES oriente les patients vers la ou les AAV et Infopublic/CIP chargées d'un suivi global : juridique, social, psychologique…	1 - Suivi de la prise en charge des patients dans le système de santé (SI-VIC) 2 - En lien avec la CUMP de son département, organisation de la prise en charge médico-psychologique de ses professionnels de santé et autres personnels impactés 3 - Organisation d'un retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations

	Alerte et réponse immédiate	Montée en puissance et stratégie de renfort	Conduite de crise	Réponse post-événement
ES de 1ère ligne / expert ES de 1ère ligne : ES siège d'une structure d'urgence disposant d'une CUMP départementale. ES de 1ère ligne expert : ES siège d'une structure d'urgence disposant d'une CUMP régionale ou départementale renforcée Alerté par : SAMU et / ou ARS	1 - Déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé : niveau 2 « plan blanc » (volet MÉDICO-PSY) et activation de la CCH 2 - Activation du plan de sécurité d'établissement le cas échéant	1 - Prise en charge des blessés psychiques, des familles et des proches des blessés graves : organisation/mise en place d'un PUMP hospitalier en support de la CUMP départementale 2 - Saisie dans SI-VIC des patients pris en charge dans l'établissement et, le cas échéant, appui de la CUMP à la saisie dans SI-VIC 3 - Conduite du plan blanc (CCH) et points de situation réguliers avec l'ARS	1 - Continuité de la prise en charge des blessés psychiques, des familles et des proches des blessés graves. 2 - Transmission à l'ARS et au SAMU de points réguliers de situation : nombre de victimes prises en charge, capacités actualisées de prise en charge, difficultés rencontrées 3 - Dans le cas de dépassement des capacités d'accueil du PUMP hospitalier : transfert des blessés psychiques /urgences médico-psychologiques vers un ES de deuxième ligne 4 - Points de situation réguliers avec l'ARS 5 - Articulation avec le dispositif d'aide aux victimes et Infopublic/CIP L'ES oriente les patients vers la ou les AAV et Infopublic/CIP chargées d'un suivi global : juridique, social, psychologique…	1 - Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SI-VIC) 2 - Organisation avec la CUMP de la prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels impactés 3 - Organisation d'un retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations

	Alerte et réponse immédiate	Montée en puissance et stratégie de renfort	Conduite de crise	Réponse post-événement
ES de 2ème ligne Établissements susceptibles de fournir des moyens humains en support de la CUMP départementale et de/des ES de 1ère ligne Alerté par : SAMU, CUMP, ARS	Identification des ressources mobilisables dans la filière de santé mentale pour assurer le relais de la prise en charge médico psychologique des patients le nécessitant	Sur demande de la CUMP départementale en lien avec l'ARS, détachement des ressources mobilisables au sein du ou des PUMP (PUMP pré-hospitalier, hospitalier, téléphonique)	1 - Participation à l'accueil et à la PEC des victimes ; soit au sein de son établissement, soit en mobilisant des RH dans les différents PUMP. Si accueil dans l'établissement : évaluation individuelle médico-psychologique (indemnes, UP), élaboration du dossier de soin, établissement du certificat médical et remise de la note d'information, saisie des patients dans SI-VIC. Dans le cas d'une arrivée non régulée avec impossibilité de prise en charge (exemple : pec pédiatrique), il conviendra de réorienter le patient vers un ES en capacité de l'accueillir via appel au 15. 2 - Transmission à l'ARS de points réguliers de situation (nombre de victimes prises en charge, capacités actualisées, difficultés…) 3 - Articulation avec le dispositif d'aide aux victimes et Infopublic/CIP. L'ES oriente les patients vers la ou les AAV, le CLAV et Infopublic/CIP chargées d'un suivi global : juridique, social, psychologique…	1 - Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SI-VIC). 2 - Organisation avec la CUMP de la prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels impactés. 3 - Organisation d'un retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations.

	Alerte et réponse immédiate	Montée en puissance et stratégie de renfort	Conduite de crise	Réponse post-événement
ARS **/ ARS de Zone** Autorité sanitaire régionale en charge de la coordination de l'organisation des soins quotidiens et en SSE Alertée par : SAMU / ES proche de l'évènement / Préfecture	1 - Évalue la situation avec le SAMU et le référent de la CUMP territorialement compétente 2 - Déclenche le plan ORSAN Medico-psy 3 - Active la CRAPS dès réception de l'alerte par le SAMU et après validation du DGARS ou de son représentant 4 – Déclenche un événement SI-VIC (si non encore fait par le SAMU) 5 - Alerte l'ARSZ si l'évènement dépasse le périmètre d'un département 6 - Alerte le CORRUSS En cas de déclenchement du plan Medico-psy sans le plan ORSAN AMAVI, le PFRZ (ou l'astreinte de direction en heures non ouvrées) : Alerte le cadre de permanence régionale, la DG ARS, le DD ARS du site impacté par l'évènement (bal direction et alerte), le CORRUSS et l'ARS de Zone + autres DD ARS et DA du siège. La DG-ARS déclenche la CRAPS.	1 - Constitue la CRAPS 2 - Effectue un premier point de situation interne ARS avec le représentant de l'ARS présent au COD (si activé) 3 - Effectue un point de situation ARS / SAMU / Référent UMP / ES en proximité de l'évènement / ES 1ère ligne (expert) proches de l'évènement. 4 - Alerte les autres établissements de santé de 1ère et deuxième ligne 5 - Le cas échéant, organise un point de situation avec l'ARS de Zone : anticipation des besoins de renfort 6 - Transmet au CORRUSS un premier point rapide de situation 7 - Participe à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUSS : ARS et SAMU 8 - Désigne un agent chargé d'appuyer un responsable de l'UMP sur le terrain, afin de coordonner le dispositif médico-psychologique (logistique, besoins en repas, logements, déplacements…).	1 - Conduit la crise 2 - Assure des points de situation réguliers avec la CUMP impactée, la CUMP régionale, les ES de 1ère et 2ème ligne identifiés en soutien 3 - Transmet au CORRUSS des points réguliers de situation 4 - Participe aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS L'agent chargé d'appuyer un responsable de l'UMP sur le terrain, afin de coordonner le dispositif médico-psychologique (logistique, anticipation des besoins en repas, logements, déplacements… des volontaires) • Assure l'interface entre la CRAPS, le COD, les collectivités territoriales, Infopublic (CAF), les associations d'aide aux victimes et l'ARS de Zone. • Accueille, informe et coordonne les équipes médico-psychologiques mobilisées en renfort • Constitue une équipe d'appui logistique (cadre de santé, logisticien, secrétaire, …)	1 - Suit la prise en charge des blessés dans le système de santé (SI-VIC) 2 - Suit la coordination de la mise en œuvre des mesures médico-sociale de prise en charge et de réhabilitation des blessés (CLAV) 3 - Avec la CUMP régionale, appuie les structures de soins impactées d'une offre de prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels 4 - Organise un retour d'expérience avec les différents acteurs mobilisés (SAMU, Référent UMP, SMUR, établissements de santé) et élabore en tant que de besoin, un plan d'action destiné à améliorer les organisations. **L'ARS de Zone :** Organise un retour d'expérience avec la CUMP de zone et le SAMU zonal et élabore en tant que de besoin, un plan d'action destiné à améliorer les organisations

	Alerte et réponse immédiate	Montée en puissance et stratégie de renfort	Conduite de crise	Réponse post-événement
ARS / ARS de Zone	Si la Préfecture déclenche un COD, la DD ARS impactée (ou l'astreinte de direction en heures non ouvrées) : • Envoie 1 représentant de l'ARS en COD • Transmet à la CRAPS le nom et les coordonnées de l'agent ARS en COD **Si la situation dépasse le périmètre d'un département, l'ARS de Zone :** 1 - Active la CZA dès réception de l'alerte de l'ARS 2 - Évalue la situation avec l'ARS 3 - Définit si besoin la stratégie de renfort avec la CUMP zonale	**Agent de liaison en COD** 1 - Assure la liaison entre la CRAPS et le COD 2 - Participe aux points de situation réguliers internes ARS et avec les ES et SAMU **L'ARS de Zone :** 1 - Si la capacité de la CUMP départementale est dépassée : identifie en lien avec la CUMP de zone des renforts CUMP mobilisables 2 - Transmet au CORRUSS un point rapide de situation sur les renforts disponibles	chargée notamment d'assurer la mise en œuvre des PUMP, la gestion et le planning, la logistique de transport, les repas et l'hébergement des équipes médico-psychologiques de renforts • Coordonne les autres acteurs contribuant à la prise en charge médico-psychologique • Organise en lien avec les établissements de santé concernés, la prise en charge médico-psychologique des personnels et professionnels de santé mobilisés dans l'événement. **L'ARS de Zone :** 1 - Mobilise, le cas échéant, en lien avec la CUMP et le SAMU de Zone, des renforts CUMP 2 - Transmet au CORRUSS des points de situation réguliers sur les renforts CUMP disponibles 3 - Participe aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS	

	Alerte et réponse immédiate	Montée en puissance et stratégie de renfort	Conduite de crise	Réponse post-événement
Secteur ambulatoire libéral Professionnels de santé médico-psychologique du territoire impacté par l'événement ou des lieux de résidence des victimes Alerté par : CUMP, ES de 1ère ligne ou 2ème ligne, ARS	Pas d'action attendue	Pas d'action attendue	Le cas échéant, se référer aux actions de la Phase Réponse post-événement.	Prise en charge des victimes en consultations de psychologie ou de psychiatrie : • Sur orientation de la CUMP pré-hospitalière ou hospitalière ; • Par continuité de soin après traitement hospitalier ; • Sur sollicitation directe des patients.
Association d'aide aux victimes	Si intervention sur site demandée par la CUMP : 1 - Alerte via la CUMP ou réquisition par le Procureur de la République de Paris en cas d'attentat 2 - Mobilisation des moyens humains et matériels pour déploiement au sein du PUMP ou plus largement du Centre d'accueil des Impliqués (CAI)	Si intervention sur site demandée par la CUMP : 1 - Définition, avec la CUMP en charge du dispositif d'intervention, des conditions de déploiement et d'installation de l'AAV 2 - Installation du dispositif d'aide sociojuridique au sein du ou des PUMP	1 - Continuité de mobilisation et de prise en charge dans le cas d'un ou plusieurs PUMP 2 - En cas d'évènement évolutif, lien avec la CUMP pour ajustement du dispositif et déploiement sur d'autres sites	Intervention en post-hospitalier : 1 - En lien avec la CUMP, définition d'un dispositif d'accueil ou de prise en charge téléphonique 2 - Sur orientation de la CUMP ou des ES ayant pris en charge les victimes psychologiques / indemnes / proches, accueil des victimes : • Ecoute et transmission d'informations sur l'événement (en cours ou non) et l'organisation des secours ;

	Alerte et réponse immédiate	Montée en puissance et stratégie de renfort	Conduite de crise	Réponse post-événement
Association d'aide aux victimes		3 - Accueil au sein du PUMP des indemnes et des victimes psychologiques (en aval de la prise en charge médico-psychologique) : • Ecoute et transmission d'informations sur l'événement (en cours ou non) et l'organisation des secours ; • Information sur les droits en tant que victimes ; • Conseil sur les démarches à effectuer et orientation vers différents professionnels (avocats, médecins-conseil, etc.).		• Information sur les droits en tant que victimes ; • Conseils sur les démarches à effectuer et orientation vers différents professionnels (avocats, médecins-conseil, etc.). **Si l'AAV propose une PEC médico-psychologique ou psychiatrique :** 3 - Prise en charge des victimes en consultations de psychologie ou de psychiatrie : • Sur ordonnance de la CUMP pré-hospitalière ou hospitalière ; • Par continuité de soin après traitement en CMP ou ES médico-psychologique. 4 - Suivi avec la CUMP (tant que le ou les PUMP sont opérationnels dans le cas de l'évènement ayant causé le traumatisme) via SI-VIC.

4. Fiches techniques

4.1. Cahier des charges d'un PUMP (logistique)

Recommandations issues de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en collaboration avec l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médico psychologique - Société française de psycho traumatologie (AFORCUMP-SFP)

Un PUMP est un lieu proposé par les personnels des CUMP pour accueillir les impliqués (et éventuellement des blessés physiques dont les blessures ne nécessitent pas de passer par le PMA) et assurer leur prise en charge médico-psychologique, en lien direct avec l'évènement traumatisant.

Chaque PUMP établit une liste des personnes prises en charge, au travers notamment de l'outil SI-VIC.

En tant que de besoin, le personnel soignant des PUMP délivre un certificat médical descriptif des lésions médico-psychologiques aux victimes prises en charge et leur remet la note d'information conformément au modèle national (annexe B de l'instruction du 6 janvier 2017).

Les membres du PUMP peuvent également orienter les victimes vers un dispositif de soins adapté pour un suivi post-immédiat (cf. annuaire et rôle de l'espace d'information et d'accompagnement).

Personnels des PUMP

Les personnes qui composent les PUMP sont :

- Les personnels des CUMP : psychiatres, psychologues, secrétaires, infirmiers, cadres de santé, aide-soignant ;
- Les membres des associations agréées de sécurité civile ;
- Les membres des associations d'aide aux victimes (pour le PUMP identifié au sein du centre d'accueil des familles uniquement) ;
- Eventuellement, si demande de renforts auprès de l'ANSP (Agence Nationale de Santé Publique), les membres de la réserve sanitaire.

Afin de pouvoir les identifier, chaque membre du PUMP doit porter une chasuble portant mention de la structure à laquelle il appartient.

Personnes pouvant être reçues dans les PUMP

Les PUMP s'adressent prioritairement aux impliqués directs de l'évènement mais également aux personnes impactées de façon indirecte nécessitant des soins médico-psychologiques (famille ou personnes proches des impliqués, personnes présentes à proximité des lieux…).

Recommandations d'organisation d'un PUMP

- Prévoir un espace d'accueil et de repos, plusieurs bureaux adjacents pour les entretiens individuels et une salle pouvant accueillir un petit collectif (10-15 personnes) pour les defusing/debriefings ;
- Positionner le PUMP à l'écart des zones de forte activité et de fortes émotions (de la zone de soins, la salle de crise et la zone d'accueil de la presse …) ;
- Prévoir un registre d'enregistrement des consultations, un téléphone pour liaison avec la cellule de crise (vérification des identités), un ordinateur avec une imprimante et une liaison internet ;
- Prévoir une évacuation des situations médicales aiguës vers un dispositif adapté d'hospitalisation.

Plan MEDICO-PSY – FT 1 : CDC d'un PUMP

4.2. Note d'information concernant les enfants

Note élaborée par le réseau national de l'urgence médico-psychologique et la CUMP de la zone de défense Ouest.

Lors des évènements récents, certains enfants ont vécu une expérience difficile. Ils ont pu entendre ou voir des choses qui sont susceptibles de les choquer. Ce type d'événement peut provoquer des bouleversements sur le plan émotionnel, chez l'enfant comme chez l'adulte.

Plus qu'un simple stress, cet événement peut engendrer une « blessure psychique » dont il va falloir prendre soin dans les temps à venir. Chez certains enfants, il peut exister des conséquences immédiates qui se manifestent par de l'angoisse, de la peur, de l'agitation ou de la sidération. Ces phénomènes peuvent aussi survenir plus tard, dans les jours, les semaines voire les mois qui suivent l'événement.

Comment se comporter avec les enfants impliqués dans l'événement ?

Les enfants sont plus sensibles que les adultes face à de telles situations. Mais ils sont aussi plus sensibles à la réassurance que les adultes peuvent leur procurer. Il est important que les enfants puissent parler de ce qu'ils ont vécu avec les adultes. Parler, ce n'est pas uniquement leur donner des explications, c'est aussi leur donner l'occasion de s'exprimer. Ils ne savent pas ce qu'ils ont le droit de dire et peuvent craindre de faire de la peine aux adultes.

Voici quelques conseils :

- Lorsque l'on explique ce genre d'événement à des enfants, il convient de rester dans le factuel, sans donner trop de détails. Il est important de ne pas trop « inonder » de nos propres représentations et opinions sur ce qui vient de se passer ;
- Bien différencier ce que vous vivez et ressentez de ce que vit et ressent l'enfant ;
- Utiliser des termes et des références qui sont de leur âge (« bagarre », « méchant », « personne très malade ») ;
- N'hésitez pas à dire que vous êtes inquiets ou tristes, et à expliquer sobrement pourquoi ;
- Bien expliquer ce qui est mis en place pour nous protéger, le protéger (pompiers, police, hôpital) et le rassurer sur le fait que les adultes vont prendre soin lui ;
- Evoquer la solidarité entre les gens et éviter de stigmatiser ;
- Ne pas modifier leur rythme de vie habituel ;
- Concernant les médias :
  - Eviter qu'ils ne regardent des images de l'événement à la télévision ou sur internet ;
  - S'il en entend parler dans les médias, rester avec lui pour lui expliquer avec des mots simples ;
  - Eviter l'exposition à des jeux vidéo ou des médias violents.

Quels sont les symptômes que les enfants risquent de développer ?

Dans les jours qui suivent l'événement, les enfants peuvent développer des comportements en lien avec le stress qu'il a causé. Ces symptômes sont normaux et témoignent d'une tentative d'adaptation de l'enfant : angoisse, peur (diverses), irritabilité, colères, pleurs, énurésie, cauchemars et réveils nocturnes, volonté de dormir avec les adultes, morosité, jeux avec un scénario répétitif rappelant l'événement. Ces symptômes sont souvent transitoires et doivent être accompagnés par du réconfort. Il peut s'avérer nécessaire de céder sur certains points (coucher avec les adultes) pendant quelques jours.

Si ces symptômes persistent dans le temps, s'aggravent ou que d'autres symptômes inquiétants s'installent, il convient d'aller consulter un médecin (médecin traitant, pédopsychiatre) ou un psychologue. Nous pouvons vous procurer une liste des lieux de consultation possibles par département.

Plan MEDICO-PSY – FT 2 : Note concernant les enfants

PLAN EPICLIM

Plan validé le 28/03/2024

Table des matières

1. Champ d'application 124

1.1. Contexte et enjeux du plan ORSAN EPICLIM 124

1.2. Objectifs du plan ORSAN EPICLIM 126

2. Doctrine générale 127

2.1. Le déclenchement et le circuit de l'alerte 128

2.2. Le rôle général des acteurs 129

3. Doctrine de mise en œuvre face à un évènement épidémique 133

4. Doctrine de mise en œuvre face à un évènement climatique 142

4.1. Vague de chaleur 142

4.1.1. Effets sanitaires 143

4.1.2. Impact sur l'organisation de l'offre de soin et médico-sociale 144

4.1.3. Réponse des acteurs du système de santé 144

4.1.4. Organisation de la réponse face aux vagues de chaleur 145

4.2. Vague de froid 150

4.2.1. Effets sanitaires 151

4.2.2. Impact sur l'organisation de l'offre de soin et médico-sociale 152

4.3. Organisation de la réponse face aux autres évènements climatiques, notamment les épisodes neigeux, le verglas et les inondations 152

1. Champ d'application

1.1. Contexte et enjeux du plan ORSAN EPICLIM

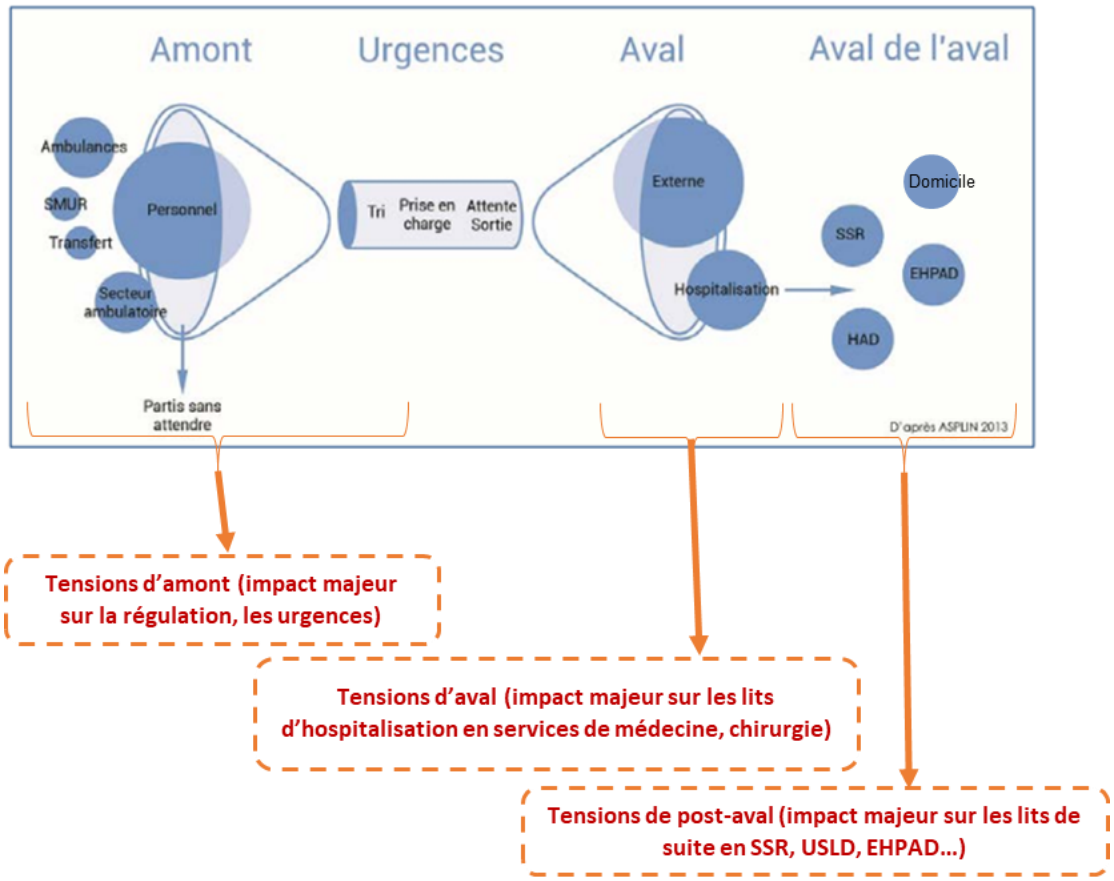
L'ORSAN EPICLIM est un des 5 plans du dispositif ORSAN. Il vise à prendre en compte les impacts sanitaires d'un phénomène épidémique (épidémies saisonnières) ou climatique (vague de froid, épisode de canicule). L'enjeu de ce plan consiste donc non seulement à prévenir et gérer les tensions sur l'offre de soins en lien avec ces phénomènes épidémiques et climatiques mais également plus largement à réduire la vulnérabilité des différents opérateurs du système de santé à ces évènements en anticipant mieux leurs conséquences (alimentation en eau destinée à la consommation humaine, électricité, approvisionnement…).

Les évènements climatiques sont en général annoncés quelques jours avant leur survenue et de ce fait peuvent être considérés comme ayant une cinétique lente. Toutefois ils sont susceptibles de durer sur des périodes relativement longues, de quelques jours à plusieurs semaines. Néanmoins, dans certaines situations, par exemple lors d'inondations ou d'orages violents très localisés, les cinétiques peuvent-être rapides voire très rapides. Les évènements climatiques pris en compte dans ce plan sont les évènements météorologiques, hydrologiques et les phénomènes de submersion marine :

- Vent violent
- Pluie-Inondation
- Orages
- Crues
- Neige-Verglas
- Canicule
- Grand-Froid
- Vagues-submersion

Les épidémies saisonnières (grippe, bronchiolite, infections respiratoires aiguës…) sont également à considérer car elles peuvent avoir un impact majeur sur l'offre de soins hospitalière, libérale et médico-sociale.

Historiquement, le phénomène de tension de l'offre de soins est défini par une inadéquation entre la demande (flux entrant de patients et besoins d'hospitalisation) et les moyens au niveau des urgences (personnel, plateau technique et structure des urgences) et de l'aval des urgences (lits d'hospitalisation disponibles et fluidité du transfert en lit d'aval). Cette définition reflète également le concept plus général de l'hôpital en tension. Elle peut être étendue à tous les points critiques de l'offre qui peuvent être amenés à subir ce type de phénomène (cabinets libéraux, …) de manière directe ou indirecte.



L'enjeu de ce plan est de gérer les tensions dans l'offre de soins en apportant les réponses graduées permettant de maintenir une capacité suffisante de prise en charge.

La réflexion sur les filières de soins permettant d'apporter une réponse à ces tensions doit prendre en compte les besoins liés à la prise en charge des patients, mais également de certaines populations sensibles :

- Personnes âgées ou en situation de handicap, seules à domicile ;
- Personnes hospitalisées à domicile ou recevant des soins à domicile ;
- Patients à Haut Risque Vital (PHRV) ;
- Dialysés à domicile ou non ;
- Naufragés du rail ou de la route ;
- Victimes en hypothermie, en hyperthermie ;
- Traumatisés sévères ;
- Personnes en situation de grande précarité ;
- Personnes isolées.

Il n'aborde pas, en revanche, les conséquences des phénomènes climatiques ou épidémiques extérieures au système de santé car ces dernières sont traitées au sein des dispositifs ORSEC préfectoraux qui sont suivis par le service interministériel de défense et de protection civiles (SIDPC). De plus, il existe des dispositions communes à la fois aux SSE d'origine climatique ou épidémique mais certaines dispositions pourront être spécifiques à l'une ou à l'autre origine.

Le plan ORSAN EPICLIM est complété par certaines des dispositions spécifiques transversales, notamment la DST sécurisation en ce qui concerne la gestion des conséquences climatiques

impactant certains réseaux (exemple : rupture d'approvisionnement en eau potable), ou la DST EVASAN, mobilisée pour évacuer des patients en cas de saturation du système de santé breton du fait d'une épidémie.

Contrairement au plan REB, qui vise à retarder l'introduction d'un agent infectieux sur le territoire et d'en limiter la propagation, le plan ORSAN EPICLIM vise à répondre aux tensions dans l'offre de soins notamment en cas d'épidémie saisonnière ou de phénomène climatique majeur.

1.2. Objectifs du plan ORSAN EPICLIM

L'objectif de ce plan consiste donc à assurer la gestion des tensions dans l'offre de soins en situation d'épidémie, de phénomène climatique extrême (canicule, vague de froid) et/ou environnemental (pollution atmosphérique importante, fumées d'incendie de forêt, etc.).

Dans la mesure où tous les secteurs de l'offre de soins sont impactés, les mesures de gestion définies dans ce plan doivent prendre en compte tous les acteurs concernés et prévoir les modalités de leur coordination par l'ARS.

Le plan ORSAN EPICLIM vise ainsi à :

- **Définir l'organisation régionale** permettant d'assurer la prise en charge des personnes impactées par l'événement et particulièrement la surveillance des patients vulnérables, la prise en charge adaptée des patients présentant des formes compliquées, graves ou nécessitant des mesures d'isolement et un accompagnement médico-social des patients dans les meilleures conditions possibles ;
- **Identifier les opérateurs de soins concernés** (établissements de santé de première ligne et de deuxième ligne voire de posture minimale, établissements et services médico-sociaux, professionnels libéraux) et déterminer pour chacun d'entre eux les objectifs opérationnels ;
- **Organiser le renforcement de la surveillance sanitaire** en veillant à la remontée régulière des indicateurs dont l'analyse peut renseigner sur la nature des effets rencontrés, leur sévérité et apporter des précisions pouvant contribuer à une optimisation de l'organisation des soins ;
- **Anticiper les phénomènes de tensions** liés aux fluctuations saisonnières en organisant notamment l'adaptation des capacités d'hospitalisation pour garantir un équilibre entre les besoins de santé et les capacités de prise en charge. Une attention particulière doit être portée sur l'adaptation des capacités d'hospitalisation dans les unités de soins intensifs et de surveillance continue, dans les services de soins critiques adultes, pédiatriques et néo-natales et dans les services de médecine polyvalente, gériatrie et SSR ;
- **Organiser la permanence des soins en médecine de ville**, en particulier pendant les périodes de congés des médecins libéraux et de fermeture des cabinets libéraux ;
- **Favoriser les partenariats entre établissements de santé et établissements médico-sociaux** (mise en place de conventions) et la coordination entre l'ensemble des acteurs (hospitaliers, médico-sociaux et libéraux) ;

- **Décrire la mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN EPICLIM** (déclenchement, conduite de crise, suivi des patients), la mobilisation, la coordination et le suivi de la réponse des opérateurs de soins (déclenchement du plan de mobilisation interne, du plan blanc, du plan bleu, mobilisation des professionnels libéraux) ;
- **Prendre en compte le retour d'expérience** pour l'amélioration continue du plan.

2. Doctrine générale

L'impact des épidémies saisonnières ou des épisodes climatiques majeurs est plus important pour les populations fragiles. Il s'agit le plus souvent de patients âgés polypathologiques qui vont à l'occasion d'une infection grippale ou d'un épisode de canicule décompenser une insuffisance cardiaque et/ou respiratoire, un diabète ou toute autre pathologie chronique. Le maintien à domicile ou en établissement médico-social de ces personnes âgées est souvent conditionné par leur prise en charge médicale rapide. À défaut, le risque de décompensation est élevé et va nécessiter le plus souvent une hospitalisation. Les jeunes enfants font aussi partie de ces populations fragiles à l'occasion d'épidémie de bronchiolites ou de gastro-entérites aiguës qui vont nécessiter des soins ambulatoires rapides afin d'éviter leur hospitalisation.

L'enjeu principal est de réduire le recours aux urgences et le nombre d'hospitalisations non justifiées en réservant la prise en charge hospitalière aux patients présentant des critères de gravité et/ou d'isolement.

Dans ce cadre, les principes suivants doivent guider l'action de l'ARS et permettre de répondre aux enjeux de prise en charge de ces patients fragiles :

- **Renforcer la prévention :** la mise en œuvre précoce des mesures de prévention est essentielle pour diminuer l'impact des épidémies (vaccination des personnes fragiles et de leur entourage, vaccination des professionnels de santé, mise en œuvre rigoureuse des mesures barrières, etc.)

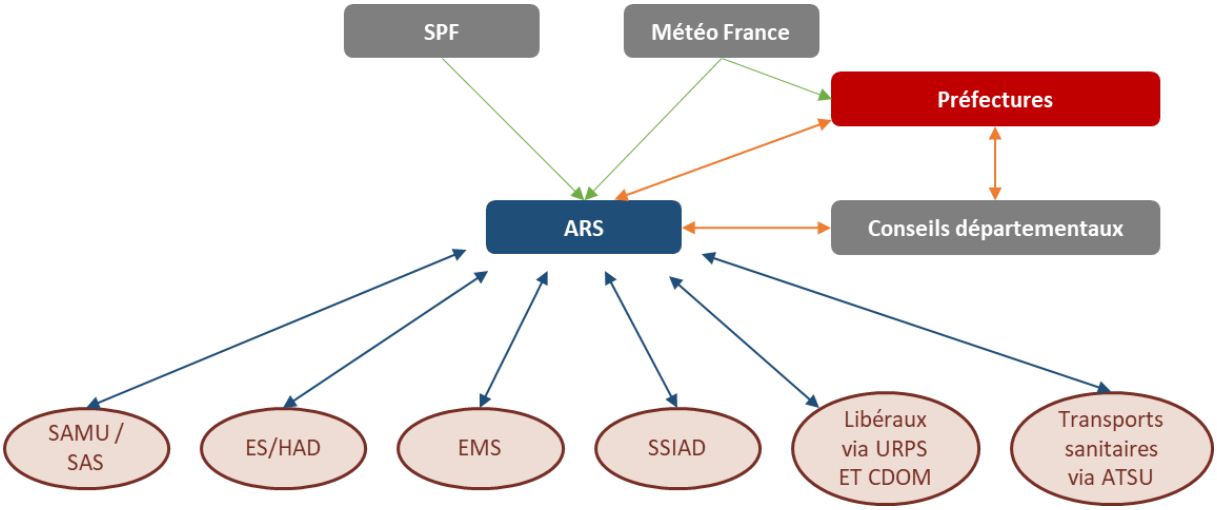
  Il s'agit également d'éviter les complications induites par l'infection (traitements antiviraux ou antibiotiques, …). Ces actions de prévention ont toute leur place lors des épisodes climatiques comme la canicule (surveillance rapprochée des personnes fragiles, hydratation, pièces rafraichies, adaptation des traitements médicamenteux, etc.).

- **Anticiper les mesures de gestion :** le caractère souvent prévisible et la cinétique lente de ces phénomènes, permettent d'anticiper la mise en œuvre des mesures de gestion et diminuer l'impact de ces phénomènes sur le système de santé. Il s'agit notamment de s'assurer du maintien de l'offre de soins sur la médecine de ville et du renforcement de la médicalisation des établissements médico-sociaux en prévision de l'épisode épidémique ou climatique. L'anticipation est aussi indispensable dans les établissements de santé par le maintien d'une capacité d'hospitalisation renforcée (gestion appropriée des fermetures de lits, ouverture d'unité de médecine aiguë gériatrique, renforcement des lits de pédiatrie) et la mise en place anticipée des mesures de gestion des tensions hospitalières.

- **Réguler l'accès aux soins :** la gestion efficiente des épidémies saisonnières ou des épisodes climatiques majeurs nécessite une régulation de l'accès aux soins prenant en compte à la fois les soins ambulatoires et les situations d'urgence permettant un triage médical efficace dans un objectif de « juste soin ». Il convient de décloisonner la prise en charge des patients dans une logique de parcours de soins (ville/établissements médico-sociaux/établissements de santé) en renforçant la régulation médicale en lien avec les partenaires de l'aide médicale urgente (médecine de ville, transporteurs sanitaires, …) pour développer des réseaux de soins efficients à un échelon territorial pertinent.
- **Renforcer la coordination de l'offre de soins :** le plan ORSAN EPICLIM est transversal sur tous les secteurs de l'offre de soins et concerne *de facto* quasiment tous les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, aides-soignants, ambulanciers, …). Il est donc important d'assurer la coordination de tous ces acteurs afin d'assurer la cohérence du parcours de soins des patients. Il convient aussi de favoriser les coopérations et partenariats entre établissements de santé et établissements médico-sociaux en amont des crises (conventions) en associant la médecine de ville. En situation sanitaire exceptionnelle, la coordination des acteurs est assurée par l'ARS en s'appuyant sur le plan ORSAN EPICLIM.

2.1. Le déclenchement et le circuit de l'alerte

Le schéma d'alerte est identique quelle que soit la nature de l'évènement :



Chaque opérateur doit obligatoirement signaler à l'ARS tout dysfonctionnement ou tension ayant un impact sur l'offre de santé sur les coordonnées d'alerte H24 du point focal régional et zonal : ars35-alerte@ars.sante.fr, tél : 09-74-50-00-09.

L'ARS a pour rôle d'informer le Centre opérationnel de régulation et de réponses aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) du ministère en charge de la santé de toute dégradation de la situation sanitaire locale ou régionale. Cette alerte est systématiquement relayée aux préfets concernés.

2.2. Le rôle général des acteurs

Le rôle de la Cellule régionale de Santé publique France

Elle assure la surveillance des indicateurs épidémiologiques, en s'appuyant sur différentes sources de données :

- En médecine ambulatoire (données SOS Médecins, réseau Sentinelles, réseau bronchiolite) ;
- En milieu hospitalier (données des structures d'urgence du réseau OSCOUR®, dispositif de surveillance des cas sévères de grippe admis dans des services de réanimation) ;
- Via les données de virologie (laboratoires hospitaliers des CHU de Brest et Rennes) ;
- Via le suivi des cas groupés d'infections respiratoires aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- Via la surveillance de la mortalité toutes causes (Insee) et des causes inscrites dans les certificats électroniques.

Outre les surveillances habituelles telles que la surveillance hivernale et le SACS (système alerte canicule et santé), une surveillance sanitaire peut être mise en place en cas de situations exceptionnelles à la demande de l'ARS (ex : surveillance des passages aux urgences pour des regroupements syndromiques spécifiques comme lors d'épisodes de neige et verglas intense, feu de forêt et pic de pollution exceptionnel…).

Le rôle de l'ARS

L'ARS a mis en place une organisation permettant de détecter précocement et de suivre une tension pour guider les actions à mener. Lorsqu'un établissement se déclare en tension, la DD ARS concernée l'appelle pour s'assurer qu'il a bien mis en œuvre les mesures de 1ère intention utiles (rappel de personnels, ouverture d'unités saisonnières). Si, en dépit de ces mesures, l'établissement reste en tension, la DD ARS met en œuvre un dispositif de tensions solidaires qui consiste à solliciter l'appui d'un ES voisin.

Si le phénomène de tension est généralisé, une coordination des principaux opérateurs hospitaliers est mise en œuvre sous l'égide du directeur général de l'ARS. Des actions complémentaires peuvent également être mises en œuvre : mobilisation d'autres acteurs du système de santé (médecins libéraux, établissements d'aval dont SSR ou EHPAD), communication grand public, etc.

L'ARS informe le préfet territorialement compétent de toutes problématiques d'organisation des soins sur le département considéré. Elle propose, le cas échéant, des réquisitions de personnels (établissements privés ou secteur de la ville) pour sécuriser l'offre de soins. Ces réquisitions doivent être suffisamment motivées et proportionnées aux risques.

Le rôle des établissements de santé

Tout établissement de santé doit mettre en place une organisation interne structurée pour répondre à tout type d'événement susceptible de l'impacter. Cette organisation s'appuie sur un dispositif de montée en puissance gradué à 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.
- **Niveau 2 – « Plan blanc » :** Pour la gestion des situations exceptionnelles avec un impact potentiellement majeur sur l'établissement de santé. Ce niveau permet la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement (moyens humains, matériels et logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par une cellule de crise intra-hospitalière structurée.

Plusieurs outils de réponse peuvent être mobilisés par les ES dans ce cadre, tel que le maintien en poste ou le rappel de personnels, la déprogrammation d'activités, l'ouverture d'unités de soins supplémentaires (cf. Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles).

- **Les établissements de 1ère ligne**

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

Ils doivent être en mesure 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 (ex : infectiologie, cardiologie, pneumologie)
- Assurer la prise en charge de patients présentant des signes de gravité (USC, USI, réanimation)
- Dans un contexte épidémique, mettre en œuvre les mesures d'isolement adéquates pour éviter la contagion

- **Les établissements de 2ème ligne**

En Bretagne, il s'agit de tous les établissements de santé autorisés en MCO, à l'exception des 25 établissements de santé classés « 1ère ligne ».
Ils doivent être en mesure :

- D'acueillir des patients et notamment prioriser ceux en provenance du MCO en adaptant les capacités d'hospitalisation
- D'assurer la prise en charge de patients présentant des signes de gravité (établissements disposant d'USC et qui ne disposent pas de SU)

Le classement des établissements de santé est disponible en annexe, page 362, et visible sur la carte suivante.

- **Les établissements classés en posture minimale**

Il s'agit des établissements de santé ne bénéficiant pas d'une autorisation en MCO.

Carte 9 : Classification des établissements de santé pour le plan EPICLIM

DIFFUSION RESTREINTE

Le rôle des établissements médico-sociaux (EMS)

Les établissements hébergeant des personnes âgées ont pour obligation de rédiger un plan de gestion de crise intitulé « plan bleu ». Depuis 2007, ceux hébergeant des personnes handicapées sont soumis à la même obligation.

Ils doivent anticiper et éviter une dégradation de l'état de santé des usagers afin de limiter les passages aux urgences pouvant en découler.
Ils assurent le plus précocement possible la gestion des épidémies saisonnières (infections respiratoires aiguës, gastro-entérites, grippe, bronchiolite, COVID-19, …) afin de limiter le recours aux services hospitaliers. A cette fin, ils mobilisent le dispositif des IDE hygiénistes en EHPAD.

Ils assurent une vigilance renforcée en particulier pour les patients vulnérables et les orientent le cas échéant vers une structure adaptée.
Ils limitent les transferts de patients vers les établissements de santé (urgences et services d'hospitalisation) aux seuls cas graves et/ou complexes. Ils interrogent la pertinence de l'hospitalisation et le transfert de patients vers des établissements de santé.

En cas de survenue d'un évènement climatique ou épidémique, l'EMS :

- Active son plan bleu ;
- Réunit sa cellule de crise ;
- Evalue la gravité de la situation ;
- Mobilise ses moyens humains et matériels de façon adaptée et graduée ;
- Met en œuvre les actions nécessaires pour faire face une crise ;
- Favorise les retours d'hospitalisation pour les patients issus des hébergements des établissements sanitaires de 1ère ligne ou de 2ème ligne, le cas échéant, quand le retour à domicile n'est pas possible ;
- Communique à l'ARS les capacités d'hébergement immédiates et celles pouvant l'être dans un délai précisé et les difficultés rencontrées.

Le rôle des professionnels de santé libéraux (PSL)

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), en partenariat avec l'ADPS, s'assure de la complétude des listes de la permanence des soins en médecine libérale, notamment pendant les périodes de congés des médecins libéraux et de fermeture de cabinets médicaux. En cas de survenue d'un évènement climatique risquant d'interrompre l'organisation habituelle de la permanence des soins, le CDOM, en lien avec l'ADPS, propose à l'ARS des solutions pour renforcer l'organisation.

Dans les périodes de fortes tensions hospitalières, les PSL s'assurent de la meilleure orientation possible, en évitant d'adresser les patients aux SAU si leur état de santé ne l'exige pas.

- Ils appliquent et relaient les recommandations nationales sur les bonnes pratiques en période de forte chaleur ou de grand froid par exemple et prennent les mesures pour assurer la continuité de la prise en charge de leur patientèle ;
- Ils assurent la prise en charge des patients en ambulatoire ;
- Ils orientent les patients présentant des signes de gravité vers les établissements de santé ;

- Ils assurent une vigilance renforcée en particulier pour les patients vulnérables et/ou isolés et les orientent le cas échéant vers une structure adaptée pour une prise en charge médico-sociale.

Le rôle des transporteurs sanitaires

Ils assurent la garde ambulancière quels que soit les évènements climatiques en application de l'article R. 6312-18 du code de la santé publique. Ce dernier prévoit qu' « afin de garantir la continuité de prise en charge des patients, pendant les périodes définies par arrêté du ministre de la santé, une garde des transports sanitaires est assurée sur l'ensemble du territoire départemental ».
Chaque société de transports sanitaires privée s'assure des équipements de ses véhicules pour faire face aux situations climatiques exceptionnelles et assurer la prise en charge des patients dans les meilleures conditions.

3. Doctrine de mise en œuvre face à un évènement épidémique

Explication différents niveaux :

- **Posture de base :** actions à mettre en place en anticipation d'un évènement épidémique ;
- **Niveau 1 :** leviers à mobiliser en première intention. Ce niveau est généralement associé à une phase considérée comme « pré-épidémique »* ou « épidémique »* par Santé Publique France (SPF) et corrélée aux situations territoriales notamment via les remontées des établissements de santé ;
- **Niveau 2 :** leviers à mobiliser en seconde intention. Ce niveau est généralement associé à une phase considérée comme « épidémique »* ou atypique (intensité inhabituelle…) par SPF et à des tensions d'ampleur régionale.

*Le suivi des indicateurs épidémiologiques, couplé aux retours d'informations de l'ARS (plans blancs, tensions hospitalières, signalements spontanés de médecins…), permettent de catégoriser les stades d'une épidémie (pré-épidémie, épidémie et post-épidémie) ou ses caractéristiques (gravité et population touchées…). La surveillance des pathologies hivernales débute chaque saison aux alentours d'octobre pour se terminer le plus souvent courant avril. La surveillance des impacts des canicules se déroule chaque année pendant la période d'activation du plan canicule, soit de juin à septembre.

	Posture de base	Niveau 1 : phase pré-épidémique/épidémique	Niveau 2 : situation de tension généralisée
ARS	**1. Veille et surveillance** • Assure le suivi de l'activité et des tensions sur l'offre de soins. **2. Mesures d'anticipation** • Mène une réflexion anticipée et coordonnée au niveau régional et au sein de chaque territoire de santé sur la programmation des capacités d'hospitalisation et sur leur adaptation en fonction des fluctuations saisonnières. • Vérifie la préparation des opérateurs à travers la rédaction des plans de gestion des tensions et SSE (plan de mobilisation interne, plan blanc), des plans bleus et des plans de gestion de crise des CPTS. • Promeut la vaccination des professionnels de santé au sein des établissements contre la grippe saisonnière et le COVID. • Relaie vers la population le dispositif de communication national relatif à la vaccination contre la grippe saisonnière. • Vérifie, en lien avec les CDOM la bonne effectivité de la permanence des soins ambulatoire.	**1. Actions de coordination** • Incite les ES à mettre à jour régulièrement les données du ROR. • Assure le suivi des indicateurs d'activité des SAMU et services d'urgences. • Met en place des points réguliers sur l'activité des établissements, en particulier SU, SAMU et aval (ex médecine/SSR pour l'épidémie de grippe, réanimation pédiatrique, réanimation néonatale, pédiatrie et néonatalogie pour la bronchiolite). • Met en place un dialogue régional périodique avec les principales fédérations (FHF, FEHAP, FHP). • Organise de manière régulière des réunions territoriales associant les ES publics et privés, l'URPS, les ESMS, les acteurs du service à domicile afin de disposer d'une vision partagée de la situation, de ses évolutions et des solutions à mettre en place. • Assure la mobilisation des établissements et services médico-sociaux, et plus particulièrement des EHPAD par l'activation des mesures prévues dans leur « plan bleu ».	**1. Actions de coordination** • Met en œuvre une coordination des principaux opérateurs hospitaliers sous l'égide du DGARS. • Relaie une consigne nationale ou met en œuvre une consigne régionale de déclenchement des plans blancs. • Relaie une consigne nationale ou met en œuvre une consigne régionale de déprogrammation des activités non urgentes. • Participe au point zonal sous l'égide de l'ARS de Zone pour un éventuel appui des établissements des territoires limitrophes des autres régions. • Participe au(x) COD le cas échéant et sur demande de la préfecture. **2. Mesures de gestion** • Renforce la mobilisation des libéraux au titre de la PDSA. • Renforce la régulation libérale. • Propose, le cas échéant, au préfet territorialement compétent de réquisitionner des personnels (établissements privés ou secteur de la ville) pour sécuriser l'offre de soins.

	Posture de base	Niveau 1 : phase pré-épidémique/épidémique	Niveau 2 : situation de tension généralisée
ARS	**3. Actions de coordination** • Appuie le déploiement d'une gouvernance territoriale associant l'ensemble des opérateurs de soins d'un territoire. Dans ce cadre, les délégations départementales de l'ARS coordonnent la conception des Plans de Continuité d'Activité Territoriaux en lien avec les établissements supports de GHT.	**2. Mesures de gestion** • Sensibilise la population à l'importance d'appeler son médecin traitant et le SAMU-centre 15, ou le Service d'Accès aux Soins avant de se déplacer. • Assure la gestion des épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aigües, en lien avec les structures d'appui (CPIAS, IDE hygiénistes en EHPAD). • Autorise l'adaptation des modalités d'organisation SU/SMUR en cas de difficulté RH. • Organise la réponse aux besoins de transports sanitaires en lien avec les préfectures. • Appuie les demandes de renfort en moyens humains et matériels (renfort inter GHT, appel à la réserve sanitaire et renfort moyens tactiques de l'Etat).	• Sollicite la mobilisation des cliniques privées afin d'accompagner les éventuelles déprogrammations. • Demande la libération et l'identification quotidienne de capacitaire de court séjour et de SSR pour l'aval des urgences et l'aval de l'hospitalisation aigüe. • Autorise les services d'hospitalisation à domicile à intervenir en dehors de leur zone de couverture habituelle. • Mobilise les transporteurs sanitaires privés pour la prise en charge des transports régulés par le SAMU du domicile des patients vers un cabinet de médecine générale, une maison de santé pluridisciplinaire, un centre de santé ou une maison médicale de garde (MMG). • Organise le renfort des associations de sécurité civile auprès des établissements (ex : brancardage, transports).

	Posture de base	Niveau 1 : phase pré-épidémique/épidémique	Niveau 2 : situation de tension généralisée
Etablissements de santé	**1. Anticipation de l'organisation de crise** • Anticipent leur organisation de crise (identification des 2 niveaux de mobilisation requis, identification des outils de réponse mobilisables en situation de tension, structuration de la cellule de crise). • Déterminent les mesures d'adaptation par filière pour faire face à une situation de tensions (capacitaire impacté, recensement du renfort RH possible, paliers de montée en charge, lits de réserve, etc.). • Envisagent des actions de renfort des services potentiellement concernés, notamment l'étalement des périodes de congés, une modification de l'organisation interne du service considéré, l'implication des autres médecins de l'établissement dans le fonctionnement des urgences, ou une demande de renfort externe ponctuel. • Anticipent les besoins en équipements (ventilateurs, etc.), en dispositifs médicaux et en médicaments. ⬇	**1. Déploiement de l'organisation de crise** • Mettent en œuvre un suivi de l'activité par la mise à jour quotidienne du ROR. • Activent le niveau 1 du plan de gestion des tensions hospitalières (plan de mobilisation interne) et la cellule de crise hospitalière. **2. Augmentation des capacités de prise en charge** • Déploient des mesures de réorganisation des filières impactées (identification des capacités susceptibles de fluidifier la filière, définition d'une stratégie de déprogrammation, déport d'activité, ouverture d'unités de soins supplémentaires, déploiement de RH par palier, etc.). • Organisent les sorties anticipées vers une HAD ou des structures médico-sociales de patients hospitalisés ne nécessitant plus une surveillance continue. • Activent des circuits rapides de prise en charge (filière ambulatoire, circuit d'admissions directes non programmées dans les services hospitaliers). • Préservent les capacités de prise en charge en appliquant, en cas de risque infectieux, ⬇	**1. Actions de coordination** • Activent le niveau 2 du plan de gestion des tensions hospitalières (plan blanc). **2. Mesures de gestion** • Renforcent le recours aux services d'hospitalisation à domicile, y compris en dehors de leur zone de couverture habituelle. • Pour les établissements SSR : organisent la libération des lits. • Sollicitent l'ARS pour du renfort auprès des associations de sécurité civile et besoins en renforts (ex : brancardage, transport). • Sollicitent l'ARS en cas de difficultés RH ou matériel. **Pour les ES de 1ère ligne :** • Activent la mise sous régulation préalable des SU (H24 ou par tranche horaire, urgences adultes et/ou pédiatriques).

	Posture de base	Niveau 1 : phase pré-épidémique/épidémique	Niveau 2 : situation de tension généralisée
Etablissements de santé	**2. Promotion de la vaccination et prévention du risque infectieux** • Mettent en place les mesures nécessaires et adaptées au contexte infectieux des patients, en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement. • Mettent en œuvre des campagnes de vaccination de leur personnel. **3. Coopération territoriale** • Actualisent les conventions avec les opérateurs hospitaliers publics et privés de leur territoire. • Actualisent les conventions avec les établissements médico-sociaux. • Actualisent leurs conventions avec les structures d'exercice coordonné des soins en premier recours et les structures de soins à domicile.	les procédures permettant de limiter la contagion. • Mobilisent des renforts via la plateforme « Renfort-RH ». **3. Maintien d'une réponse territoriale** • Participent à la mise en œuvre des plans de continuité d'activité territoriaux. • Facilitent l'accès aux soins des personnes hébergées en EHPAD et en établissement pour personnes en situation de handicap. • Déploient une offre d'appui (expertise médicale, paramédicale) auprès de diverses collectivités (HAD, ESMS, structures d'accueil de populations précaires, etc.).	

	Posture de base	Niveau 1 : phase pré-épidémique/épidémique	Niveau 2 : situation de tension généralisée
SAMU/SAS	• Définit les modalités de renfort des lignes de régulation médicale et d'opérateurs de soins non programmés.	• Prend part à la cellule de coordination territoriale. • Active les dispositions prévues dans le cadre du PGTHSSE (montée en puissance RH notamment). • Renforce l'effectif médical et paramédical de la régulation du SAMU. • Renforce le soutien administratif (ex : appui à la prise de rendez-vous). • Renforce ses moyens (équipes, véhicules, etc.) • Appuie les établissements en cas de besoin de transfert des patients nécessitant une prise en charge en soins critiques.	• Renforce la régulation pour répondre à l'augmentation des appels liés à la mise sous régulation préalable des SU. • Met en place une permanence de soins de médecine générale sur les secteurs de garde en soirée (ex : de 18h00 à 23h00) pour prendre en charge après régulation les demandes de soins non programmés ne requérant pas un plateau technique hospitalier. • Déploie des dispositifs de télésanté (recours renforcé à la télérégulation, à l'orientation vers des créneaux de téléconsultation, appui sur les professionnels de santé intervenants à domicile pour la réalisation de téléconsultations assistées…). • Organise le délestage des services d'urgence saturés vers les services d'urgence dont l'activité serait moins élevée.
Transports sanitaires privés		• Effectuent des transports régulés par le SAMU du domicile du patient vers MMG/Maison de santé pluridisciplinaire /Centre de santé • Recherche par l'Association des Transports Sanitaires d'Urgence (ATSU) de solutions de transport adaptées dans le cadre de ses missions d'appui à la gestion de crise.	

	Posture de base	Niveau 1 : phase pré-épidémique/épidémique	Niveau 2 : situation de tension généralisée
Secteur ambulatoire / médecine libérale	**1. Mesures d'anticipation** • Les ADOPS renforcent en cas de besoin, et après concertation avec l'ARS, la régulation libérale au centre 15 et/ou les MMG (notamment durant les congés scolaires et aux périodes les plus critiques). • Les CPTS élaborent leur plan de gestion de crise sanitaire tel que prévu par l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux CPTS.	**1. Actions de coordination** • Les CPTS, le CDOM et l'ADOPS participent aux réunions territoriales de l'ARS. • Transmission d'information par les CPTS auprès des acteurs concernés de leur territoire • Les CDOM et l'URPS relaient les communications de l'ARS auprès des professionnels du secteur ambulatoire. **2. Mesures de gestion** • L'ADOPS renforce les lignes et les points d'effection avec possible réouverture de MMG. • Le CDOM sollicite des médecins pour le renfort du planning de la régulation libérale (augmentation du nombre de lignes). • Les professionnels de santé libéraux sollicitent les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour la coordination des parcours complexes. • Les professionnels de santé libéraux s'assurent de la meilleure orientation possible, en évitant d'adresser les patients aux urgences si leur état de santé ne l'exige pas. • Les professionnels de santé libéraux prennent les mesures pour assurer la continuité de leur activité. • Les professionnels de santé libéraux assurent une vigilance renforcée en particulier pour les patients vulnérables et/ou isolés et les orientent le cas échéant vers une structure adaptée pour une prise en charge médico-sociale.	

	Posture de base	Niveau 1 : phase pré-épidémique/épidémique	Niveau 2 : situation de tension généralisée
Etablissements médico-sociaux	**1. Anticipation de l'organisation de crise** • Mettent à jour leur plan bleu (organisation d'une cellule de crise, rappel de personnel,) et veillent notamment à l'anticipation des différents risques (risque infectieux, canicule, électrique, inondations, etc.). • Mettent à jour leur plan de continuité d'activité. • Facilitation l'accès pour les personnes habilitées aux dossiers médicaux et aux dossiers de soins (dossiers de liaison d'urgence et dossier médical partagé). **2. Promotion de la vaccination et prévention du risque infectieux** • Déploient une campagne de vaccination contre la grippe saisonnière (résidents et personnels) et le COVID 19. • Actualisent le DARI (document d'analyse du risque infectieux) et mobilisent le dispositif IDE hygiéniste afin d'évaluer les pratiques professionnelles en matière de prévention et de contrôle du risque infectieux.	**1. Déploiement de l'organisation de crise** • Activent leur plan bleu et mettent en place une cellule de crise. • Mobilisent leurs moyens humains et matériels de façon adaptée et graduée. • Communiquent à l'ARS, leurs capacités d'hébergement immédiates et celles pouvant l'être dans un délai précisé et les difficultés rencontrées. • Déterminent la stratégie de communication auprès des résidents, des familles et des professionnels libéraux. **2. Mesures de gestion** • Contrôlent le respect en interne des précautions d'hygiène standard et complémentaires au regard du risque infectieux en présence (épidémies de gastro-entérites, grippe, bronchiolite, COVID-19, …). • Mettent en place une vigilance renforcée en particulier pour les patients vulnérables et les orientent le cas échéant vers une structure adaptée. • Mobilisent les équipes mobiles d'hygiène (pour les EMS adhérant au dispositif) ou prennent contact avec le CPIAS afin d'être accompagné dans la gestion d'un épisode infectieux.	• Renforcent la cellule de crise et la fréquence des réunions. • Renforcent la vigilance des personnels à l'égard des personnes accompagnées.

	Posture de base	Niveau 1 : phase pré-épidémique/épidémique	Niveau 2 : situation de tension généralisée
Etablissements médico-sociaux	**3. Coopération territoriale** • Actualisent les conventions avec les établissements de santé, les équipes mobiles, les plateformes d'expertise gériatrique et les autres partenaires afin de définir les modalités de coopération (notamment les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations) ainsi que les règles de transfert en milieu hospitalier lorsque celui-ci s'avère nécessaire.	• Limitent les transferts de patients vers les établissements de santé (urgences et services d'hospitalisation) aux seuls cas graves et/ou complexes. • Facilitent les retours d'hospitalisation pour les patients issus des hébergements des établissements sanitaires de 1ère ligne ou de 2ème ligne, le cas échéant. • Le cas échéant, sollicitent éventuellement le GHT en cas de besoin d'appui RH ou matériel. • Favorisent lorsque possible le recours à télémédecine (téléconsultation ou télé-expertise en particulier).	
Cellule régionale de SPF	• Assure la surveillance, via le système SURSAUD, de l'activité des services d'urgence participant au réseau OSCOUR, des données des associations SOS médecins, des données de mortalité issues de l'INSEE et de l'INSERM via le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CEPIDC) • Sensibilise les partenaires avant la reprise de la surveillance.	• Suit l'évolution des différents indicateurs épidémiologiques pour différentes pathologies. • Transmet un point épidémiologique de façon hebdomadaire (ou journalier, si besoin exprimé par ARS).	• Adapte la fréquence des remontées de points épidémiologiques en fonction des besoins. • Met en place un système de surveillance spécifique à l'évènement si système pérenne non suffisant.

4. Doctrine de mise en œuvre face à un évènement climatique

4.1. Vague de chaleur

Dans un horizon proche (2021-2050), les projections en métropole montrent une hausse des températures moyennes, et mettent en évidence la survenue de vagues de chaleur plus fréquentes, plus longues et plus intenses, pouvant survenir dès le mois de mai et jusqu'en octobre.

Or, la chaleur a un impact très rapide sur l'état de santé des populations exposées, et tout particulièrement celui des populations vulnérables à la chaleur qui peut se dégrader rapidement.

Aussi, il est probable que la plus grande occurrence des vagues de chaleur, ainsi que le risque accru de survenue de canicules extrêmes se traduiront par une augmentation du nombre de recours aux soins pour pathologies liées à la chaleur, voire du nombre de décès prématurés causés par la chaleur, non seulement parmi les populations vulnérables à la chaleur, mais aussi plus largement au sein de l'ensemble de la population exposée.

Le plan national « Vagues de chaleur » comporte 4 niveaux qui sont en adéquation avec les 4 niveaux de vigilance. Chaque préfecture en décline les mesures au niveau départemental dans un plan ORSEC qui indique le rôle des différents acteurs. L'instruction interministérielle du 7 mai 2021 relative à la gestion sanitaire des vagues de chaleur en France métropolitaine précise ce dispositif.

Définitions	Vigilance météo	Populations susceptibles d'être impactées
Pic de chaleur : chaleur intense de courte durée (un ou deux jours).	Jaune	**Populations fragiles :** personnes âgées, enfants en bas âge, personnes prenant certains médicaments, personnes en situation de handicap.
Épisode persistant de chaleur : températures proches ou en dessous des seuils départementaux et qui perdurent dans le temps (supérieure à trois jours).		
Canicule : période de chaleur intense pour laquelle les températures dépassent les seuils départementaux pendant trois jours et trois nuits consécutifs.	Orange	**Populations surexposées :** personnes sans abri, travailleurs surexposés à la chaleur, populations en habitat surexposé à la chaleur, sportifs, notamment de plein air
Canicule extrême : canicule exceptionnelle par sa durée, son intensité, son étendue géographique, à fort impact sanitaire, avec apparition d'effets collatéraux.	Rouge	**Ensemble de la population exposée**

En région Bretagne, on parle de canicule (vigilance orange) lorsque les températures atteignent les seuils définis ci-dessous, la nuit et la journée durant 3 jours consécutifs.

Températures définissant le seuil canicule pour la vigilance météorologique, par département

Département	Ville	Seuils (en °C)
COTES D'ARMOR	Saint-Brieuc	31° (Jour) / 18° (Nuit)
FINISTERE	Brest	32° (Jour) / 19 ° (Nuit)
ILLE ET VILAINE	Rennes	34° (Jour) / 19 ° (Nuit)
MORBIHAN	Vannes	32° (Jour) / 19 ° (Nuit)

Le classement en vigilance météorologique rouge ne dépend pas uniquement, comme pour le niveau orange, du franchissement prévu des seuils départementaux, mais relève d'une décision prise par Météo-France en accord avec le ministère chargé de la santé, et, le cas échéant, avec les autres ministères concernés, et notamment le ministère de l'intérieur, eu égard à la diversité des impacts attendus autres que sanitaires (sociétaux, économiques, environnementaux), permettant de moduler l'appréciation de la situation en intégrant d'éventuels facteurs aggravants. Cette décision reste fondée sur une expertise préalable menée par Météo France avec le concours de l'ANSP.

4.1.1. Effets sanitaires

Populations vulnérables

Les populations les plus vulnérables aux vagues de chaleur sont les suivantes :

- Enfants de moins de 15 ans, notamment les très jeunes enfants (de moins de 1an) ;
- Personnes âgées de plus de 75 ans ;
- Personnes exerçant leur activité professionnelle en extérieur ;
- Personnes en situation de précarité, isolées, sans domicile ;
- Personnes avec des soins particuliers (dialyse, respirateurs, hospitalisation à domicile).

Effets sanitaires directs

L'impact sanitaire du phénomène de canicule est retardé, les premiers effets s'observent généralement 3 jours après le début du phénomène et jusqu'à 48h après la levée du plan canicule. Il faut également tenir compte des températures observées en amont du déclenchement du plan, en raison du fait que les effets sanitaires seront plus sévères si de fortes chaleurs sont déjà constatées avant la mise en place d'un plan canicule (effets cumulatifs).

Les pathologies en lien avec la chaleur sont les insolations et coups de chaleur, les déshydratations et les hyponatrémies. La hausse de ces pathologies, en particulier chez les personnes vulnérables induit une augmentation de la mortalité.

Effets sanitaires indirects

La canicule peut entraîner des conséquences sur l'alimentation en eau potable ou sur l'alimentation électrique, pouvant impacter :

- Les populations avec des soins particuliers (dialysés, Patient à haut risque vital (PHRV), patients en hospitalisation à domicile),
- Le fonctionnement des établissements de santé ou médico-sociaux, et éventuellement conduire à leur évacuation totale ou partielle.

La DST sécurisation des ES et EMS précise les conduites à tenir en cas de défaillance électrique (page 334) et de rupture en eau potable (page 347).

4.1.2. Impact sur l'organisation de l'offre de soin et médico-sociale

Les personnes âgées sont particulièrement touchées par les épisodes de canicule, ce qui induit une augmentation de l'activité des établissements médico-sociaux qui accueillent cette population, notamment dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il est important de noter que la population des travailleurs peut également être touchée par des épisodes de canicule, en particulier lorsque des vagues de chaleur surviennent précocement dans la saison.

4.1.3. Réponse des acteurs du système de santé

Le tableau page suivante présente les principales actions menées en prévention puis lors des différents niveaux de vigilance météorologique par l'ARS, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Ces actions sont précisées dans les plans départementaux ORSEC Vagues de chaleur. Elles s'appuient sur une communication en direction des acteurs de la médecine de ville afin d'assurer une prise en charge de proximité des personnes fragiles.

Outre les acteurs du système de santé, les préfectures et les collectivités locales mènent également des actions pour prévenir et gérer ces épisodes :

- **La préfecture** qui est responsable de l'activation des différents niveaux du plan Canicule, est également chargée de mettre à jour les plans ORSEC susceptibles d'être activés en situation de canicule.
- **Les communes et intercommunalités** sont chargées de mettre à jour le registre de recensement pour personnes âgées et personnes handicapées isolées résidant à leur domicile dans le cadre de leur plan d'alerte et d'urgence (PAU).
- **Le Conseil départemental**, organisme de tutelle des établissements médico-sociaux avec l'ARS, s'assure de la mobilisation des établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap par activation des mesures prévues dans leur « plan bleu ».

4.1.4. Organisation de la réponse face aux vagues de chaleur

	Posture de base	Niveau 1 : veille saisonnière	Niveau 2 : pic de chaleur ou épisode persistant	Niveau 3 : canicule (vigilance orange canicule)	Niveau 4 : canicule extrême (vigilance rouge canicule)
ARS	• Anticipe l'organisation de l'offre de soins en lien avec les acteurs concernés • S'assure de l'effectivité de la PDSA	• Suit et analyse les indicateurs des systèmes de surveillance • Informe les ES, ESMS et professionnels de santé libéraux (Union régionale des médecins libéraux, URPS) du passage en veille saisonnière et diffuse les dernières consignes actualisées de SPF et des autorités sanitaires • Recueille les alertes • Suit les disponibilités en lits (notamment les disponibilités en lits de soins critiques) • S'assure de l'effectivité de la PDSA	• Publie des messages de sensibilisation à destination du grand public via le site internet et réseaux sociaux • Informe les opérateurs du système de santé • Pré-alerte les opérateurs du système de santé en cas de risque de passage au niveau 3 ou 4	• Renforce la diffusion des recommandations sanitaires auprès de la population et des populations vulnérables en cas de pic d'ozone • Informe l'ensemble des opérateurs du système de santé du passage en niveau 3 et 4 et leur demande d'informer l'ARS de tout incident ou difficulté (ES, ESMS, professionnels de santé) • Évalue les impacts sanitaires (fonctionnement ES, ESMS et aide médicale d'urgente) et coordonne l'adaptation de l'offre de soins en fonction de l'impact territorial (mobilisation des ES de posture minimale, déprogrammation, sorties anticipées…) • Assure le lien avec les préfectures et participe, le cas échéant, au(x) COD • S'assure du maintien des capacités de production des usines d'eau destinées à la consommation humaine en cas de sécheresse	

	Posture de base	Niveau 1 : veille saisonnière	Niveau 2 : pic de chaleur ou épisode persistant	Niveau 3 : canicule (vigilance orange canicule)	Niveau 4 : canicule extrême (vigilance rouge canicule)
ARS				• Demande aux EHPAD d'activer leurs plans bleus (vigilance rouge) • Déclenche, en cas de canicule extrême, l'ouverture de la CRAPS • Mobilise des renforts RH ou le cas échéant la réserve sanitaire pour renforcer les structures de soins ou médico-sociales si besoin	
Etablisse-ments de santé	• Veillent à l'élaboration et l'actualisation des dispositions du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles • Veillent à la formation et la sensibilisation de personnel aux risques sanitaires liés aux vagues de chaleur • Déterminent les mesures d'adaptation par filière pour faire face à une situation de tensions • Actualisent les conventions avec les établissements médico-sociaux • Identifient des actions de réduction de la vulnérabilité de leurs installations en alimentation	• Informent leurs services de l'entrée en veille saisonnière • S'assurent de l'effectivité des mesures prévues dans le cadre de leur plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE (système fixe de rafraichissement de l'air, volets ou stores, etc.) • Diffusent les recommandations sanitaires auprès des populations accueillies	• Veillent à mettre à jour quotidiennement le ROR • Assurent le suivi des indicateurs d'activité, notamment d'activité programmée, vérifient la disponibilité effective en lits • Organisent en tant que de besoin des sorties anticipées	• Informent les populations accueillies du passage en niveau 3 ou 4 • Informent l'ARS des difficultés rencontrées le cas échéant • Déclenchent la cellule de crise de l'établissement le cas échéant	

	Posture de base	Niveau 1 : veille saisonnière	Niveau 2 : pic de chaleur ou épisode persistant	Niveau 3 : canicule (vigilance orange canicule)	Niveau 4 : canicule extrême (vigilance rouge canicule)
Etablisse-ments de santé	en eau destinée à la consommation humaine • S'assurent de l'effectivité des mesures prévues dans le cadre de leur plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE (PGTHSSE) • Diffusent les recommandations sanitaires auprès des populations accueillies				
ESMS	• Veillent à l'élaboration et l'actualisation de leur plan de gestion des vagues de chaleur • Désignent un responsable de la préparation et de la gestion • Veillent à la formation et la sensibilisation de personnel aux risques sanitaires liés aux vagues de chaleur • Veillent à la préparation des mesures pouvant être mises en place lors de la survenue d'une vague de chaleur • Vérifient le fonctionnement du matériel et des systèmes de rafraîchissement et de climatisation	• Informent leurs services de l'entrée en veille saisonnière • S'assurent de l'effectivité des mesures prévues dans le cadre de leur plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE et de l'opérationnalité des moyens matériels (système fixe de rafraichissement de l'air, volets ou stores, etc.)	• Informent leurs services et les usagers de l'arrivée d'une vague de chaleur et diffusent les recommandations permettant de limiter l'augmentation de la chaleur • Mettent en œuvre les dispositions prévues dans le cadre du plan bleu de façon graduée et adaptée à la situation • Anticipent la montée en charge éventuelle de l'activité et notamment concernant la présence de personnel (risque RH	• Informent leurs services et les usagers du passage en niveau 3 ou 4 • Mettent en œuvre les dispositions prévues dans le plan bleu de façon graduée et adaptée à la situation • Déclenchent la cellule de crise de l'établissement le cas échéant • Mettent en place des pièces rafraîchies et facilitent, le cas échéant, l'accès aux DLU pour le SAMU • Informent l'ARS des difficultés rencontrées le cas échéant • Préviennent les risques de déshydratation et d'hyponatrémie	

	Posture de base	Niveau 1 : veille saisonnière	Niveau 2 : pic de chaleur ou épisode persistant	Niveau 3 : canicule (vigilance orange canicule)	Niveau 4 : canicule extrême (vigilance rouge canicule)
ESMS	• Veillent à la mise en place du dossier de liaison d'urgence (DLU) pour chaque résident • Étudient et préparent les possibilités éventuelles d'accueil de jour ou temporaire • Disposent d'eau embouteillée en prévision d'une rupture d'alimentation en eau potable • Actualisent les conventions avec les établissements de santé	• Diffusent les recommandations sanitaires auprès des populations accueillies • Anticipent un éventuel accueil de jour ou temporaire de personnes vulnérables non-résidentes de l'établissement	durant les vacances estivales) • Adaptent le programme des activités des résidents afin de limiter l'exposition à la chaleur • Adaptent les menus servis aux résidents et mettent en place une surveillance hydrique		
Secteur ambulatoire / Médecine libérale	• CPTS : veillent à l'élaboration et l'actualisation du plan de gestion de crise et particulièrement l'organisation de la prise en charge lors d'une vague de chaleur • Recommande aux personnes âgées isolées ou en situation de handicap à domicile, de s'inscrire au registre des personnes vulnérables (en mairie) • Repère les lieux d'accueil climatisés ou rafraîchis	• Forme les personnels à la prévention des risques et à la reconnaissance des signes d'alertes • Diffuse des conseils sur les moyens de se prémunir de la chaleur à ses usagers • S'assure d'une permanence des soins effective sur la période estivale	• Coordonne une vigilance des patients à risque • Services intervenant à domicile : s'assurent des moyens d'hydratation et de rafraichissement à domicile	• Services intervenant à domicile : renforcent la surveillance des usagers à domicile • Renforce la permanence des soins afin de limiter les hospitalisations • Assure l'orientation vers l'hôpital des patients dont l'état de santé le nécessite	

	Posture de base	Niveau 1 : veille saisonnière	Niveau 2 : pic de chaleur ou épisode persistant	Niveau 3 : canicule (vigilance orange canicule)	Niveau 4 : canicule extrême (vigilance rouge canicule)
Cellule régionale de SPF	• Communique aux différents partenaires les évolutions du SACS (système d'alerte canicule et santé) en mai-juin • Produit annuellement un bulletin de santé publique « canicule et santé » suite à la période de veille	• Veille quotidiennement les cartes météorologiques	• Analyse de façon hebdomadaire les indicateurs épidémiologiques de routine et informe l'ARS si nécessaire • Procède à une analyse territoriale spécifique selon contexte particulier et à la demande de l'ARS	• Analyse quotidiennement les indicateurs de passage aux urgences et des actes SOS médecins pour toutes causes et liées à la canicule • Transmet un point épidémiologique hebdomadaire	

4.2. Vague de froid

Pour chaque département, les températures ressenties minimales et maximales prévues pour le jour même et les trois jours à venir (J à J+3) sont produites pour une ou deux stations météorologiques de référence. Ces prévisions de températures ressenties sont le principal critère considéré par le prévisionniste de Météo-France pour déterminer le niveau de vigilance « grand froid ». D'autres indicateurs météorologiques comme l'humidité, le taux de confiance dans la prévision, la durée prévue de l'épisode de froid, l'étendue géographique peuvent également être pris en compte dans l'évaluation finale de la couleur de vigilance.

Les vagues de froid peuvent recouvrir les évènements suivants :

Typologie d'événement	Description	Niveau de vigilance météorologique potentiellement associé
Pic de froid	Froid de courte durée (1 à 2 jours), présentant un danger pour la santé des populations précaires, sans domicile ou isolées, du fait de leurs conditions de vie ou de travail.	**Niveau jaune**
Episode persistant de froid	Période de froid qui dure dans le temps, constituant un danger pour les populations précaires, sans domicile ou isolées, du fait de leurs conditions de vie ou de travail.	
Grand froid	Période de froid intense caractérisée par des températures ressenties minimales très basses (ordre de grandeur inférieures à -18 °C). Cette période constitue un danger pour les populations précaires, sans domicile ou isolées, du fait de leurs conditions de vie ou de travail, pour les personnes vulnérables du fait de leur état physique, et potentiellement pour l'ensemble de la population.	**Niveau orange**
Froid extrême	Période de froid avéré, exceptionnel, très intense et durable, étendue, qui entraîne l'apparition d'effets collatéraux dans différents secteurs (arrêt de certaines activités notamment).	**Niveau rouge**

La période de veille saisonnière durant laquelle les épisodes de grand froid sont surveillés commence au 1er novembre et s'achève le 31 mars de chaque année. Grâce à la surveillance météorologique, une anticipation de quelques jours est possible.

4.2.1. Effets sanitaires

Populations vulnérables

Les populations les plus vulnérables sont les suivantes :

- Enfants de moins de 15 ans, et particulièrement les enfants de moins de 1 an,
- Personnes âgées de plus de 75 ans,
- Personnes exerçant leur activité professionnelle en extérieur,
- Personnes en situation de précarité, sans domicile,
- Personnes présentant des maladies chroniques préexistantes.

Effets sanitaires directs

Les vagues de froid n'ont, à ce jour, jamais correspondu à des augmentations brutales et massives de la mortalité comme c'est le cas pour les vagues de chaleur. Les effets du grand froid sont plus diffus, plus étalés dans le temps et difficilement distinguables des effets des épidémies saisonnières. Les épisodes de grand froid peuvent s'accompagner d'épisodes de neige et de verglas qui sont susceptibles d'engendrer des chutes de personnes et d'avoir un impact spécifique sur les traumatismes.

Le froid peut avoir des effets rapides (hypothermies, asthme au froid …) mais aussi retardés (accidents vasculaires cérébraux, infections respiratoires …). Les pathologies en lien avec le froid sont les suivantes :

- Maladies infectieuses : infections respiratoires et digestives (grippes, gastro, bronchiolites),
- Pathologies cardiovasculaires (accident vasculaire cérébral, maladies coronariennes),
- Hypothermies,
- Traumatismes (chutes),
- Engelures.

Effets sanitaires indirects

Le froid peut avoir des conséquences sur l'alimentation en eau potable (rupture de canalisation, pollutions) ou sur l'alimentation électrique, pouvant impacter :

- Les populations avec des soins particuliers (dialysés, PHRV, patients en HAD),
- Le fonctionnement des établissements de santé ou médico-sociaux, pouvant conduire à leur évacuation totale ou partielle.

La DST sécurisation des ES et EMS précise les conduites à tenir en cas de défaillance électrique (page 334) et de rupture en eau potable (page 347).

Par ailleurs, l'utilisation de chauffages d'appoint génère chaque hiver des intoxications au monoxyde de carbone dans la population.

4.2.2. Impact sur l'organisation de l'offre de soin et médico-sociale

Selon les hivers, une hausse de la mortalité et/ou une hausse du nombre de passages aux urgences peuvent être observés pendant la saison hivernale.

Par ailleurs, la saison hivernale est susceptible d'induire d'autres impacts pour les ES, notamment en lien avec le risque d'épidémie et les enjeux liés à la vaccination des personnels, les difficultés de déplacement ou encore à la venue de personnes sans domicile fixe dans les services d'urgence.

4.3. Organisation de la réponse face aux autres évènements climatiques, notamment les épisodes neigeux, le verglas et les inondations

Mesures d'anticipation

L'ensemble des opérateurs du système de santé (notamment les établissements de santé et les établissements médico-sociaux) doivent mettre en place des mesures d'anticipation afin de réduire la vulnérabilité de leurs installations (alimentation en eau destinée à la consommation humaine, bon fonctionnement des installations électriques de secours, approvisionnement, matériels, fournitures pour sablage et salage, équipement des véhicules pour faire face à un épisode neigeux).

Les établissements médico-sociaux doivent quant à eux assurer la sécurité des personnes hébergées en cas de défaillance énergétique en élaborant un Document d'Analyse du Risque de Défaillance en Energie (DARDE).

Il appartient à l'ensemble des opérateurs d'organiser des simulations de crises/exercices réguliers.

Gestion d'un évènement

La gestion de ces évènements relève du dispositif ORSEC dédié sous coordination préfectorale.

Dans le cadre de sa mission de coordination de la réponse sanitaire, l'ARS peut être amenée, en fonction de l'ampleur de l'évènement et sa localisation, à organiser une vigilance sur les points de rupture des secteurs hospitaliers, médico-sociaux et ambulatoires notamment en ce qui concerne :

- L'accessibilité des établissements
- La gestion du personnel (maintien sur site)
- L'acheminement des repas et des DASRI
- Le transport des produits de santé et produits de sang labiles
- Le recensement du matériel vulnérable
- L'opérationnalité des groupes de secours
- L'alimentation en eau potable des établissements

L'ARS centralise également les demandes de renforts :

- RH via la DST Ressources humaines
- Matériels : coopération inter-établissements et/ou sollicitation des services préfectoraux

En cas de décision d'évacuation, ce sont les dispositions de la DST évacuation (page 275) qui s'appliqueront.

PLAN REB

Plan validé le 28/03/2024

Table des matières

1. Champ d'application, contexte et enjeux du plan ORSAN REB 156
1.1. Objet du plan ORSAN REB et intégration à la planification ORSAN 156
1.2. Contexte et enjeux du plan ORSAN REB 156
1.3. Objectifs du plan ORSAN REB 160
2. Doctrine de réponse sanitaire 161
2.1. Doctrine nationale de prise en charge des patients 161
2.2. Les phases de réponse sanitaire : doctrine nationale 163
3. Mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN REB en région Bretagne 164
3.1. Première phase : l'endiguement 164
3.1.1. Alerter 164
3.1.2. Modalités de prise en charge, coordination entre les établissements et transport du patient 166
3.1.3. Diagnostic 169
3.1.4. Prévention et protection du système de santé et de la population 170
3.2. Deuxième phase : l'atténuation 172
3.2.1. Former les professionnels pour se préparer à une montée en puissance du système de santé 172
3.2.2. Organiser la prise en charge d'un nombre croissant de cas positifs par une réorganisation éventuelle des circuits de prise en charge 173
3.2.3. Organiser la montée en puissance logistique 175
3.2.4. Diminuer la circulation de l'agent pathogène dans la population et protéger les populations les plus fragiles et isolées 176
3.3. Troisième phase : la résilience 179
4. Fiches acteurs 180
4.1. Classement des établissements de santé 180
4.2. Tableau de rôle des acteurs 182
5. Synthèse du plan 188
5.1. Bibliographie 191

1. Champ d'application, contexte et enjeux du plan ORSAN REB

1.1. Objet du plan ORSAN REB et intégration à la planification ORSAN

Le plan ORSAN REB a pour objet d'organiser la réponse du système de santé dès lors qu'il existe un **risque d'émergence d'une maladie infectieuse**, notamment si celle-ci a un potentiel épidémique. Il traite notamment du **rôle et des modalités de coordination des acteurs des trois secteurs de l'offre de soin** en cas de risque épidémique et biologique. Il n'a pas vocation à détailler les actions de préparation et de planification attendues de la part des différents acteurs, qui peuvent se référer à différents guides nationaux[3].

Le plan ORSAN REB s'intègre dans le dispositif régional ORSAN, piloté par l'ARS et composé de 5 plans opérationnels (MEDICO-PSY, AMAVI, NRC, REB et EPICLIM) et de 8 dispositions spécifiques transversales (DST). Ces dernières pourront être mobilisées en parallèle du plan REB (par exemple, activation de la DST EVASAN pour évacuer des patients en cas de saturation du système de santé breton du fait d'une épidémie). **Le plan ORSAN REB laissera donc en partie de côté les enjeux déjà abordés dans les DST**, notamment l'organisation de campagnes de dépistage ou de vaccinations exceptionnelles.

Contrairement au plan EPICLIM, qui vise à répondre aux tensions dans l'offre de soins notamment en cas d'épidémie saisonnière, l'objectif stratégique du plan REB est de retarder l'introduction d'un agent infectieux sur le territoire et d'en limiter la propagation.

L'établissement de santé identifié comme **établissement de santé de référence régional** (ESRR) pour la région Bretagne pour le risque épidémique et biologique est le **CHU de Rennes**. Il est par ailleurs identifié établissement de santé de référence national (ESRN) pour ce risque.

1.2. Contexte et enjeux du plan ORSAN REB

Le plan REB s'applique en cas de :

- Risque d'émergence ou réémergence d'une maladie infectieuse
- Menace bioterroriste

Les principes fondamentaux de prise en charge des patients sont en effet les mêmes, que l'agent infectieux émerge naturellement ou qu'il soit le fruit d'une diffusion intentionnelle (bioterrorisme).

---

[3] Pour les établissements de santé : Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles
Pour les établissements médico-sociaux : Guide d'aide à la préparation du plan bleu en EHPAD

Les maladies infectieuses sont dues aux 4 groupes d'agents infectieux : bactéries, virus, parasites et agents fongiques.

Les toxines d'origine animales ou végétales (ricine, toxine botulinique, entérotoxines, saxitoxines) sont assimilées aux agents chimiques et prises en charge comme tels dans le cadre du plan ORSAN NRC.

Un risque multifactoriel d'émergence ou de réémergence d'une maladie infectieuse

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), qui a publié en 2011 un rapport sur les Maladies infectieuses émergentes, identifie **4 types d'émergence** :

1. Importation sur le territoire national d'un agent émergent signalé, voire identifié à l'étranger ou dans des territoires éloignés (ex : Ebola) ;
2. Emergence sur le territoire national d'un agent jusqu'alors totalement inconnu ;
3. Emergence sur le territoire national d'un agent pathogène connu dans d'autres territoires, après introduction passée inaperçue et détection tardive ayant permis sa diffusion secondaire ;
4. Réémergence d'agents précédemment connus et jugés maîtrisés sur le territoire national (ex : rougeole).

L'émergence ou la réémergence de maladies infectieuses découle des interactions entre l'agent infectieux lui-même, l'environnement (milieux de vie, écosystèmes…) et l'hôte de la maladie. Ces phénomènes peuvent ainsi être dus ou favorisés par :

- **Des modifications de l'agent infectieux**, qui peuvent survenir aléatoirement par mutation, réassortiment de matériel génétique, transfert de matériel génétique d'une espèce à une autre…
- **Des causes environnementales** telles que la mondialisation des échanges, propice à l'importation de vecteurs d'un pays à l'autre ; le changement climatique ; les pressions sur les écosystèmes (urbanisation, déforestation) et les modifications des méthodes d'élevage, qui peuvent favoriser l'apparition de zoonoses ; les facteurs socio-économiques qui peuvent entraîner des émergences ou réémergences notamment du fait de l'insuffisance ou de la détérioration des systèmes d'assainissement ou des structures de soins, etc.
- **Des modifications de l'hôte ou des comportements et modes de vie** (modification des pratiques sexuelles, usage de drogues par voie veineuse, changements d'habitudes alimentaires, augmentation des voyages, etc.) qui peuvent affecter la susceptibilité aux infections, ou faciliter la transmission de certaines maladies infectieuses.

Les causes d'émergence ou de réémergence de maladies infectieuses sont ainsi le fruit de dynamiques complexes entre ces trois phénomènes, ce qui les rend particulièrement difficiles à prédire.

La menace bioterroriste

Le bioterrorisme, c'est à dire l'emploi illégal et volontaire d'agents biologiques infectieux ou de toxines contre des personnes ou l'environnement animal ou végétal dans un but de terreur et de désorganisation de la société, constitue un autre risque d'introduction sur le territoire d'agents infectieux à potentiel épidémique.

Si une Convention internationale de 1972 interdisant les armes biologiques[4] a été ratifiée par plus de 180 pays dans le monde et a pu faire en partie quitter ce risque du champ militaire, la menace terroriste fait persister les risques de diffusion intentionnelle d'agents pathogènes.

La peste, le charbon, la variole, la brucellose sont des exemples d'agents pouvant être utilisés dans ce cadre. Les techniques de dissémination sont variées et plusieurs méthodes mises en œuvre par des armées ou groupes terroristes ont ainsi pu être observées dans l'histoire :

- Aérosolisation (diffusion d'un agent dans les airs)
- Contamination des réseaux d'eau ou des chaînes alimentaires, transmission par des animaux infectés
- Transmission par des supports inertes (ex : poudre contenant du charbon diffusée dans des enveloppes)
- Transmission par contage interhumain (kamikaze porteur d'une pathologie contagieuse se rendant dans des lieux très fréquentés)

Les conséquences potentielles

La particularité du risque REB est que le nombre de personnes touchées sera tout d'abord contenu et l'agent infectieux sera parfois difficilement détectable, puis **le nombre de malades augmentera de manière exponentielle si la maladie n'est pas endiguée** (contrairement aux autres risques, qui entraînent une pression importante initiale, puis une décroissance du nombre de victimes à prendre en charge).

L'enjeu de montée en puissance du système de santé sur un temps prolongé est donc central dans la stratégie de réponse. Cette montée en puissance est d'autant plus nécessaire que la prise en charge des patients induit une charge importante pour le système de santé du fait de la nécessité d'isoler les personnes contagieuses, d'identifier des équipes dédiées de prise en charge, de la nécessité d'augmenter le niveau de biosécurité… Par ailleurs, il y a une probabilité élevée que les soignants soient également touchés, entraînant une double charge à la fois par la saturation de l'offre de soins et l'arrêt de travail d'une partie des soignants.

Si l'agent infectieux fait l'objet d'une diffusion épidémique, la stratégie de réponse devra être réévaluée afin de prendre en charge un nombre exponentiel de patients.

Les agents infectieux

Le degré de gravité de la menace est notamment fonction de la contagiosité (R0) et de la létalité de la maladie, en considérant que :

- **R0 :** nombre moyen de nouveaux patients contaminés générés par une personne malade dans une population « susceptible » (= non immunisée).
- **Létalité :** Nombre de malades qui décèdent.

Il est par ailleurs important de connaître l'existence éventuelle de moyens de dépistage/diagnostic, ainsi que l'existence ou non de moyens thérapeutiques et curatifs.

C'est principalement en fonction de ces critères que se base la classification[5] des agents pathogènes utilisée en France :

---

[4] Convention sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication et du stockage des armes bactériologiques (biologiques) ou à toxines et sur leur destruction

[5] Directive 2000/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 septembre 2000 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail.

- **Groupe 1 :** agent qui n'est pas susceptible de provoquer une maladie chez l'humain ;
- **Groupe 2 :** agent qui peut provoquer une maladie chez l'humain et constituer un danger pour les travailleurs ; sa propagation dans la collectivité est improbable ; il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace ;
- **Groupe 3 :** agent qui peut provoquer une maladie grave chez l'humain et constituer un danger sérieux pour les travailleurs ; il peut présenter un risque de propagation dans la collectivité, mais il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace ;
- **Groupe 4 :** agent qui provoque des maladies graves chez l'humain et constitue un danger sérieux pour les travailleurs ; il peut présenter un risque élevé de propagation dans la collectivité ; il n'existe généralement pas de prophylaxie ni de traitement efficace.

Au 24 juin 2020, date de dernière actualisation de la liste au moment de la rédaction de ce plan, 13 agents[6] sont classés dans le groupe 4 et 138 dans le groupe 3. Il est important de noter que les agents biologiques qui n'ont pas été classés dans les groupes 2 à 4 de la liste ne sont pas implicitement classés dans le groupe 1.

Cette liste peut être amenée à évoluer régulièrement en fonction de l'état des connaissances, elle est accessible au lien suivant :

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A02000L0054-20200624

Il convient par ailleurs de noter que les modes de contamination peuvent être variés d'un agent pathogène à l'autre (diffusion par contact, voie aérienne, parentérale/sanguine, orale, sexuelle).

L'identification et la connaissance de l'agent infectieux est essentielle pour endiguer l'épidémie et mettre en place des mesures adaptées. Une expertise pluridisciplinaire devra ainsi être mobilisée rapidement dès apparition de la menace.

L'exposition de la Bretagne au risque épidémique et biologique

La Bretagne connaît certaines spécificités qui peuvent l'exposer à des risques épidémiques et biologiques.

- **Zoonose :** Il s'agit de la première région d'élevage et d'abattage en France[7]. Le risque d'apparition de zoonose étant étroitement lié à la proximité des personnes avec les animaux, la Bretagne est particulièrement exposée à ce risque (influenza aviaire, influenza d'origine porcine…).
- **Point d'entrée RSI :** La géographie bretonne est par ailleurs marquée par la présence de plusieurs points d'entrée au sens du règlement sanitaire international (ports de St Malo, Roscoff, Brest et Lorient et aéroports de Brest, Dinard, Rennes et Lorient).
- **Tourisme et brassage de populations :** La Bretagne est la 6ème région de France en matière de fréquentation touristique[8], avec toutefois une part limitée de touristes

[6] Orthonairovirus de la fièvre hémorragique de Crimée-Congo, Ébolavirus (G), Marburg marburgvirus, Hénipavirus Hendra, Hénipavirus Nipah, Mammarenavirus brésilien, Mammarenavirus Chapare, Mammarenavirus Guanarito, Mammarenavirus Junin, Mammarenavirus Lassa, Mammarenavirus Lujo, Mammarenavirus Machupo, Virus de la variole (majeure et mineure).

[7] Deschamps, Linda et Kristina Frétière, Alain Maillochon, Valérie Molina, *La Bretagne : première région française pour la production et la transformation de viande*, INSEE Analyses Bretagne, n° 32, 2016.

[8] Auzet, Laurent et Dominique Tacon, Saison touristique d'été : la Bretagne, une destination très prisée en 2022, INSEE Flash Bretagne, n°89, Novembre 2022.

étrangers (INSEE). Par ailleurs, il s'agit d'une des régions avec le plus grand nombre de festivals par habitant, qui accueille tous les ans deux festivals parmi les plus fréquentés de France (les Vieilles Charrues à Carhaix et le Festival Interceltique de Lorient)[9].

1.3. Objectifs du plan ORSAN REB

Le plan ORSAN REB a pour objet de définir la réponse du système de santé dans les situations de risque d'émergence de maladie infectieuse (en particulier en cas de risque épidémique), en respectant les objectifs stratégiques suivants :

- **Assurer la prise en charge sécurisée des patients** dépendant de la nature de l'agent infectieux et de sa transmission interhumaine. Elle requiert la mobilisation des capacités de prise en charge assurant un niveau de biosécurité adapté et des compétences spécialisées régionales (établissements de santé de référence régionaux REB) et le cas échéant, nationales (établissement de santé de référence nationaux REB) ;
- **Maintenir la capacité d'agir du système de santé** (ville et établissements de santé) ;
- **D'assurer la protection des structures de soins** (établissements et services médico-sociaux, centres de santé, structures de soins de ville), **des professionnels de santé et des personnels de ces structures ;**
- **Protéger la population d'une possible contagion** par la mise en œuvre des mesures barrières populationnelles pour limiter la circulation du virus (distanciation physique et limitation des rassemblements, confinement, gestes barrières tels que le port du masque et l'hygiène des mains…) et ainsi endiguer ou freiner la propagation de la maladie.

[9] Millery, Edwige et Emmanuel Négrier , Stéphane Coursière, Cartographie nationale des festivals : entre l'éphémère et le permanent, une dynamique culturelle territoriale. Culture Etudes, 2023-2.

2. Doctrine de réponse sanitaire

2.1. Doctrine nationale de prise en charge des patients

La mission COREB nationale, équipe d'experts chargée par le ministère en charge de la santé d'assurer l'animation des services de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) des établissements de santé de référence (ESR) pour le risque épidémique et biologique, a rédigé une procédure de **prise en charge des patients suspects d'infection REB** à destination des soignants de première ligne. Cette procédure générique vise à répondre à l'objectif de prise en charge précoce du patient tout en évitant la dissémination à la collectivité de l'agent infectieux à potentiel épidémique. Elle est accessible sur le site internet de la mission nationale COREB : https://www.coreb.infectiologie.com/fr/procedure-generique.html

Cette procédure générique, déclinée en 10 points (voir ci-dessous), peut être adaptée en fonction de l'agent infectieux. Par ailleurs l'articulation chronologique entre les différents points, notamment les étapes du traitement du patient et de l'alerte, est à adapter en fonction de la situation clinico-épidémiologique et de l'agent infectieux en cause. L'ordre de chacun de ces points peut donc être modulé et certaines actions peuvent se chevaucher selon la situation. **Ces principes de prise en charge doivent faire l'objet d'une déclinaison dans les plans blancs des établissements de santé.**

1 – Dépister

Le dépistage est l'étape première et incontournable de la démarche. Ce dépistage s'appuie sur la conjonction de symptômes et d'une exposition compatibles avec le diagnostic évoqué, en cohérence avec les définitions de cas proposées par Santé Publique France (SPF) si elles sont disponibles. L'alerte des professionnels de santé et la veille épidémiologique sont par ailleurs essentielles pour favoriser le dépistage et la détection précoce des 1er cas REB.

Patient suspect = Symptomatologie compatible + Exposition compatible (critères épidémiologiques d'exposition, délai d'incubation)

2 – Protéger

Dès qu'un patient suspect a été identifié, que ce soit dans un établissement de santé, dans un cabinet de médecine libérale, ou lors d'une prise en charge à son domicile, l'urgence est de mettre en place des mesures barrières afin de protéger l'entourage, le soignant et la collectivité en général.

3 – Evaluer le contexte clinico-épidémiologique et rechercher les signes de gravité

Une fois l'environnement du patient (personnels et local) protégé par les mesures d'hygiène, il est urgent de caractériser le tableau clinico-épidémiologique, par :

- Un interrogatoire minutieux reprenant la description précise des symptômes, des circonstances d'exposition à risque et des liens épidémiologiques avec d'autres patients suspects/cas confirmés.

- Un examen clinique complet, notamment à la recherche de signes de gravité et de comorbidités.

4 – Traiter

La prise en charge thérapeutique précoce, au moins symptomatique, avec mesures de réanimation si nécessaire, est débutée sans délai pour éviter les pertes de chances. La stratégie de mise en place des mesures thérapeutiques spécifiques fait l'objet d'une évaluation et d'une discussion pluridisciplinaire.

5 – Alerter

Dès les premières étapes mises en œuvre, il est nécessaire de contacter l'infectiologue référent REB et de partager l'alerte aux autorités sanitaires (ARS), au SAMU concerné et au sein de l'établissement d'accueil (microbiologiste, hygiéniste, directeur de l'établissement…).

6 – Classer

Dans les suites de l'alerte, l'étape de classement du patient suspect est réalisée lors d'une conférence de coordination (établissement, infectiologue ESRR et CNR, SAMU, ARS/Cellule régionale de SPF …), sur la base des définitions de cas arrêtées par SPF. Cette concertation pluridisciplinaire vise à classer le patient suspect en cas possible ou cas exclu, étape indispensable devant être réalisée rapidement pour éviter une perte de chance en cas de diagnostic alternatif méconnu. Cette concertation permet également de valider l'orientation du patient et les modalités éventuelles de transport (points 7 et 8).

7 – Orienter

Tout doit être fait pour éviter qu'un patient suspect n'arrive dans un service d'accueil des urgences (SAU). Ceci ne pouvant cependant être totalement exclu, un circuit d'admission direct dédié évitant le contact avec d'autres patients, visiteurs ou personnels de l'établissement doit être prévu dans le plan blanc d'établissement. L'orientation du patient classé « cas possible » sera ensuite effectuée dans une structure habilitée à prendre en charge la pathologie REB suspectée (cf. partie 2-1-2).

8 – Transporter

Le transport du patient suspect REB, une fois classé, est sous la responsabilité organisationnelle du SAMU ou des SAMU (département de départ et d'accueil), avec information de l'ARS.

9 – Confirmer

La confirmation ou l'infirmation microbiologique du diagnostic suspecté repose sur la recherche de l'agent infectieux causal, avec ses contraintes, tout en conduisant sans retard la recherche de diagnostics alternatifs. Selon les phases de l'épidémie, les prélèvements seront envoyés au Centre National de Référence du pathogène (CNR), vers le laboratoire de l'ESRR ou d'autres laboratoires L3 ou L2.

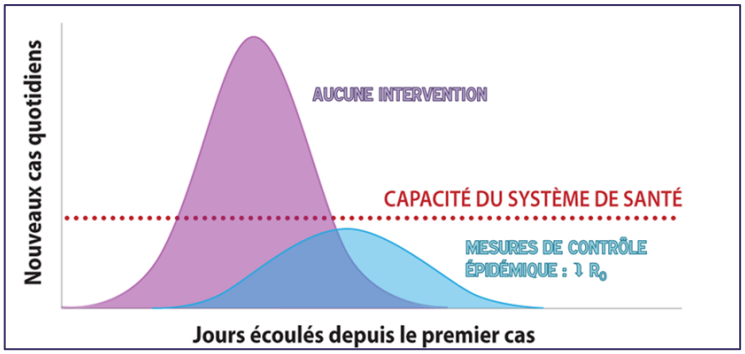
10 – Identifier et suivre les personnes contact et co-exposées

Toutes les personnes contact ou co-exposées potentielles (y compris les personnels soignants) doivent être identifiées dès le début de la prise en charge et suivies.

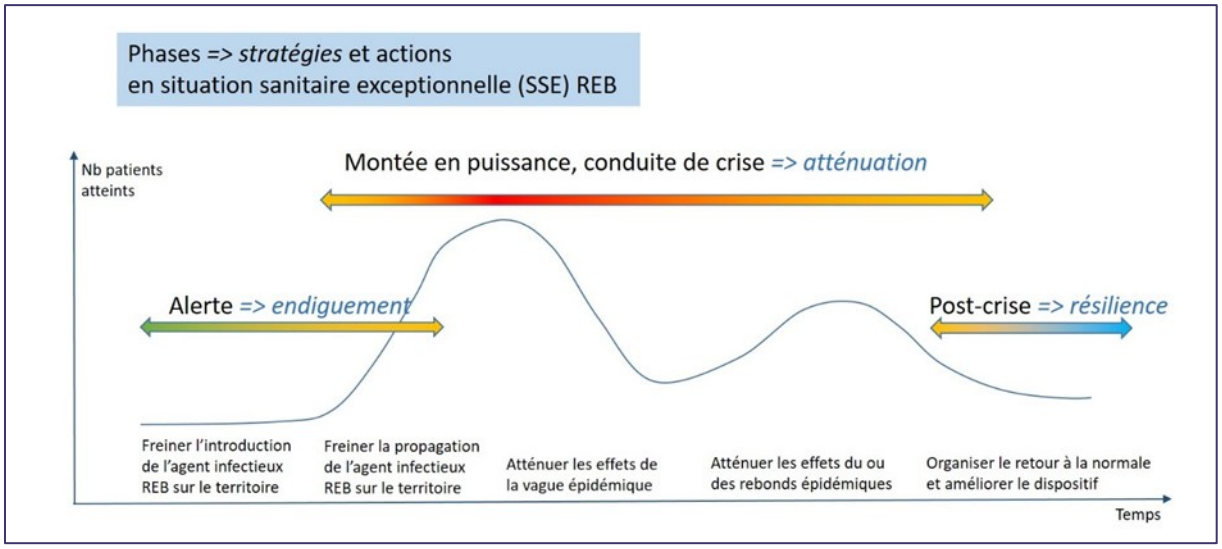
2.2. Les phases de réponse sanitaire : doctrine nationale

L'émergence d'un agent infectieux à risque épidémique peut être schématisée en **trois phases durant lesquelles sont mises en œuvre des stratégies de gestion adaptées** (introduction ou réintroduction de l'agent dans la population/dans un territoire donné, diffusion et pérennisation).

L'objectif initial en matière de santé publique sera **de freiner l'introduction puis la propagation de l'agent infectieux**, notamment pour maintenir la capacité d'agir du système de santé.



Si l'agent infectieux présente des caractéristiques permettant sa diffusion dans la population, **il s'agira alors dans un deuxième temps d'atténuer les effets de l'épidémie** à la fois sur le système de santé et dans la population, notamment en protégeant les personnes les plus fragiles.



3. Mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN REB en région Bretagne

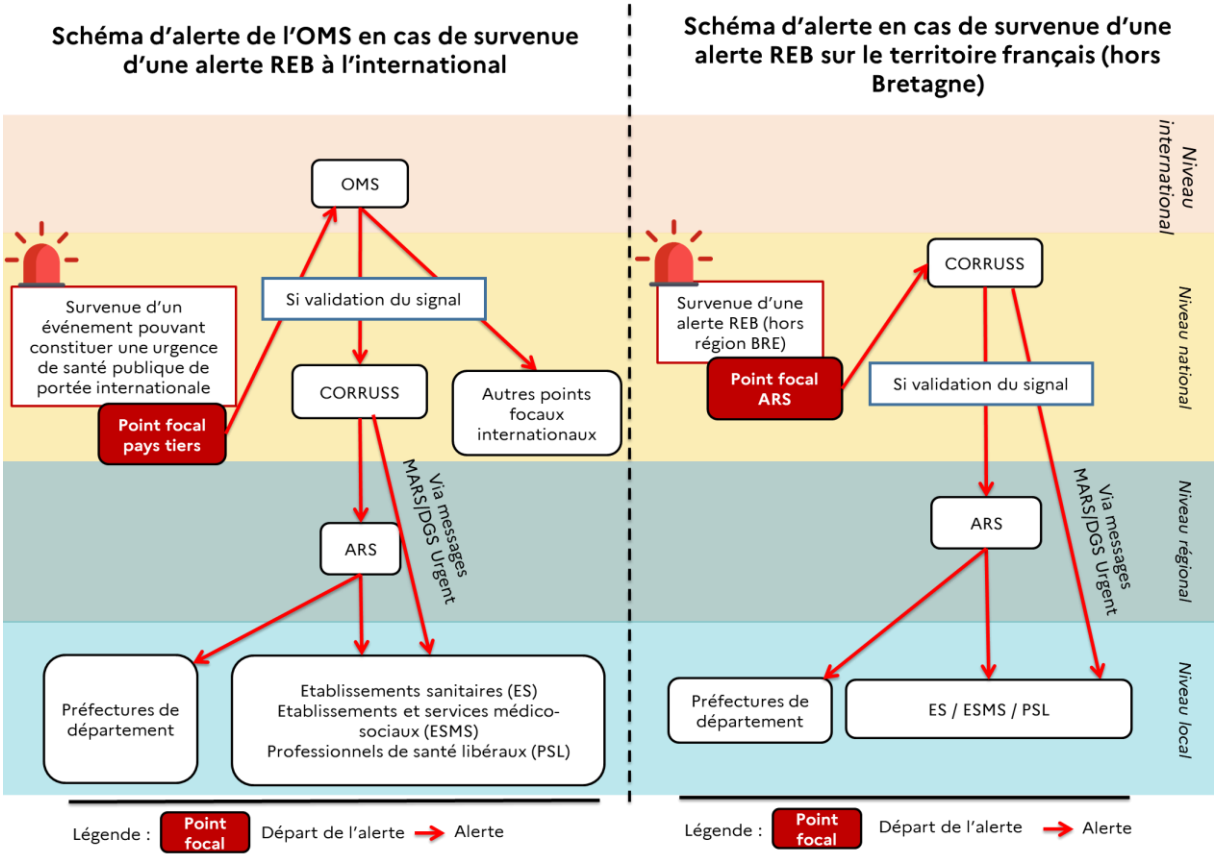
3.1. Première phase : l'endiguement

La phase d'endiguement a pour objectif d'identifier rapidement l'introduction sur le territoire d'une maladie infectieuse émergente à risque épidémique et d'en freiner sa propagation. La réponse opérationnelle s'appuie sur les établissements experts.

3.1.1. Alerter

Cas en dehors du territoire (alerte nationale ou internationale)

Le règlement sanitaire international (RSI) dispose que chaque Etat partie évalue les événements qui surviennent sur son territoire et notifie à l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), via son point focal national, tout événement pouvant constituer une urgence de santé publique internationale. Après évaluation du signalement qu'elle reçoit, l'OMS communique aux Etats parties les informations dont elle dispose et qui leurs sont nécessaires pour faire face au risque pour la santé publique.



En cas d'alerte nationale ou internationale :

- Le **CORRUSS** communique les conduites à tenir et doctrines nationales (les définitions de cas sont arrêtées par SPF) ;
- L'**ARS** précise éventuellement les déclinaisons régionales et modalités d'organisation en cas de survenue sur le territoire breton d'un cas suspect/confirmé et les communique aux établissements et professionnels de santé. Elle en informe la préfecture (autorité préfectorale et SIDPC) ;
- Les **établissements sanitaires, établissements et services médico-sociaux, professionnels de santé libéraux** mettent en œuvre les éventuelles actions de préparation, communiquent et informent les professionnels de leurs établissements des conduites à tenir en cas de survenue d'un cas suspect ou confirmé.

Survenue d'une alerte sur le territoire breton (cas suspect de pathogène de groupe 3, 4 ou inconnu)

Face à un pathogène inhabituel, l'alerte peut être émise par différents acteurs (soignant auprès du malade, infectiologue de l'ESRR, biologiste d'un établissement, CNR, etc.). **Les temps d'incertitude en matière de diagnostic et la difficulté à évaluer ou identifier un phénomène émergent peuvent retarder et bouleverser les circuits d'alerte classiques.** L'alerte et l'information rapide de tous les acteurs qui vont participer à la gestion sont toutefois essentielles pour parvenir à endiguer ou ralentir la propagation de la maladie (mise en place des mesures de contact tracing, isolement des contacts, détection précoce des autres cas, etc.).

Dès lors qu'un soignant rencontre des **difficultés à diagnostiquer une maladie infectieuse, fait face à un tableau clinique atypique, suspecte une infection due à un pathogène de groupe 3 ou 4, suspecte une maladie émergente**, l'établissement d'accueil du patient ou le soignant :

- Appelle systématiquement les infectiologues de l'ESRR (astreinte maladie infectieuse émergente au 06 xx xx xx xx, n° 7j/7 et 24/24h) ;
- Alerte l'ARS (par téléphone au 09 74 50 00 09, n° 7j/7 et 24/24h), qui organise une conférence de coordination REB (cf. p. 166) ;
- Assure le contact tracing interne à l'établissement très rapidement, pour éviter la propagation ;
- Organise l'isolement du patient et la protection des soignants.

Devront être systématique alertés, en cas d'alerte REB sur le territoire breton :

- Les équipes d'infectiologie et les biologistes de l'ESRR REB (CHU de Rennes)
- Le Centre national de référence (alerté par l'ESRR)
- L'ARS
- Le CORRUSS (alerté par l'ARS)
- La préfecture (autorité préfectorale et SIDPC) du département concerné (alertée par l'ARS)
- La cellule régionale de SPF et SPF national (alertés par l'ARS)
- Les soignants qui ont pris en charge le patient (établissements de santé, professionnels de ville, SAMU…)
- Le laboratoire qui a prélevé le patient
- La DDPP et la DRAAF en cas de zoonose (alertés par l'ARS)

Point de vigilance
L'ESRR et l'ARS veillent à l'information du laboratoire de l'ESRR tout au long de la phase d'investigation/de réflexion, notamment afin que les biologistes apportent leur appui technique et que le laboratoire se prépare à être mobilisé.

Découverte de plis, colis, contenants et substances suspectés de renfermer des agents biologiques dangereux

La prise en charge des patients n'est pas modifiée en cas d'attaque biologique suspectée ou avérée, mais les modalités d'alerte et les acteurs impliqués dans la gestion de ces situations sont susceptibles de varier en comparaison à une émergence « naturelle ».

La **Circulaire N° 750/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011** précise les conduites à tenir au niveau interministériel en cas de découverte de pli, de colis et de contenants qui sont notamment suspectés de renfermer des agents biologiques dans le cadre d'un acte délibéré, malveillant ou dû à une négligence. Plusieurs « levées de doute » peuvent ainsi être effectuées dans le cadre du traitement de l'alerte et jusqu'à l'ultime décision de fin du dispositif par l'autorité préfectorale et/ou judiciaire. Des acteurs spécifiques seront mobilisés par la préfecture/SIDPC et notamment la **cellule nationale de conseil (CNC)**, placée au sein du COGIC (Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises, sous la tutelle du ministère de l'Intérieur). Elle a un rôle d'évaluation et de conseil pour chaque événement à caractère RBC dont elle est saisie. Elle s'appuie sur des experts NRBC-E et des experts en santé publique. Elle gère et active le réseau des laboratoires Biotox-Piratox (voir fiche PZMRS FR OS LABOS NRC).

3.1.2. Modalités de prise en charge, coordination entre les établissements et transport du patient

La conférence de coordination REB

L'ARS (ou le ministère chargé de la santé selon la portée de l'alerte) organise une conférence de coordination REB avec le médecin auprès du malade, le SAMU territorialement compétent, l'infectiologue ESRR, SPF/Cellule régionale SPF dans l'objectif de :

- **Valider le classement du cas** si la définition du cas est connue (cas suspect, cas possible, cas exclu, cas confirmé) et la classe de pathogène (gr. 3 ou 4)
- **Définir la stratégie de prise en charge** (transfert ou non, déplacement d'une équipe sur place)
- **Définir la stratégie de diagnostic** du cas (type d'examens, laboratoire qui va analyser des prélèvements…) si le cas n'est pas encore confirmé
- **Définir la stratégie de contact tracing** en intra établissement et en extra établissement et la stratégie de dépistage autour du cas
- **Définir les modalités de prise en charge thérapeutique** du cas et des contacts

La conférence de coordination peut être réunie plusieurs fois, en fonction de l'évolution de l'état du patient et de la confirmation ou non du diagnostic.

Mobilisation d'une équipe spécialisée sur place

Il est possible de mobiliser des professionnels sur place, notamment en cas de cluster ou de risque de diffusion du pathogène en collectivité.

Equipe mobile de réponse rapide (régionale)

- La composition et les modalités d'intervention et de coordination de l'équipe sont définies durant la conférence de coordination, en fonction de la situation.
- L'infectiologue le plus proche du patient est informé.
- L'équipe peut comprendre des compétences en hygiène, épidémiologie, infectiologie et des professionnels assurant des prélèvements et/ou de la vaccination (voir DST Dépistage massif).
- L'intervention du SAMU pourra être requise pour l'appui logistique.

Equipe nationale REB

Il s'agit d'une équipe spécialisée et préparée à prendre en charge de manière sécurisée des patients « cas possibles » ou « confirmés » de maladie infectieuse hautement contagieuse. Elle pourra être mobilisée par le ministère en charge de la santé pour :

- Assurer la prise en charge d'un patient cas possible ou confirmé d'infection REB.
- Confirmer ou infirmer cliniquement le diagnostic, réaliser des prélèvements biologiques en articulation avec le CNR.
- Initier l'enquête épidémiologique et mettre en œuvre les mesures prophylactiques adaptées aux personnes contacts.

Orientation patient suspect (cas possible/cas probable)

L'orientation d'un patient suspect d'infection due à un pathogène de groupe 3 ou 4 ou inconnu est **définie lors de la conférence de coordination REB**. Plusieurs options sont possibles en fonction du degré de suspicion, de l'état clinique du patient et des besoins d'examen pour confirmer le diagnostic :

- Orientation vers l'ESRR REB
- Orientation vers ES de 1ère ligne ORSAN REB
- Maintien dans l'ES d'accueil
- Maintien à domicile

} Le déplacement des équipes de l'ESRR REB en appui peut être envisagé

L'objectif est d'organiser rapidement les examens en vue du diagnostic et la prise en charge thérapeutique. Tant que le diagnostic n'est pas confirmé, les mesures maximales de protection individuelles (EPI notamment) et collectives (isolement du malade…) sont conservées.

Orientation patient cas confirmé

24 à 48h sont généralement nécessaires pour obtenir un diagnostic biologique. Lors de la **phase d'endiguement**, les principes d'orientation sont les suivants :

- **Si pathogène gr. 3** : La prise en charge des patients infectés (cas confirmés) par certains agents biologiques du groupe 3 à fort potentiel contagieux (ex. MERS-CoV) est assurée par l'ESRR REB (CHU de Rennes).

  Un maintien dans l'établissement local peut être envisagé, après concertation lors de la réunion de coordination REB, et en l'absence de directive nationale contraire. Ce maintien est réalisé sous réserve de capacité de maintien en hospitalisation par l'ES d'accueil. L'infectiologue de l'ESRR peut se déplacer pour prodiguer des conseils sur la prise en charge du patient, en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) de l'établissement.

- **Si pathogène gr. 4 :** La prise en charge est assurée dans un établissement de santé de référence national (ESRN REB) par l'équipe nationale REB. Cette équipe, composée de professionnels compétents pour prendre en charge des malades potentiellement infectés par un agent infectieux comportant un risque épidémique et biologique, est positionnée dans les ESRN REB. Elle est spécialisée et préparée à prendre en charge de manière sécurisée des patients « cas possibles » ou « confirmés » de maladie infectieuse hautement contagieuse. Il s'agit de l'ancienne équipe nationale variole, dont les missions ont été élargies.

Les **établissements de santé de référence nationaux (ESRN) pour le REB** sont l'APHP (Paris), les HCL (Lyon), l'APHM (Marseille), le CHU de Bordeaux, le CHU de Rennes et le CHU de Nancy.

Organisation du transfert

Le SAMU de l'ESRR REB définit les modalités de transport intra régional et le type de vecteur, en lien avec le SAMU du département de départ.

Pour le transfert de patients cas possibles d'une infection hautement contagieuse (agent de groupe 4 ou inconnu), des housses de transport spécifiques (HTPHC – housse de transport de patients hautement contagieux ou « brancards bulles ») permettant de prendre en charge des patients cas possibles en phase d'excrétion virale importante. Dans la région, seuls les deux CHU sont détenteurs de ces systèmes d'isolement. Ces dispositifs sont des moyens tactiques, leur doctrine d'emploi et conditions d'utilisation sont donc définies dans le Plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires – PZMRS (référence fiche : FR TACT HTPHC).

- ➔ Pour une maladie hautement contagieuse, le transport est donc assuré soit par le SAMU de Brest, soit par le SAMU de Rennes.

En cas de transfert vers un ESRN, c'est l'équipe nationale REB qui assure le transport du ou des patients REB.

Pour les autres patients, dont le niveau de contagiosité est considéré comme moins élevé, le mode de transport est défini en concertation par les différents acteurs lors de la conférence de coordination REB.

Prise en charge thérapeutique

La stratégie de mise en place des mesures thérapeutiques est à **évaluer entre le médecin prenant en charge le patient et le référent REB ou médecin infectiologue de l'ESRR**. Elle peut éventuellement être évoquée lors de la conférence de coordination REB.

La gravité de la situation clinique peut justifier, pour éviter toute perte de chance, de débuter des **traitements anti-infectieux d'épreuve pour assurer la prise en charge des diagnostics alternatifs**. Dans ces cas, une concertation pluridisciplinaire peut être nécessaire (infectiologues et réanimateurs en charge du patient, microbiologistes, pharmaciens, autorités de santé, etc.).

Le traitement curatif étiologique selon l'agent REB n'est pas toujours disponible ou validé, et des **traitements expérimentaux ou à prescription restreinte** peuvent avoir leur place.

3.1.3. Diagnostic

La DST dépistage massif expose les stratégies et le rôle des acteurs pour le dépistage de pathogènes de groupe 2 ou 3, notamment en cas d'organisation de dépistage massif.

Qui prélève ? Faut-il déplacer le patient ou les préleveurs ?

En cas de suspicion de pathogène de Groupe 4 ou de pathogène inconnu, et en l'absence de directive nationale, la stratégie de dépistage sera décidée lors de la conférence de coordination REB. Il s'agira de décider s'il faut déplacer le patient ou les préleveurs et qui prélève, en fonction :

- De l'intensité de la suspicion
- Du type de pathogène suspecté
- De la symptomatologie (et du besoin de soin ou non du patient)

Qui analyse ?

Le prélèvement est acheminé au laboratoire de sécurité microbiologique de niveau L3 de l'ESRR ou vers un laboratoire de niveau L4.

Tout transport de matériels biologiques potentiellement infectieux demeure sous l'entière responsabilité de l'expéditeur, selon les normes en vigueur (informations sur les normes de transport des différentes classes d'agents infectieux disponibles sur les sites de la Société française de microbiologie, de SPF et de l'Institut Pasteur).

Rendu du résultat

En phase d'endiguement, si le résultat est positif, le signalement devra être réalisé via le portail national des signalements (https://signalement.social-sante.gouv.fr/) par le clinicien ou microbiologiste. L'ensemble des acteurs à alerter en cas d'alerte REB sur le territoire (cf. page 165 du plan) devront être alertés. Le circuit de transmission des résultats sera revu lors de la phase d'atténuation (cf. page 172).

Si le résultat est négatif et que l'alerte concernant la suspicion avait été transmise à l'ARS ainsi qu'à d'autres acteurs, ces derniers devront être informés du résultat négatif (par mail).

Autres examens nécessaires au diagnostic

La possibilité de réaliser ou de ne pas réaliser d'autres examens est évaluée lors de la conférence de coordination en fonction du risque de contamination.

3.1.4. Prévention et protection du système de santé et de la population

Favoriser le repérage précoce et le dépistage des cas suspects

Afin de mettre en œuvre rapidement les mesures permettant de limiter ou d'enrayer l'introduction d'une pathologie infectieuse émergente ou ré-émergente, le système sanitaire doit être en capacité de déceler de façon réactive la survenue des cas.

Afin de permettre la détection précoce des cas suspects, **l'ARS, appuyée par l'expertise de l'ESRR et de la cellule régionale de SPF** pour élaborer les messages (symptômes spécifiques, modalités de classement des patients, mesures de biosécurité éventuelles…), **organise rapidement une communication aux différents secteurs de l'offre de soin :**

- Vers les **professionnels de santé libéraux** via les conseils de l'ordre, URPS, CPTS, DAC, qui assurent ensuite une transmission aux professionnels
- Vers les **transporteurs sanitaires privés**
- Vers les **établissements de santé et SAMU**
- Vers les **établissements et services médico-sociaux,** en lien avec le CPIAS (Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins). Les IDE hygiénistes et équipes opérationnelles d'hygiène peuvent être mobilisées par le CPIAS, à la demande de l'ARS, pour informer les professionnels sur les conduites à tenir.

Le ministère chargé de la santé peut également réaliser une communication vers les professionnels via les messages MARS (ES et EMS) et DGS Urgents (professionnels de santé libéraux).

En lien avec la préfecture, une communication peut être prévue par l'ARS dans les **points d'entrée RSI** (ports et aéroports avec liaisons internationales) pour encourager au dépistage et/ou à l'auto-surveillance des symptômes, notamment en cas de circulation importante d'un pathogène à l'international.

La **communication grand public** est réalisée après aval du ministère en charge de la santé et à partir des éléments de langage de SPF.

Organisation du contact tracing et détection des clusters

Les **définitions de cas et de contacts** sont arrêtées par SPF et transmises aux ARS et ES/EMS/PSL via la DGS ou l'ARS. Le contact tracing, l'identification de l'origine de la contamination et le suivi des cas sont primordiaux pour éviter la dissémination de la maladie.

Le contact tracing est **coordonné par l'ARS**. Il est réalisé en lien avec l'ESRR et la Cellule régionale de SPF (ou avec l'appui de la DGS/SPF selon la gravité potentielle). Le tracing intra-établissement est réalisé par **l'EOH,** qui peut solliciter un appui du CPIAS.

Il est primordial de compter les différents cas, notamment pour suivre l'importance de l'épidémie. Au niveau régional, un **suivi coordonné des cas** (possibles/probables/confirmés) est mis en place par la cellule régionale de SPF et l'ARS. La cellule régionale de SPF assure un suivi épidémiologique et caractérise les cas au début de l'épidémie.

Gestion des cas groupés

Dès la survenue des premiers cas en collectivité ou dès identification des populations les plus à risque d'être contaminées, **l'ARS informe et mobilise les professionnels dans les collectivités sensibles** identifiées, afin d'éviter la survenue de cas groupés dans ces collectivités (ex : écoles, établissements médico-sociaux, centres pénitentiaires, centres d'accueil des demandeurs d'asile, etc.).

Suivre et modéliser l'épidémie pour anticiper et éclairer la prise de décision

La phase d'endiguement peut se caractériser par de **nombreuses incertitudes**, d'autant plus si les caractéristiques de la maladie sont inconnues. La prise de décision peut être complexe durant cette période, car la gravité de la maladie et ses conséquences potentielles sont difficilement évaluables.

L'ARS doit pouvoir apporter des conseils et une expertise aux préfets, pour les aider dans leur prise de décision. Le suivi qu'elle effectue doit également lui permettre d'anticiper sur l'évolution de l'épidémie et de déclencher ou non le passage à la phase d'atténuation.

Elle pourra s'appuyer sur les expertises de la cellule régionale de SPF et de l'ESRR pour apporter des éléments de **caractérisation de la maladie** (temps d'incubation, modalité de transmission, létalité…). La DDPP et la DRAAF pourront également être sollicitées pour apporter leur expertise en cas de zoonose.

Plusieurs indicateurs pourront par ailleurs être suivis régionalement par l'ARS, en lien avec la cellule régionale de SPF et l'ESRR, afin d'**éclairer la prise de décision pour le directeur général de l'ARS et les préfets** : évolution du nombre de cas, taux d'hospitalisation, temps moyen d'hospitalisation, modélisation du nombre de patients à prendre en charge en milieu hospitalier, seuils de rupture des capacités de prise en charge des patients (lits, ressources humaines, matériels, médicaments, etc.), etc.

Certains de ces indicateurs pourront également être suivis en intra-établissement, afin de faciliter les prises de décisions des cellules de crises hospitalières.

3.2. Deuxième phase : l'atténuation

Cette phase est déclenchée dès lors que l'agent infectieux fait l'objet d'une diffusion épidémique. L'objectif est d'atténuer les effets de l'épidémie par la **mise en œuvre de mesures barrières populationnelles pour limiter la circulation du virus et protéger les personnes fragiles**, tout en assurant la prise en charge des patients atteints par des formes sévères et graves. Cette phase se caractérise notamment par un **élargissement des capacités de prise en charge des patients positifs**. La réflexion sur le retour à la normale et la levée des mesures exceptionnelles devra être entamée dès le déclenchement de la phase d'atténuation (cf. 3.3 Troisième phase : La résilience).

La montée en puissance du dépistage et de la vaccination sont décrites respectivement dans les **DST Dépistage massif** et **DST vaccination**.

3.2.1. Former les professionnels pour se préparer à une montée en puissance du système de santé

Le **module 10 de l'AFGSU SSE** (Prise en charge des patients suspects d'infection liée à un risque épidémique et biologique et protection de la collectivité en établissement de santé) constitue la formation de base pour les professionnels de santé en cas de SSE REB. Le plan pluriannuel régional de formation aux SSE vise à anticiper les besoins de formation des professionnels sur les risques majeurs, dont le REB.

Dès le départ de la phase d'atténuation, il est nécessaire de **préparer le transfert de compétences** vers des professionnels supplémentaires, afin que les possibilités de prises en charge des patients, notamment peu symptomatiques, soient élargies. Les professionnels concernés peuvent être les professionnels des ES de niveau 1, 2 ou 3, des HAD, les professionnels du secteur de la ville ou d'établissements médico-sociaux… **Les besoins de formation devront être identifiés en lien avec les représentants des différents secteurs de l'offre de soin**.

Organisation des formations

L'ESRR sera mobilisé en priorité pour piloter la formation des professionnels au niveau régional. Il pourra travailler en lien avec l'EHESP qui produit des modules de formation et capsules vidéo sous pilotage national (https://formation.sse.ehesp.fr/).

Afin que les formations soient accessibles à un plus grand nombre, et pour toucher les professionnels de ville et les ESMS, des modules de formations à distance devront être prévus.

Structures de formation mobilisables

Dans une logique de subsidiarité, les **structures assurant déjà des formations au quotidien** pourront être mobilisées : CESU, CPIAS, EOH, IFSI, IDE hygiénistes pour les formations des professionnels des EHPAD, universités, etc. Les associations agréées de sécurité civile peuvent par ailleurs participer à la montée en puissance des formations sur certaines thématiques.

3.2.2. Organiser la prise en charge d'un nombre croissant de cas positifs par une réorganisation éventuelle des circuits de prise en charge

Redéfinir les circuits de prise en charge

La phase d'atténuation peut marquer un changement dans les stratégies de prise en charge des patients (selon le niveau de circulation de la maladie et le niveau de saturation des hôpitaux). **C'est l'état du malade qui oriente la filière de prise en charge :**

- **Patients atteints par des formes sévères et graves :** prise en charge dans l'**ESRR REB**, les **établissements de santé de première ligne** et le cas échéant, de **deuxième ligne**.
- Formes mineures et modérées/patients stabilisés avec, selon l'état du patient et selon la saturation du système de santé :
  - Prise en charge dans les **ES de 2è ligne REB**
  - Prise en charge dans les **ES de posture minimale REB (dont SSR)**
  - Prise en charge en **médecine de ville**
  - Prise en charge à **domicile** (télémédecine, distribution d'oxygène, de saturomètres…), en mobilisant médecins généralistes, cabinets infirmiers, HAD, établissements de santé. Des **applications smartphone** peuvent utilement être mises en place par les établissements de santé pour suivre les patients atteints de formes modérées ou les patients de retour à domicile (ex : mise en place de l'application MyCHU par le CHU de Rennes ou d'une application de suivi des retours à domicile par l'AP-HP durant la pandémie de covid-19).

Le classement des établissements de santé est disponible en annexe, page 362.

Point de vigilance
Afin d'assurer le maintien de l'activité courante de soin et de limiter les pertes de chance, des critères de gravité des malades devront rapidement être définis pour orienter les patients dans les filières de prise en charge les plus adéquates et appropriées (soins intensifs, ambulatoire, prise en charge en médecine de ville…), dans un principe de juste soin.

De nouvelles stratégies de répartition des patients entre établissements peuvent également être mises en place, sous pilotage de l'ARS :

- Mobilisation des cliniques privées pour la prise en charge de la chirurgie et de certaines activités du public déprogrammées
- Mobilisation des établissements publics pour prendre en charge les patients atteints de formes sévères et graves

Des transferts de professionnels entre établissements publics et privés peuvent également être engagés pour appuyer ces nouvelles stratégies de répartition des patients. Les modalités sont définies dans la DST ressources humaines.

Assurer une montée en puissance des capacités de prise en charge des malades

L'ensemble des établissements de santé devra progressivement organiser la montée en puissance de ses capacités de prise en charge des malades. L'enjeu sera d'inscrire cette mobilisation dans la durée en limitant les pertes de chances pour les patients « courants ». Plusieurs leviers peuvent ainsi être activés.

Montée en puissance des services

Selon les capacités locales, et en lien avec l'ARS, les établissements devront organiser l'ouverture d'unités supplémentaires, l'ouverture de services éphémères, ou des réorganisations internes (unités mixtes, circuits dédiés). Le plan blanc de chaque ES doit prévoir des capacités de montée en puissance pour chaque composante de l'établissement (ex : salle de régulation bis du SAMU). La DST soins critiques traite par ailleurs spécifiquement des modalités de montée en puissance des soins critiques.

Renforts humains

Des étudiants, retraités, soignants libéraux, vétérinaires, etc. peuvent être mobilisés en renfort des établissements de santé. Les modalités de leur mobilisation sont précisées dans la DST ressources humaines.

Déprogrammations

Afin d'augmenter le nombre de lits et de professionnels affectés à la gestion de l'épidémie, des déprogrammations pourront être organisées de manière graduelle et en fonction de la circulation épidémique. Dans l'objectif de réduire au maximum les pertes de chances, les décisions de déprogrammations devront respecter les principes suivants :

- **Les déprogrammations devront être graduelles :** Les déprogrammations devront s'organiser en paliers avec plusieurs niveaux, en fonction de la circulation épidémique et de la saturation des établissements. Il conviendra de ne pas déprogrammer si ce n'est pas nécessaire.
- **Certaines filières devront être préservées :** Certaines filières sensibles devront être préservées ou réactivées le plus rapidement possible (cancérologie, soins palliatifs…). Les patients pourront être transférés vers le privé en tant que de besoin, pour libérer des places dans les établissements publics.
- **Les décisions de déprogrammation devront être autant que possible basées sur des indicateurs objectifs :**
    - Mise en place de circuits de décision rapides et souples pour décider des déprogrammations et reprogrammations et s'adapter au mieux et le plus rapidement possible à l'évolution de l'épidémie ;

- Mise en place d'indicateurs pour éclairer les prises de décision (taux de saturation des services, niveau de circulation épidémique, nombre de personnels…) ;
- La réflexion sur les seuils et modalités de déprogrammation devra être collective, en incluant les professionnels de proximité qui pourront assurer une évaluation bénéfice-risque selon les problématiques spécifiques de leurs patients.

- Si un établissement rencontre des difficultés, et afin de répartir l'effort sur le territoire, **les plans de continuité d'activité territoriaux (PCAT) pourront être activés par l'ARS.**

Transférer les patients en cas de saturation

En cas de dépassement ou de risque de dépassement des capacités d'un ou plusieurs établissements de santé, la cellule de crise de l'ARS pourra recenser les besoins et **organiser les transferts de patients au sein de la région**, en lien avec les établissements de santé et les SAMU. Si la saturation impacte les soins critiques, elle s'appuiera sur le dispositif spécifique régional (DSR) de soins critiques (voir DST soins critiques).

Si le risque de dépassement concerne l'ensemble des capacités de la région, **l'ARS alerte l'ARS de Zone et le ministère chargé de la santé** (CORRUSS). L'organisation de transferts extrarégionaux pourra être envisagée en lien avec ces acteurs. Les modalités d'organisation et de coordination des différents acteurs sont définies dans la **DST EVASAN**.

Assurer la coordination du système de santé

L'ARS assure le pilotage et la coordination du système de santé. Des réunions territoriales et/ou régionales peuvent être mises en place à échéances régulières pour diffuser de l'information aux acteurs des trois secteurs de l'offre de soin et pour que ces derniers remontent leurs difficultés. L'ARS devra **s'appuyer sur des têtes de réseaux** (ESRR, fédérations, GHT, URPS, CPTS, CPIAS, CRATB, structure régionale d'appui à la qualité et la sécurité des soins, filières gériatriques…) pour démultiplier les sources d'informations et d'accompagnement.

L'ARS transmet également des points de situations réguliers au CORRUSS et aux préfectures impactées, et les alerte en cas de difficultés (dépassement des capacités de prise en charge…).

3.2.3. Organiser la montée en puissance logistique

L'augmentation du nombre de patients et la montée en puissance du secteur sanitaire pour prendre en charge les malades devra s'accompagner d'une montée en puissance des capacités logistiques (distribution d'EPI, de médicaments, de vaccins, etc.). Les **grossistes répartiteurs** sont à mobiliser en première intention.

Des commandes groupées pourront être organisées. Des **plateformes logistiques** devront ainsi être mises en place et les **établissements support de GHT** pourront être mobilisés pour les commandes (via le RESAH) et distributions aux ES, EMS… L'ARS pourra par ailleurs s'appuyer sur les **CPTS** pour la commande et distribution de matériels aux professionnels de santé libéraux. Les lieux de stockage de produits et matériels de santé pouvant être mobilisés sont précisés, selon leurs conditions de conservation, dans la DST accueil des renforts extra-

régionaux. Elle devra veiller à définir des critères régionaux de distribution de matériels cohérents et justes en fonction des besoins.

La distribution des **moyens stratégiques relevant du stock d'État** est coordonnée par SPF en lien avec l'ARS, qui indiquera les établissements receveurs. La mise en œuvre logistique est assurée par SPF et les établissements de santé destinataires. La constitution des stocks stratégiques d'Etat et le nombre de matériels/médicaments disponibles sont des données classifiées.

3.2.4. Diminuer la circulation de l'agent pathogène dans la population et protéger les populations les plus fragiles et isolées

Le préalable à la mise en place de campagnes d'information, de dépistage, de vaccination… est d'identifier :

- Les **modalités de transmission** de la maladie (maladie sexuellement transmissible, maladie vectorielle, etc.) ;
- Et les **populations qui y sont les plus exposées**, en identifiant les populations les plus à risques de développer la maladie et les populations les plus à risque de développer des formes graves (ex : patients immunodéprimés, personnes âgées, précaires…).

L'ARS assure cette évaluation en lien avec la Cellule régionale de SPF et éventuellement d'autres partenaires, selon la maladie.

Adapter le contact tracing à l'évolution de l'épidémie, élargir le dépistage, vacciner la population cible

L'augmentation du nombre de cas positifs devra entraîner dans un premier temps un **renforcement des capacités de contact tracing** (mobilisation d'agents de l'ARS de services extérieurs à la veille sanitaire, renforts humains, mobilisation de la CPAM…).

Le contact tracing vise avant tout à empêcher la propagation d'un foyer épidémique et à circonscrire la maladie. La **stratégie de tracing pourra donc être ré-évaluée dans un second temps** par l'ARS, en lien avec la cellule régionale de SPF, si la circulation épidémique dépasse un certain seuil (dans le respect des directives du ministère chargé de la santé).

La diffusion de la maladie dans la population pourra par ailleurs nécessiter d'élargir le dépistage ou d'organiser des campagnes de vaccination. Ces stratégies sont définies dans les **DST Dépistage massif** et **DST vaccination**. Le circuit de rendu des résultats de diagnostic prévu dans la phase d'endiguement devra être adapté lors de la phase d'atténuation, en lien avec les différents acteurs (mise en place d'un outil en ligne de rendu des résultats, création d'une procédure…). Les situations atypiques ou les résultats de séquençage indiquant des nouveaux variants ou des variants circulant peu devront être signalés à l'ARS.

Informer les partenaires de l'ARS et les personnes à risque

Au sein de la population exposée, il conviendra par ailleurs d'identifier les populations les plus éloignées du soin et les associations et organisations relais auprès de ces personnes.

Dès la caractérisation de la maladie et l'identification des populations les plus exposées, **l'ARS informe ses partenaires relais,** qui interviennent auprès des populations identifiées comme plus exposées ou plus à risque, afin de sensibiliser ces dernières et les professionnels qui interviennent auprès d'elles. Pourront par exemple être sollicités, selon le mode de transmission et les populations exposées :

- Le CPIAS
- Les CEGIDD et le COREVIH (santé sexuelle)
- Les centres publics de vaccination
- La fédération des acteurs de la solidarité
- Les centres de lutte contre la tuberculose
- Etc.

Mettre en place des campagnes de communication, de médiation ou d'aller vers

La stratégie à mettre en œuvre en matière de campagne d'information et de communication ainsi que l'organisation d'actions de médiation ou d'aller-vers, devra **cibler prioritairement les populations identifiées comme les plus exposées à la maladie et les plus éloignées du soin**. Les données épidémiologiques fournies par la cellule régionale de SPF et la caractérisation scientifique de la maladie permettront ainsi de définir les populations cibles de ces campagnes.

Plusieurs actions pourront être mis en œuvre :

- **Campagnes larges d'information** via les réseaux sociaux, médias locaux, affiches… à partir des éléments de langage et de communication fournis par le ministère chargé de la santé et/ou SPF.
- **Diffusion d'informations sur le site internet de l'ARS**, afin de fournir des informations fiables et vérifiées au grand public (foire aux questions, conseils de protection, conduites à tenir en cas de symptômes, contacts utiles, modalités de dépistage ou de vaccination, etc.).
- Mise en place par l'ARS d'un **numéro vert** pour répondre aux questions de la population.
- **Mobilisation d'équipes mobiles de médiation et/ou de dépistage et de vaccination**. Les associations agréées de sécurité civile pourront notamment être mobilisées pour constituer ces équipes.
- **Mobilisation de relais locaux** pour diffuser de l'information et des consignes de prévention : soignants de proximité (pharmaciens, médecins généralistes, IDE à domicile…), associations, médiateurs de quartier, etc.

Les collectivités territoriales pourront être impliquées pour la construction de ces campagnes d'information et médiation.

Les structures de formations mentionnées plus haut (3.2.1 Former les professionnels pour se préparer à une montée en puissance du système de santé) pourront être mobilisées pour assurer la formation des équipes mobiles ou des relais locaux.

Organiser l'hébergement des personnes positives sans domicile ou qui ne peuvent s'isoler

Si la maladie nécessite un isolement du malade, l'augmentation du nombre de cas, et la prise en charge à domicile de certains patients atteints de formes modérées, pourra entraîner des **difficultés pour certains malades ou personnes contacts à s'isoler** (personnes vivant en collectivité, personnes sans domicile fixe, famille ou foyers dont le logement n'est pas compatible avec l'isolement d'une partie des membres, etc.).

Selon l'évènement et les consignes nationales, des **hébergements pourront être mis en place par les DDETS ou les préfectures**. L'ARS sera mobilisée pour organiser la prise en charge sanitaire des personnes hébergées, en lien avec différents opérateurs sanitaires (HAD, cabinets IDE…).

Définir les modalités de gestion des cas dans les collectivités sensibles et identifier les contacts

Les **modalités de gestion des cas en collectivité devront être définies** (à partir des directives du ministère chargé de la santé) et transmises par l'ARS aux collectivités concernées, ou aux services de l'Etat tutelles des collectivités concernées. Les conditions de coopérations entre ces collectivités et l'ARS, notamment pour réaliser le contact-tracing, pourront par ailleurs être définies. Les points de contact des établissements, notamment de leurs services de santé pour ceux qui en disposent, devront être transmis à l'ARS.

Les établissements suivants, s'ils accueillent des populations susceptibles d'être infectées, pourront notamment faire l'objet de conduites à tenir spécifiques et de protocoles particuliers de gestion des cas, en lien avec l'ARS :

- Etablissements médico-sociaux, en distinguant les établissements pour personnes âgées (EHPAD et résidences autonomie) et les différents types d'établissements pour personnes handicapées (accueil de jour et hébergement) ainsi que les habitats partagés (lien ARS/Conseils Départementaux)
- Etablissements pénitentiaires (lien ARS/DISP)
- Centres de rétention administrative, centres d'accueil et structures d'hébergement pour demandeurs d'asile (lien ARS/préfectures)
- Centre d'hébergement pour personnes sans domicile fixe (lien ARS/DDETS)
- Aide sociale à l'enfance (lien ARS/Conseils départementaux)
- Education nationale et enseignement supérieur (lien ARS/Rectorat)
- Crèches et établissements d'accueil de jeunes enfants (lien ARS/PMI et Conseils départementaux)
- Autres établissements susceptibles d'accueillir une population fragile ou particulièrement touchée par l'épidémie
- Etc.

En cas de circulation importante du pathogène ou de survenue d'un foyer épidémique dans une collectivité, **des mesures de contrôle pourront également être prises en lien avec les préfectures** de département (ex : arrêté de fermeture d'une collectivité, d'une entreprise…).

3.3. Troisième phase : la résilience

La stratégie de résilience a pour objectif de maintenir l'effort de mobilisation dans la durée, **organiser la reprise des activités, tout en anticipant la survenue d'un rebond épidémique**. Ce suivi prend appui sur les directives nationales, l'organisation de réunions territoriales et le suivi des indicateurs épidémiologiques.

Organiser la levée progressive du plan ORSAN REB

Les modalités et critères de levée du plan et de levée des mesures exceptionnelles mises en œuvre par le système de santé devront être définies par l'ARS en lien avec différents acteurs, dès l'enclenchement de la phase d'atténuation :

- Déterminer les circuits de décision et de suspension des mesures d'exception
- Déterminer les modalités de reprogrammation des activités, en lien avec les établissements de santé
- Définir des indicateurs d'alerte en cas de rebond épidémique et leurs modalités de suivi, en lien avec la cellule régionale de SPF.

Par ailleurs, les réunions territoriales/régionales organisées par l'ARS pourront tout d'abord être espacées dans le temps, puis levées.

Un plan d'action pourra être mis en place par l'ARS en lien avec les opérateurs de soins pour organiser les rattrapages de consultations, de dépistage, de vaccination… au niveau de la région.

Poursuivre la prise en charge des patients et se préparer aux éventuels rebonds épidémiques

L'ARS organisera, conformément aux directives nationales et en lien avec l'ESRR, la cellule régionale de SPF, les ES et les acteurs principalement impliqués dans la gestion de l'épidémie, **la mise en place de** :

- L'adaptation de la stratégie de contact tracing et de prise en charge des patients.
- Le transfert progressif de la gestion de la maladie infectieuse émergente vers le droit commun quand la situation épidémique le permet et le justifie.
- L'organisation de la prise en charge d'éventuelles pathologies induites et du suivi au long cours des patients REB.
- L'adaptation du système de santé à la possibilité d'une circulation active de l'agent infectieux REB dans la population et préparation aux rebonds épidémiques.
- L'organisation du maintien des compétences et des vigilances.

Organiser les retours d'expérience

Le retour d'expérience (RETEX) doit être enclenché lors de la phase de retour à la normale. Il doit s'appuyer sur une analyse méthodologique de l'événement, à partir des données et témoignages des parties prenantes. Il met en lumière les actions vertueuses ainsi que les lacunes constatées dans la gestion de l'événement, afin de tirer des enseignements à capitaliser

et proposer des améliorations à mettre en œuvre (plan d'action) pour les situations d'urgence futures.

Les parties prenantes de la gestion de crise sont encouragées à organiser des RETEX internes. Elles devront veiller à enregistrer et archiver, au cours de la gestion de crise, l'ensemble des documents qui pourront être utiles à la rédaction du RETEX.

L'ARS organise le RETEX sanitaire régional en lien avec les parties prenantes, pour rédaction d'un plan d'action et modifications éventuelles du plan ORSAN REB. Elle en informe les préfectures concernées et participe, sur sollicitation, aux RETEX préfectoraux.

4. Fiches acteurs

4.1. Classement des établissements de santé

Le classement de chacun des établissements de santé bretons par plan ORSAN est disponible en annexe page 362 et la cartographie page 182.

ETABLISSEMENTS DE 1ERE LIGNE EXPERTS

- **Capacités requises** : Il s'agit des établissements disposant d'une autorisation de structure des urgences, d'une unité d'infectiologie avec une capacité d'isolement des patients, 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 de première ligne sont en capacité de prendre en charge des patients infectés par des agents biologiques de classe 1, 2, 3 ou 4.
- **Missions :**
    - 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 la prise en charge adaptée de patients contaminés en phase épidémique (mise en place de secteurs dédiés, etc.) ;
    - Assurer la prise en charge complète des patients confirmés en mettant en œuvre les mesures d'isolement adéquates pour éviter des transferts de contamination.

ETABLISSEMENTS DE 1ERE LIGNE

- **Capacités 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.

- **Missions :**
    - 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.).

ETABLISSEMENTS DE 2EME 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.
- **Missions :**
    - 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.

ETABLISSEMENTS DE POSTURE MINIMALE

Les établissements sanitaires, qui ne jouent pas de rôle prédéterminé dans ORSAN (ni première ligne ni deuxième ligne), devront néanmoins être en capacité d'accueillir des victimes spontanées d'un événement se déroulant à proximité et pourront être mobilisés autant que de besoin pour dégager des lits et places pour les établissements de première ligne ou seconde ligne.

Carte 10 : Classification des établissements de santé pour le plan REB

4.2. Tableau de rôle des acteurs

	Endiguement	Atténuation	Résilience
ARS	• Diffuser des informations aux acteurs du système de santé (informations sur le pathogène, consignes de protection, définition de cas, rappel des circuits d'alerte…), les alerter le cas échéant. • Participer à la communication grand public (notamment élaboration des EDL), en lien avec la préfecture. • En anticipation : Identifier les points d'attention et les seuils de rupture du territoire, en lien avec la cellule régionale de SPF et l'ESRR. + en cas de survenue d'un cas possible/probable en région : • Alerter le CORRUSS, l'ESRR (infectiologue, direction, laboratoire), la cellule régionale de SPF. • Organiser une conférence de coordination REB. • Coordonner le contact tracing des cas et identifier les clusters. • Suivre les cas possibles/probables/confirmés en lien avec la cellule régionale de SPF et relayer régulièrement l'information au CORRUSS. • Organiser des renforts internes ARS et déclencher la PVUS-R ou la CRAPS si besoin, et mobiliser une cellule anticipation.	• Coordonner et organiser, en lien avec l'ESRR, des formations et webinaires à destination des professionnels. • Redéfinir les stratégies d'orientation des patients en lien avec l'ESRR et les ES du territoire (et conformément aux consignes nationales), mobiliser les ES de 1ère, 2ème ligne et posture minimale et assurer une coordination du système de santé (ex : organisation de réunions territoriales). • Appuyer les établissements en difficulté et organiser la solidarité territoriale en activant les plans de continuité d'activité territoriaux le cas échéant. • Mobiliser les professionnels de ville pour la prise en charge des patients atteints de formes mineures/modérées. • Mobiliser des renforts humains (réserve sanitaire) et coordonner leur répartition. • Organiser la montée en puissance du contact-tracing. • Organiser la stratégie vaccinale et de dépistage (mobilisation DST vaccination et DST dépistage massif). • Organiser des actions de communication, médiation, aller-vers à destination des	• Lever l'alerte progressivement et décider, en lien avec les opérateurs de soin, de la levée des mesures exceptionnelles. • Désengager graduellement l'organisation de crise interne mise en place. • Organiser un plan d'action de rattrapage des actes de soin, de dépistage, etc. retardés par la crise. • Organiser le retour d'expérience en collaboration avec les acteurs impliqués. • Définir les modalités de gestion de la maladie vers le droit commun, en lien avec l'ESRR et la cellule régionale de SPF.

	• En fonction du suivi des points de rupture, activer la phase d'atténuation. **Niveau zonal :** • Solliciter les ARS de la ZDO pour fourniture de renforts éventuels. • Mettre en œuvre le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZMRS).	populations les plus exposées à la maladie et/ou éloignées du soin. • Anticiper le passage à la phase de résilience (définition des modalités, critères…) en lien avec les partenaires. **Niveau zonal :** • Activer la CZA. • Appuyer les ARS de la zone, le cas échéant, en coordonnant les renforts.	**Niveau zonal :** • Désengager graduellement l'organisation de crise interne mise en place. • Participer au RETEX de la préfecture de zone et des ARS.
Cellule régionale de SPF	• Apporter une expertise technique à l'ARS, notamment en anticipation des premiers cas et dans le processus de passage à la phase d'atténuation. • Participer à la conférence de coordination REB et apporter un appui technique sur le classement du cas et la stratégie de prise en charge. • Assurer le suivi des premiers cas en lien avec l'ARS. • Appuyer l'ARS pour le contact tracing des cas. • Caractériser les cas positifs.	• Assurer le suivi épidémiologique pour la région. • Assurer un appui technique en tant que de besoin. • Participer aux réflexions sur l'anticipation du passage à la phase de résilience.	• Définir des indicateurs d'alerte en cas de rebond épidémique et leurs modalités de suivi, en lien avec l'ARS. • Définir les modalités de gestion de la maladie vers le droit commun, en lien avec l'ARS.
SAMU territorialement impacté	• Alerter l'ARS et l'ESRR en cas de survenue d'un cas possible/probable. • Participer à la conférence de coordination REB. • Transporter les patients suspects ou organiser les éventuels transports/transferts de patients vers l'ESRR ou l'ESRN, en lien avec le SAMU ESRR. • Se préparer à la gestion des appels en lien avec le risque REB et à la montée en puissance du CRRA. • Selon l'événement, mobiliser la CUMP régionale.	• Organiser la montée en puissance des capacités de réponse téléphonique du CRRA (renforts via régulation libérale). • Gérer les appels en liens avec le risque REB et orienter les patients conformément à la stratégie de répartition des patients définie par l'ARS en lien avec les acteurs sanitaires du territoire. • Participer à l'organisation des évacuations sanitaires en cas de tensions du système de santé (cf. DST EVASAN).	• Désengager graduellement l'organisation de crise mise en place (renforts notamment). • Organiser les modalités de montée en puissance en cas de rebond épidémique. • Participer aux RETEX.

SAMU ESRR / SAMU de zone	*Idem missions SAMU territorialement impacté + :* • Organiser les éventuels transports/transferts de patients vers l'ESRR ou l'ESRN, en lien avec le SAMU territorialement compétent. • Participer aux équipes régionales de réponse rapide en cas de déclenchement. **Missions zonales :** • Appuyer le SAMU territorialement compétent pour la fourniture de renforts éventuels. • Assurer un appui technique auprès de l'ARSZ, notamment dans la mise en œuvre du PZMRS. • Selon l'événement, mobiliser la CUMP zonale.	*Idem missions SAMU territorialement impacté.* **Mission zonale :** • Participer à l'organisation des évacuations sanitaires en cas de tensions du système de santé, notamment intra-zonales.	*Idem missions SAMU territorialement impacté.*
Etablissements de santé (réponse minimale pour tous les établissements)	• Organiser la formation et l'information des professionnels de l'établissement sur les conduites à tenir. • Organiser un circuit permettant de repérer, accueillir et isoler un patient suspect dans l'attente de son classement. • Alerter l'ESRR et l'ARS en cas de suspicion de survenue d'un cas. • Organiser, le cas échéant, le transfert du patient vers l'ESRR REB en lien avec ce dernier, le SAMU territorialement compétent et/ou le SAMU de l'ESRR REB.	• Participer aux conférences territoriales coordonnées par l'ARS. • Activer sa cellule de crise et son PGTHSSE. • Mettre en place les mesures de montée en puissance des capacités de prise en charge, en fonction de la saturation du système de santé et de la stratégie définit régionalement (renforts RH, déprogrammations, organisation de transferts, etc.). Pour les ES supports de GHT : Organiser la montée en puissance logistique.	• Désengager graduellement l'organisation de crise mise en place (renforts notamment). • Participer aux RETEX.
ESRN REB	• Prendre en charge les patients atteints d'infection par un pathogène gr. 4 • Assurer le déploiement de l'équipe nationale REB	/	/

ESRR	• Apporter une expertise technique à l'ARS, notamment en anticipation des premiers cas et dans le processus de passage à la phase d'atténuation. • Alerter en interne, notamment le laboratoire de l'ESRR, en cas de survenue d'un cas possible/probable/confirmé. • Participer à la conférence de coordination REB et apporter une expertise et un appui technique au médecin auprès du cas possible/probable/confirmé, en se rendant sur place le cas échéant. • Coordonner les équipes régionales de réponse rapide en cas de déclenchement. • Prendre en charge les patients atteints d'un pathogène de gr. 3.	• Apporter un appui technique aux autres ES de la région. • Participer à la définition des plans de formations des professionnels de la région en lien avec l'ARS. *Typologie de patients pris en charge :* patients atteints de formes sévères et graves • Organiser la prise en charge adaptée des flux de patients confirmés infectés par des agents du groupe 3 (mise en place de secteurs dédiés, dilatation de l'offre de soins critique, utilisation des SSPI pour armer des lits de réanimation, etc.). • Suivre en téléconsultation certains patients ne nécessitant pas d'hospitalisation.	• Définir des indicateurs d'alerte en cas de rebond épidémique et leurs modalités de suivi, en lien avec l'ARS. • Définir les modalités de gestion de la maladie vers le droit commun, en lien avec l'ARS.
ES 1ère ligne	• Se préparer activement à la prise en charge hospitalière des patients infectés.	*Typologie de patients pris en charge : Cas possibles et confirmés infectés par des agents biologiques du groupe 3.* • Organiser la prise en charge adaptée des flux de patients confirmés infectés par des agents du groupe 3 (mise en place de secteurs dédiés, dilatation de l'offre de soins critique, utilisation des SSPI pour armer des lits de réanimation, etc.). • Suivre en téléconsultation certains patients ne nécessitant pas d'hospitalisation.	/

ES 2è ligne	/	*Typologie de patients pris en charge : patients non sévères ou stabilisés, ou qui ne sont plus contagieux (selon la classe de l'agent).* • Prendre en charge des patients avec des formes modérées pour libérer des lits dans les établissements de santé de première ligne.	/
ES posture minimale	/	*Typologie de patients pris en charge : patients non sévères ou stabilisés, et qui ne sont plus contagieux (selon la classe de l'agent).* • Prendre en charge des patients avec des formes modérées pour libérer des lits dans les établissements de santé de première ligne.	/
Secteur ambulatoire	• Alerter l'infectiologue ESRR et l'ARS en cas de suspicion d'un cas. • Organiser, le cas échéant, le transfert du patient vers l'ESRR REB en lien avec ce dernier, le SAMU territorialement compétent et/ou le SAMU de l'ESRR REB.	*Typologie de patients pris en charge : patients non sévères ou stabilisés, et qui ne sont plus contagieux (selon la classe de l'agent).* • Prendre en charge des patients avec des formes modérées. • Coordonner les soins en amont et en aval d'une éventuelle hospitalisation. • Participer, sur volontariat, au renfort des ES ou aux centres de dépistage/de vaccination. • Assurer une médiation auprès de la patientèle à risque (incitation à la vaccination notamment si disponible). • Participer à la distribution de matériels (CPTS) auprès des professionnels du secteur ambulatoire.	• Participer au RETEX organisé par l'ARS le cas échéant.

5. Synthèse du plan

Points clés	Actions à mener/actions envisageables	Effecteur
Endiguement		
Diffuser de l'information en cas d'alerte hors région	• Transmettre aux acteurs du système de santé de la région les informations et consignes transmises par le CORRUSS. Tenir informées les préfectures. • Le cas échéant, définir les modalités de déclinaison territoriale des actions à mener et suivre les actions de préparation	ARS
Se préparer à la prise en charge de cas positifs	Se préparer à la gestion des appels en lien avec le risque REB et à la montée en puissance du CRRA	SAMU
	• Adapter, le cas échéant, le circuit REB de l'établissement aux consignes spécifiques diffusées • Informer les professionnels de l'établissement sur les conduites à tenir si un cas suspect se présente ou est orienté dans l'établissement	Etablissements de santé
	Organiser des renforts internes ARS et déclencher la PVUS-R ou la CRAPS si besoin en intégrant une cellule anticipation	ARS et cellule régionale SPF en expertise
Alerter si survenue d'un cas suspect	En cas de difficultés à diagnostiquer une maladie infectieuse, tableau clinique atypique, suspicion d'une infection due à un pathogène de groupe 3 ou 4 ou d'émergence d'une maladie : • Appeler les infectiologues de l'ESRR (astreinte MIE au 06 xx xx xx xx) • Alerter l'ARS (09 74 50 00 09)	Soignant auprès du patient
	En cas d'alerte suite à la découverte de plis, colis, ou contenant avec une substance suspectée de renfermer des agents biologiques : transférer l'appel au centre opérationnel de la police nationale ou de gendarmerie nationale. S'il y a des victimes ou des personnes exposées, engager les moyens de secours adaptés et assurer l'opération de secours en étroite collaboration avec les forces de l'ordre.	SAMU
Organiser une conférence de coordination REB	Organiser une conférence de coordination en vue de : • Valider le classement du cas (si la définition du cas est connue) et la classe de pathogène • Définir la stratégie de prise en charge et l'établissement de transfert du patient le cas échéant • Définir la stratégie de diagnostic du cas si le cas n'est pas encore confirmé • Définir la stratégie de contact tracing • Définir les modalités de prise en charge thérapeutique du cas et des contacts	**Organisation :** ARS (ou ministère en charge de la santé) **Participation :** Equipe soignante auprès du patient SAMU territorialement compétent Infectiologue ESRR SPF/Cellule régionale SPF

Points clés	Actions à mener/actions envisageables	Effecteur
Prendre en charge le patient et les personnes autour du cas	Assurer la prise en charge thérapeutique précoce du patient pour éviter les pertes de chance	Equipe soignante auprès du patient, avec conseil infectiologue ESRR
	Organiser le dépistage du patient si le cas n'est pas confirmé et le dépistage des contacts selon la stratégie définie en conférence de coordination	Acteur réalisant le prélèvement et l'analyse défini selon le type de pathogène
	• Assurer le contact tracing interne à l'établissement très rapidement, pour éviter la propagation • Organiser l'isolement du patient et la protection des soignants • Assurer le contact tracing externe à l'établissement et suivre les personnes contacts et co-exposées	**Interne ES :** EOH **Externe ES :** ARS et cellule régionale SPF
	En fonction des décisions prises en conférence de coordination REB et conformément à la doctrine, organiser le transfert du patient vers un autre établissement (ES 1ère ligne REB, ESRR, ESRN).	SAMU en lien avec le SAMU de Zone le cas échéant ES d'accueil
	Mobiliser si nécessaire une équipe mobile de réponse rapide dans l'objectif de freiner l'introduction ou la propagation de l'agent infectieux.	**Décision d'activation :** inter-acteurs en conférence REB **Acteurs mobilisables :** Professionnels ES, SPF, ARS, CPIAS, SAMU…
Alerter les acteurs régionaux en cas d'alerte sur le territoire	S'assurer que les acteurs suivants sont alertés : • Equipes d'infectiologie et biologistes de l'ESRR REB (CHU de Rennes) • Centre national de référence • ARS • Soignants qui ont pris en charge le patient • Laboratoire qui a prélevé le patient • CORRUSS • Cellule régionale de SPF et SPF national • En cas de zoonose : DDPP et DRAAF	ARS ESRR Equipe soignante auprès du patient
Mettre en place des mesures de communication pour enrayer ou limiter l'introduction de la pathologie émergente	Communiquer des messages d'information et des consignes aux différents secteurs de l'offre de soin (professionnels de santé libéraux, transporteurs sanitaires privés, ES et SAMU, ESMS)	ARS appuyée par l'ESRR et cellule régionale SPF pour élaboration des messages / Ministère chargé de la santé
	Communiquer auprès des voyageurs dans les points d'entrée RSI pour encourager au dépistage et/ou à l'auto-surveillance des symptômes	ARS en lien avec les préfectures
	Communiquer auprès du grand public à partir des éléments de langage de SPF	ARS (après aval ministère)
Suivre et modéliser l'épidémie	Assurer un suivi de la maladie, notamment en vue d'apporter un conseil aux préfets et afin d'anticiper le passage à la phase d'atténuation : caractérisation de la maladie, suivi du nombre de cas sur le territoire, suivi des indicateurs hospitaliers, etc.	ARS SPF ESRR

Atténuation		
Assurer une formation large des professionnels de santé	• Identifier avec les différents secteurs de l'offre de soin les formations nécessaires pour opérer un élargissement des possibilités de prise en charge • Piloter un programme de formation, en lien avec les structures habituelles de formation	ARS et ESRR
Garantir la prise en charge d'un nombre croissant de malades tout en limitant les pertes de chances des patients « courants »	Redéfinir les circuits de prise en charge afin de prendre en charge un nombre croissants de patients	Mobilisation ES 2è ligne, posture minimale et médecine de ville
	Augmenter les possibilités de prise en charge des patients en activant les mesures prévues dans le plan blanc : • Ouverture de lits, réorganisations internes • Mobilisation de renforts humains • Déprogrammations	ES
	Organiser la solidarité territoriale en activant les plans de continuité d'activité territoriaux (PCAT) en tant que de besoin	ARS
	Transférer les patients en cas de saturation	ES (départ/accueil) SAMU ARS, ARSZ, ministère en charge de la santé
Organiser la montée en puissance logistique	• Mobiliser les grossistes répartiteurs • Mettre en place des plateformes logistiques	ES CPTS
	Distribuer, le cas échéant, des moyens stratégiques du stock Etat	Coordination SPF
Assurer une réponse coordonnée	Organiser des réunions territoriales et/ou régionales pour diffuser de l'information aux acteurs des trois secteurs de l'offre de soin et pour que ces derniers remontent leurs difficultés	ARS
Diminuer la circulation de l'agent pathogène dans la population et protéger les populations les plus fragiles et isolées	Afin de cibler au mieux les campagnes d'information, de dépistage, de vaccination, identifier : • Les modalités de transmission de la maladie • Les populations qui y sont les plus exposées	ARS en lien avec la cellule régionale de SPF
	Adapter le contact tracing à l'évolution de l'épidémie, élargir le dépistage, vacciner la population cible	Coordination ARS sur consigne du ministère en charge de la Santé
	• Communiquer vers les populations exposées • Mettre en place des équipes mobiles de médiation et/ou de dépistage et de vaccination • Mobiliser les partenaires et relais locaux	ARS en lien avec ses partenaires
	Organiser l'hébergement des personnes malades peu symptomatiques ou des personnes contacts ne pouvant s'isoler	DDETS Préfectures ARS
	Définir les modalités de gestion des cas dans les collectivités sensibles en lien avec ces dernières ou les services de l'Etat tutelles de ces dernières	ARS (en déclinaison des consignes ministère en charge de la Santé)

Résilience		
Désengager graduellement le dispositif	Définir les modalités de levée des mesures exceptionnelles et de reprise des activités interrompues	ARS en lien avec les acteurs mobilisés
	Lever progressivement les mesures exceptionnelles mises en place	ES SAMU Professionnels de ville
Prévoir les modalités de prise en charge des patients	• Redéfinir les modalités de prise en charge des patients (transfert progressif de la gestion la maladie infectieuse émergente vers le droit commun) • Préparer les conduites à tenir en cas de rebond épidémique • Organiser la prise en charge au long cours des patients infectés avec pathologies induites	ARS en lien avec ESRR, cellule régionale SPF, ES et principaux acteurs impliqués
Organiser les retours d'expérience	Organiser un RETEX global pour actualisation du plan ORSAN REB	ARS en lien avec les parties prenantes
	Organiser un RETEX interne pour améliorer son organisation et actualiser ses procédures	ES, SAMU, autres parties prenantes

5.1. Bibliographie

Che, Didier, Anne-Sophie Barret, et Jean-Claude Desenclos. « 67. Maladies infectieuses émergentes », François Bourdillon éd., *Traité de santé publique.* Lavoisier, 2016, pp. 632-640.

Desenclos, Jean-Claude, et Henriette de Valk. « Les maladies infectieuses émergentes : importance en santé publique, aspects épidémiologiques, déterminants et prévention », *Médecine et maladies infectieuses*, vol. 35, n°. 2, 2005, p. 49-61

Haut Conseil de la Santé Publique. *Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives.* La documentation Française, 2011.

Josseran, Loïc, et Axel Lambert de Rouvroit. « 48. Bioterrorisme », François Bourdillon éd., *Traité de santé publique.* Lavoisier, 2016, pp. 444-451.

Ministère de la santé et de la prévention, *Dispositif ORSAN régional - Organisation de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles - Guide méthodologique*, 2023.

Mission nationale COREB, *Procédure générique standardisée de prise en charge par les médecins de première ligne des patients suspects d'infections à risque épidémique et biologique (REB) - les 10 points-clés*, 2018. Consulté le 16/02/2023 sur : https://www.coreb.infectiologie.com/fr/procedure-generique.html

PLAN NRC

Plan validé le 28/03/2024

Table des matières

1. Eléments de doctrine 194
1.1. Contexte, enjeux et objectifs 194
1.2. Doctrine nationale 195
1.2.1. Définitions des notions clés 195
1.2.2. Eléments de doctrine nationale 196
1.2.3. Le classement des établissements de santé 197
2. Rôle et missions des acteurs 201
3. Mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN NRC en région Bretagne 206
3.1. Schéma d'alerte et de coordination inter-acteurs 206
3.2. Description de la mise en œuvre par phase de réponse sanitaire 209
4. Fiches techniques 213
4.1. Fiche 1 : Marche en avant - Zonage dans un établissement de santé 213
4.2. Fiche 2 : Point de Rassemblement des Victimes à l'Hôpital (PRVH) et décontamination d'urgence 215
4.3. Fiche 3 : Décontamination approfondie hospitalière 218
4.4. Fiche 4 : Parcours de prise en charge des victimes contaminées et/ou irradiées (post décontamination) 220
4.5. Fiche 5 : Types d'EPI et formations proposées 222
4.6. Fiche 6 : Parcours pédiatrique des enfants contaminés 225
5. Cartographie des moyens bretons pour la prise en charge d'un risque NRC .. 227

1. Eléments de doctrine

1.1. Contexte, enjeux et objectifs

L'objectif de ce plan consiste à organiser la réponse du système de santé breton pour assurer la prise en charge médicale des personnes exposées à un agent chimique, nucléaire et radiologique en région Bretagne.

Les situations sanitaires exceptionnelles concernées sont potentiellement nombreuses, accidentelles ou intentionnelles, avec ou sans potentiel évolutif, mono-site ou multi-sites.

L'exposition de personnes à ces agents peuvent être la conséquence :

- D'un accident sur site (industrie chimique, industrie nucléaire, équipements de radiothérapie, industrie agroalimentaire, etc.) ;
- D'un accident de transport (source nucléaire, radiologique ou chimique)
- D'une action terroriste (attentat avec dispersion de produits chimiques ou de toxines, agent explosif avec dispersion de matières radioactives, exposition à une source scellée, etc.) ;
- D'un conflit armé notamment de haute intensité.

La Bretagne présente des spécificités qu'il convient de prendre en compte :

- L'Ile Longue (Crozon - risque N) et la base navale de Brest ;
- Plusieurs usines SEVESO (*cf.* Carte 3) ;
- La présence de ports dans la région ;
- Des entreprises de production de médicaments à Rennes ;
- Des sources présentes dans les facultés de sciences et de médecine ;
- Le démantèlement en cours de la centrale EDF de Brennilis (29) ;
- La spécificité touristique de la région peut par ailleurs majorer le risque attentat… ;
- … Couplée avec les grands rassemblements, nombreux en région Bretagne, qui peuvent avoir lieu dans des zones éloignées des structures de santé.

Deux Etablissements de Santé de Référence (ESR) régionaux pour les risques Nucléaire et Radiologique (NR) sont identifiés en Bretagne : le CHU de Rennes et le CHU de Brest.

La référence régionale pour le risque chimique est assurée par le CHU de Rennes.

Le plan NRC s'inscrit en complémentarité des plans ORSEC déclenchés par le préfet dans la mesure où la décontamination des victimes incombe aux unités spécialisées des services primo intervenants et est réalisée sur le lieu de l'évènement ou à proximité immédiate (en application des circulaires interministérielles 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).

Face à un évènement de nature Nucléaire, Radiologique ou Chimique (NRC), la levée de doute, la détection, l'identification du produit et la recherche d'une contamination et d'un éventuel risque de transfert de contamination constituent les étapes clés de la gestion de l'évènement.

Toutefois, certaines victimes peuvent échapper aux dispositifs pré-hospitaliers et s'adresser spontanément vers le système de santé.

Dès lors, les objectifs du plan NRC sont de :

- Préparer le système de santé à l'arrivée de victimes non décontaminées ;
- Organiser la prise en charge médicale de patients victimes d'un agent chimique ou radiologique (traitement spécifique avec antidotes et symptomatiques).

Les dispositions particulières à envisager dans la préparation de la réponse sanitaire conformément aux modalités prévues dans le Plan national de réponse « Accident nucléaire ou radiologique majeur » imposent la nécessité d'envisager une logique zonale dans la prise en charge des victimes.

1.2. Doctrine nationale

1.2.1. Définitions des notions clés[10]

- Est **« nucléaire »** tout ce qui touche aux propriétés des noyaux d'atomes et aux matières radioactives.
- Est **« radiologique »** ce qui a trait aux techniques d'imagerie radiographique et aux événements qui exposent aux rayonnements ionisants.
- **Risque Nucléaire ou radiologique (NR) :** L'irradiation est la conséquence de l'exposition d'un individu aux rayonnements ionisants produits par une source radioactive. Les rayonnements émis par cette source traversent l'organisme ou une partie de celui-ci. L'exposition directe à une source radioactive va se traduire par une atteinte essentiellement cutanée allant de la simple rougeur jusqu'à la brulure grave engageant le pronostic vital à court terme. La dissémination de la source radioactive sous la forme de particules radioactives peut entrainer une contamination externe voire interne. Un être humain peut être irradié ou contaminé par une source radioactive. L'irradiation résulte de l'exposition à une source externe à l'organisme, la contamination peut être externe (peau, cheveux, barbe, vêtements) ou interne. La contamination entraîne une irradiation pendant toute la durée de présence du radionucléide.
- **Risque chimique (C) :** Le risque chimique concerne à la fois les toxiques industriels et les toxiques chimiques de guerre, certains produits étant mixtes. La contamination chimique résulte du dépôt d'un agent chimique sur le corps ou les vêtements d'un individu (contamination externe) ou inhalation et ingestion (contamination interne). Un patient exposé à un agent chimique exprime plus ou moins rapidement un ensemble

[10] Guide national de l'ASN sur l'Intervention médicale en situation d'urgence nucléaire ou radiologique (Juin 2023)

de symptômes regroupés sous le nom de « toxidromes »[11] qui nécessitent un ensemble de mesures spécifiques selon que la victime soit valide ou non. Les grandes classes d'agents C sont les organophosphorés, les cyanés, les suffocants et les vésicants. Les toxiques volatiles (cyanés, chlore etc.) ne nécessitent pas de décontamination. Les toxiques persistants ou induisant des signes cliniques graves nécessitent une décontamination et le recours à certains antidotes.

- **Contamination :** Une personne est contaminée si des particules radioactives se déposent sur sa peau, ses phanères (cheveux, barbe) ou sur ses vêtements (contamination externe) ou encore si ces particules pénètrent dans l'organisme par ingestion, inhalation ou après effraction cutanée, voire par des lésions pénétrantes (contamination interne).
- **Principe de marche en avant avec zonage** : Le principe de marche en avant dans le temps et dans l'espace est une démarche qualitative de prise en charge. Elle se traduit par une organisation des locaux et du travail permettant que les victimes et professionnels non contaminés ou décontaminés ne croisent jamais les personnes contaminées ou professionnels en tenue « sale », afin d'éviter les contaminations croisées.

  Les victimes vont de l'endroit le plus contaminé (entrée de l'hôpital, zone de tri) à l'absence de contamination (services de soins) sans jamais revenir en arrière.

  Toutes les zones doivent être matérialisées et le passage d'une zone à l'autre proscrite en dehors de différents sas mis en place et identifiés.

1.2.2. Eléments de doctrine nationale

Lors d'urgences collectives de nature C ou NR, la stratégie de réponse sanitaire doit s'inscrire dans une logique collective qui nécessite de prioriser les victimes par un triage. Il s'agit d'identifier rapidement la gravité de chaque victime pour déterminer la priorité entre la décontamination et le traitement. À partir de ce tri de l'avant (PRV NRBC, PMA), la régulation médicale réalisée par le SAMU doit organiser les flux d'évacuation des victimes vers les établissements de santé en capacité de poursuivre la stratégie de soins critiques pré hospitaliers initiée dès le terrain (établissement de santé de première ligne).

L'organisation des secours pré hospitaliers relève du dispositif ORSEC et la mobilisation de l'offre de soins s'effectue dans le cadre du plan ORSAN NRC et du plan ORSAN AMAVI si le nombre de victimes est important.

L'intervention des équipes médicales s'inscrit dans une cinétique en 4 phases :

- **Phase de déclenchement :** traitement de l'alerte et mobilisation ;
- **Phase pré hospitalière de prise en charge des victimes :** intégration de la réponse médicale pré hospitalière dans l'opération de secours et régulation médicale des destinations (Dispositif ORSEC) ;
- **Phase hospitalière de prise en charge des victimes :** soins réalisés dans les établissements de santé (Dispositif ORSAN) ;
- **Phase post crise :** réhabilitation des victimes, retour progressif du système de santé à un fonctionnement normal et retour d'expérience (Dispositif ORSAN).

[11] WHO/HSE/GCR/2014.3_ Initial clinical management of patients exposed to chemical weapons (2014)

Point de vigilance

Pour les 2 risques (NR et C), la délivrance des antidotes doit intervenir dès que possible. Contrairement au chimique, dans le nucléaire l'urgence vitale prime sur la décontamination.

Ainsi, des patients gravement blessés (blastés, polytraumatisés, brûlés, etc.) et correctement « emballés » par un système de double enveloppe, iront vers un bloc opératoire sans passer par la chaîne de décontamination. Le matériel et l'intérieur du moyen de transport utilisé seront recouverts d'un film protecteur de vinyle, empêchant ainsi la contamination par des poussières radioactives. À l'hôpital, sur le parcours emprunté par le patient, le sol et les murs seront eux aussi recouverts de ce type de film. Le personnel du bloc opératoire (aide-soignant, infirmier, agents hospitaliers, etc.) doit s'entraîner pour organiser la préparation des locaux, jusqu'à une hauteur d'environ 1,80 m. La ventilation sera coupée afin de ne pas propager les poussières.

1.2.3. Le classement des établissements de santé

Les établissements de santé avec une capacité de prise en charge NRC sont classés selon trois catégories : **ES 1ère ligne experts, 1ère ligne, 2ème ligne. Tous les autres sont classés en posture minimale.**

Tous les établissements, quelle que soit leur catégorie, doivent être en capacité de :

- 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 leur infrastructure, leur personnel, les patients et visiteurs en procédant à la fermeture et à la sécurisation des accès (PSE) ;
- Assurer l'orientation des personnes se présentant à l'entrée de l'établissement vers une zone prédéfinie (Point de Rassemblement des Victimes Hospitalier) et leur permettre de réaliser de façon autonome une décontamination d'urgence (FT 4.2 Point de Rassemblement des Victimes à l'Hôpital (PRVH) et décontamination d'urgence).

Le tableau récapitulatif du classement des établissements de santé se trouve en annexe du dispositif ORSAN, page 362.

Classement	Capacités requises	Missions
1ère ligne expert	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. + plateau technique hautement spécialisé, capacité d'expertise NRC et de projection de personnel et matériel de décontamination approfondie.	• 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 ; • Réaliser la décontamination approfondie des victimes se présentant spontanément, valides (après une décontamination d'urgence) et, le cas échéant, non valides. Et ce, pendant au moins 2 heures, dans le respect des objectifs définis par l'ARS (en 2017) ; • Assurer la prise en charge médicale des victimes notamment celles en urgence absolue ; • 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) ; • Être en capacité de prendre en charge de façon concomitante plusieurs victimes non valides contaminées avec médicalisation continue ; • Assurer la mise en œuvre de techniques spécialisées de décontamination approfondie hospitalière.
1ère ligne	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. Sont de plus considérés comme établissements de première ligne les établissements situés à proximité d'un site présentant des risques spécifiques.	• 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 ; • Réaliser la décontamination approfondie des victimes se présentant spontanément, valides (après une décontamination d'urgence) et, le cas échéant, non valides. Et ce, pendant au moins 2 heures, dans le respect des objectifs définis par l'ARS (en 2017) ; • Assurer la prise en charge médicale des victimes notamment celles en urgence absolue.

2ème 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.	• 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 ; • Assurer la prise en charge en fonction de leur plateau technique, de patients nécessitant des soins après décontamination approfondie (sur le lieu de l'évènement ou dans un ES de 1ère ligne (expert)).
Posture minimale	Autres établissements de santé.	• 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.

Carte 11 : Classification des établissements de santé pour le plan NRC

2. Rôle et missions des acteurs

	Alerte	Montée en puissance / Stratégie de renfort	Réponse post-événement
ARS Identification des capacités d'accueil des ES / recensement des moyens RH et matériels / sollicitation de l'ARS de zone en cas de dépassement des besoins	• Activation de la CRAPS dès réception de l'alerte et mobilisation des agents de liaison en COD. • Alerte du CORRUSS et de l'ARS de Zone • Evaluation de la situation avec le SAMU, les ESRr, autorité préfectorale, SIDPC et l'ARS de Zone • Alerte des établissements de santé, EMS, professionnels de santé de ville de la zone du plan particulier d'intervention (PPI) ou à proximité de l'évènement • Déclenchement du plan ORSAN NRC et du plan ORSAN AMAVI et du plan ORSAN MEDICO-PSY si le nombre de victimes est important, et le cas échéant, activation de la DST Sécurisation. • Déclenchement d'un événement SI-VIC (si non encore fait par la SAMU) • Alerte des ES de 2ème ligne et de posture minimale	• Réunion de concertation avec les ESRr NR et/ou C • Organisation de conférences téléphoniques avec les ES impactés (cellules de crise hospitalières) pour s'assurer de la capacité de réponse des ES / point de rupture • Sollicitation des renforts santé en région et via l'ARS de Zone (PSM, antidotes, EPI, personnels formés à la décontamination, unité mobile de décontamination hospitalière). • Points de situation réguliers avec les agents en COD et relai des demandes de renforts hors santé via le COD (associations de sécurité civile, sécurisation). • Points de situation réguliers avec le SAMU, l'ARS de Zone et le CORRUSS.	• Suivi de la prise en charge des patients dans le système de santé (SI-VIC). • Coordination du « retour à la normale » de l'offre de soins. • Levée de l'alerte progressivement • Désengagement graduel de l'organisation de crise interne mise en place • Coordination de la mise en œuvre des mesures médico-sociales de prise en charge et de réhabilitation des blessés (CLAV) • Organisation en lien avec la CUMP régionale, en appui des structures de soins impactées, d'une offre de prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels • Organisation d'un retour d'expérience en collaboration avec les acteurs impliqués et élaboration d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations.

	Alerte	Montée en puissance / Stratégie de renfort	Réponse post-événement
ARS de Zone Mobilisation de renforts zonaux via le SAMU de Zone et le COZ	• Alerte des ARS de la zone de défense ouest (copie CORRUSS) et sollicitation pour fourniture de renforts éventuels. • Activation de la CZA dès réception de l'alerte par l'ARS et/ou activation d'un COZr • Mise en œuvre du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZMRS)	• Appui des ARS de la zone, le cas échéant, en coordonnant les renforts avec le SAMU de Zone (SMUR, CUMP, moyens tactiques (PSM, antidotes), UMDH, etc.). • Participation aux points de situation réguliers avec l'ARS territorialement compétente et le CORRUSS.	• Organisation d'un retour d'expérience avec le SAMU de Zone et élaboration d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations.
SAMU territorialement impacté et CRRA 15 Rôle : Gestion de l'alerte / Triage / Régulation médicale	• Analyse de la situation en interservices (SAMU/CODIS) • Engagement des SMUR (équipes formées, avec EPI) et des moyens tactiques (PSM + antidotes) • Mobilisation sur site d'un DSM et/ou du directeur médical du SAMU • Alerte du directeur de l'établissement de santé siège du SAMU • Alerte de l'ARS, du SAMU de Zone et des SAMU limitrophes (renfort SMUR solidaire) • Déclenchement d'un événement SI-VIC • Déclenchement de la procédure de montée en puissance du SAMU et des SMUR • Alerte des établissements de santé de proximité et de première ligne et des ESRR NR/C : filières NRC/AMAVI et spécialisées (ex. : urgences et réanimation pédiatrique) • Transport des patients suspects ou organisation des éventuels transports/transferts de patients vers l'ESRR ou l'ESRN, en lien avec le SAMU ESRR • Selon l'événement, et après concertation du référent CUMP, mobilisation de la CUMP	• Organisation de la montée en puissance des capacités de réponse téléphonique du CRRA (renforts via régulation libérale) • Gestion des appels en liens avec le risque NRC et orientation des patients conformément à la stratégie de répartition des patients définie par l'ARS et l'ESRR • Participation à l'organisation des évacuations sanitaires en cas de tensions du système de santé (cf. DST EVASAN) • Renforcement des capacités SMUR NRBC (gestion de l'événement et du quotidien). • Premier point de situation avec le DSM présent sur site. • Régulation des patients vers les ES 1ère ligne et les ESRR NRC précédemment alertés (liaison avec les DMC). • Transmission des besoins de renfort au SAMU de Zone et à l'ARS. • Recensement capacitaire de décontamination et de PEC via SAMU ou sollicitation de l'ARS. • Participation aux points de situation réguliers organisés par l'ARS	• Désengagement graduel de l'organisation de crise mise en place (renforts notamment) • Organisation en lien avec les ES des transports secondaires. • Organisation avec la CUMP de la prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels impactés • Participation aux retours d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations

	Alerte	Montée en puissance / Stratégie de renfort	Réponse post-événement
SAMU ESRR Rôle : Appui à la régulation	*Idem missions SAMU territorialement compétents + :* • Organisation des éventuels transports/transferts de patients vers l'ESRR ou l'ESRN, en lien avec le SAMU territorialement compétent	*Idem missions SAMU territorialement compétents*	*Idem missions SAMU territorialement compétents*
SAMU de Zone Rôle : Mobilisation de renforts zonaux	• Alerte des SAMU de la zone de défense ouest • Renforcement de la régulation médicale (procédure de montée en puissance) dès réception de l'alerte du SAMU territorialement compétent et/ou ARS de Zone • Appui le SAMU territorialement compétent pour la fourniture de renforts éventuels. • Appui technique auprès de l'ARSZ, notamment dans la mise en œuvre du PZMRS • Selon l'événement, mobilisation de la CUMP zonale.	• Identification en lien avec l'ARS de Zone des renforts SMUR et les moyens tactiques (PSM) mobilisables • Recueil auprès du SAMU territorialement compétent des premiers besoins de renfort • Participation à l'organisation des évacuations sanitaires en cas de tensions du système de santé, notamment intra-zonales.	• Organisation d'un retour d'expérience avec l'ARS de Zone et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations
Etablissements de santé (Réponse minimale de l'ensemble des ES)	• Mise en place d'une cellule de crise et activation du PGTHSSE et de la CCH dès réception de l'alerte de l'ARS • ES en proximité de l'événement (dans la zone PPI ou proche) • Déclenchement du PGTHSSE : niveau 2 « plan blanc » (volet NRC) • Mise en place d'un point de rassemblement des victimes (PRVH) et déploiement des kits de décontamination d'urgence pour les victimes se présentant spontanément	• Accueil et prise en charge des patients régulés par le SAMU ou transférés depuis des établissements de santé de première ligne • Participation aux conférences territoriales coordonnées par l'ARS. • Organisation, en lien avec le SAMU, du transfert des patients pris en charge spontanément dans des établissements de santé de première ou de deuxième ligne vers des établissements de santé adaptés (premières lignes ou ESRR NR/C). • Réponse aux enquêtes capacitaires.	• Poursuite des prises en charge des victimes et organisation des transferts le cas échéant. • Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SI-VIC). • Organisation du « retour à la normale » de son établissement. • Mise en œuvre de la prise en charge médico-psychologique et médico-sociale des patients dans un objectif de réhabilitation

	Alerte	Montée en puissance / Stratégie de renfort	Réponse post-événement
Etablissements de santé	• Activation du plan de sécurité d'établissement le cas échéant. • Alerte du SAMU et de l'ARS en cas d'arrivées de victimes non régulées.	• Points de situation réguliers à l'ARS : point de rupture, besoins en personnel et en matériel… • Saisie des patients pris en charge dans SI-VIC.	• Organisation de la prise en charge médico psychologique des professionnels de santé et autres personnels impactés. • Participation au RETEX
ESRR – actions spécifiques Rôle : Décontamination approfondie / Pec des patients requérant des soins spécialisés (soins critiques, toxicologie, hématologie, …)	• Déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé : niveau 2 « plan blanc » (volet NRC). • Préparation de l'accueil des patients intoxiqués/irradiés adressés par le SAMU et de leur prise en charge chirurgicale urgente (urgence vitale NR prime sur la décontamination). Appui technique à l'ARS et aux autres établissements de santé pour la gestion du risque	• Accueil des patients intoxiqués/irradiés potentiellement contaminés adressés par le SAMU et prise en charge chirurgicale urgente (urgence vitale NR prime sur la décontamination). • Appui technique à l'ARS et aux autres établissements de santé pour la gestion du risque identifié. Participation aux points de situation réguliers à l'ARS : point de rupture, besoins en personnel et en matériel…	• Suivi de la PEC des blessés dans le système de santé (SI-VIC) • Mise en œuvre la PEC médico-psychologique et médico-sociale des patients dans un objectif de réhabilitation • Organisation avec la CUMP de la PEC médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels impactés • Organisation d'un retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations
ES 1ère ligne – actions spécifiques Rôle : Déconta d'urgence / Déconta approfondie / Pec des patients graves et légers	• Mise en place du PRVH en prévision d'une arrivée de victimes non régulées • Identification et mobilisation des personnels formés à la décontamination et présents sur site. • Habillage des premiers personnels (EPI de décontamination). • Mise en place des circuits d'accueil et de prise en charge des victimes. • Activation des capacités de décontamination approfondie	• Déploiement de l'unité de décontamination hospitalière (UDH). • Rappel des personnels formés à la décontamination. • Prise en charge des premiers blessés graves régulés par le SAMU	/

	Alerte	Montée en puissance / Stratégie de renfort	Réponse post-événement
ES 2ème ligne – actions spécifiques	/	Prise en charge de patients « conventionnels » pour augmenter les capacités des établissements de santé de 1ère ligne après une décontamination approfondie sur le lieu de l'évènement ou dans un ES de 1ère ligne (expert).	/
Professionnels de santé libéraux Rôle : Appui le cas échéant, au dispositif d'aide médicale urgente	• Organisation et protection de son cabinet ou officine pour orienter toute personne potentiellement exposée vers une prise en charge adaptée	• Les professionnels de santé libéraux assurent la prise en charge et le suivi des personnes exposées asymptomatiques (après décontamination), notamment le suivi des éventuels traitements prophylactiques mis en œuvre. Ils disposent pour cela des informations nécessaires diffusées par les autorités sanitaires à cet effet et les organismes professionnels. • Ils peuvent également être sollicités pour participer aux éventuels centres d'accueil des impliqués (CAI) dans le cadre de la prise en charge médicale et médico-psychologique des personnes regroupées.	/

3. Mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN NRC en région Bretagne

3.1. Schéma d'alerte et de coordination inter-acteurs

1. Dès suspicion d'un évènement de nature NRC, les premiers intervenants sur site (pompiers /SAMU) informent l'autorité préfectorale et le SIDPC qui prennent le pilotage de la crise.
2. Le SAMU concerné prévient l'ARS (point focal régional et zonal : 09 74 50 00 09).
3. La Préfecture transmet l'information à l'ARS (point focal régional et zonal : 09 74 50 00 09).
4. Au titre des protocoles de collaboration, la/les préfecture(s) concernée(s) et l'ARS s'assurent sans délai d'un échange d'informations réciproque.
5. Les Préfets informent le COGIC de l'activation du COD / COZ, diffusent l'alerte auprès des différents acteurs (sécurité, police, circulation, etc.) notamment via SYNERGI.
6. Le SAMU du département concerné alerte en parallèle le SAMU de Zone (SAMU 35) dans la perspective du déclenchement d'un appui réciproque.
7. Dans la perspective de la mobilisation de tout ou partie des ressources sanitaires régionales, l'ARS assure la diffusion de l'information relative à l'événement auprès des établissements de santé, des ESMS, des professionnels de santé libéraux, des officines et informe l'ARS de la zone.
8. Le SAMU zonal informe les SAMU des autres départements et boucle l'information avec l'ARS de Zone.
9. En cas de circuit d'information atypique, chaque acteur s'assure du bouclage de l'information auprès des autres acteurs.

La prise en charge d'un évènement NRC nécessite une coordination de tous les acteurs santé intervenant dans la prise en charge des victimes mais aussi une bonne articulation avec le dispositif pré-hospitalier porté par les préfectures avec le plan ORSEC.

Schéma d'alerte

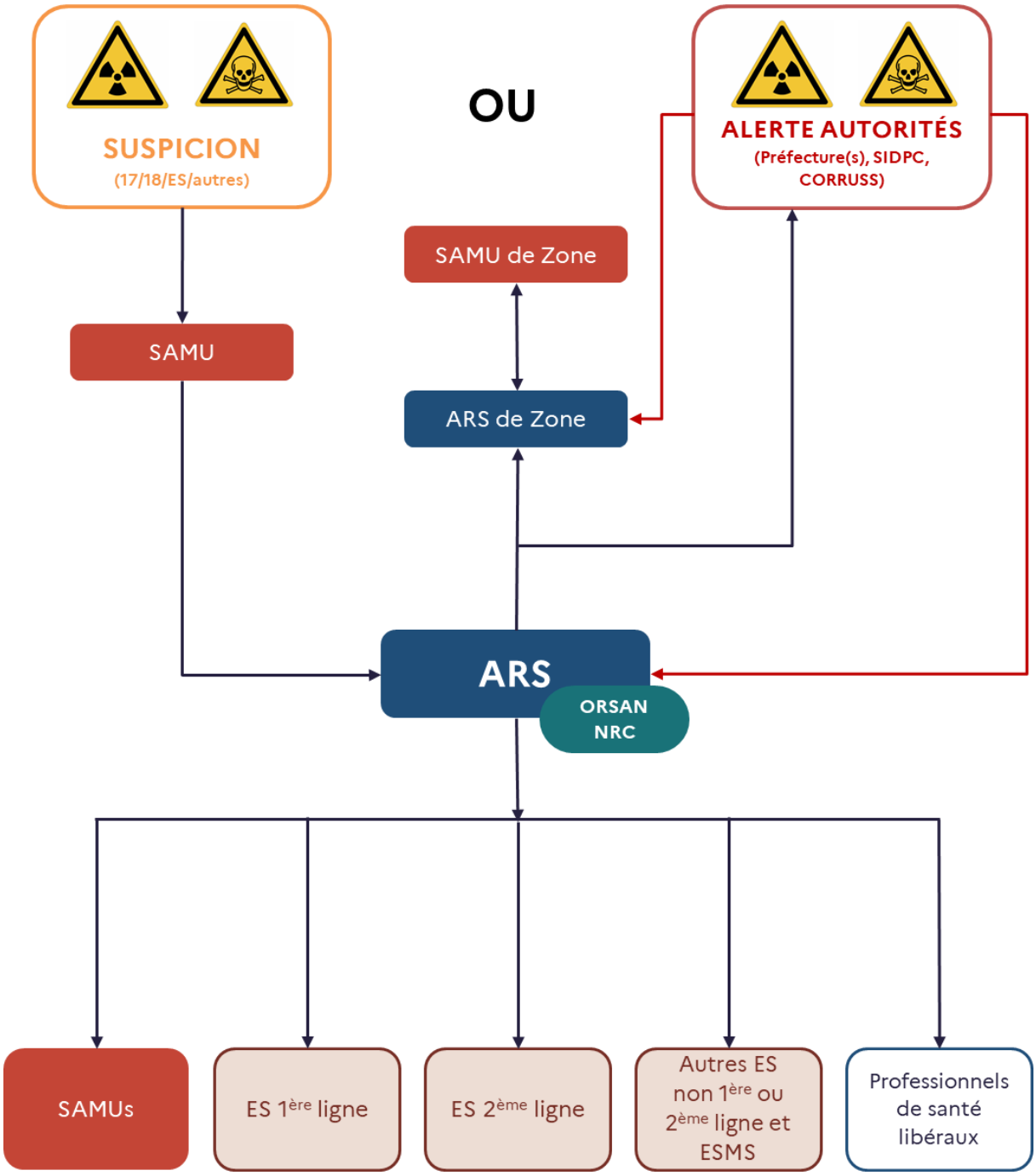
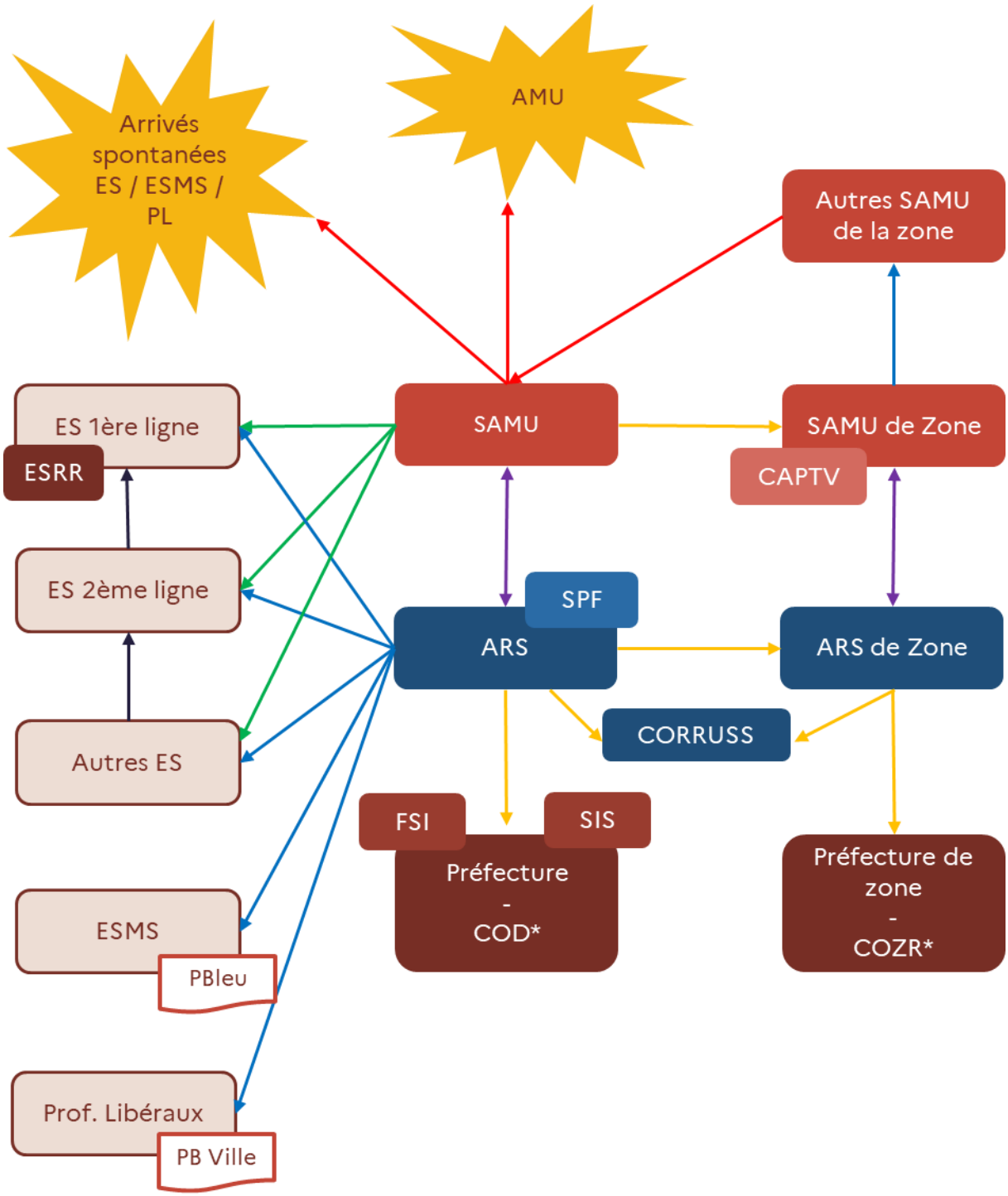


Schéma de coordination inter-acteurs



Légende

- Engage moyens
- Régule
- Appui/renforce
- Sollicite moyens
- Mobilise
- Échange/coordonne

* Sécurisation, vecteurs, moyens spécialisés…

3.2. Description de la mise en œuvre par phase de réponse sanitaire

Règles générales d'intervention

La participation des personnels des établissements de santé intervient essentiellement à deux niveaux :

- **Sur le lieu de l'évènement**, cette participation est limitée aux personnels des SAMU / SMUR / équipes pharmaceutiques qui interviennent en principe en zone de soutien. Mais seuls les personnels SAMU/SMUR peuvent le cas échéant intervenir en EPI, en zone contrôlée. L'autorisation d'engagement des équipes médicales du SMUR en zone contrôlée est donnée par le directeur des secours médicaux (DSM) sous l'autorité du commandant des opérations de secours (COS).
- **Sur les sites hospitaliers** proprement dits où l'objectif principal est d'éviter la contamination de l'établissement, si ce risque existe (cf. nature et état physique des produits impliqués). La protection de l'établissement nécessite la fermeture des accès et la mise en place du PRVH, d'un sas interservices et, en ce qui concerne les établissements de 1ère ligne, l'activation d'une Unité de Décontamination Hospitalière (UDH).

Gestion de l'alerte

Le CRRA et le CTA réceptionnent et analysent l'alerte afin d'identifier le caractère NRBC-E potentiel et évaluent la gravité de la situation en lien avec les autres services interconnectés. Dès réception de l'alerte, la mobilisation des moyens de secours et de soins découle des éléments qualitatifs et quantitatifs recueillis par le CRRA et le CTA. Les établissements de santé du territoire impacté sont mis en alerte afin de se préparer à un éventuel afflux de victimes potentiellement contaminées se présentant spontanément.

Organisation pré-hospitalière

La stratégie d'organisation pré-hospitalière, face à un évènement NRC, pour l'ensemble des acteurs y compris hospitaliers, est définie au sein des dispositions spécifiques ORSEC NRBC, en application des circulaires 700 et 800.

Régulation médicale et le transport

Face à une urgence collective de nature NR ou C, l'objectif de la régulation médicale réalisée par le SAMU est la délivrance du « juste soin » en s'appuyant sur la catégorisation des blessés pour organiser les flux de manière à ce que le plus grand nombre puisse bénéficier d'un parcours de soins spécialisé adapté. La régulation médicale doit donc s'adapter en passant d'une logique individuelle à une logique collective et en appliquant une stratégie de gestion des victimes reposant sur :

- Le recueil et l'analyse des données initiales notamment les informations issues de l'interconnexion des services permettant de réunir les arguments en faveur d'un événement NR ou C ;

- Le port de protections individuelles adaptées suite à l'alerte des équipes engagées sur un potentiel risque NR ou C ;
- L'identification des critères de gravité afin d'établir une première évaluation quantitative et qualitative des victimes en fonction de leur symptomatologie ;
- La mobilisation des SMUR (équipes formées et disposant des EPI adaptés) selon la procédure opérationnelle préétablie.

L'alerte est transmise à l'ARS, à l'établissement de santé siège du SAMU, au SAMU Zonal, aux SAMU limitrophes ainsi qu'aux établissements de santé.

Dans le cas d'intoxication par des agents chimiques pour lesquels existent des traitements antidotes, **l'orientation des patients à l'initiative des SAMU se fait préférentiellement vers les établissements de santé sièges de SAMU** qui disposent à la fois d'une plateforme d'urgences, d'un service de réanimation et d'une dotation d'antidotes dans le cadre de leur PSM, ce qui leur permet d'assurer une continuité dans l'administration des antidotes, le temps pour l'établissement de se procurer la quantité suffisante d'antidotes pour le suivi du traitement.

Point de vigilance

Il est toutefois rappelé qu'en application de l'article D. 6124-23 du CSP, les établissements de santé autorisés pour l'accueil des urgences ont l'obligation de disposer des produits de santé nécessaires à la prise en charge de tout type de patient, ce qui inclut notamment une capacité à traiter des victimes d'évènement NRC. Ils doivent donc disposer d'antidotes **en quantité suffisante** (une fiche technique sur la reconstitution et l'administration des antidotes est disponible auprès de l'ARS ou des ESRR). Il conviendra d'associer les pharmaciens en charge des PSM et des PUI à l'élaboration des procédures.

Protection des établissements contre un transfert de contamination

Les victimes prises en charge sur le site de l'événement par les équipes de secours et d'aide médicale urgente, bénéficient le plus tôt possible d'une prise en charge médicale. 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, la décontamination des victimes (personnes 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 pré hospitalier 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.

Les établissements de santé situés à proximité de l'événement doivent mettre en place dès l'alerte une zone d'accueil des victimes potentiellement contaminées (PRVH), si possible devant l'entrée des urgences pour éviter un transfert de contamination.

La décontamination d'urgence des victimes non régulées potentiellement contaminées fuyant le lieu d'un évènement de nature NRC, réalisée à l'entrée des établissements de santé, a donc pour objectif d'une part, d'assurer la prise en charge médicale immédiate de ces victimes et d'autre part d'assurer la protection des personnels, des autres patients et visiteurs et de la structure en tant que telle. 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.

Principes à appliquer lors de l'arrivée de victimes non régulées aux urgences ou à l'entrée de l'établissement :

- Réorienter les victimes à l'extérieur vers le PRVH
- Alerter en interne pour mise en place du Plan de Sécurisation de l'Etablissement (PSE)
- Informer le SAMU
- Fermer les accès
- Protéger les primo intervenants si EPI disponibles (selon le classement ORSAN de l'ES)
- Initier la décontamination d'urgence grâce aux kits PRVH « autonomes » ou avec l'aide des personnels en EPI (cf. fiche technique 4.3 Point de rassemblement des victimes à l'hôpital et décontamination d'urgence)

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.

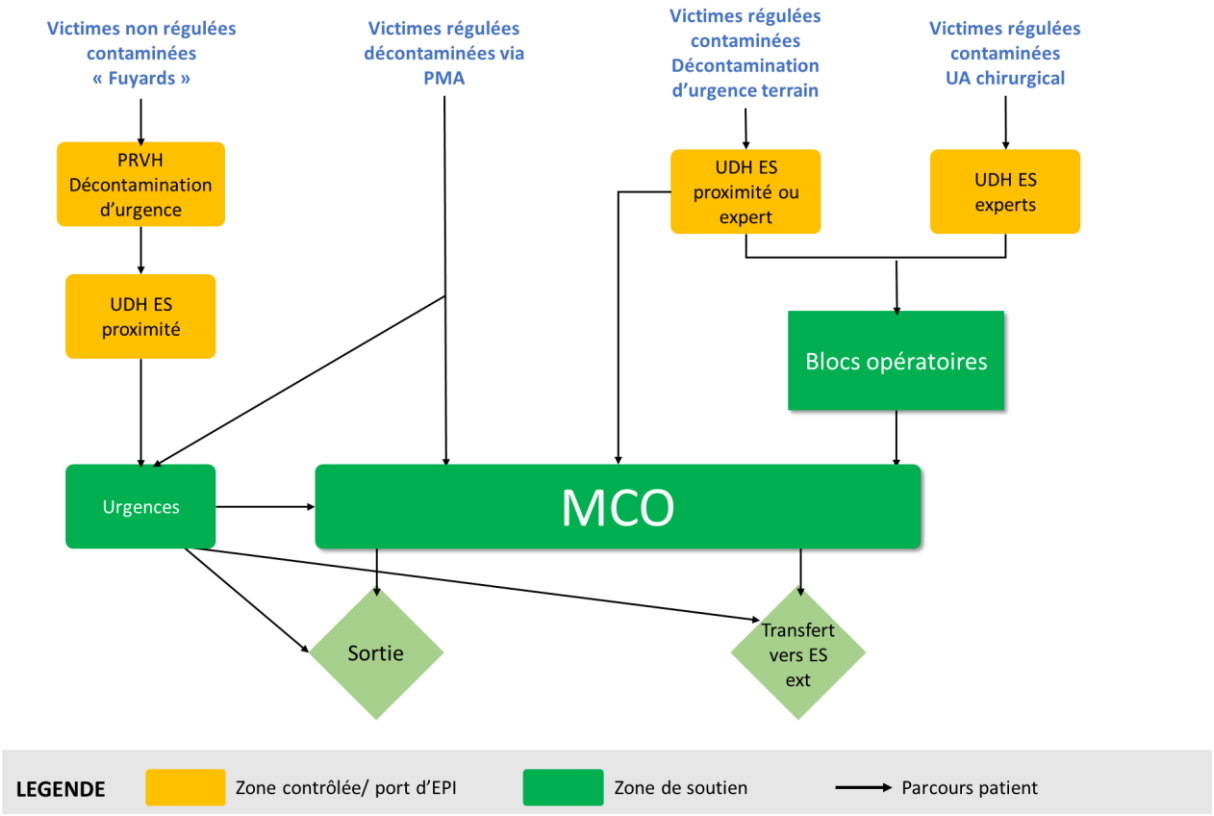
Stratégie de renfort

S'il est impossible d'identifier des stratégies de régulation en anticipation, il est proposé la stratégie de renfort suivante :

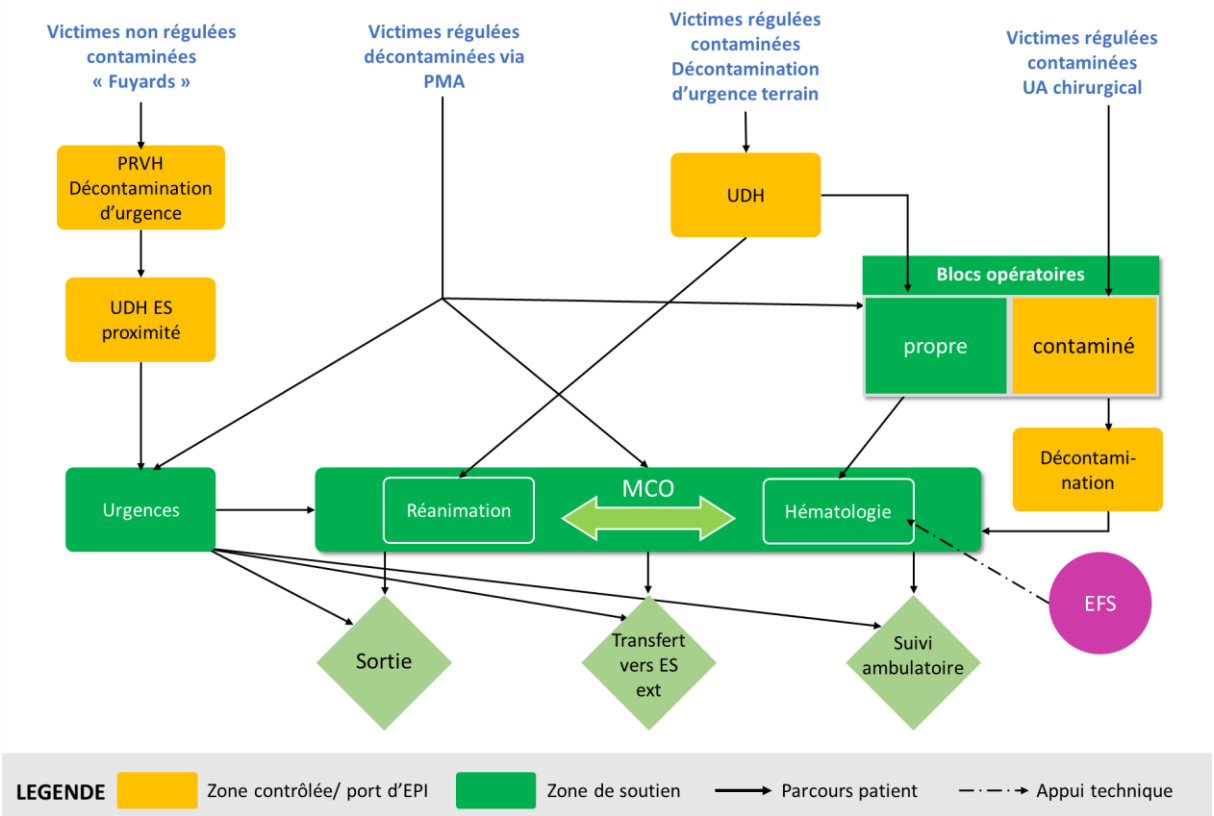
- 1ère intention : après décontamination d'urgence, transfert des victimes non régulées vers l'établissement le plus proche disposant d'une UDH
- 2ème intention : déploiement d'une UMDH sur le site de l'établissement à proximité de l'évènement.

Aide à la décision SAMU : cartographie des moyens tactiques et UDH détenus par les établissements bretons.

Prise en charge hospitalière lors d'un évènement de type C



Prise en charge hospitalière lors d'un évènement de type NR



4. Fiches techniques

4.1. Fiche 1 : Marche en avant - Zonage dans un établissement de santé

Délimitation sur le terrain, par l'établissement, de différentes zones géographiques ou fonctionnelles dont l'accès est contrôlé pour assurer la sécurité des victimes, des intervenants et de la population. Elle peut évoluer avec le temps.

A quel moment ?

Dès qu'un établissement a connaissance de la survenue d'un évènement de type NRC.

Pour quelles raisons ?

L'objectif est d'éviter le transfert de contamination pouvant être à l'origine de contamination secondaire et/ou croisée à l'hôpital.

Le principe de marche en avant dans le temps et dans l'espace est une démarche qualitative de prise en charge. Elle se traduit par une organisation des espaces ou locaux et du travail visant à éviter les contaminations croisées (éviter que les victimes et professionnels non contaminés ou décontaminés croisent des personnes contaminées ou professionnels en tenue « sale »).

Les victimes vont de l'endroit le plus contaminé (entrée de l'hôpital, zone de tri) à celui exempt de contamination (Services de soins) sans jamais revenir en arrière.

Toutes les zones doivent être matérialisées et le passage d'une zone à l'autre proscrite en dehors de différents sas mis en place et identifiés.

Qui est concerné ?

Tous les établissements de santé quel que soit leur classement ORSAN NRC

Comment cela s'organise ?

Le zonage à l'hôpital comprend :

- La zone d'accès contrôlé ou zone contrôlée. Le ou les points de regroupement des victimes (PRVH) s'y trouvent. Si elle existe, la chaîne de décontamination se situe à la limite de cette zone. Cette zone permet de prévenir ou de réduire la contamination, grâce à la décontamination. C'est une zone initialement propre, mais qui tend à se contaminer au long des opérations. Le port de la tenue de protection y est obligatoire.
- La zone de soutien, est la zone la plus étendue située à la périphérie de la zone contrôlée, où sont mis en place les services de secours, les services de l'hôpital ainsi qu'éventuellement le poste d'urgence médico psychologique (PUMP) hospitalier.

Plan NRC – FT 1 : Zonage dans un ES

A retenir

- Les zones accueillant des victimes ou des impliqués non décontaminés doivent être considérées comme des zones d'accès contrôlé ;
- La dissémination de la contamination doit être évitée autant que possible (décontamination d'urgence, principe de la « marche en avant », etc.).

Textes

Circulaires 700 et 800.

Plan NRC – FT 1 : Zonage dans un ES

4.2. Fiche 2 : Point de Rassemblement des Victimes à l'Hôpital (PRVH) et décontamination d'urgence

Lieu de la décontamination d'urgence. Selon le niveau de classement de l'établissement et des renforts éventuellement déployés, les modalités de prise en charge seront adaptées en lien avec le SAMU et les ESRR.

Par analogie avec le pré-hospitalier, le **Point de Rassemblement des Victimes (PRV)** potentiellement contaminées se présentant spontanément à l'hôpital est appelé **PRVH**.

Lieu : le plus en amont du dispositif hospitalier de décontamination hospitalière, « à l'air libre », sur un circuit « naturel » entre le point d'entrée dans l'ES et l'UDH, quand elle existe.

A quel moment ?

En cas de SSE avec composante NRBC

Dès que l'on suspecte l'arrivée de plusieurs victimes potentiellement contaminées.

La mise en place du PRVH se fait dans le cadre du PGTHSSE et de la sécurisation des établissements.

Pour quelles raisons ?

- Pour **protéger l'hôpital** d'un transfert de contamination
- Pour **mettre en sécurité les victimes contaminées** en attendant la réorientation des victimes ou la mise en place de l'UDH.
- **La décontamination d'urgence retire 80% de la contamination.**

Qui est concerné ?

Tous les établissements de la région.

Comment cela s'organise ?

Le PRVH ainsi que le circuit des victimes doit faire l'objet d'un balisage adapté avec le respect de la marche en avant. Le PRVH est le lieu d'utilisation des kits de décontamination d'urgence.

Principes

- Regrouper les victimes selon des groupes homogènes
- Assurer le meilleur rendement des moyens disponibles
- Administrer sans retard, les soins nécessaires

Structuration du PRVH

- Au fur et à mesure de l'arrivée des professionnels et de leur organisation
- Déploiement du matériel balisage, tente
- En contact avec la CCH

Plan NRC – FT 2 : PRVH et décontamination d'urgence

Procédure Nominale Mon personnel est formé à l'habillage/déshabillage, il dispose d'EPI NRBC (étanches ou filtrants)	**Procédure dégradée** Mon personnel n'est pas formé à l'habillage/déshabillage
1 cagoule (cartouche filtrante large spectre) et 1 paire de gants en butyle à disposition à l'accueil (pour orientation vers le PRVH)	1 cagoule (cartouche filtrante large spectre) et 1 paire de gants en butyle à disposition à l'accueil (pour orientation vers le PRVH)
1 lieu dédié pour le PRVH et 1 circuit identifié vers le PRVH	1 lieu dédié pour le PRVH et 1 circuit identifié vers le PRVH
Matériel à mettre à disposition des victimes : masque, sac plastique étanche et transparent (env. 110 litres), couverture de survie, ciseaux, gants	Matériel à mettre à disposition des victimes : masque, sac plastique étanche et transparent (env. 110 litres), couverture de survie, ciseaux, gants
Intervenants en nombre limité, **protégés par EPI adaptés** pour accompagner la décontamination d'urgence	**Pas d'intervenant** (car non formés) Demande de renfort auprès de l'ARS pour mobilisation de l'UMDH et d'un pool de décontaminateurs auprès des ES de 1ère ligne (experts) => Mise en œuvre 2024-2025
Application du protocole de décontamination d'urgence (référence formation). Utilisation des kits PRVH.	Déshabillage de manière autonome (couches superficielles sans passer par la tête) Vêtements à confiner dans un sac plastique étanche
1 notice pour accompagner à la réalisation des gestes en autonomie en présence de personnels formés	1 notice pour réaliser les gestes en autonomie, sans personnels
Application des consignes SAMU qui sera contacté parallèlement	Application des consignes SAMU qui sera contacté parallèlement

Cf. Notices des kits de décontamination d'urgence et des kits PRVH « autonomes » (=> Se rapprocher des missions ESRR de Rennes et de Brest)

Textes

- Guide PGTHSSE
- Circulaires 700 du 02 octobre 2018
- Notices des kits de décontamination d'urgence et des kits PRVH « autonomes »

A retenir

Plan NRC – FT 2 : PRVH et décontamination d'urgence

4.3. Fiche 3 : Décontamination approfondie hospitalière

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.

A quel moment ?

La décontamination approfondie s'effectue dans la continuité de la décontamination d'urgence.

L'expertise va déterminer le besoin de décontaminer ou pas.

Dans l'attente, dès l'alerte, l'établissement de santé doit activer et utiliser systématiquement sa chaîne de décontamination approfondie, s'il en dispose.

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.

Pour quelles raisons ?

La décontamination approfondie a pour but d'éliminer toute trace de contamination résiduelle et ainsi éviter tout risque de transfert de contamination vers le personnel, le matériel et les locaux des établissements de santé. La décontamination approfondie associe une évaluation clinique des victimes en continu, un déshabillage complet, une douche avec shampoing, un séchage et un rhabillage ainsi que des soins appropriés.

Qui est concerné ?

Les établissements de santé classés 1ère ligne expert et 1ère ligne ORSAN NRC doivent être en mesure d'effectuer une décontamination approfondie de victimes.

Sont concernés par la décontamination approfondie hospitalière :

- Les victimes présentes sur le lieu de l'évènement et transportées vers un ES 1ère ligne (expert)
- Les victimes arrivant spontanément à l'hôpital.

Comment cela s'organise ?

La décontamination approfondie hospitalière 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.

A retenir

L'unité de décontamination hospitalière (UDH) a pour fonction d'assurer la décontamination approfondie des victimes. 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 (cf. courrier de classement ORSAN).

L'UDH est positionnée dans la continuité du PRVH où la décontamination d'urgence est préalablement réalisée et doit permettre d'organiser la prise en charge des victimes dans un principe de marche en avant depuis la zone la plus contaminée vers la zone la moins contaminée.

Plan NRC – FT 3 : Décontamination approfondie hospitalière

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).

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.

Textes

- Circulaire 800 de 2011
- Guide PGTHSSE 2019
- Cahier des charges d'une UDH (mis à disposition par l'ESRR)

Plan NRC – FT 3 : Décontamination approfondie hospitalière

4.4. Fiche 4 : Parcours de prise en charge des victimes contaminées et/ou irradiées (post décontamination)

Identifier le plateau technique requis selon l'agent, la lésion et les établissements de la région Bretagne, des régions limitrophes, voire nationaux (ESRN NR ou C) disposant de ces plateaux techniques.

A quel moment ?

Dès l'entrée au PRVH

Pour quelles raisons ?

Une prise en charge adaptée des victimes

Qui est concerné ?

ESR régionaux NR ou C / ESR nationaux NR ou C / établissements de 1ère ligne ORSAN NRC

Comment cela s'organise ?

L'orientation des victimes est réalisée en fonction de leur état clinique, lequel est réévalué tout au long de la prise en charge. Certains agents NRC peuvent nécessiter des places spécifiques. Le tableau suivant donne une indication du type d'établissement vers lequel les victimes vont être régulées en fonction de l'agent en cause et de la gravité des lésions.

A retenir

Agent	Plateau / moyen tactique	Etablissements
NR - Irradiés	Irradiés purs => **hématologie (chambres à pression positive)**	**Première intention :** ESR régional CHU Rennes ou Brest **Deuxième intention :** ES 1ère ligne selon plateau technique
	Si lésions cutanées	**Première intention :** ESR national NR
NR - Irradiation globale aiguë	**Hématologie, secteur stérile** (pression positive)	**Première intention :** ESR national NR
NR - Radio contamination interne	**Chambres de médecine nucléaire** si possible	**Première intention :** ESR régional CHU Rennes ou Brest En recours, **ESR national NR**

Plan NRC – FT 4 : Parcours de prise en charge des victimes contaminées et/ou irradiées

C - Intoxiqués (Neurotoxiques organophosphorés, Suffocants, Toxiques cellulaires)	**Réanimation**	**Première intention :** ESR régional CHU Rennes **Deuxième intention :** ES 1ère ligne selon plateau technique
C - Intoxiqués : Vésicants	**Réanimation / Brûlés**	**Première intention :** ESR régional CHU Rennes ou CHU Nantes pour les brûlés **Deuxième intention :** ES 1ère ligne selon plateau technique
C - Intoxication grave avec des agents chimiques complexes (ex. nouveaux agents neurotoxiques)	**Réanimation**	**Première intention :** ESR régional CHU Rennes En recours**, ESR national C**

Textes

- Arrêté du 18 janvier 2024 fixant la liste des établissements de santé de référence.
- Arrêté du 18 janvier 2024 relatif aux missions de référence, aux capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic des établissements de santé de référence et aux missions des agences régionales de santé.

Plan NRC – FT 4 : Parcours de prise en charge des victimes contaminées et/ou irradiées

4.5. Fiche 5 : Types d'EPI et formations proposées

Un équipement de protection individuelle (EPI) est un dispositif ou un moyen destiné à être porté par une personne en vue de la protéger contre un ou plusieurs risques susceptibles de menacer sa santé ainsi que sa sécurité.

L'utilisation de ces EPI est **impérative** lors d'évènement exceptionnel de type NRC.

Les EPI financés par l'ARS au titre de la MIG O03 « Acquisition et maintenance des moyens des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles » sont des **moyens d'Etat, susceptibles d'être mobilisables et projetables**.

A quel moment ?

Dès la réception d'une alerte relative à la suspicion ou à la survenue d'un évènement NRC.

Pour quelles raisons ?

Protéger les personnels

Qui est concerné ?

Les personnels formés des SAMU/SMUR peuvent intervenir sur site en présence de contaminant, en zone contrôlée au niveau des Points de Rassemblement des Victimes (PRV).

Au sein des établissements de santé (les ESRR, ES 1ère et 2ème ligne + éventuellement, les ES en posture minimale à proximité d'un évènement), les personnels formés concernés par le port de ces équipements sont ceux susceptibles d'être exposés (sécurisation du site, accueil des victimes potentiellement contaminées se présentant spontanément, et personnels participant à la décontamination).

Comment cela s'organise ?

Contre les produits chimiques :

- Les tenues et combinaisons air imperméables (de type TLD/CLD) sont des tenues étanches, en matière hydrofuge et oléofuge dont le port est indiqué lors des activités de décontamination humide. En raison de la déshydratation par transpiration qu'il peut induire chez le professionnel de santé, leur port doit être limité à une ou deux heures ;
- Les tenues air perméables (de type C3P1RH, Polycombi®, ou équivalent), sont des combinaisons de protection filtrantes à port permanent pour l'intervention en zone contaminée. Elles sont composées d'un insert filtrant imprégné de charbon actif absorbant les toxiques gazeux et d'un tissu extérieur avec un traitement hydrophobe et oléophobe évitant la pénétration des projections de toxiques liquides. Les matériaux à forte perméabilité employés diminuent le phénomène de stress thermique lié au port. L'utilisation de cette tenue peut être complétée par le port d'un tablier et de manchettes en plastique destinés à éviter de mouiller la tenue.
- Les gants résistants aux produits chimiques en butyle, avec sous-gants en coton ;
- La protection des voies respiratoires et du visage est assurée par le port d'un masque équipé d'une cartouche filtrante adaptée à la nature du risque vapeur (A2B2E2K2P3). L'utilisation de "soufflantes" facilite la respiration en créant une pression légèrement positive. Elles s'adaptent au masque ; la cartouche est déportée à la taille ;
- Les surbottes étanches de protection.

Plan NRC – FT 5 : Type d'EPI et formations proposées

Contre le risque particulaire (poussières radioactives) :

- Les tenues anti-poussière (de type Tyvek® ou équivalent), en matériau non-tissé sont des tenues non étanches réservées aux risques de nature particulaire ; elles doivent être associées au port de charlotte, surbottes, lunettes de protection, gants en nitrile (double paire), masque anti-poussière de type FFP319.

Pour mémoire, une personne radio contaminée ne fait pas courir de risque d'irradiation aux personnels de l'établissement de santé, qu'il convient néanmoins de doter de dosimètres opérationnels.

A retenir

Recommandations pour un établissement	Nécessité d'une UDH (oui / non)	PRVH Nombre de kits à détenir (kits adultes et kits adultes et enfants)	Tenues filtrantes (préciser EPI PRVH / SMUR)	Tenues étanches (TLD)	Formation/exercice	
					Tenues filtrantes	Tenues étanches
ESRR (1ère ligne expert), en complément						
1ère ligne NRC						
2ème ligne NRC						
Posture minimale						
ES avec SAMU / SMUR						

DIFFUSION RESTREINTE

- Il est nécessaire d'adapter la taille de ces équipements à la morphologie des personnels.
- Leur port nécessite que les personnels soient préalablement formés à l'habillage et au déshabillage (la liste de personnels formés devra mentionner la taille de l'équipement adaptée pour chaque agent).

Formations proposées : annexe 7 AFGSU : Décontamination hospitalière d'urgence et moyens de protection individuels et collectifs NRC

Textes

- Fiches PZMRS FR_TACT_EPI_DECON, FR_TACT_EPI_SMUR, FR_TACT-EPI_BIO
- Guide PGTHSSE
- Note du DGS aux DGARS du 18/02/2013 relative à la protection des équipes d'intervention des SMUR par une dotation en comprimés d'iodure de potassium
- Courrier du HFDS aux établissements du 19/12/2005 relatif à la protection des intervenants de l'AMU face au risque nucléaire (dosimètres opérationnels)

Plan NRC – FT 5 : Type d'EPI et formations proposées

4.6. Fiche 6 : Parcours pédiatrique des enfants contaminés

Présenter les spécificités (recommandations médicales) de la prise en charge de victimes pédiatriques en contexte NRC

A quel moment ?

Tout au long de la prise en charge

Pour quelles raisons ?

Les principes de prise en charge de victimes NRBC sont globalement identiques quel que soit l'âge des victimes.

Des spécificités propres à l'enfant à prendre en compte en contexte NRC existent toutefois.

Les comportements des plus petits (nombre d'heures à l'extérieur, objets à la bouche…) peuvent contribuer à un risque accru d'exposition physique et, selon l'âge, les enfants peuvent ne pas avoir les capacités pour se déplacer efficacement en zone saine et sécurisée. Les jeunes enfants peuvent avoir des présentations inhabituelles de la maladie et les soins aigus peuvent être compliqués par la tendance des enfants à garder un état clinique initialement rassurant puis à décompenser rapidement.

Les jeunes enfants peuvent ne pas fuir un nuage de gaz et certains agents neurotoxiques peuvent être absorbés par une peau intacte, ce qui entraîne une exposition plus sévère chez les jeunes enfants qui ont une peau plus perméable et un rapport surface corporelle / masse plus élevé. Les agents toxiques respiratoires peuvent être particulièrement destructeurs car les enfants ont des voies respiratoires plus étroites et des besoins en oxygène plus élevés qu'à l'âge adulte.

De plus, certains agents chimiques sont plus lourds que l'air, ce qui les fait se déposer au sol où ils sont plus facilement inhalés par les petits enfants. Les enfants sont en outre particulièrement vulnérables aux effets radiologiques néfastes sur la santé et sont plus sensibles aux effets de blast et brûlure.

Qui est concerné ?

Il est recommandé de classer les victimes pédiatriques selon les catégories suivantes :

- Nouveau-nés et enfants en âge crèche, < 3 ans, 5-10 kg
- Enfants scolarisés en maternelle, 3 – 6 ans, 10-20 kg
- Enfants scolarisés au primaire, 6 – 11 ans, 20-30 kg
- Collégiens et lycéens, > 11 ans et > 30 kg => prise en charge comme les adultes

A retenir

- Les principes de prise en charge de victimes NRC sont globalement identiques quel que soit l'âge des victimes.
- L'offre de soins pédiatrique régionale voire zonale doit être pré alertée le plus précocement possible. Au cas par cas le déploiement d'une expertise pédiatrique sur site sera envisagé voire une télé expertise via le SAMU.
- Tout ES de 1ère ligne doit être en mesure de prendre en charge des victimes pédiatriques.

Plan NRC – FT 6 : Parcours pédiatrique des enfants contaminés

- La dyade enfant-parent, victime ou impliquée, est à préserver tant que cela ne compromet pas la prise en charge de chacun.
- La connaissance des toxidromes par les urgentistes et pédiatres est importante, notamment pour la phase initiale d'alerte (exemples : « agents cyanés : mydriase et polypnée », « neurotoxiques organophosphorés : myosis et encombrement ». La mise à disposition d'antidotes adaptés en dépend.
- La spécificité de préparation des drogues avec des posologies pédiatriques peut rendre utile de dédier un personnel exclusivement à cette préparation, dans la mesure du possible, afin d'éviter toute confusion avec les préparations des posologies adultes.
- La décontamination d'urgence doit être la plus précoce possible. Il est important de prendre en compte les accompagnants et le côté invalide des petits enfants.

Textes

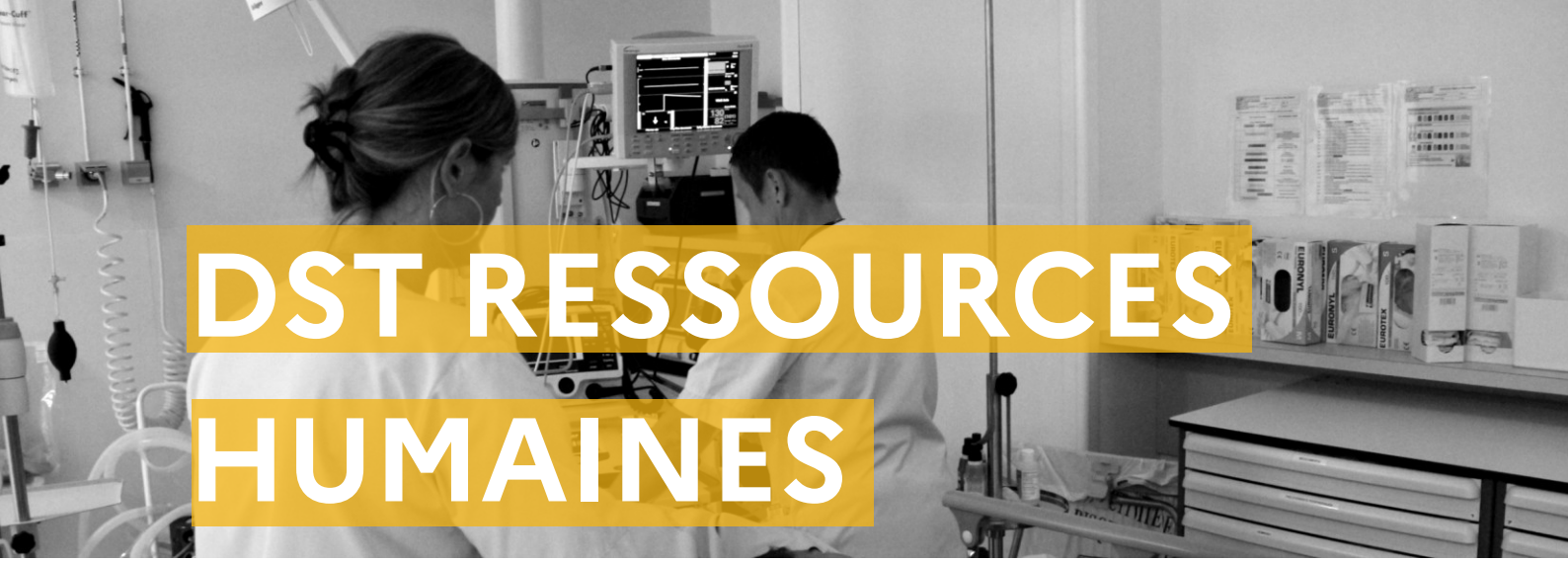
Guide de bonnes pratiques _ Recommandations médicales de prise en charge de victimes pédiatriques en contexte NRBC [coordonné par la SFMU]

Plan NRC – FT 6 : Parcours pédiatrique des enfants contaminés

5. Cartographie des moyens bretons pour la prise en charge d'un risque NRC

Carte 12 : Unités de décontamination hospitalière (UDH) et équipements de protection individuelle (EPI) NRC

Carte 13 : Positionnement des moyens de détection NRC



DST RESSOURCES HUMAINES

Document validé le 28/03/2024

1. Présentation

La disposition spécifique transversale Ressources Humaines vise à édicter les consignes générales en définissant les responsabilités de chacun pour organiser la montée en charge des personnels médico-soignants et l'appui des équipes RH des établissements.

La mobilisation des RH en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE) peut être mise en œuvre dans les deux situations suivantes :

- **Situation sanitaire exceptionnelle impactant la région Bretagne :** mobilisation des ressources du territoire et le cas échéant sollicitation de renforts extrarégionaux ;
- **Situation sanitaire exceptionnelle impactant une autre région :** mobilisation de ressources régionales en renfort de la région impactée (sur sollicitation zonale ou nationale)

Pour ce faire, il convient de décliner les « lignes directrices » favorisant la mutualisation au niveau local, puis au niveau régional de ces renforts afin si besoin de faciliter les transferts de renforts extra-régionaux.

2. Doctrine et stratégie régionale

L'objectif de la DST est d'identifier la place et le rôle des différents acteurs dans le dispositif de mobilisation des ressources humaines en cas de survenue d'une crise sanitaire majeure. Il s'agit de rappeler les niveaux d'intervention des différents acteurs.

Les principaux axes de la stratégie régionale sont les suivants :

- **Subsidiarité dans la mobilisation des ressources :** pour les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, la mobilisation interviendra d'abord en interne, à l'échelle territoriale, puis au niveau régional avec le soutien de l'ARS en fonction de l'objet et de l'importance de la situation sanitaire exceptionnelle. La logique de subsidiarité vise une approche graduée.
- **Implication de l'ensemble de l'offre de soins :** la mobilisation de renforts repose sur les établissements publics et privés de santé, les établissements médico-sociaux mais également les professionnels de ville et les étudiants en santé, le cas échéant. Cela nécessite que chaque acteur anticipe la mobilisation de ses propres ressources à travers des dispositifs opérationnels afin de répondre dans des délais contraints aux demandes d'appui qui pourraient être formulées. Les acteurs devront se mobiliser pour former l'ensemble des professionnels de la santé à la gestion de crise au niveau de la formation initiale et continue.
- **Anticipation des besoins** : les besoins de renforts sont exprimés dès que possible pour permettre une mobilisation aux dates souhaitées et dans les meilleures conditions possibles.
- **Adaptabilité dans les modalités de mobilisation au regard du besoin :** il existe différentes modalités de mobilisation des ressources RH selon le vivier concerné et le niveau de mobilisation.
- **Coordination de la mobilisation des ressources :** une cellule RH régionale et/ou départementale peut être activée par l'ARS en cas de SSE nécessitant une mobilisation importante de professionnels de santé, soit au profit du territoire, soit en appui d'une autre région.

  La cellule d'appui RH régionale et/ou départementale assure alors :

  - La coordination et le suivi du déploiement des actions mises en place par les établissements,
  - La coordination et le relai des actions de mobilisation à conduire au niveau régional (mobilisation des étudiants, constitution de pools de volontaires),
  - Le relai d'informations au niveau national et le déploiement des mesures spécifiques définies par le niveau national.
- **L'accueil des renforts extérieurs à la région mis à disposition** fait l'objet d'une DST spécifique (cf. DST Accueil des renforts extra-régionaux).

Différents dispositifs peuvent également être mobilisés et font l'objet d'une présentation dans le présent document : mise à disposition de professionnels, recours à la plateforme renforts RH, appel à la réserve sanitaire, recours la réquisition des professionnels de santé, etc.

3. Préparation des établissements de santé

Au sein de l'établissement de santé

Chaque établissement doit pouvoir :

- Identifier la capacité de lits maximale par service et les RH nécessaires pour armer ces services en cas de SSE (définition de paliers de montée en puissance des capacités d'accueil dans le cadre du plan blanc en fonction des objectifs fixés par le dispositif ORSAN pour chaque plan opérationnel) ;
- Constituer et tenir à jour des pools de personnels formés à la réanimation ;
- Identifier les modalités de communications rapides et sécurisées pour informer et rappeler les professionnels (ex : coordonnées téléphoniques des professionnels à jour…) ;
- Solliciter systématiquement le personnel soignant partant à la retraite pour l'inscrire dans le vivier de soignants territorial et le cas échéant, dans la réserve sanitaire ;
- Sécuriser l'engagement du vivier soignant extérieur à l'établissement par un cadre contractuel (éléments de rémunération et éventuelles valorisations de l'engagement du professionnel) ;
- Pérenniser les dispositifs d'information permettant à chaque étudiant ou renfort extérieur d'être informé de sa période de renfort et dans la mesure du possible, de son lieu d'affectation par anticipation au niveau des établissements de santé ;
- Prévoir, dans le début d'une SSE, un planning de roulement des effectifs RH pour éviter l'épuisement en cas de crise de longue durée au sein des établissements de santé ;
- Etablir une fiche identifiant des personnes référentes en cas de situation sanitaire exceptionnelle (liste à jour avec coordonnées des DRH/attachés et directeurs de soins).

Au niveau territorial

Les établissements de santé, publics et privés, de chaque territoire doivent pouvoir identifier et partager la doctrine et les principes d'organisation pour la mise à disposition de personnels entre établissements dans un plan de mobilisation territoriale et, le cas échéant, identifier le capacitaire des ressources mobilisables tout au long de la crise.

4. Préparation des établissements médico-sociaux

Il est rappelé que chaque ESMS doit régulièrement mettre à jour son organisation interne de préparation et gestion de crise et dans ce cadre actualiser son **PLAN BLEU.**

- Identifier pour chaque établissement, les ressources humaines nécessaires à la continuité de leur activité ;

- Identifier et prévoir les modalités de communications rapides et sécurisées pour informer et rappeler les professionnels des établissements (ex : coordonnées téléphoniques à jour) ;
- Sécuriser l'engagement des personnels extérieurs à l'établissement par un cadre contractuel (rotation, rémunération) ;
- Organiser, dans le début d'un fonctionnement de continuité d'activité, un planning de roulement des effectifs RH pour éviter l'épuisement en cas de crise longue durée ;
- Etablir une fiche identifiant des personnes référentes en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

5. Formation des professionnels de santé

L'enjeu de formation et de maintien des compétences est un axe de vigilance engageant la responsabilité de chaque acteur du dispositif.

Les renforts pour la plupart doivent donc être formés afin d'être mobilisables à tout moment et rapidement. La formation de ces renforts contribue à pérenniser et sécuriser leur engagement dans une réserve tout en maintenant leurs compétences. Il est important que ces renforts soient également mutualisables rapidement notamment dans le cas d'une SSE impactant tout le territoire français.

Les établissements de santé et établissements médico-sociaux doivent tenir à jour et mettre à disposition de l'ARS un plan prévisionnel de formation de l'ensemble de ses personnels. Ils doivent également disposer d'un fichier qui identifiera les « compétences » spécifiques des professionnels de santé, au-delà des diplômes.

Dans ce cadre, plusieurs dispositifs de formation peuvent être mobilisés :

- **Formation AFGSU :** Formation aux gestes et soins d'urgence dispensée par les CESU et s'adressant aux professionnels exerçant au sein d'un ES, EMS ou en structure libérale. Elle comporte deux niveaux (AFGSU 1 et 2) et une spécialisation SSE. Elle est obligatoire pour certaines professions de santé et est intégrée dans la plupart des formations initiales médicales (éligible au DPC) et paramédicales (plus d'informations sur https://ancesu.fr/)
- **Plateforme de formation de l'EHESP :** Plateforme nationale de formation en ligne relative à la veille sanitaire et la gestion des SSE (https://formation.sse.ehesp.fr/).
- Pour les établissements publics de santé, **formations et guides de l'ANFH** : Serious game, guides, vidéos, disponibles sur le site de l'ANFH https://www.anfh.fr/thematiques/gestion-de-crise
- Pour les établissements de santé privés, **OPCO Santé :** Les établissements peuvent demander des actions de formation (mise à niveau des formations AFGSU, formation des professionnels à des situations sanitaires exceptionnelles…) au titre de leurs Plan de Développement des compétences (PDC).

6. Mise en œuvre opérationnelle : Mobilisation des professionnels de santé

Niveau 1 : Mobilisation des ressources humaines au sein des établissements de santé (en interne)

Dispositifs	Références
Recours au temps de travail additionnel (médecins établissements publics)	Article R 6152-606 du Code de la Santé Publique
Réexamen des situations d'agents à temps partiel (hors temps partiel de droit)	
Réintégration anticipée de personnels en disponibilité avec leur accord	
Recours aux heures supplémentaires au-delà du plafond autorisé à titre exceptionnel	Articles 15 et 16 du décret 2002-9 du 4 janvier 2022 (établissements publics)
Dépassement du contingent d'heures supplémentaires (établissements privés)	Article L3121-30 du code du travail (établissements privés)
Rappel des agents en congés et report des demandes de congé des agents encore en poste	
Rappel des personnels soignant partis à la retraite (cumul emploi-retraite) / Tenir une liste des agents partis à la retraite sur les 5 dernières années	

Niveau 2 : Mobilisation de ressources humaines externes à l'établissement de santé (solidarité territoriale)

Prérequis : les mêmes règles de protection individuelle que le reste du personnel s'appliquent pour tout professionnel mobilisé. Aucune mobilisation ne peut intervenir sans application des mesures de protection et de mise à disposition du matériel de protection pour les professionnels mobilisés (cf. DST Accueil des renforts extra-régionaux pour les aspects logistiques).

Cas n° 1 : Mobilisation au niveau d'un territoire (entre établissements de santé).

Il convient d'anticiper les modalités de renforts entre établissements d'un même territoire et les circuits d'activation de ces leviers.

Le déclenchement d'une mobilisation au niveau d'un territoire s'organise sur décision de l'Agence régionale de santé.

Modalités de réaffectation de personnels au sein d'un GHT/entre établissements publics de santé

Modalités	Références
Déploiement des principes de mobilisation des personnels entre établissements publics. Validation par l'ARS des différents niveaux d'activation pour permettre de disposer d'une vision territoriale et d'opérer une régulation si nécessaire (par ex si une IDE d'un établissement X vient en soutien d'un établissement Y, il y a un impact sur l'établissement X) Arbitrage ARS si nécessaire	Principes territoriaux de mobilisation définis entre les établissements et prévoyant notamment : • Les modalités de premiers contacts entre les établissements (liste à jour avec coordonnées des DRH/attachés et directeurs des soins), • Les modalités d'articulation et de suivi de cette mobilisation entre les établissements, • Les modalités de sollicitation des viviers disponibles, tenus à jour au sein de chaque établissement.
<u>Dispositifs de mobilisation :</u> ▪ **Convention de mise à disposition** entre établissements publics ▪ **Prime de solidarité territoriale** des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques	Articles 48 et 49 de la loi du 9 janvier 1986 Dispositif de solidarité territoriale comportant l'attribution d'une compensation aux personnels exerçant à temps plein qui réalisent une activité partagée au-delà de leurs obligations de service dans plusieurs établissements publics de santé. Ce dispositif comprend la signature d'une convention entre établissements, qui est approuvée par le directeur général de l'Agence régionale de santé. • Article R6152-4-1 du CSP • Décret no 2021-1654 du 15 décembre 2021 relatif au dispositif de solidarité territoriale entre les établissements publics de santé • Arrêté du 15 décembre 2021 relatif à la prime de solidarité territoriale des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques • Convention cadre Bretagne pour une durée d'un an du 16 décembre 2021, reconduite par tacite reconduction pour trois ans maximum. • Arrêté DGARS Bretagne fixant la liste des spécialités éligibles à une majoration du montant de la prime de solidarité territoriale pour la région Bretagne du 28 janvier 2022

Modalités de réaffectation de professionnels de santé d'établissements privés vers des établissements publics de santé

Modalités	Références
Déploiement **des principes de mobilisation des personnels** déclinés au niveau territorial.	Principes territoriaux **de mobilisation définis entre établissements prévoyant notamment :** • Les modalités de premiers contacts entre les établissements, (liste à jour avec coordonnées des DRH/attachés et directeurs des soins), • Les modalités d'articulation et de suivi de cette mobilisation entre les établissements, • Les modalités de sollicitation des viviers disponibles, tenus à jour au sein de chaque établissement.
Dispositifs de mobilisation : Convention de mise à disposition de fonctionnaires.	Article 2 et 11 du décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires

Cas n°2 : Mobilisation de tout autre professionnel de santé exerçant hors établissement de santé

Modalités de mobilisation des professionnels de santé libéraux (renfort vers les établissements et /ou mobilisation pour prise en charge en amont ou aval pour faciliter les disponibilités de lits) :

- Pharmaciens : Le conseil de l'ordre dispose de la liste des pharmaciens en exercice. L'URPS, en lien avec les syndicats, notamment la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), organise les gardes pharmaceutiques sur le territoire national.
- Infirmiers : L'URPS infirmier communique via l'outil Inzeecare, sur la base des données disponibles.
- Médecins : Mobilisation à organiser par l'URPS.

En cas de recrutement direct par l'établissement, la mobilisation se fait sur la base d'un CDD (objet, durée, nature des activités, conditions de rémunération, couverture …).

Des conduites à tenir et des informations peuvent également être diffusées par le canal d'alerte « DGS URGENT » du ministère chargé de la santé aux professionnels de santé libéraux.

Mobilisation via les CPTS

Les CPTS ont désormais pour mission socle de préparer un plan d'action permettant de participer à la réponse du système de santé face à une situation sanitaire exceptionnelle voire une crise sanitaire grave. Cette mission crise sanitaire a donc pour objectif d'inciter les CPTS à

anticiper leur organisation et permettre le déploiement rapide des actions en cas de crise sanitaire. Elles apportent le relais par la ville en sortie d'hospitalisation.

- **Exemples :** mesures Braun sur mobilisation des IDE libéraux à la demande de la régulation du centre 15/SAS pour levée de doute, appui des professionnels de santé retraités pour la vaccination COVID, etc.
- **Référence :** Avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé

Modalités de soutien des laboratoires d'analyse médicale

Les modalités possibles de montée en puissance des capacités de dépistage, notamment par la mobilisation de professionnels externes aux laboratoires, sont décrites dans la DST dépistage.

Niveau 3 : Mobilisation des professionnels de santé avec le soutien de l'ARS

En cas de difficultés (saturation des niveaux 1 et 2 décrits ci-dessus, désistements, urgence …) rencontrées par un établissement, ce dernier contacte l'ARS Bretagne, selon les dispositions qui auront été communiquées par l'ARS aux établissements lors du déclenchement de l'évènement.

L'ARS mobilisera les leviers les plus adaptés à la situation :

- Réserve sanitaire : (cf. fiche technique 1, page 241)
- Transferts de soignants entre région : (cf. fiche technique 3, page 243).

7. Fiche action : Mobilisation des étudiants en santé

Prérequis : les mêmes règles de protection individuelle que le reste du personnel s'appliquent à tout étudiant mobilisé. Aucune mobilisation ne peut intervenir sans application des mesures de protection et de mise à disposition du matériel de protection pour ces étudiants (cf. DST Accueil des renforts extra-régionaux pour les aspects logistiques).

Le recours à la mobilisation des étudiants et élèves doit intervenir après la mobilisation préalable des professionnels de santé en exercice, qu'ils exercent en établissement ou en libéral.

Il est rappelé le principe de subsidiarité pour permettre une mobilisation graduée des ressources. Ainsi, pour les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, la mobilisation interviendra d'abord en interne, à l'échelle territoriale, puis au niveau régional avec le soutien de l'ARS en fonction de l'objet et de l'importance de la situation sanitaire exceptionnelle.

Mobilisation des étudiants en santé hors période de stage

Les conditions de mobilisation des étudiants en santé hors période de stage (équivalence d'exercice et étudiants concernés) sont fixées par **arrêté du 3 février 2022**[12].

Cursus	Cycle /Année	Vacation ASHQ	Vacation AS	Vacation AP	Vacation IDE	Préconisations
Elèves AS, AP, ambulanciers		OUI, en théorie				Formations courtes, à ne mobiliser qu'en dernier recours
Etudiants soins infirmiers	3ème année	OUI	OUI			
	2ème année	OUI	OUI			Prioriser la 2ème année
	1ère année	OUI				
Etudiants MK Ergothérapeute Pédicure-Podologue Psychomotri-cien MEM	4ème année	OUI	OUI			
	3ème année	OUI	OUI			Durant les 6 derniers mois de formation
	2ème année	OUI	OUI			
	1ère année	OUI				
Etudiants IBODE IADE PUER IPA		OUI, en théorie mais à prioriser sur fonction IDE		OUI pour les étudiants PUER	OUI	Durant les 6 derniers mois de formation

[12] Arrêté du 3 février 2022 relatif aux vacations des étudiants en santé pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier, et à l'obtention du diplôme d'Etat d'aide- soignant par les étudiants en santé non médicaux et du diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture par les étudiants sage-femmes.

Cadre de santé*		OUI, en théorie mais à prioriser sur fonction IDE				** Pour les cadres de santé tenir compte de leur métier d'origine ; tous ne sont pas infirmiers.*
Médecine	3ème cycle	OUI, en théorie mais à prioriser sur fonctions médicales	OUI, en théorie mais à prioriser sur fonctions médicales	OUI, en théorie mais à prioriser sur fonctions médicales	OUI	A préserver en particulier : • Internes en phase socle • Dr juniors, sauf accord de l'intéressé + chef de service
	2ème cycle	OUI	OUI		OUI, à partir 6ème année	A préserver en particulier : Etudiants de 6ème année (ECN à venir)
	1ère cycle	OUI	OUI à partir 3ème année			
Pharmacie	3ème cycle court	OUI, en théorie				A préserver en particulier : Durant les 6 derniers mois de formation
	3ème cycle long	OUI, en théorie				
	2ème cycle	OUI				A préserver en particulier : Etudiants de 5ème année (ECN)
	1er cycle	OUI				
Odontologie	3ème cycle court	OUI, en théorie				A préserver en particulier : Durant les 6 derniers mois de formation
	3ème cycle long	OUI, en théorie				
	2ème cycle	OUI				A préserver en particulier : Etudiants de 6ème année (ECN)
	1er cycle	OUI				
Maïeutique	2ème cycle	OUI	OUI	OUI		
	1er cycle	OUI	OUI, à partir de la 3ème année			

Législation[13]

Recours à la mobilisation des étudiants et élèves devant intervenir après la mobilisation préalable des professionnels de santé en exercice :

- Les étudiants et élèves en santé peuvent être employés à titre temporaire par les ES en dehors de leur parcours de formation : week-ends, soirs, vacances scolaires.
- Contrat de vacation ou contrat à durée déterminée signé au plus tard le deuxième jour de travail par l'étudiant et le directeur de l'établissement employeur. Il précise :
    - La période travaillée
    - La durée hebdomadaire de travail
    - La rémunération alignée sur la rémunération réglementaire correspondant à un agent titulaire du 1er échelon du 1er grade du corps concerné, ou salaire minimum conventionnel de l'emploi occupé.
- Le poste occupé est adapté au parcours de formation de l'étudiant ou élève.

Dispositions ou procédures établissements

- Les étudiants et élèves volontaires se manifestent auprès de leur établissement de formation.
- Ils peuvent également s'inscrire prioritairement sur la plateforme régionale et dans un second temps sur la plateforme nationale internet du ministère (Symbiose).
- La remontée des besoins de renforts des ES est réalisée via les DD ARS. Ces dernières font le lien avec les établissements de formation qui proposent aux étudiants et élèves volontaires.

[13] Arrêté 25 avril 2022 relatif à la mobilisation des étudiants et élèves en santé et étudiants des formations préparant à l'exercice des professions à usage de titre dans le cadre d'une crise sanitaire.

Principes de mobilisation pendant le temps de formation

Une durée maximum de 15 jours de renfort est préconisée sur les temps de stage.

Pour quels étudiants en santé ?	Etudiants en santé paramédicaux, étudiants en médecine 1er et 2ème cycle, étudiants sage-femme, étudiants en pharmacie, étudiant en odontologie	Internes en médecine, pharmacie et odontologie
Législation [14]	Recours à la mobilisation des étudiants et élèves devant intervenir après la mobilisation préalable des professionnels de santé en exercice. Prise en compte de leur cursus de formation et des compétences acquises Période maximale de mobilisation des étudiants et élèves définie en concertation avec l'ARS, les ES, les établissements de formation et les représentants des étudiants et élèves.	
Dispositions ou Procédures établissements	L'ES alerte l'ARS pour besoin de renforts Accord exceptionnel du DGARS pour mobiliser les étudiants et élèves sur leur temps de stage Modalités définies entre l'ARS, l'ES, l'établissement de formation et les représentants des étudiants et élèves Réaffectation au sein d'un même établissement sans autorisation particulière ARS, mais nécessairement en lien avec les facultés ou instituts de formation. Si réaffectation dans une autre structure ou établissement → Affectation au niveau local en coordination entre les UFR ou instituts, les établissements et l'ARS, sur la base du volontariat des étudiants et en respectant les règles d'encadrement.	Même procédure que pour les étudiants et élèves Compte tenu de la réalisation des maquettes de formation des internes, validation préalable par doyen de la faculté, qui en informe l'ARS. Pas d'arrêté ARS de réaffectation de l'interne
Indemnisation	Indemnité de stage des étudiants habituelle pouvant être majorée exceptionnellement par décision nationale ou régionale	

Dérogations

En fonction de la nature de la situation sanitaire exceptionnelle, des dispositions peuvent être prises au cas par cas afin de mobiliser les étudiants et élèves en dehors des conditions précisées par la législation. Ex : les pharmaciens mobilisés sur la vaccination et la réalisation de tests antigéniques.

[14] Arrêté 25 avril 2022 relatif à la mobilisation des étudiants et élèves en santé et étudiants des formations préparant à l'exercice des professions à usage de titre dans le cadre d'une crise sanitaire

8. Fiches techniques

Fiche technique 1 : Mobilisation de RH via la Plateforme RH et la réserve sanitaire

La réserve sanitaire et la plateforme renfort RH sont deux dispositifs différents.

La réserve sanitaire, gérée par Santé Publique France (SPF), est un dispositif permanent regroupant de professionnels de santé volontaires et mobilisables par l'Etat. Elle apporte un appui régulier aux établissements de santé et médico-sociaux lors des différentes situations sanitaires exceptionnelles nécessitant un renfort en ressources humaines.

A l'inverse, la Plateforme Renfort RH, mise en place en juillet 2020 dans le contexte de crise sanitaire Covid 19, est amenée à être utilisée ponctuellement, uniquement lors de crises majeures. Elle vient compléter l'offre de renforts de la réserve sanitaire.

Il est possible d'être inscrit dans les deux dispositifs, ceux-ci étant complémentaires et pouvant donner lieu à des missions différentes.

PLATEFORME RH

- Inscription sur https://renfortrh.solidarites-sante.gouv.fr sans attendre d'avoir un besoin en renfort
- Guide d'utilisation de la plateforme : https://renfortrh.solidarites-sante.gouv.fr/structure-medicale (structures) et https://renfortrh.solidarites-sante.gouv.fr/professionnel-sante (professionnels de santé)

RESERVE SANITAIRE

La réserve sanitaire a en charge l'engagement, la formation, l'équipement et la mobilisation de réservistes sanitaires. Les réservistes sanitaires sont notamment amenés à intervenir lorsqu'une situation sanitaire exceptionnelle nécessite un appui en ressources humaines, dans un établissement de santé, médico-social, une Agence régionale de santé, une ambassade ou auprès d'une organisation internationale.

Dans le cas où la solidarité territoriale ne serait pas suffisante ou ne permettrait pas de faire face à ces évènements, la réserve sanitaire peut être sollicitée.

Gérée par SPF, la réserve sanitaire est une communauté de professionnels de santé volontaires en activité ou retraités et mobilisables par l'État (médecins, IDE, pharmaciens, techniciens de laboratoire, etc.). Capable d'intervenir dans un délai très court, la réserve sanitaire tient à disposition un large éventail de compétences pour venir en renfort lors de situations sanitaires exceptionnelles. L'épuisement de toutes les mesures de gestion au niveau local est un prérequis indispensable avant de formaliser toute demande de mobilisation de la réserve sanitaire. La mobilisation de la réserve sanitaire peut être sollicitée par l'ARS, ou à la demande du préfet.

La Direction générale de la Santé est en charge d'arbitrer la répartition des ressources.

Modalités :

- Le ou les ES alertent l'ARS et remplissent le formulaire type qu'ils adressent au point focal régional et zonal de l'ARS via ars35-alerte@ars.sante.fr (le formulaire peut être demandé à cette même adresse) ;
- Le DGARS adresse cette demande au DG SPF, après analyse et validation des conditions justifiant cette demande ;

DST RH – FT 1 : Mobilisation de RH via la Plateforme RH et la réserve sanitaire

- Si les conditions de mobilisation de la réserve sanitaire sont réunies, SPF sélectionne les réservistes volontaires pour la mission et procède aux affectations individuelles et en informe le DGARS ;
- L'ARS qui a bénéficié du renfort de la réserve sanitaire rembourse SPF.

NB : pour les situations de tensions hospitalières, hors situation sanitaire exceptionnelle de type nombreuses victimes, NRC, la demande de mobilisation de la réserve sanitaire doit être motivée par le directeur de l'établissement de santé justifiant l'insuffisance de moyens habituellement disponibles, les actions mises en place et précisant l'objectif ainsi que la durée de la mission demandée.

A noter que le dispositif de réserve sanitaire ne se substitue pas à l'offre de soins courante (ex : refus de SPF de mobiliser la réserve sanitaire en cas de canicule sans impact sanitaire majeur pour pallier le manque de médecins durant les congés d'été).

DST RH – FT 1 : Mobilisation de RH via la Plateforme RH et la réserve sanitaire

Fiche technique 2 : Organisations pratiques pour favoriser l'intégration des professionnels au sein d'un établissement

L'établissement anticipe et organise les circuits d'accueil et prépare les conditions d'arrivée et d'affectation des professionnels affectés (en provenance d'autres établissement libéraux volontaires, réservistes, etc.)

Il veille notamment à :

- Contacter préalablement par tout moyen adapté le professionnel mobilisé ;
- Vérifier les éléments préalablement transmis, et échanger sur les compétences et expériences professionnelles pour faciliter l'affectation du professionnel en adéquation avec ses compétences ;
- Recueillir les informations nécessaires pour l'ouverture des droits d'accès aux systèmes d'information de l'établissement (en particulier accès au dossier patient informatisé). Inscription impérative préalablement à la prise de poste avec consignes d'utilisation ;
- Prévoir les tenues professionnelles ;
- Organiser les accès au self du personnel ;
- Veiller à donner des badges d'accès aux parkings sécurisés dédiés aux professionnels et à leur service d'affectation si l'accès est sécurisé (suivant organisation interne établissement).

Il organise :

- Le circuit d'accueil du professionnel le jour de son arrivée (présentation du site, indication de l'affectation, du planning de la semaine, des coordonnées du cadre, remise du badge, réponse aux questions pratiques relative aux repas, à la tenue de travail…) ;
- L'accueil du professionnel dans le service d'affectation ;
- Dans la mesure du possible, la déclinaison des missions du binôme/ référent du service pour faciliter la connaissance des circuits internes et la maitrise du SI utilisé.

A la fin de la mobilisation et dans la perspective de mobilisations ultérieures, l'établissement établit un retour d'expérience en identifiant les points forts et les axes d'amélioration possibles. Un message de remerciement est adressé aux professionnels mobilisés qui sont également invités à faire un retour de leur mission dans le cadre du retour d'expérience.

DST RH – FT 2 : Organisation pratique

Fiche technique 3 : Transferts de soignants entre régions

Article L3131-10-1 du Code de la Santé Publique :

I. En cas de situation sanitaire exceptionnelle dont les conséquences dépassent les capacités de prise en charge d'une ou de plusieurs structures de soins de la région, le directeur général de l'agence régionale de santé concernée peut faire appel aux professionnels de santé de la région volontaires pour porter appui à ces structures de soins.

II. Lorsque les conséquences de la situation mentionnée au I dépassent les capacités de prise en charge d'une région, le directeur général de l'agence régionale de santé de zone ou le ministre chargé de la santé peuvent solliciter auprès des directeurs généraux des agences régionales de santé des autres régions des ressources sanitaires complémentaires.

Ces derniers identifient les professionnels de santé volontaires pour porter appui aux structures de soins de la région concernée.

Le directeur général de l'agence régionale de santé concernée par la situation affecte, au sein de la région, les professionnels de santé volontaires en fonction des besoins.

MODE OPERATOIRE

Concernant la mobilisation des professionnels exerçant en établissement de santé :

L'établissement demandeur doit définir le nombre de volontaires nécessaires (en précisant si possible les jours et horaires en amont). Il transmet ces éléments à l'ARS, qui en informe la DGS, en charge du dispositif.

La DGS, via les ARS, invite les établissements à interroger leurs équipes sur des volontaires potentiels dans le cadre d'une solidarité territoriale.

Chaque ARS met en place une cellule de suivi des renforts afin de coordonner l'affectation, l'acheminement, la restauration, l'hébergement et le retour dans leurs régions d'origine de l'ensemble des personnes intervenant en renfort. L'ARS tient un tableau de mobilisation avec les volontaires.

Une réunion de crise avec les parties prenantes (ARS, établissements, etc.) est programmée en urgence pour confirmer les volontaires qui seront mobilisés, avec l'aval des établissements d'origine, sur quels services et quels jours. Les horaires seront à transmettre par l'établissement d'accueil à chaque volontaire dès que possible afin que ces derniers puissent s'organiser.

Deux possibilités peuvent être envisagées quant au mécanisme juridique. Il peut s'agir d'une convention de mise à disposition (1) ou d'une réquisition préfectorale (2).

Concernant la mobilisation des professionnels de santé libéraux :

Se référer aux modalités de mobilisation définies page 235.

MODALITES

1 - Mise en place de convention de mise à disposition entre établissements.

L'ARS d'accueil est chargée de la préparation de la convention de mise à disposition selon les informations transmises. Des modèles types (par profession) peuvent être préparés en amont mais ces conventions pourront également faire l'objet de modifications de la part des parties prenantes. La convention de mise à disposition doit être signée par l'établissement d'accueil, l'établissement d'origine et le professionnel volontaire.

L'ARS d'accueil fait le lien entre les deux établissements et le professionnel. Elle s'assure du suivi du processus de signature et centralise l'ensemble des conventions de mise à disposition.

2 - Réquisitions préfectorales

Si pour une plus grande réactivité ou pour faciliter la couverture des professionnels mobilisés, le choix retenu est la réquisition, une communication doit être anticipée au niveau des préfectures. Il convient donc d'informer dans les plus brefs délais la préfecture concernée, notamment le SIDPC, en charge des réquisitions. Il faut lui fournir tout élément circonstancié justifiant de l'urgence ainsi que de l'intérêt d'une telle décision, afin que l'arrêté soit juste et proportionnel.

L'ARS d'accueil est chargée de la préparation de la réquisition. La réquisition doit être signée par la préfecture d'accueil et la préfecture d'origine. L'ARS d'accueil fait le lien entre les deux préfectures, s'assure du suivi du processus de signature et centralise l'ensemble des réquisitions. Une fois signée, et avant le début de la mission, la réquisition est notifiée au professionnel par les forces de l'ordre.

DST RH – FT 3 : Transferts de soignants entre régions

DST ACCUEIL DES RENFORTS EXTRA-REGIONAUX

Document validé le 28/03/2024

1. Présentation et objectifs stratégiques

En application du principe de subsidiarité, lorsque les moyens régionaux ne suffisent plus à faire face à une situation sanitaire exceptionnelle, un appui est apporté par le niveau zonal voire national à travers la mise en œuvre des plans de renfort (PZMRS et plans nationaux de renfort dans le cadre du dispositif ORSAN national).

Cet appui se traduit par la mise à disposition de renforts humains et logistiques mais aussi par l'évacuation de patients, faute d'offre de soins disponible sur le territoire concerné. L'ARS impactée assure alors la gestion des renforts humains et matériels mis à sa disposition.

Objectifs stratégiques :

- Identifier les capacités d'accueil des renforts humains et évaluer le seuil de rupture de ces capacités (restauration, hébergement) ;
- Identifier les capacités d'accueil et de stockage des produits de santé, matériels et équipements médicaux et évaluer le seuil de rupture de ces capacités en prenant en compte les conditions de conservation ;
- Prédéfinir l'affectation prioritaire et les missions des équipes et professionnels de santé projetés en renforts et prévoir leur mobilité sur le territoire (moyens de transport).

2. Doctrine et stratégie régionale

En cas de SSE dont l'ampleur conduit à envisager des renforts extrarégionaux, l'ARS :

- Vérifie que les différents leviers locaux et régionaux ont été activés, et ne permettent pas un renfort suffisant des moyens (cf. DST Ressources Humaines) ;
- Sollicite les établissements concernés pour évaluer les moyens nécessaires (RH, produits et matériels de santé) et les capacités d'accueil ;
- Sollicite le niveau zonal ou national pour obtenir des renforts ;
- Met en place une cellule de suivi des renforts afin de coordonner l'affectation, l'acheminement, la restauration, l'hébergement et le retour dans leurs régions d'origine de l'ensemble des personnes intervenant en renfort ;
- S'assure de la gestion du retour à la normale (transport retour, suivi des financements) ;
- Assure un retour d'expérience avec les professionnels concernés.

Sous réserve du type de mobilisation (exemple : autonomie d'appui du SSA), la gestion de ressources extrarégionales suppose la création d'une cellule logistique au sein de l'ARS à même de gérer cette situation, en lien avec les établissements concernés. Cette cellule peut également permettre la traçabilité des moyens fournis aux établissements et assurer ainsi le suivi des coûts.

3. Accueil des renforts humains

Affectation par l'ARS des équipes et professionnels de santé projetés en renfort

L'affectation des équipes et professionnels de santé projetés en renfort est décidée par l'ARS au regard des besoins des établissements de santé concernés :

- L'affectation des personnels vers les ES de première ligne est priorisée en cas de SSE nécessitant une expertise, ou en cas d'absence de moyens suffisants par ces établissements de santé pour traiter un afflux massif de victimes.
- L'affectation des personnels vers les ES de proximité est priorisée en cas de besoin d'expertise sur place, d'une situation ne permettant pas une orientation suffisamment rapide vers des ES de 1ère ligne, ou de besoins de soins de proximité sur une durée prolongée.

Les structures bénéficiaires sont informées dès que possible des renforts qui leur sont affectés (effectifs, profils, identité des renforts, dates de missions, type de mobilisation, …).

L'ARS peut mettre en œuvre une ou plusieurs cellules dédiées pour l'affectation, la coordination et le suivi des renforts humains et matériels.

Anticipation des éléments logistiques liés à l'accueil des renforts humains (hébergement, restauration, transports)

Il convient d'anticiper les éléments logistiques de l'accueil de renforts de façon à fluidifier au maximum l'intervention de personnels extérieurs à la région. Il s'agit d'éviter à l'établissement de mettre en place des mesures de gestion dans l'urgence alors qu'il sera potentiellement focalisé sur la SSE. La gestion des renforts ne doit pas être une charge supplémentaire chronophage. D'autre part, il s'agit d'assurer un accueil des personnes en renfort dans les meilleures conditions, de façon à leur permettre de se focaliser sur leurs missions.

L'accueil des renforts répond à des problématiques différentes selon le contexte urbain ou rural de l'évènement. En zone rurale, ou sur des territoires difficiles d'accès (îles), la complexité porte sur la capacité à s'appuyer sur des infrastructures existantes. En zone urbaine, la complexité porte sur l'intégration dans de bonnes conditions des personnes en renfort. Les établissements de santé doivent ainsi anticiper dans leur PGTHSSE les modalités logistiques d'une intégration rapide de personnels extérieurs (accueil physique, parking, badges, tenues, accès aux logiciels, sécurité, démarches d'assurance, salaires, conventions, etc.)

De manière générale, la mobilisation des acteurs s'effectue de manière graduée (Cf DST Ressources Humaines), en mobilisant :

- Les ressources des établissements de santé, sur le temps de travail des personnels concernés, et hors temps de travail, en fonction des disponibilités ;

- Des ressources identifiées par l'ARS, en mobilisant l'offre disponible sur le territoire ;
- Des ressources mobilisées par la Préfecture, en l'absence d'offre disponible sur le territoire considéré.

Le rôle de l'ARS et des structures d'accueil dépend du type de mobilisation choisi pour la projection des équipes de renfort (réserve sanitaire, solidarité nationale, service de santé des armées, etc.).

Les contraintes logistiques pour l'accueil des renforts doivent être anticipées dans toutes leurs dimensions :

- Hébergement ;
- Restauration (sur le site d'hébergement / sur leur temps de travail) ;
- Transport (entre le lieu d'arrivée et le lieu d'hébergement / entre le lieu d'hébergement et le lieu d'exercice) ;
- Intégration des renforts (accueil physique, parking, badges, tenues, accès aux logiciels, sécurité, démarches d'assurance, salaires, conventions, etc.). Pour les établissements de santé, l'accueil des renforts est anticipé dans le cadre du PGTHSSE.

L'absence de capacité à faire doit être signalée au plus vite par l'opérateur responsable afin de mettre en place des alternatives. **Les rôles respectifs de l'ARS, des établissements de santé et de la préfecture sont précisés dans la « Fiche acteur » ci-dessous.**

4. Gestion des renforts logistiques

Réception, stockage et suivi des produits de santé, matériels et équipements médicaux

Certaines des modalités d'acheminement, de réception, de stockage et de suivi des **produits de santé, matériels et équipements médicaux** peuvent être définies par les autorités sanitaires qui mettent à disposition les moyens.

- Les capacités d'accueil et de stockage dépendent étroitement du type de produit et de matériel provenant de l'extérieur de la région. Les produits de santé, matériels et équipements médicaux ayant vocation à renforcer les ressources bretonnes varient en fonction de la SSE. Il apparait donc pertinent de définir les lieux de stockage potentiels par type de conservation des produits, de façon à définir une logique d'acheminement et de stockage permettant de s'adapter à la situation.

  Ces modalités sont définies dans la fiche technique « gestion des produits de santé »

  Concernant les moyens de stockage de matériels et d'équipements ne nécessitant pas de condition particulière de conservation, la DREAL et la DDTM disposent, dans la base Parades, de capacités de stockage identifiées. Certains transporteurs disposant d'entrepôts sont également mobilisables par la Préfecture.

- En cas de répartition entre ES bretons des produits de santé provenant de l'extérieur de la région, un établissement désigné peut assurer la réception et la répartition des produits, selon des modalités validées par l'ARS.

- L'organisation de la distribution des produits sanguins labiles (PSL) est pilotée à l'EFS :
  - Au niveau régional : en anticipation ou en cas de SSE.
  - Au niveau national : en cas de SSE, déclenchement d'une cellule de crise nationale afin d'organiser les réapprovisionnements éventuels en PSL (plaquettes++ et éventuellement plasma et CGR), vers la/les régions concernées par la crise.

  L'EFS assure le transport des PSL entre ses sites, mais ce sont les ES qui sont responsables de l'acheminement des produits vers leurs patients et leurs dépôts. Dans le cas d'un évènement majeur, il peut être nécessaire de recourir à des moyens de transports exceptionnels que l'EFS et les ES ne pourraient pas mobiliser de leur propre initiative.

Gestion des produits de santé

Sous réserve des conditions précisées par le ministère en charge de la santé, l'ARS prévoit, en cas de stockage sur des sites distants du CH(U), les modalités de :

- Suivi de stock
- Logistique avec rapatriement vers la PUI
- Suivi des livraisons

Conditions de conservation des produits de santé	Conditions de stockage	Lieux de stockage à envisager *(Par ordre de priorité)*	Modalités de transport *(en cas de stock sur un site distant)*
Température ambiante (< +25°C)	• Pièce sécurisée • Climatisée / suivi de température	1) **PUI** Si PUI pleine : Pièce annexe PUI *(Ex : bureau…)* 2) **Autres zones de stockage sur le CH(U) :** magasins généraux, autres locaux, services de soins 3) **Sites distants :** autres PUI du GHT / PUI partenaires, grossistes répartiteurs, SDIS, cliniques, officines, vétérinaires, collectivités	• Contenant fermé (ex : caisses / cartons / armoires, …) • Scellé (ex : scotch, scellés plastique,…)
Cas particuliers des stupéfiants	• Pièce sécurisée / système d'alerte ou de sécurité renforcée contre toute tentative d'effraction • Dispositif de rangement sous clé • Climatisée / suivi de température	1) **PUI** 2) **Autres pièces sécurisées** : accès limité au personnel habilité, coffres, services de soins 3) **Sites distants :** autres PUI du GHT, PUI partenaires, grossistes répartiteurs, cliniques, officines, vétérinaires	• Contenant scellé sécurisé (cadenas, coffre à codes, scellés plastiques, …) • Non identifiable

Froid positif (+2 à + 8°C)	• Frigos • Zone sécurisée • Suivi de température quotidien	**1) PUI** **2) Autres frigos du CH(U) :** laboratoires de biologie, restauration, services de soins, chambre mortuaire **3) Camions frigorifiques** *(via sociétés de transports, grande distribution)* **4) Sites distants :** autres PUI du GHT, PUI partenaires, grossistes répartiteurs, cliniques, SDIS, EFS, officines, vétérinaires, laboratoires d'analyses de ville, collectivités, abattoirs, patinoires, morgues, etc.	Maintien de la température à (+2°C +8°C) **Véhicule frigorifié si possible** **Si véhicule utilisé <u>non frigorifié</u> :** Glacière qualifiée + plaques eutectiques associées. Si glacière non qualifiée : ajouter une **sonde de température** durant la durée du transport.
Froid négatif (-20°C)	• Congélateur • Zone sécurisée • Suivi de température	**1) PUI** **2) Autres congélateurs du CH(U) :** laboratoires de biologie, restauration, services de soins **3) Camions frigorifiques** (via sociétés de transports, grande distribution) **4) Sites distants :** autres PUI du GHT, PUI partenaires, grossistes répartiteurs, cliniques, officines, EFS, vétérinaires, laboratoires d'analyses de ville, collectivités, abattoirs, etc.	Maintien de la température à (-20°C) **Véhicule frigorifié si possible** **Si véhicule utilisé <u>non frigorifié</u> :** Glacière qualifiée + plaques eutectiques associées. Si glacière non qualifiée : ajouter une **sonde de température** durant la durée du transport.
Froid négatif (-80°C)	• Congélateur • Zone sécurisée • Suivi de température **+ Personnel habilité :** *Prévoir support de formation à disposition et matériel dédié*	**1) PUI** **2) Autres congélateurs du CH(U) :** laboratoires de biologie **3) Sites distants :** autres PUI du GHT, PUI partenaires, grossistes répartiteurs, cliniques, officines, EFS, vétérinaires, laboratoires d'analyses de ville, etc.	Se renseigner sur la **stabilité** du produit : - A température ambiante - A +2 +8°C ➔ Appliquer les modalités de transport ad hoc. Transport industriel le cas échéant *(Ex : TSE)* Ou Transport dans glacière adaptée + carboglace

Azote liquide	• Cuve à azote liquide • Zone sécurisée • Suivi de température **+ Personnel habilité**	**1) PUI** **2) Autres congélateurs du CH(U) :** laboratoires de biologie **3) Sites distants :** autres PUI du GHT, PUI partenaires, grossistes répartiteurs, cliniques, EFS, laboratoires d'analyses de ville	Se renseigner **des stabilités** du produit : - A température ambiante - A +2 +8°C ➔ Appliquer les modalités de transport ad hoc. Transport industriel le cas échéant
Gaz	• Zone sécurisée • Aérée / ventilée • < 50°C • Zone non-fumeur	**1) PUI** **2) Autres zones de stockage sur le CH(U) :** services de soins, magasins généraux, autres locaux, zones extérieures (chenil, garages à vélos, …) **3) Sites distants :** autres PUI du GHT, PUI partenaires, grossistes répartiteurs, cliniques, prestataires à domicile, vétérinaires. **Attention modalités de transports dangereux.**	Livraison via le fournisseur directement
Inflammables	• Zone sécurisée • Locaux ventilés • Répartition des volumes dans différentes zones • Bassin de rétention • A distance de l'O2 • Zone non-fumeur Selon réglementation : *Article U 13 - Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie dans les ERP*	**1) PUI.** Si PUI pleine : Pièce annexe PUI. **2) Autres zones de stockage sur le CH(U) :** magasins généraux, autres locaux (ateliers techniques, réserves), laboratoires, services de soins dans la limite de 10L / service **3) Sites distants :** autres PUI du GHT, PUI partenaires, grossistes répartiteurs, SDIS, cliniques **Faire valider par le service de sécurité incendie de l'établissement**	Véhicule identifié selon règlementation ADR en vigueur

Locaux	Risques moyens	Risques importants
Ateliers techniques	10 l < Q < 200 l	200 l < Q < 400 l
Groupes de locaux de laboratoires, pharmacies	10 l < Q < 400 l avec un maximum de 200 l par local	Q > 400 l sans communication avec le bâtiment
Réserves	10 l < Q < 100 l	Interdit
Services ou unité de soins	3 l < Q < 10 l (par local)	Interdit

5. Fiches acteurs

	Restauration	Hébergement	Transport
ARS	• Assurer l'organisation de la restauration des personnels en renfort en dehors de leur temps de travail. • Assurer le financement de la restauration des personnels mobilisés, hors temps de travail.	• Solliciter les ES concernés par l'arrivée de renforts pour connaitre, le cas échéant, leurs possibilités d'hébergement (IFSI, internats, …). • Mobiliser les différentes structures d'hébergement, en lien avec la préfecture. • Assurer le financement de l'hébergement.	• Assurer l'organisation du transport du lieu d'origine des renforts jusqu'au lieu d'accueil, en partenariat étroit avec le niveau zonal et national. • **Privilégier la voie routière et le train. Les aéroports peuvent être utilisés en seconde intention.** • Communiquer si besoin aux professionnels concernés les transports publics utilisables et les modalités de remboursement des frais.
Préfecture	Soutenir l'ARS pour mobiliser des lieux permettant la restauration collective, dans le cas où les infrastructures des établissements de santé sont insuffisantes. (ex : cantines municipales, restaurants universitaires, restaurants administratifs). La mise en place d'une prestation de production de livraison de repas par un supermarché peut être utilisée en zone dépourvue de structure collective.	Appuyer l'ARS pour mobiliser les ressources nécessaires à l'hébergement des personnes en renfort, en cas d'impossibilité d'accueil par les ES : • Ressources hôtelières, internats des lycées en période de congés, réquisition de gites le cas échéant en zone rurale ; • Colonies de vacances ou campings en zones touristiques (en dehors des périodes de congés) ; • En dernier ressort, lits picots dans des structures publiques (gymnase).	Soutenir l'ARS pour mobiliser, si nécessaire, les associations de secouristes, les sociétés de transports privées (taxis, location de voitures) voire la réquisition de cars. En dernier ressort, les moyens militaires peuvent être sollicités, selon la règle des 4 i : moyens civils indisponibles, insuffisants, inadaptés ou inexistants.

	Restauration	Hébergement	Transport
Structure d' accueil	• Assurer la restauration sur le temps de travail. • Indiquer à l'ARS si les capacités de production de l'unité de restauration permettent la restauration des personnels en renfort, sur le temps, et en dehors du temps de travail.	• Identifier dans le PGTHSSE les possibilités d'hébergement à solliciter en cas de besoin (hôtel hospitalier, IFSI, etc.). • Indiquer à l'ARS, à sa demande, les capacités d'hébergement lors de la SSE. • Identifier des interlocuteurs à même d'accueillir et d'orienter les personnels en renfort.	

DST SOINS CRITIQUES

Document validé le 28/03/2024

1. Présentation

L'épidémie de Covid-19 a permis de mettre en lumière le rôle primordial des soins critiques dans l'offre de soins. L'émergence de maladies infectieuses constitue un risque important pour la santé de la population notamment pour les formes graves réanimatoires. Dans ce cadre l'offre de soins critiques doit être identifiée et organisée afin de permettre une montée en charge rapide et graduée en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE).

Au-delà des maladies infectieuses à potentiel épidémique, d'autres situations sanitaires exceptionnelles peuvent requérir l'augmentation des capacités de soins critiques. La typologie des SSE induisant une forte mobilisation des soins critiques peut être schématisée comme suit :

- **SSE en cinétique rapide :** accidents (incendies, explosions, …) ou agressions collectives (attentats par armes de guerre, attentats avec agent chimique type NOP, toxiques cellulaires, suffocants, toxines paralysantes [toxine botulinique], etc.) ;
- **SSE en cinétique lente :** maladies infectieuses à tropisme respiratoire (Covid-19, grippe, bronchiolite, etc.), maladies infectieuses à tropisme rénal (syndrome hémolytique et urémique [SHU-STEC]), maladies infectieuses à tropisme digestif (choléra, etc.), maladies infectieuses avec atteintes polyviscérales (fièvres hémorragiques virales, flaviviroses [dengue], poxviroses [variole]), intoxications [ricine], myocardites virales, épisodes climatiques ou environnementaux majeurs.

L'épidémie de Covid-19 a également montré le **bienfondé d'une coopération territoriale des établissements de santé au sein de la région**. Afin de renforcer et de pérenniser cette coopération, il est important d'envisager un système de partage d'information coordonné par l'ARS sur les indicateurs de tensions de lits au niveau régional. Le suivi du taux d'occupation des lits de soins critiques a vocation à être effectué dans ce cadre en temps réel. Une information auprès de la préfecture permet au représentant de l'État d'avoir un suivi de la situation sur son territoire.

Les renforts humains ont été l'un des facteurs limitants en termes de montée en charge au cours des vagues d'hospitalisations successives due à l'épidémie de Covid-19. Il est donc nécessaire de constituer, au sein des établissements de santé, **un vivier de soignants mobilisables en cas de tensions sur les soins critiques**. Ce vivier, que l'on doit pouvoir mutualiser dans les territoires de santé et au niveau régional, doit être formé afin d'acquérir et

de conserver les compétences nécessaires pour exercer en soins critiques. L'Agence régionale de santé s'assure de la mise en œuvre de ces formations en lien avec les établissements de santé qui les inscrivent dans leur plan de formation.

Dans le cadre du plan de gestion de la tension hospitalière, les établissements de santé doivent s'assurer de disposer en permanence de dispositifs et d'équipements nécessaires à la **montée en charge en soins critiques**. Il est indispensable d'identifier les capacités de chaque établissement, ainsi que les capacités régionales afin de pouvoir organiser et coordonner la réponse graduée des opérateurs de soins critiques.

Il convient par ailleurs, d'anticiper une épidémie voire d'autres situations sanitaires exceptionnelles qui présenteraient un tropisme pédiatrique pour lesquelles, il serait indispensable d'organiser la **montée en charge rapide des soins critiques pédiatriques**. Il est important d'établir dès à présent un lien entre les soins critiques pédiatriques et les soins critiques adultes afin de favoriser une intelligence collective en cas d'apparition d'une SSE à tropisme pédiatrique.

La Disposition Spécifique Transversale (DST) « Soins critiques » vise à :

- Définir et anticiper la stratégie régionale de montée en puissance ;
- Structurer et formaliser les coopérations entre établissements de santé ;
- Fluidifier des parcours de soins sanitaires et ajuster le capacitaire au plus près des besoins ;
- Favoriser la dilatation de l'offre de soins critiques.

2. Doctrine et stratégie régionale

L'ARS coordonne la montée en puissance. Elle :

- Mobilise l'ensemble des acteurs du système de santé ;
- Coordonne l'articulation entre les différents acteurs (hospitaliers, médico-sociaux et libéraux) ;
- Facilite les transferts de patients entre les différentes structures en lien avec les SAMU ;
- Mobilise les moyens nécessaires à la prise en charge des patients ;
- Organise le cas échéant, des renforts en personnel (redéploiement, mobilisation de la réserve sanitaire), cf. DST ressources humaines ;
- S'assure de la capacité des établissements de santé en matière de moyens matériels et de moyens tactiques ;
- Informe la préfecture et réalise des points de situation réguliers.

Les principes d'actions suivants doivent régir le cadre général de la montée en charge des soins critiques :

Principe 1 – Application de la réglementation en vigueur au 1er juin 2023

Seule la réglementation en vigueur au 1er juin 2023 est considérée. Les organisations dérogatoires autorisées notamment dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire ne seront pas abordées.

La restructuration des soins critiques repose sur le regroupement de capacités de prise en charge modulables, la consolidation des équipes formées aux soins critiques et un dispositif spécifique régional chargé de l'animation et de la coordination de l'ensemble des acteurs de la filière territoriale des soins critiques qui le composent, de la mutualisation des expertises et du partage d'informations nécessaires à l'organisation des prises en charge courantes et exceptionnelles en situation de crise.

L'article D. 6124-27-2 du CSP prévoit que le titulaire d'une autorisation de soins critiques dispose :

- D'un plan de flexibilité de l'organisation de son capacitaire et de ses ressources humaines permettant d'anticiper un surcroît d'activité en réanimation, dans un contexte de variations saisonnières ou de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan comprend un volet de formation afin de constituer et maintenir sur site une réserve de professionnels de santé formés pour venir en renfort des équipes de réanimation et de soins intensifs en cas de situation sanitaire exceptionnelle ;
- D'un plan de formation aux soins de réanimation prévoyant notamment une période de formation pour les infirmiers prenant leur fonction dans l'unité de réanimation, sur site et dont la durée est de huit semaines, pouvant être réduite en cas d'expérience antérieure en réanimation.

Par extension, et dans un souci de mobilisation de l'ensemble des acteurs, la présente DST concerne les réanimations, les USI, les USIP (dérogatoires ou non) et les USC.

Principe 2 – Considérer la prise de décision en situation d'incertitude

L'analyse fine des paramètres et conditions contraignant la mise en œuvre d'une montée en charge du capacitaire de soins critiques impose de garder un degré d'agilité conséquent. La prise de décision doit tenir compte de multiples paramètres et devra permettre l'adaptation du capacitaire au type de SSE, à sa cinétique et à son périmètre.

En termes de soins critiques, il s'agit de positionner les capacités de chaque établissement :

- Dans la prise en charge aigüe initiale des patients (par exemple : établissement dépositaire d'une réanimation, USC dans les suites d'une prise en charge opératoire, …) ;
- Dans le délestage des unités ayant pris en charge initialement des patients aigus (USC isolée sans recours à un plateau technique suffisant ou d'une réanimation saturée).

Il s'agit également de considérer les spécificités pédiatriques :

- Avec un capacitaire de soins critiques dédiés et des plateaux opératoires régionalement restreints ;
- Avec la nécessité d'établir dès à présent un lien entre les soins critiques pédiatriques et les soins critiques adultes afin de répondre à une SSE à tropisme pédiatrique (flexibilité et modularité des soins critiques adultes en soins critiques pédiatriques et réciproquement).

Principe 3 – Gouvernance et respect du principe de subsidiarité

La crise COVID a montré l'importance du pilotage territorial de l'organisation des soins critiques en lien étroit avec les acteurs de la filière pour coordonner les coopérations entre établissements notamment en cas de besoin de montée en charge du capacitaire de réanimation.

L'article D. 6124-28-6 du CSP prévoit que le titulaire d'autorisation des mentions 1 et 2 de la modalité de soins critiques adultes fasse partie de la filière territoriale de soins critiques visant à favoriser et à structurer les coopérations pour fluidifier les parcours de soins et notamment la gestion des transferts de patients et à développer l'expertise en soins critiques notamment par télésanté. A cet effet, l'article précité prévoit également que le titulaire doit adhérer au dispositif spécifique régional (DSR) de soins critiques de sa région et participer également à la filière de soins pédiatriques.

A cet égard, le DSR de soins critiques a vocation à venir en appui de l'ARS notamment pour le pilotage régional de la montée en charge du capacitaire de soins critiques en cas de tension et de situation exceptionnelle.

De manière subsidiaire, l'autorité compétente au niveau géographique assure la prise de décision.

- L'ARS est en charge de la coordination régionale, en lien avec le DSR de soins critiques.
- Les cellules territoriales composées de l'ensemble des établissements du territoire du GHT sont mobilisées afin de mettre en place les leviers nécessaires, d'atteindre le capacitaire décidé (en considérant en parallèle le maintien d'une organisation permettant l'accès à des soins de recours), et d'organiser les différentes filières nécessaires sur le territoire.
- Les établissements de santé arment les capacités décidées en faisant appel au renfort humain et matériel du territoire.

A des fins de coordination, l'ARS reste l'interlocutrice obligée des :

- Relations entre cellules territoriales ;
- Territoires extrarégionaux.

Principe 4 – Montée en charge du capacitaire via une cible par territoire (et non par ES)

Sur la base du recensement du capacitaire en lits de soins critiques et du palier de montée en charge du potentiel de dilatation des capacités de soins critiques (voir infra) préalablement défini, l'ARS fixe les besoins en lits de soins critiques par territoire. Il appartient à la cellule territoriale de la décliner localement (appui régional piloté par l'ARS et dispositif spécifique régional de soins critiques).

Principe 5 – Maintien d'une organisation territoriale permettant l'accès à des soins de recours

Il s'agit de sécuriser les filières territoriales de prise en charge d'activités non SSE, notamment celles de recours (greffes, cancérologie, neurochirurgie et chirurgie cardiaque d'urgence, …) avec l'ensemble des acteurs publics et privés, y compris en extra régional, si nécessaire ;

Chaque établissement de santé, en lien avec la cellule territoriale, doit disposer, par coopérations territoriales, d'une organisation progressive et adaptable en fonction du capacitaire organisé par paliers en réanimation, afin de :

- Garantir le maintien d'activités non-SSE en vue d'éviter les pertes de chances et d'assurer la continuité des soins ;
- Envisager le déport de certaines activités sur un autre site hospitalier, afin de limiter les pertes de chances.

Par ailleurs, chaque établissement de santé, en lien avec le dispositif spécifique régional (DSR) de soins critiques peut envisager la possibilité de transferts, y compris interrégionaux et transfrontaliers, si pertinent, de patients stabilisés en situation de fortes pertes de chance (Cf. DST EVASAN).

Principe 6 – Mettre en place une organisation progressive, évolutive

Une veille quotidienne doit permettre d'adapter au mieux le capacitaire de soins critiques. L'analyse de la situation portera sur plusieurs jours. Le dimensionnement du capacitaire de soins critiques devra considérer les patients nécessitant un recours aux soins critiques pour une pathologie « usuelle » et ceux concernés par la SSE.

Différents leviers sont disponibles et seront à appréhender en fonction de l'établissement et du territoire :

- Déport d'activité ;
- Coopération / partenariat sur le volet RH, matériel (Cf. DST RESSOURCES HUMAI et DST ACCUEIL DES RENFORTS EXTRA-REGIONAUX) ;
- Mise en place de dispositifs de « soins critiques éphémères » permettant de créer de nouvelles unités de soins critiques en fonction des différents paliers envisagés, en articulant l'ouverture de ces unités avec la déprogrammation progressive ;
- Déprogrammation : cette déprogrammation a pour objectif d'augmenter significativement la capacité de soins critiques, permettant de prioriser l'accueil de malades concernés par la SSE, prioriser l'affectation des personnels et la mise à disposition des matériels nécessaires à leur fonctionnement, contribuer à la fluidité de l'aval des soins critiques au sein de leur établissement ou en appui des établissements mobilisés par la SSE. La déprogrammation est l'ultime levier, après avoir considéré les autres options disponibles (pool de personnel au sein de l'établissement, recours à des ressources (matériel et RH) extra établissement, solidarité territoriale et régionale…). Les établissements de santé concernés peuvent utilement s'appuyer sur les recommandations d'experts. Les déprogrammations feront l'objet d'une décision collégiale de la communauté médicale accompagnée d'une analyse médicale bénéfices/risques en fonction de la situation du patient.

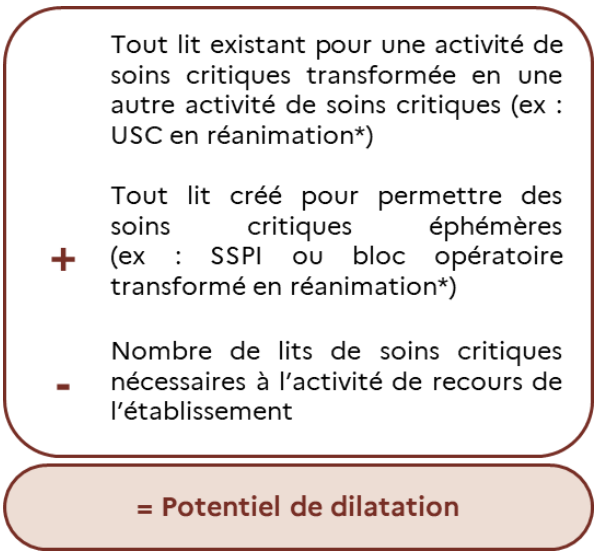
En cas de SSE, toutes les capacités de soins critiques devront être prises en compte, tant les capacités de soins critiques installées que le potentiel de dilatation des capacités de soins critiques.

Chaque activité de soins critiques est segmentée en une activité de réanimation ou d'USIP ou d'USIP dérogatoire ou d'USC.

Par ailleurs, le capacitaire de soins critiques éphémères est prévu dans un plan de l'établissement et permet de :

- Structurer la possibilité de créer de nouvelles unités spatiales de soins critiques en fonction des SSE envisagées et dans la continuité des services de soins critiques existants ;
- Articuler de façon dynamique l'ouverture de ces unités spatiales avec les leviers préalablement décrits.

Pour chaque activité de soins critiques, le potentiel de dilatation des capacités de soins critiques d'un établissement est ainsi défini :



*** Exemple de l'activité de soins critiques « réanimation »**

Le potentiel de dilation doit être préalablement prévu dans le plan de l'établissement avec sa dynamique répartie en paliers définissant ainsi la montée en charge du potentiel de dilatation des capacités de soins critiques.

L'activité de réanimation doit être priorisée pour les établissements autorisés à cette activité.

Les cellules de territoires permettent de partager le capacitaire nécessaire aux activités de recours par établissement et les plans de montée en charge du potentiel de dilatation des capacités de soins critiques pour chaque établissement.

Principe 7 – Répartition de l'effort et anticipation des RH avec la possibilité de solidarités territoriales

La mobilisation de l'ensemble des acteurs lors d'une SSE est primordiale dans la perspective de la résilience du système. Il s'agit de pleinement mobiliser les solidarités territoriales, notamment à travers la mise à disposition de matériels et de personnels (cf. DST Ressources humaines).

Le déplacement du patient ou du personnel sera apprécié par la nature, la cinétique et le périmètre de la SSE, tout en considérant la typologie des patients impliqués.

En ce qui concerne la pédiatrie, au regard de l'implantation des structures de soins critiques pédiatriques, un probable déplacement du personnel sera à considérer.

3. Mise en œuvre opérationnelle

Catégories de mesure	Actions pouvant être mise en œuvre	Acteurs potentiels
Lits	Recenser le capacitaire en lits de soins critiques	Etablissement
	Définir les paliers de montée en charge des besoins en lits de soins critiques, en cas d'afflux importants ou majeurs de nouveaux patients. Dénombrer le nombre de lits de soins critiques nécessaire à l'activité de soins de recours. Le restant du capacitaire ne répondant pas à cette règle sera dénommé « potentiel de dilatation des capacités de soins critiques » et sera divisé en palier de 20 %.	Etablissement
	En lien avec l'action n°2, anticiper la mise en place de dispositifs de « soins critiques éphémères » permettant de : • Créer de nouvelles unités de soins critiques en fonction des différents paliers envisagés ; • Articuler l'ouverture de ces unités avec la déprogrammation progressive.	Etablissement
Personnel	Recenser les renforts RH en soins critiques/réanimation mobilisables (mise à jour des listings opérationnels des personnels paramédicaux et médicaux, volontaires) pour pouvoir renforcer rapidement les services de réanimation.	Etablissement - Ressources humaines + Direction des soins
	Définir les paliers de montée en charge des besoins en équipes de soins critiques.	Etablissement - Direction des soins/Direction médicale de crise

Formation	Instaurer une formation préalable, même courte, dans la mesure du possible dans les futurs locaux d'exercice et en favorisant la transmission par les pairs. Idéalement, s'appuyer sur une formation commune, afin de permettre les éventuels transferts de personnel selon les besoins du territoire.	GHT, hôpitaux privés, sous l'égide du territoire, en favorisant les collaborations pour un partage culturel
	Diffuser les recommandations de bonnes pratiques servant de lignes directrices uniques pour les réanimations.	Etablissement - Direction de la qualité + équipes soignantes
Respirateurs / dispositifs médicaux	Renseigner la plateforme de suivi du parc des respirateurs et pompes de nutrition. https://respirateurs.fabrique.social.gouv.fr/	Etablissement - Ressources matérielles
	Evaluer les besoins en respirateurs, afin de pouvoir armer les lits supplémentaires.	Etablissement - Ressources matérielles
	Vérifier le stock d'oxygène compte tenu de l'activité prévue : débitmètre O2.	Etablissement - Ressources matérielles
	Recenser les équipements (ECMO - oxygénation par membrane extracorporelle - et consommables, moniteur de surveillance, générateur de dialyse et consommable, pousses seringues, pompes à nutrition) et le stock des dispositifs médicaux (filtre patient, filtre machine, circuit de ventilation, système clos d'aspiration, masque VNI).	Etablissement - Ressources matérielles
Médicaments	Renseigner chaque semaine les valeurs des stocks et des consommations moyennes sur la plateforme de suivi des stocks.	Etablissement - Pharmaciens / Préparateurs en pharmacie
	Garantir des stocks de 3 semaines pour les 5 molécules critiques (curares et hypnotiques).	Etablissement - Pharmaciens
	Définir et communiquer une doctrine interne d'utilisation des molécules critiques permettant leur utilisation soutenable en contexte de tension des approvisionnements.	Etablissement - Equipes médicales + CME + PUI
	Déclarer toutes difficultés d'approvisionnement auprès des ARS concernées, pour envisager un dépannage entre établissements de la région.	Etablissement – PUI

EPI	S'assurer de la constitution d'un stock de sécurité correspondant à 3 semaines de consommation de crise sur masques chirurgicaux, masques FFP2, blouses, tabliers, gants, charlottes, lunettes.	Etablissement - Achats/ ressources matérielles/ Pharmacie
	S'assurer du suivi des stocks : masques, surblouses, blouses, gants, charlottes et renseigner la plateforme EPI-stocks.	Etablissement - Ressources matérielles
Organisation post-réanimation	Mettre en place, au lit du malade, un accès aux compétences de réadaptation, intégrant la prise en charge du stress post-traumatique.	Cellule territoriale
	Mettre en place une organisation qui réponde aux besoins de prise en charge des patients SSE à la suite de leur passage en soins critiques (SSR, médecine, retour à domicile, HAD).	Cellule territoriale
Organisation non SSE	Mettre en place une organisation progressive et adaptable en fonction du capacitaire pour l'accueil des patients non SSE et devant : • Séparer les flux de patients SSE et non SSE ; • Garantir le maintien d'activités non-SSE ; • Organiser, de manière collégiale de nouvelles déprogrammations d'actes ou interventions ; • Envisager le déport de certaines activités sur un autre site hospitalier ; • Envisager la possibilité de transferts, y compris interrégionaux, de patients.	Cellule territoriale
Suivi d'activité	Mettre à jour en tant que de besoin le répertoire opérationnel des ressources (ROR).	Etablissement - Référent ROR
	Mettre à jour systématiquement l'application SI-VIC de suivi des patients victime de la SSE.	Etablissement - Référent SI-VIC

DST EVASAN

Document validé le 28/03/2024

1. Présentation

Contexte - Rappel des enjeux

La mise en œuvre d'évacuations sanitaires (EVASAN) peut s'avérer nécessaire en cas d'un afflux important de patients provoquant un engorgement des services hospitaliers lors d'une situation sanitaire exceptionnelle.

Ces opérations de transfert infra ou inter-régionales de plusieurs patients au moyen de vecteurs de transports (avion, train, bus…) ont lieu en prévention ou en réponse à une saturation afin d'éviter :

- La perte de chance pour des victimes de la SSE ;
- L'ouverture trop rapide de capacités supplémentaires de prise en charge et de contraintes en termes de programmation.

Elle constitue une option de gestion stratégique pour différentes typologies de situations sanitaires exceptionnelles :

- Afflux massif de victimes non contaminées (attentat, situation accidentelle avec nombreuses victimes …) ;
- Saturation d'une partie de l'offre liée à une épidémie / pandémie ;
- Evènement impactant directement un site hospitalier (incendie, nuage toxique, inondations…).

Les opérations d'EVASAN permettent ainsi d'éviter la saturation des établissements de santé et d'accueillir de nouveaux patients.

Cette disposition spécifique ne concerne pas :

- Les opérations d'évacuation complète ou partielle d'établissement (cf. DST ORSAN EVACUATION) ;
- Les EVASAN infra-régionales correspondant aux transferts inter-hospitaliers quotidiens (cf. procédure de transferts infrarégionaux pour les soins critiques préalablement réalisée par l'ARS dans le cadre du COVID).

Objectifs

Disposer d'un outil permettant d'éviter la saturation des services hospitaliers lors d'une situation sanitaire exceptionnelle.

La DST « EVASAN » sur l'organisation des évacuations sanitaires vise à :

- Préparer en amont l'organisation permettant la mise en œuvre d'EVASAN ;
- Définir une stratégie d'évacuation régionale ;
- Formuler une demande d'évacuation sanitaire inter-régionale (ARS de départ) ;
- Répondre à une demande urgente de prise en charge médicale de patient (ARS d'arrivée) ;
- Anticiper les modalités d'accompagnement des familles et le cas échéant, identifier les structures associatives susceptibles de leur apporter une aide.

2. Doctrine

Les principes d'actions suivants doivent régir le cadre général de l'organisation d'une ou plusieurs opérations d'évacuations sanitaires.

Principe 1 – Cadre géographique d'opération

- Les évacuations sanitaires s'opèrent à trois niveaux : infrarégional, interrégional et transfrontalier. Il est nécessaire de s'assurer de l'absence de disponibilité en infrarégional avant d'aborder le niveau supérieur. En cas de transferts interrégionaux ou transfrontaliers, le niveau national (CORRUSS) est en charge de l'arbitrage et de la coordination des EVASAN.
- L'ARS Bretagne est en charge de l'organisation interne à la région.
- La région à appuyer est définie comme une région subissant une tension majeure et critique saturant l'offre de soins régionale.
- La région de soutien est définie comme une région en capacité d'accueillir des EVASAN.

Principe 2 – Sécurité des transferts

Les options prises concernant les opérations de transfert doivent se réaliser en journée sur des jours ouvrés, sur des patients stabilisés, afin de favoriser l'optimisation de leurs conditions de sécurité.

Principe 3 – Adaptation à la cinétique

Les étapes d'action d'une EVASAN doivent être adaptées à la cinétique de l'évènement : un évènement à cinétique rapide ne permet pas forcément de dresser une liste de patients à évacuer dans les mêmes conditions qu'un évènement à cinétique lente.

Principe 4 – Agilité de la prise de décision

- L'analyse fine des paramètres et conditions logistiques contraignant la mise en œuvre d'un EVASAN impose de garder un degré d'agilité conséquent.
- L'analyse de l'expression de besoin remontée par un ou plusieurs établissements nécessite donc la mise en œuvre d'une conférence à 3 : établissement(s) concerné(s), SAMU, ARS.
- Sa composition peut être adaptée à la typologie de SSE (SAMU, urgences, réanimateurs, ARS…) et à sa cinétique, mais doit rester suffisamment limitée en termes de nombre de participants pour rester opérationnelle. Lorsque les conditions le nécessitent, une cellule « EVASAN » pourra également se mettre en place au niveau de la CRAPS de l'ARS.

Principe 5 - Principe d'interopérabilité adulte et enfants

- S'agissant des soins critiques, est acté le principe d'interopérabilité entre réa adulte et réa pédiatrique, dans les 2 sens (adulte vers pédiatrie et pédiatrie vers adulte) moyennant le matériel et les RH adéquates si la Bretagne est identifiée comme région d'accueil.
- S'agissant du transport sanitaire, est acté le fait qu'il est possible d'envisager des équipes mixtes adultes/enfants pour le transport, notamment si EVASAN massives. La limite en Bretagne, pour le transport pédiatrique, est établie à 3 ans (équipe pédiatrique sous 3 ans et équipes adultes au-dessus).

Principe 6 – Recherche d'efficience des opérations d'EVASAN

Dans tous les cas de figure, la nécessité d'initier les transferts sanitaires doit être anticipée et réalisée dès que possible, au fil de l'eau, afin d'éviter les opérations massives mobilisant de nombreuses ressources tant au niveau de la préparation du transfert que de la prise en charge par les SAMU et les établissements receveurs. En effet, une arrivée massive de patients dans une région et dans les établissements de santé peut engendrer des difficultés importantes et un risque de désorganisation pour l'aide médicale urgente du département et de l'établissement d'accueil.

Principe 7 – Respect du principe de subsidiarité

De manière subsidiaire, tel que rappelé dans le principe 1, l'autorité compétente au niveau géographique assure la prise de décision.

		ARS	CORRUSS (ou CCS)
Transfert sanitaire	Infrarégional	Coordonne	Est informé et appuie l'opération le cas échéant
	Interrégional	Analyse et exprime le besoin	Arbitre et coordonne
	Transfrontalier	Analyse et exprime le besoin	Arbitre et coordonne

En infrarégional :

- L'ARS est en charge de la coordination des transferts infrarégionaux, les arbitre si besoin et les coordonne en fonction du contexte régional.
- Le SAMU territorialement compétent (ou un SAMU désigné par l'ARS pour assurer la coordination territoriale le cas échéant), est chargé de l'organisation et du pilotage opérationnel de ces transferts, en lien avec les établissements concernés. A ce titre, il mobilise les vecteurs nécessaires des établissements de santé de son département et prend l'attache du SAMU de Zone pour des moyens zonaux complémentaires (notamment héliportés).
- Le SAMU de Zone recense et met à disposition des moyens zonaux complémentaires au profit du SAMU territorialement compétent concerné.
- L'ARS de Zone et le CORRUSS (ou CCS) sont informés de la mise en en œuvre de l'opération et l'appuient le cas échéant.

En interrégional :

- Le CORRUSS (ou le centre de crise sanitaire) assure la coordination d'ensemble, en cas de nécessité de transferts inter-régionaux, dans le cadre d'une stratégie nationale de désaturation des capacités. Le CORRUSS détermine ainsi l'orientation régionale des patients et les modalités de transferts en lien avec les ARS et les SAMU territorialement compétents (régions de départ et d'arrivée).
- L'ARS de départ s'assure de la bonne coordination des acteurs locaux associés (SAMU, établissement de santé) et de l'absence de difficultés à leurs niveaux et informe la préfecture de tout évènement utile se déroulant sur le département. Elle transmet ensuite les informations nécessaires (nombre de patients, établissement d'origine, heure de départ, heure d'arrivée prévue, …) à l'ARS d'arrivée et au CORRUSS (ou au CCS le cas échéant).
- Les ARS de départ et d'arrivée informent leur ARS de Zone, pour relai vers la préfecture de zone et le SAMU de Zone.
- Le SAMU de départ, le service de soins critiques de départ et l'établissement de départ procèdent de façon similaire.
- La mise en œuvre opérationnelle du transfert est organisée par les SAMU territorialement compétents de départ et d'arrivée (ou un SAMU désigné par l'ARS pour assurer la coordination territoriale le cas échéant), sous la coordination des ARS de départ et d'arrivée et de leurs cellules dédiées.
- L'ARS d'arrivée s'assure de la bonne répartition des patients dans les établissements de santé de sa région en garantissant le bon équilibre de l'offre de soins. Elle fait ouvrir ou remplir l'évènement SI-VIC nécessaire pour tout EVASAN en contexte de SSE. Elle informe l'ARS de départ de la bonne prise en charge au sein de son territoire des patients évacués.
- Le SAMU, le service de soins critiques et l'établissement d'arrivée procèdent de façon similaire.

La désignation des régions d'appui au territoire concerné par les EVASAN demeure une prérogative du CORRUSS (ou centre de crise sanitaire).

L'ordre d'opération est donné par le CORRUSS (ou centre de crise sanitaire) sur la base des remontées des ARS. L'ARS engage, selon les besoins, les actions complémentaires suivantes :

- Mise en œuvre d'une suspension graduée et ciblée des activités nécessaires à la montée en charge des services de médecine et de réanimation ;
- Sécurisation de filières territoriales de prise en charges d'activités non concernées par l'EVASAN, notamment celle de recours (greffes, activité cancérologique, autres… définies par l'ARS) avec l'ensemble des acteurs publics et privés, y compris en extra régional, si nécessaire ;
- Adaptation de la stratégie de montée en charge par paliers selon la cinétique de l'évènement (7 à 15 jours si cinétique lente) ;
- Appui en ressources humaines par le niveau national si la situation sanitaire le permet ;
- **Organisation d'EVASAN si possible prioritairement vers les régions d'appui identifiées** (identification des équipes SMUR, des ES d'accueil et des vecteurs nationaux disponibles) si la situation sanitaire le permet en médecine comme en réanimation.

3. Stratégie régionale

Hypothèse 1 – EVASAN depuis la Bretagne

1. Exprimer le besoin au niveau local

- Peuvent identifier le besoin les urgentistes et les réanimateurs.
- Des critères comme ceux de l'avis SFAR-SFMUR-SRLF du 17 décembre 2020 sur les critères de transférabilité inter-régionale d'un patient de soins critiques d'un établissement de santé à un autre, peuvent être utilisés. (Point de vigilance : ne pas rester prisonnier des critères si situation différente).
- Limite indicative entre prise en charge adultes et enfants > notion de 30Kg avec un écart type d'âge entre 3 et 10 ans pour privilégier une approche agile de l'identification des patients. Ainsi, si l'enfant pèse moins de 30kg environ et qu'il a entre 3 et 10 ans, il est concerné par une prise en pédiatrie.
- L'expression de besoin, avec, a minima le volume chiffré estimé de patients à transférer et le cas échéant, une liste indicative de patients, est transmis à l'ARS et au SAMU territorialement compétent, par le directeur d'établissement ou par le coordonnateur local en charge de cette remontée, si cette action est déléguée par le directeur.
- Le coordonnateur / directeur est en outre, chargé :
    - De la vérification de l'éligibilité des patients
    - Du maintien d'une liste de candidats
    - Des liens avec l'instance opérationnelle

2. Confirmer l'expression de besoin

L'analyse de l'expression de besoin remontée par un ou plusieurs établissements nécessite la mise en œuvre d'une conférence à 3 : établissement(s) concerné(s), SAMU/SAMU de Zone, ARS. Sa composition peut être adaptée à la typologie de SSE (SAMU, urgences, réanimateurs, ARS…) et sa cinétique, mais doit rester suffisamment limitée en termes de nombre de participants pour rester opérationnelle.

Elle est notamment chargée de :

- Vérifier la possibilité de transferts infrarégionaux ;
- Etudier tous paramètres utiles concernant la décision à prendre (EVASAN Infrarégionales) ou la proposition de décision à remonter au CORRUSS (EVASAN inter-régionales ou transfrontalières) : délais de mobilisation / mise en œuvre, points de rencontre (aéroports autorisés à certains vecteurs aériens), acteur à solliciter pour engagement, options stratégiques de transports (EVASAN massive par train, stratégie perlée par avion, noria de convoi routier) ;
- Etudier le recours possible aux moyens présents dans la zone de défense ouest ;
- Proposer une répartition d'actions entre les équipes qui seront en charge de la médicalisation du transfert (équipes de départ ou d'arrivée).

3. Etablir la liste des patients à transférer

L'élaboration de la liste des patients se fait par les services concernés sous couvert des directeurs d'établissements (+ les services concernés) pour confirmer la volumétrie nécessaire de transferts. Cette liste de patients éligibles doit être la plus étoffée possible de manière à anticiper la dégradation de l'état de santé des patients prévus pour le transfert. Les établissements sélectionnent ainsi les patients éligibles au transfert et vérifient l'accord préalable des familles en cas de confirmation de l'opération d'EVASAN.

4. Solliciter le CORRUSS sur le principe de la mise en œuvre d'une EVASAN

L'ARS informe le CORRUSS de l'expression de besoin analysée et confirmée, ainsi que des tensions identifiées, ou anticipées au sein du système de santé, avec la volumétrie des EVASAN envisagées. En cas de transferts inter-régionaux ou transfrontaliers, le CORRUSS doit donner son aval et confirmer le nombre de patients qui peuvent être transférés. Il étudie les options de transport proposées par l'ARS et le recours possible à d'autres moyens (moyens sanitaires hors régions concernées, moyens des forces armées, etc.). Le CORRUSS informe l'ARS du nom de la région d'appui conformément à la stratégie nationale définie et valide la volumétrie.

5. Identifier les vecteurs de transport

Une prise de contact entre l'ARS et le SAMU permet de :

- Confirmer les vecteurs mobilisés entre l'hôpital et le point de regroupement (gare, aéroport, …) puis entre ce point et le point d'arrivée (suivant le retour fait par le CORRUSS).
- Confirmer le nombre de patients possiblement transférables, dans la continuité du point de situation réalisé lors de la conférence sur l'expression de besoins. Les profils cliniques et la médicalisation des vecteurs sont également précisés par le SAMU.
- Confirmer le cas échéant, un appui de moyens complémentaires et hors département auprès du SAMU de Zone par le SAMU territorialement compétent.

6. Etablir une coordination avec les préfectures concernées sur la sécurisation de l'opération

Le SAMU exprime la demande d'escorte auprès de l'ARS. L'ARS (DD) en informe la préfecture.

Cette demande peut porter sur les appuis suivants :

- Accompagnement de la noria de départ par les forces de l'ordre : les policiers et les gendarmes peuvent fournir des escortes pour faciliter l'accès des transports sanitaires aux différents sites de départ.
- Appui du SDIS sur logistique sanitaire : les VSAV SDIS peuvent être mobilisés notamment lorsqu'il s'agit d'une situation à nombreuses victimes. L'appui du SDIS dépend notamment de la cinétique, du type de SSE, du volume de patients, des moyens à engager (matelas coquille, O2, etc.).
- Mobilisations éventuelles TSP + Associations Agréées de Sécurité Civile (AASC) selon profils de patients en complément des SMUR.

L'ARS sollicite également, auprès de la préfecture, le cadrage des sollicitations médiatiques sur les lieux de départ.

7. Planifier l'opération (H-24)

La veille de l'opération en cas de cinétique lente ou le jour même pour les évènements à cinétique rapide, le CORRUSS (ou l'ARS de départ par délégation de sa part), organise une audioconférence avec les acteurs de la région de départ et de la région d'arrivée afin de :

- Rappeler le plan de vol (lieux et horaires de départ et d'arrivée) et le nombre de patients à évacuer ;
- Vérifier que les services concernés se sont contactés entre régions de départ et d'arrivée ;
- Demander aux chefs de services ou aux directeurs d'établissements de préciser le support utilisé pour le dossier médical (papier, cd…) ;
- Sécuriser les suivis SI-VIC (Veiller à ce que la case « EVASAN » de SI-VIC soit bien cochée) et demander un retour des numéros SI-VIC des patients concernés ;
- Solliciter les SAMU sur un retour concernant la médicalisation du/des vecteur(s) ainsi que sur leurs besoins d'escortes ;
- Préparer et diffuser un annuaire opérationnel partagé par l'ensemble des acteurs ;
- Rappeler l'utilisation du SI-SAMU pour suivi par tous du déroulé de l'opération.

Point de vigilance : en ce qui concerne les données nominatives des patients, privilégier les transferts des dossiers patients de service à service (à distinguer du flux d'infos pour ARS et ministère qui circule sous SI-VIC et SI-SAMU : les dossiers médicaux sont transmis d'un service à un autre, sans passer par la réunion de coordination).

8. Suivre en temps réel l'opération

L'outil de suivi partagé d'une opération d'EVASAN par tous est le SI-SAMU. Cela implique l'ouverture d'un événement SI-SAMU par opération d'EVASAN. L'arrivée des patients est ensuite confirmée grâce à SI-VIC (interfaçage avec le SI-SAMU).

9. Enregistrer sur SI-VIC les patients transférés par EVASAN

Si l'opération est infra-régionale, le SAMU ouvre l'évènement SI-VIC.

Si l'opération est inter-régionale ou transfrontalière, le CORRUSS ouvre l'évènement SI-VIC.

Chaque établissement assure ensuite le suivi sous SI-VIC des patients transférés. L'ARS s'assure que le transfert a bien été réalisé.

10. **Mettre en place un suivi individualisé des patients ayant bénéficié d'une EVASAN jusqu'à leur retour**

Suivre l'instruction des éventuels évènements indésirables graves associés aux soins

L'instruction d'éventuels évènements indésirables graves liés à une opération d'EVASAN se fait par la procédure habituelle de traitement :

- Déclaration par la direction d'établissement d'accueil sur le portail national des signalements ;
- Réception, analyse et suivi par l'ARS en collaboration avec le GCS CAPPS (Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé).

11. **Contrôler l'enjeu de communication**

Informer chaque service de communication en amont.

Hypothèse 2 - EVASAN vers la Bretagne

1. **Solliciter les ES pour obtention des capacités d'accueil disponibles**

- Critères de sélection par l'ARS : Classement ORSAN de l'établissement/autorisations d'activités + vérification du ROR.
- Identifier des capacités : échange entre l'ARS et les établissements concernés (directions et professionnels de santé concernés) pour confirmer la volumétrie du capacitaire disponible.

2. **Identifier les vecteurs de transport du « dernier km » avec le ou les SAMU concernés**

Alerter les SAMU territorialement compétents concernés (et le SAMU de Zone le cas échéant pour définir son niveau d'appui)

Une prise de contact téléphonique entre la cellule EVASAN de l'ARS et le SAMU permet de :

- Préciser et confirmer les vecteurs mobilisés entre l'aéroport et l'hôpital (dans l'ordre de priorité : UMH SMUR, TSP, VSAB AASC, Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes VSAV SDIS) – Le SAMU territorialement compétent sollicite l'entité responsable des vecteurs hors SMUR (SDIS, TSP, AASC) ;
- Confirmer par le SAMU territorialement compétent auprès de l'ARS la demande de concours des forces de l'ordre pour l'escorte de la noria (en vue d'une sollicitation de la préfecture par l'ARS) ;
- Confirmer le cas échéant, un appui de moyens complémentaires et hors département, sollicité auprès du SAMU de Zone par le SAMU territorialement compétent.

Nb : si l'opération se déroule par train sanitaire, les équipes SMUR de la région d'accueil peuvent être amenées à aller chercher les patients à la gare de départ et à les accompagner lors du transport pour sécuriser le transfert.

3. **Vérifier auprès des gestionnaires aéroports / SNCF des conditions d'accessibilités**

Si transfert aérien par avion privé : l'ARS prend contact auprès du gestionnaire d'aéroport pour nombre d'avions à prévoir et plans de vols. Elle donne au contact de la société ou autre vecteur les diverses coordonnées des acteurs de l'EVASAN pour faciliter les accès au site aéroportuaire.

Si transfert par voie ferroviaire : l'ARS prend contact avec le directeur régional de la SNCF pour prévoir les modalités et contraintes logistiques d'accueil d'un train EVASAN (pilotage logistique assuré par le niveau national, concertation locale nécessaire pour suivi de l'opération).

4. Etablir une coordination entre l'ARS et les préfectures concernées sur la sécurisation de l'opération

- Possibilités d'accompagnement de la noria d'arrivée par les forces de l'ordre
- Cadrage des sollicitations médiatiques par la Préfecture (cf. point 11)
- Après expression de besoin du SAMU territorialement compétent, l'appui du SDIS ou des AASC sur l'accompagnement pour la mise en place de la logistique sanitaire fait l'objet d'une demande par l'ARS pour validation, auprès de la préfecture

5. Planifier l'opération (H-24)

Pilotage ARS ou CORRUSS (ou Centre de Crise Sanitaire)

Points à vérifier par les acteurs de la région d'accueil, lors de l'audioconférence avec les acteurs de la région de départ et de la région d'arrivée :

- Vérifier que les paramètres du plan de vol (horaires, lieu, etc.) et le nombre de patients à évacuer sont connus de tous ;
- Vérifier que les services et les SAMU se sont contactés entre régions de départ et d'arrivée ;
- Demander aux chefs de services ou directeurs d'établissements de préciser le support utilisé pour le dossier médical (papier, cd…) ;
- Sécuriser, pour les directions d'ES, les suivis SI-VIC (veiller à ce que la case « EVASAN » de SI-VIC soit bien cochée et demander un retour des numéros SI-VIC des patients concernés) ;
- Solliciter les SAMU sur un retour concernant la médicalisation du/des vecteur(s) ainsi que sur la confirmation de leurs besoins d'escortes ;
- Préparer et diffuser un annuaire opérationnel partagé par l'ensemble des acteurs ;
- Rappeler l'utilisation du SI-SAMU pour suivi par tous du déroulé de l'opération ;
- Rédiger un mail de synthèse rappelant à l'ensemble des acteurs ces informations.

NB : Les établissements vérifient la disponibilité effective des lits 6h avant l'opération. L'ARS et le SAMU de Zone doivent être tenus informés de tout évènement modifiant l'opération.

6. Suivre en temps réel l'opération

L'outil de suivi partagé d'une opération d'EVASAN par tous est le SI-SAMU.

Cela implique l'ouverture d'un événement SI-SAMU par opération d'EVASAN par le SAMU territorialement compétent de départ (le cas échéant, le SAMU de Zone de départ peut s'y substituer).

- L'arrivée des patients est ensuite confirmée grâce à SI-VIC (interfaçage avec le SI-SAMU).
- Le SAMU d'arrivée confirme le bon déroulé de l'opération à son ARS. L'ARS confirme ensuite auprès de l'ensemble des acteurs concernés.

7. Enregistrer sur SI-VIC des patients transférés par EVASAN

Si l'opération est infra-régionale, le SAMU ouvre l'évènement SI-VIC.

Si l'opération est inter-régionale ou transfrontalière, le CORRUSS ouvre l'évènement SI-VIC.

Chaque établissement assure ensuite le suivi sous SI-VIC des patients transférés. L'ARS s'assure que le transfert a bien été réalisé.

8. Mettre en place un suivi individualisé des patients ayant bénéficié d'une EVASAN jusqu'à leur retour pour maintenir le lien avec les familles

9. Suivre l'instruction des éventuels évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) liés aux transferts et durant l'hospitalisation

Procédure habituelle de traitement des EIGS :

- Déclaration par la direction d'établissement d'accueil sur le portail national des signalements ;
- Réception, analyse et suivi par l'ARS en collaboration avec le GCS CAPPS (Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé)

10. Prévoir l'accueil des familles et l'interprétariat et anticiper l'enjeu financier

Texte de référence : MARS 2020-99 sur l'accompagnement des familles de patients en EVASAN

Fiches retour post transfert du 8 avril 2020

Déplacement du patient

- Aller : Etablissement de santé réalisant le transfert remboursé par avenant convention CPAM (exemption accord préalable, Cf. MARS 2020-99)
- Retour à domicile : CPAM du patient
- Retour en service de soins : Etablissement de santé réalisant le transfert remboursé par avenant convention CPAM (exemption accord préalable)
- Décès : Etablissement où le patient est décédé prenant en charge le retour du corps à l'endroit convenu avec la famille sur le territoire national- remboursé par ARS sur FIR

Déplacement de la famille

- Par défaut : Etablissement d'accueil remboursé par avenant convention CPAM
- Autres solutions :
    - Etablissement d'origine remboursé par avenant convention CPAM
    - Familles remboursées par la CPAM du patient
    - Prise en charge d'1 AR sur le territoire national par semaine d'hospitalisation et 30 nuitées maximum

11. Contrôler l'enjeu de communication

Doctrine : le préfet reste compétent sur l'ensemble de la communication de crise. Chaque acteur peut communiquer a posteriori, dans la limite des actions réalisées au sein de son champ de compétences, après concertation et validation par la préfecture. Chaque service de communication est informé en amont par sa direction.

4. Ressources et moyens aériens

L'identification des vecteurs nécessaires aux transferts sanitaires interrégionaux de patients ne peut pas être exhaustive : les trains et les bus ne peuvent notamment être listés ici.

L'inventaire se bornera donc aux moyens aériens de la santé, de l'armée, des forces de l'ordre et de la sécurité civile. Le suivi en temps réel de ces moyens est disponible sur la plateforme Hélismur via le lien suivant : https://www.si-samu.org/index.html (cliquer sur régulation médicale, puis sur Hélismur (Lille)).

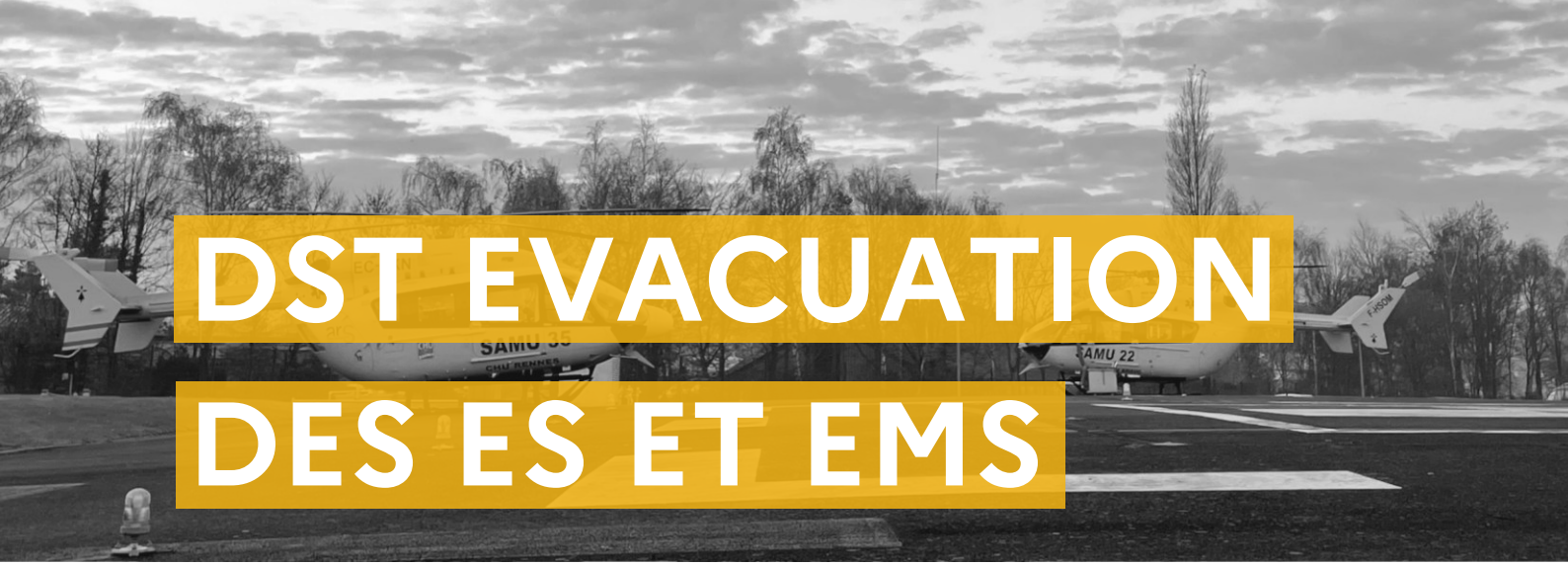
Aérodromes en Bretagne :

- A400M : Brest, Rennes, Dinard, Lorient, Quimper (sous dérogation). D'autres aérodromes seraient possibles mais cas à étudier.
- A330 : Brest, Rennes (sous dérogation)

Les aéronefs de la société OYONAIR sont de tailles réduites et peuvent utiliser la grande majorité des aérodromes en Bretagne, notamment :

DEPARTEMENT	Finistère	Cotes d'Armor	Ille-et-Vilaine	Morbihan
AEROPORTS	Brest, Morlaix, Quimper, Ouessant	Lannion, Saint-Brieuc	Dinard-Pleurtuit, Rennes-ST Jacques	Lorient, Vannes

Situation des aérodromes en DSAC/O au 2 avril 2020



DST EVACUATION DES ES ET EMS

Document validé le 28/03/2024

1. Présentation

Contexte et enjeux de la DST évacuation

La survenue d'un événement grave peut nécessiter l'évacuation partielle ou en totalité d'un établissement sanitaire ou médico-social, en particulier s'il est susceptible d'impacter la structure d'un établissement ou la santé et/ou la sécurité des patients ou des résidents qui s'y trouvent.

La menace peut être :

- Exogène à l'établissement : une catastrophe naturelle (inondation, glissement de terrain…), accident industriel (accident d'installation classées ou de centrale nucléaire, accident de transport de matières dangereuses, déminage d'un engin explosif, etc.)
- Endogène à l'établissement : incendie, découverte colis ou véhicule suspect sur le site de l'établissement, incident technique compromettant la continuité des soins, etc.

Les moyens nécessaires (forces de police, gendarmerie, sapeurs-pompiers, etc.) à ce type de situation ne relevant pas du système de santé seul, une telle opération appartient à la gamme des **dispositions spécifiques du plan ORSEC**. La décision d'évacuation incombe au directeur d'établissement dans le cadre d'une opération limitée à sa structure. Elle peut incomber au préfet dès lors qu'il a pris la direction des opérations (évacuation de l'établissement ou évacuation générale de la population sur un secteur donné).

L'objet de cette disposition spécifique transversale est de définir le rôle des différents acteurs sanitaires dans le cadre de l'évacuation d'un ou plusieurs établissement(s) sanitaire(s) ou médico-social(aux). Il s'agit par ailleurs de spécifier l'organisation de la continuité de la prise en charge des patients/résidents évacués du ou des établissements concernés.

Une évaluation préalable de la situation est indispensable avant l'évacuation. Si la balance bénéfice/risque d'une évacuation est défavorable pour les patients/résidents, des mesures de mise en sûreté de l'établissement pourront être mises en œuvre. Ces mesures sont décrites et définies dans la DST Sécurisation du dispositif ORSAN.

Par ailleurs, il est important de noter que cette DST n'a pas pour objet de traiter des transferts sanitaires mis en œuvre en cas de situations sanitaires exceptionnelles en prévention ou en réponse à une saturation de l'offre de soin, qui sont abordés dans la DST EVASAN.

Définition

L'évacuation est entendue ici comme le déplacement de tout ou partie des résidents/patients d'un établissement médico-social ou d'un établissement de santé, vers l'extérieur de l'établissement ou vers un autre bâtiment de l'établissement, pour répondre à une situation de danger avéré ou potentiel susceptible d'impacter la structure d'un établissement ou la santé et/ou la sécurité des patients ou des résidents.

On peut distinguer :

- L'évacuation anticipée : Elle est mise en œuvre en anticipation d'un risque, lorsque celui-ci présente des effets potentiels dangereux ou qui risquent de s'aggraver.
- L'évacuation réactive : Elle est mise en œuvre après la survenue de la menace.

Pour ces deux typologies, le risque peut avoir été préalablement identifié (ex : crue d'un fleuve) ou non (ex : découverte d'engins explosifs). L'analyse régionale des risques majeurs contenue au sein du dispositif ORSAN permet d'identifier les établissements les plus vulnérables face aux risques industriels et naturels.

2. Doctrine

Quand déclencher l'évacuation ?

Compte tenu de la complexité et des risques engendrés par le transfert de patients/résidents, l'évacuation ne sera décidée qu'en dernier recours, lorsqu'il n'existe plus d'alternative, ni de possibilité de maintien d'un fonctionnement sur site. L'évacuation, notamment anticipée, peut également être décidée par principe de précaution (notamment dans le cadre d'une levée de doute suite à la découverte d'un objet suspect). Les situations qui nécessiteraient de déclencher l'évacuation d'un établissement ne sont donc pas définies *a priori* et l'opportunité de cette dernière doit systématiquement faire l'objet d'une évaluation.

L'évaluation bénéfice/risque doit ainsi être réalisée, pour décider au mieux s'il est préférable de :

- Garder les patients/résidents sur place, en prenant le risque que la menace atteigne l'établissement et puisse détériorer l'offre de soins ou mettre en danger la santé et/ou l'intégrité des patients ;
- Déplacer les patients/résidents, en prenant le risque d'une dégradation de leur état de santé et d'une désorientation.

Deux principaux facteurs sont à prendre en compte dans cette évaluation :

- L'impact potentiel de la menace sur la santé des patients/résidents et sur l'offre de soin ;
- Les conséquences potentielles du transport et du déplacement sur la santé des résidents/patients déplacés, y compris les conséquences psychiques (et ce, en particulier pour les patients/résidents atteints de troubles cognitifs).

La viabilité de l'évacuation devra également être évaluée avant de prendre la décision d'évacuer (en particulier en cinétique longue et si la menace peut concerner plusieurs établissements de la région) : nombre de personnes à déplacer, disponibilité d'un hébergement ou d'un service d'accueil adapté hors de la zone évacuée, disponibilité de transports adaptés…

Plusieurs alternatives à l'évacuation peuvent par ailleurs être discutées :

- Evacuation en interne : Lorsque les patients d'un service doivent être évacués, cela peut se faire au sein du site hébergeant le service. Par exemple, quand un espace accueillant des patients est inondé, il est parfois possible de se contenter d'une mobilité verticale des patients concernés (évacuation vers un étage supérieur). Dans ce cas, la stratégie devra prendre en compte la suppléance des équipements qui ne seraient plus fonctionnels ou accessibles (ex : radiologie).
- Mise à l'abri : les modalités de mise en œuvre des mises à l'abri en ES ou EMS sont décrites dans la DST ORSAN sécurisation, fiche technique 4.

Par ailleurs, il est possible de décider d'une **combinaison de l'évacuation avec ces alternatives, ou d'une évacuation partielle** de la structure. La balance bénéfice/risque d'une évacuation ne sera en effet pas systématiquement la même selon la typologie des personnes à évacuer et leur état de santé. De la même manière, si les risques d'atteintes à la structure du bâtiment ne sont pas identiques sur tout l'établissement, la localisation initiale des patients/résidents sera un facteur à prendre en compte.

Qui décide ?

Le directeur d'établissement est responsable de la sécurité de son établissement, il peut décider de l'évacuation si la sécurité des patients ou la continuité des soins sont compromises. Dans les établissements sanitaires, il peut être appuyé par le directeur médical de crise (DMC), qui est chargé d'analyser les impacts médicaux d'une situation sanitaire exceptionnelle et qui assure le lien avec le SAMU. En fonction de la menace (ex : danger grave et imminent), les sapeurs-pompiers ou les forces de l'ordre présentes sur place pourront ordonner l'évacuation et informeront le préfet des actions réalisées.

Le préfet, en tant que directeur des opérations, peut ordonner l'évacuation d'un établissement.

Aide à la décision

Dans les situations où l'évacuation n'est pas immédiate et réactive, le directeur d'établissement et le préfet peuvent être appuyés par des expertises pour une aide à la décision.

- Le directeur d'établissement alerte l'ARS via le numéro unique du point focal régional et zonal pour un appui à la décision (09 74 50 00 09). **L'ARS appuie l'établissement et mobilise les expertises nécessaires** en fonction du besoin ;
- **Le SAMU peut se déplacer** dans l'établissement à évacuer pour évaluer l'état de santé des personnes à évacuer et identifier les modalités de transports mobilisables en regard ;

- Le préfet pourra réunir les expertises nécessaires à la prise de décision autour de lui en **centre opérationnel départemental** (COD). L'ARS représente le système de santé en COD et apporte les éléments nécessaires à la prise de décision au préfet, elle peut consulter le SAMU ou les ES/EMS du territoire en tant que de besoin.

Cas particulier - Les évacuations massives de la population
En cas d'urgence et/ou de circonstances exceptionnelles (ex : risque de crue, nuage toxique, incendie majeur…), le préfet peut prendre un arrêté d'évacuation de la population sur une ou plusieurs zones géographiques données. La décision d'évacuation fait l'objet d'une évaluation bénéfice/risque. Le préfet peut solliciter les expertises nécessaires à la prise de décision, notamment l'ARS.
L'ensemble des moyens d'alerte et de communication peuvent être mobilisés en cas d'évacuation massive pour informer la population (systèmes d'alerte par téléphone/SMS ou cell broadcast type FR-Alert, mobilisation des forces de police et de gendarmerie, médias et réseaux sociaux, etc.)

Alerte et coordination

Etapes et acteurs de l'alerte et de l'évacuation (quelle que soit la typologie d'établissement) :

1. Alerte **:** Dès risque ou déclenchement d'évacuation totale ou partielle, le SAMU et le directeur de l'établissement concerné alertent l'ARS via le numéro unique du PFRZ. Le directeur de l'établissement alerte le maire. L'ARS alerte la préfecture (autorité préfectorale et SIDPC).
2. Evaluation et recensement :
   - ES : Le directeur de l'établissement assure une première évaluation des services à évacuer, y compris n'accueillant pas de patients (ex : salle de régulation du SAMU). Le DMC évalue le nombre de places et les moyens nécessaires à la prise en charge des patients des services évacués.
   - EMS : L'établissement assure un recensement des services et personnes à évacuer. Au besoin, le SAMU se rend sur place pour appuyer l'établissement dans l'évaluation de l'état de santé des patients à évacuer.
3. Rassemblement des évacués : Dans l'attente de l'orientation vers un nouvel établissement ou une mise à l'abri temporaire, les patients/résidents peuvent être rassemblés au point de rassemblement de l'établissement.
4. Alerte des établissements d'accueil : L'ARS assure la mise en pré-alerte ou l'alerte des établissements susceptibles d'accueillir des patients/résidents, conformément aux stratégies de prise en charge décrites ci-dessous et en informe la préfecture. Si besoin, elle envoie un questionnaire permettant l'évaluation du capacitaire d'accueil.

5. Conférence à 3 : L'ARS déclenche rapidement une conférence audio de coordination avec le SAMU et la direction de l'établissement évacué afin d'échanger sur la stratégie de prise en charge des patients/résidents évacués.
6. Orientation des patients vers des établissements d'accueil : Le SAMU assure la coordination globale de l'orientation des patients vers les établissements d'accueil. Pour les services les plus spécialisés dans les ES, une communication pourra avoir lieu en direct entre les services/professionnels de l'établissement évacué et des établissements d'accueil, en veillant à toujours inclure le SAMU dans les boucles d'informations et d'échanges.
7. Transfert des patients **:** Le SAMU coordonne le transfert des patients/résidents évacués.
8. Coordination du système de santé et des établissements d'accueil : L'ARS organise, en tant que de besoin, une réunion de coordination entre le ou les établissements évacués, les établissements d'accueil et le SAMU. Elle transmet des points de situation régulièrement, notamment à la préfecture et au CORRUSS.

A noter : Selon la cinétique de l'événement, et en fonction de la capacité à identifier des places en structures sanitaires ou médico-sociales pour un relai de prise en charge, **les résidents/patients de l'établissement évacué pourront être temporairement orientés vers une autre structure pour une mise à l'abri temporaire** (voir fiche technique 2).

3. Stratégies régionales de prise en charge des évacués et de leur transport

Stratégie de prise en charge des résidents d'EMS évacués

Si la prise en charge locale est possible :

- Prise en charge complète des résidents ne nécessitant pas d'hospitalisation dans les EMS intra-gestionnaire établissement (Conseil Départemental/Centre communal d'action sociale/groupe) ou les EMS voisins.
- Retour à domicile ou prise en charge par les familles quand cela est possible (EMS PH enfants notamment).
- Résidents nécessitant une hospitalisation : Prise en charge dans un établissement de santé le plus proche possible.

Montée en puissance départementale :

- Elargissement de la recherche de places parmi les EMS du département, sous la coordination de la DD ARS concernée.
- Résidents nécessitant une hospitalisation : élargissement de la recherche de places au sein du territoire de santé, du département ou de la région.

Stratégie de prise en charge des patients d'établissements de santé évacués

Stratégie de montée en puissance graduelle dans la recherche de places, en fonction du nombre de patients à évacuer et de la typologie des services concernés (notamment si les capacités sont saturées ou que l'évacuation concerne un ou des services à compétence rare) **:**

1. Retour à domicile ou en EMS pour les patients dont l'état de santé le permet, notamment les patients ambulatoires (avec mobilisation de l'HAD le cas échéant) ;
2. Répartition des patients évacués dans les ES du territoire de santé ou du département (coordination entre l'ES évacué, le GHT, l'ARS et le SAMU) ;
3. Elargissement régional de la recherche de places avec répartition des patients évacués dans les ES de la région (sous régulation du SAMU territorialement compétent, en lien avec l'ARS) ;
4. Recherche extrarégionale de places, sous coordination de l'ARS de Zone et du SAMU de Zone. La Direction générale de la Santé pourra être sollicitée par l'ARS pour un appui en tant que de besoin. L'organisation des transferts routiers ou aériens sera à prévoir (activation DST EVASAN).

En parallèle de cette montée en puissance dans la recherche de places, des stratégies d'augmentation des capacités de prise en charge des établissements d'accueil peuvent être mises en place :

- Déclenchement des plans blancs des ES d'accueil (maintien et rappel de personnel, sorties anticipées, déprogrammation, augmentation du capacitaire) ;
- Redirection du flux quotidien des urgences de l'établissement d'accueil, vers les ES « 2ème ligne », pour dégager des lits supplémentaires ;
- Projection de personnels des établissements évacués vers les établissements d'accueil (voir DST ressources humaines)

En cas de **dépassement important et/ou dans l'attente d'identifier des places/de transférer les patients**, il est également possible d'installer un centre de regroupement des évacués pour garantir la continuité de prise en charge (cf. fiche technique centre de regroupement des évacués).

Stratégie de transport des évacués

La stratégie de transport des patients/résidents est à définir en fonction de l'état clinique des personnes à déplacer. Un échange SAMU/établissement(s)/ARS permet de décider de la stratégie.

Une cellule transport conjointe SDIS/SAMU/Association des Transports Sanitaires d'Urgence peut être réunie pour faciliter la mise en place de la stratégie de transport.

Typologie de patients	Vecteurs à mobiliser	Stratégies de transport possibles
Patients alités à évacuer par dispositif médicalisé (catégorie 1*)	SMUR, Hélismur, ambulances de catégorie A	**Noria perlée** : évacuation patient par patient **Régulation par grappe :** plusieurs victimes par transport sur une logique de convoi (suivi par véhicule avec IDE et médecin à bord)
Patients alités nécessitant un accompagnement paramédical (catégorie 2*)	Ambulances de catégorie C + IDE	**Régulation par grappe :** plusieurs victimes par transport sur une logique de convoi
Personnes autonomes avec troubles du comportement / troubles cognitifs (catégorie 3*)	Véhicule sanitaire léger catégorie D, taxi, bus, véhicule de l'établissement	**Convoi unique :** bus avec accompagnement du personnel de l'établissement pour limiter la désorientation et si possible IDE
Personnes autonomes (catégorie 4*)	Véhicule sanitaire léger catégorie D, taxi, bus, véhicule de l'établissement	**Convoi unique :** utilisation véhicules de l'établissement en priorité ou bus avec accompagnement

*Les catégories de patients ont été définies afin de faciliter le suivi en cas d'évacuation (cf. fiche technique recensement des patients/résidents à évacuer)

4. Synthèse : Mode opératoire et rôle des acteurs en cas d'évacuation

Points clés		Actions envisageables	Effecteur
Identifier les personnes à évacuer		Evaluer le nombre de personnes à déplacer et leur niveau de mobilité et d'autonomie (cf. fiche recensement des patients/résidents à évacuer et suivi de l'accueil).	Etablissement évacué en lien avec SAMU
Communiquer et se coordonner		Définir rapidement un premier niveau de mobilisation nécessaire après obtention du 1er bilan, même non consolidé (permet de lancer une pré-alerte des établissements si besoin ou d'activer les cellules de crises SAMU/ES).	Coordination Etablissement(s) évacué(s) + SAMU + ARS
		Le directeur de l'établissement alerte le maire.	Etablissement évacué
		L'ARS tient informés la ou les préfecture(s) et le CORRUSS.	ARS
Identifier les solutions de relocalisation	ES	Identifier les potentiels ES d'accueil à partir du capacitaire maximal identifié dans le logiciel SI-ORSAN.	ARS en lien avec SAMU
		Si le nombre de patient à évacuer est limité : mobiliser les établissements voisins.	Etablissement évacué + SAMU + ARS en appui
		Organiser le retour à domicile ou en EMS des patients quand cela est possible.	Etablissement évacué
		Si mobilisation + large nécessaire : contacter les ES du département/de la région et/ou diffuser un sondage pour identifier les solutions de transfert possibles en prenant en compte la prise en charge requise.	ARS En lien avec SAMU + Etablissement évacué
		Si besoin, faire activer les plans blancs pour coordonner la répartition des patients et assurer la continuité de l'offre de soins.	ARS en liaison étroite avec SAMU + ES accueil + Préfecture
		En cas de dépassement des capacités régionales, mobiliser le SAMU de Zone, l'ARS de Zone ou la DGS.	ARS (mobilise ARSZ) SAMU (mobilise SAMUZ)
		En cas de dépassement important et/ou dans l'attente d'identifier des places/de transférer les patients, installer un centre de regroupement des évacués pour garantir la continuité de prise en charge (cf. fiche technique 2).	Installation par le SAMU
	EMS	Rechercher des places auprès des EMS et ES (pour les résidents à hospitaliser) de proximité sur un 1er bilan. Prendre attache des familles pour un retour à domicile quand cela est possible.	Etablissement évacué
		En cas de difficulté à identifier rapidement des places, alerter l'ARS qui coordonnera la recherche de places en intra département ou au niveau régional selon le nombre de résidents à reloger.	ARS En lien avec Etablissement évacué

Points clés	Actions envisageables		Effecteur
Organiser le transport des évacués	Recenser les besoins de transport à mobiliser en complément de ceux de l'établissement évacué.		Etablissement évacué + SAMU
	Mobiliser les transports nécessaires.		SAMU avec appui ARS (sollicitation préfecture et maire si besoin)
	En cas de dépassement, mobiliser des solutions extrarégionales, notamment des moyens héliportés complémentaires.		SAMUZ + ARSZ
Suivre les évacués	ES	Ouvrir un événement SI-VIC.	SAMU
		Recenser dans SI-VIC les patients accueillis.	ES d'accueil
	EMS	Assurer le suivi via tableau en fiche technique 2.	Etablissement évacué
Informer les familles et le public	Communiquer aux familles des patients/résidents l'information de la nécessité d'évacuer et le lieu de relocalisation du patient/résident. Renforcer les capacités de réception des appels téléphoniques au besoin (rappel de personnels).		Etablissement évacué
	Assurer une communication grand public via communiqué de presse si nécessaire.		Etablissement évacué en lien avec ARS et préfecture en appui
Préparer le retour à la normale	Organiser des points de situation réguliers avec l'établissement évacué, les établissements d'accueil et le SAMU si besoin, pour préparer le retour à la normale. Transmettre des points de situation réguliers à la préfecture et au CORRUSS.		ARS

5. Fiches techniques

Fiche 1 : Communication

COMMUNICATION AUPRES DES EVACUES ET DE LEURS PROCHES

En tant que de besoin, le directeur de l'établissement pourra solliciter le SAMU pour le déclenchement d'une cellule d'urgence médico-psychologique afin d'accompagner les évacués et leurs proches, ainsi que le personnel (cf. ORSAN MEDICOPSY).

Les familles/proches des évacués devront être informés le plus tôt possible de l'évacuation de tout ou partie de l'établissement, notamment sur :

- La stratégie d'évacuation/les établissements d'accueil envisagés,
- L'évolution de la crise et les perspectives,
- L'état des lieux de l'évacuation,
- Un numéro de téléphone à contacter afin de connaître le lieu d'évacuation de leur proche.

L'établissement prévoit un lieu, autant que possible, afin de recevoir et informer dans de bonnes conditions les proches des évacués. Selon la situation, l'établissement pourra être appuyé par l'ARS, la mairie ou la préfecture pour mettre en place ce dispositif.

RENFORT DES CAPACITES DE REPONSE AUX SOLLICITATIONS

Il appartient à chaque établissement d'identifier des zones de repli dans le plan blanc/plan bleu pour armer une cellule de crise et une cellule de réponse téléphonique en cas d'impossibilité d'accès aux infrastructures de l'établissement.

Les établissements doivent également identifier les procédures de montée en puissance pour faire face à une augmentation importante des appels téléphoniques entrants (rappel de personnel, augmentation du nombre de téléphones rattachés au standard, etc.).

En cas de situation d'ampleur impliquant l'évacuation de très nombreux patients/résidents, la cellule d'information du public (CIP) pourra être activée par la ou les préfecture(s) concernée(s). Afin que le n° de la CIP soit identifié rapidement par les populations et pour éviter l'engorgement d'autres centres de réception d'appels, l'ARS devra alerter rapidement la ou les préfecture(s) concernée(s) pour proposer son activation le cas échéant. L'activation de la cellule Infopublic par le premier ministre pourra être envisagée de manière très exceptionnelle dans une situation d'ampleur.

En cas d'impossibilité pour l'établissement d'absorber tous les appels ou d'impossibilité technique de réceptionner des appels, l'ARS, le cas échéant, pourra relayer l'établissement dans la prise des appels en mettant en place un numéro dédié.

COMMUNICATION AU GRAND PUBLIC

Il est nécessaire d'organiser dans les meilleurs délais une communication grand public dès lors qu'en établissement de santé :

- Le flux des urgences est redirigé
- Une partie de l'établissement n'est plus accessible
- Certains soins ne peuvent plus être assurés/des déprogrammations sont décidées

Il conviendra d'expliquer la situation et de communiquer sur la/les solutions de repli (appeler la régulation du SAMU/Centre 15 avant de se rendre dans un service d'accueil des urgences, autres établissements dans lesquels les patients peuvent se rendre…).

DST évacuation – FT 1 : Communication

Plus largement, la question d'une communication vers le grand public devra être envisagée rapidement dès lors qu'un établissement sanitaire ou médico-social est évacué de manière totale ou partielle. L'établissement pourra échanger avec l'ARS pour un appui dans l'élaboration des éléments de langage ou pour la rédaction d'un communiqué de presse commun.

Qui communique au grand public ?

- Si la portée de l'événement est limitée, la communication est réalisée par l'établissement en lien avec l'ARS. C'est l'établissement qui répond aux sollicitations des journalistes, seul ou en lien avec un représentant de l'ARS.
- Si la portée de l'événement est plus importante (notamment si plusieurs établissements sont touchés), l'ARS assure la communication de crise au niveau régional sur le champ de la santé et du médico-social, sous l'éventuelle coordination interministérielle des préfectures. L'ARS s'assure de garder un lien avec les chargés de communication des différents établissements touchés. Elle ne se substitue pas à leur propre communication, mais doit favoriser la cohérence des différentes prises de parole dans le champ sanitaire et médico-social.

Les principes et outils généraux de la communication grand public en cas de crise sanitaire sont précisés dans la fiche technique communication.

DST évacuation – FT 1 : Communication

Fiche 2 : Recensement des patients/résidents à évacuer et suivi de l'accueil

ETABLISSEMENTS SANITAIRES

Afin d'assurer un suivi exhaustif de l'ensemble des patients évacués, un bracelet **SINUS** devra être posé par les secours sur les patients à évacuer. L'établissement de destination sera renseigné en lien avec le SAMU.

Les établissements d'accueil devront impérativement créer des fiches patients dans l'outil **SI-VIC** pour l'ensemble des patients de l'établissement évacué qui leur sont adressés (cf. fiche technique SI-VIC, page 388).

ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Les établissements médico-sociaux n'ayant pas accès à l'outil SI-VIC, le tableau figurant page suivante pourra utilement servir de modèle pour les établissements médico-sociaux et faciliter le suivi de l'évacuation des résidents et le pilotage de l'évacuation. Il peut être intégré aux plans bleus ou imprimé.

DST évacuation – FT 2 : Recensement des patients/résidents à évacuer et suivi de l'accueil

Dispositif ORSAN Bretagne - DST évacuation - Tableau de suivi des patients/résidents évacués

Service/Unité de départ		Identité					Indications médicales		Modalités d'accueil		
Secteur d'hébergement ou d'hospitalisation	Chambre	Initiales nom et prénom	Sexe	Date de naissance	Personne à prévenir	Coordonnées tel de la personne à prévenir	Catégorie 1, 2, 3 ou 4* (voir ci-dessous)	Observations	Type d'accueil (ES, EMS, famille, autre)	Transfert effectué (O/N)	Structure de destination confirmée
*1 Patient alité à évacuer par dispositif médicalisé, 2 Patient alité nécessitant un accompagnement paramédical, 3 Personne autonome avec troubles du comportement/troubles cognitifs, 4 Personne autonome											
Exemple											
Unité Lila	*N° 56 étage 2*	*Th. Ur.*	*M*	*18/12/1952*	*Mme Ur. (conjoint)*	*06.xx.xx.xx.xx*	***3***	*Patient Alzheimer nécessitant accompagnement*	*EMS*	*N*	*EHPAD CCAS de Guingamp*

Fiche 3 : Mise en place d'un centre de regroupement des évacués

Cette fiche est à utiliser dans le cas où les capacités d'accueil des patients/résidents évacués dans les structures adaptées seraient insuffisantes ou dans le cas d'une évacuation réflexe n'ayant pas permis la montée en puissance des établissements pour l'accueil des personnes évacuées.

L'organisation mise en place sera différente selon qu'il s'agisse :

- D'un **accueil provisoire**, dans l'attente d'identifier des places. On privilégiera alors l'accueil des patients/résidents les plus autonomes et qui nécessitent le moins de soins.
- Ou qu'il s'agisse de **prendre en charge rapidement des patients/résidents dont un transport long présenterait trop de risques**. Ex : situation avec capacités en soins critiques saturées ou double choc, avec nombreuses victimes et ES attaqué/inaccessible.

DECISION / GESTION / COORDINATION

La balance bénéfices/risques de l'utilisation de cette option est à évaluer soigneusement lors d'un échange SAMU/Etablissement évacué/ARS, compte tenu des nombreux inconvénients de cette option : plusieurs déplacements successifs, confort sommaire, promiscuité, hygiène, bruit, environnement perturbant…

BATIMENT/LOGISTIQUE

Bâtiments qui peuvent être mobilisés (en fonction de la typologie de la situation et du type de patients/résidents à orienter au centre de regroupement des évacués) :

- Tentes médicalisées à proximité d'un établissement de santé ➔ mobilisation par l'ES/SAMU
- Gymnase ou salle polyvalente/salle de spectacle, de préférence à proximité d'un établissement de santé ➔ mobilisation ARS en lien avec la préfecture
- Unités plus petites, de type école avec plusieurs classes, notamment si évacuation EMS (permet de limiter la promiscuité et le bruit) ➔ mobilisation ARS en lien avec la préfecture et la mairie

Contraintes techniques à prévoir :

- Une accessibilité facile pour les transports
- Chauffage/aération du site, présence de sanitaires accessibles, accessibilité à l'électricité et à l'eau potable
- Possibilité de cloisonnement, hygiène des locaux
- Localisation non exposée aux aléas

La proximité d'un établissement de santé permet l'utilisation de sa logistique : médicaments, blanchisserie, repas, eau… Pour une catastrophe ou une évacuation de grande échelle, il est possible de mobiliser les postes sanitaires mobiles (PSM), situés dans les ES siège de SAMU, pour médicaliser le site. Les modalités de leur mobilisation sont définies dans le PZMRS (fiches FR TACT PSM 1 et FR TACT PSM 2).

PERSONNEL

Le personnel de l'établissement d'origine des résidents évacués doit être affecté prioritairement dans la même installation pour que les résidents disposent de référents connus. Un renfort de personnel peut être organisé, notamment depuis les établissements limitrophes, via la **DST Ressources humaines.**

Des associations agréées de sécurité civile peuvent être mobilisées pour assurer un appui logistique (distribution des repas, appui au transfert des patients/résidents, etc.) ➔ mobilisation ARS en lien avec la préfecture.

DST évacuation – FT 3 : Centre de regroupement des évacués

DST DEPISTAGE MASSIF

Document validé le 28/03/2024

1. Présentation

La montée en charge coordonnée des tests biologiques repose sur une séquence de déploiement préétablie au niveau national.

A partir de la validation des tests biologiques par le centre national de référence (CNR) :

- L'établissement de santé de référence régional (ESRR) sur le risque épidémique et biologique (REB) représente le 1er vivier d'expertise pour le dépistage (il s'agit du CHU de Rennes) ;
- La réalisation du test biologique, selon la dangerosité du pathogène peut ensuite être étendue aux établissements de 1ère ligne, de 2ème ligne, aux laboratoires de ville ;
- L'évolution des types de tests de dépistage permet d'élargir à d'autres opérateurs de ville tels que les pharmacies.

L'enjeu de cette disposition spécifique transversale (DST) est donc d'être en mesure de rapidement mettre en place une campagne de tests, en complément des dispositions du plan ORSAN REB, tout en maintenant l'offre des examens courants.

Elle s'inscrit dans une approche opérationnelle, à partir des orientations définies au niveau national, tout en intégrant les spécificités propres du niveau local. La DST Dépistage massif prend en considération les capacités d'analyse mais aussi les capacités de prélèvement et d'acheminement.

2. Doctrine

Le risque REB concerne des infections émergentes ou ré-émergentes, potentiellement contagieuses et graves, telles que les fièvres hémorragiques virales, les infections à virus de transmission respiratoire de forte potentialité épidémique et le bioterrorisme.

Ces infections sont liées à un agent infectieux :

- Soit déjà connu par son caractère hautement contagieux et/ou grave (ex : Ebola) ;
- Soit nouveau (ex : SARS-CoV-2, virus inconnu…) ;
- Soit réémergent que ce soit de façon naturelle ou malveillante comme dans un contexte de bioterrorisme (ex : variole, peste pulmonaire…).

Les éléments de stratégie sont définis selon un cadre préétabli au niveau national. Le CNR valide les tests biologiques et la conduite à tenir est définie par Santé Publique France (SPF).

La déclinaison de cette stratégie en région par l'ARS se fait en lien étroit avec les experts de l'ESRR REB.

Plusieurs critères relatifs au contexte guident la mise en place de la stratégie de dépistage :

- **Caractéristiques de l'agent infectieux et de la maladie**
  - Etat des connaissances sur l'agent infectieux
  - Voies de transmission de l'agent infectieux, potentiel de contagiosité
  - Niveau de sécurité biologique requis pour les prélèvements et les analyses biologiques
- **Populations cibles**
  - Recensement des populations cibles
  - Dimensionnement de la population à tester
  - Identification de spécificités au sein des populations cibles pour priorisation : populations précaires, population à risque de forme grave de la maladie, enfants, sujets âgés, populations à risque accru d'exposition (par exemple, selon la maladie, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes - HSH, usagers de drogues par injection - UDI …)
- **Caractéristiques des tests de dépistage à disposition**
  - Examen de biologie médicale, tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), autotests
  - Nécessité d'un professionnel de santé, d'une présence médicale et/ou prescription médicale
  - Nature du prélèvement
  - Conditions d'utilisation
  - Nécessité de transport des prélèvements

Des scénarios de stratégie de dépistage seront ainsi orientés par :

- **Eléments de doctrine relatifs à l'agent infectieux**
  - Agent infectieux inconnu ou de classe 3 : orientation du dépistage vers les Laboratoires d'Analyse de Biologie Médicale (LABM) de niveau de Sécurité Biologique 3, LSB 3.
  - Agent infectieux inconnu ou de classe 3 après déclassement ou avec adaptations possibles selon les recommandations des autorités de santé et des sociétés savantes : orientation vers les LABM de niveau de Sécurité Biologique 2, LSB 2.
  - Agent infectieux connu de classe 2 : orientation possible d'emblée du dépistage vers les LSB 2.
  - **NB :** les situations impliquant les agents infectieux de classe 4 sont traitées dans le plan ORSAN REB.

- **Eléments de doctrine relatifs aux populations cibles**
    - Le dimensionnement des populations à tester est conditionné par les objectifs poursuivis : détection de malades, suivi de l'émergence d'un agent infectieux, suivi de sa diffusion et des chaînes de transmission, suivi de l'évolution génétique de l'agent infectieux (criblage, séquençage).
    - Une stratégie particulière de dépistage peut être identifiée : stratégie d'aller-vers, ciblage de populations à risque et identification des opérateurs en lien à mobiliser…
- **Eléments de doctrine relatifs aux tests de dépistage à disposition**

Plusieurs types de tests peuvent être disponibles pour le dépistage d'un agent infectieux :

- **Examen de biologie médicale :** Un examen de biologie médicale se déroule en trois phases (article L6211-2 du CSP) :
    1. La phase pré-analytique, qui comprend le prélèvement, le recueil des éléments cliniques, la préparation, le transport et la conservation de l'échantillon biologique jusqu'à l'endroit où il est analysé ;
    2. La phase analytique, qui est le processus technique permettant l'obtention d'un résultat d'analyse biologique ;
    3. La phase post-analytique, qui comprend la validation, l'interprétation contextuelle du résultat ainsi que la communication appropriée du résultat au prescripteur et, dans les conditions fixées à l'article L. 1111-2, au patient, dans un délai compatible avec l'état de l'art.

  La phase pré-analytique peut être délocalisée du site effectuant les phases analytiques et post-analytiques, permettant par exemple d'augmenter les capacités dans un contexte de dépistage élargi ou de mettre en place des « stratégies d'aller vers ».
- **TROD :** Un TROD ne constitue pas un examen de biologie médicale (article L6211-3 du CSP). Les TROD sont des tests dont le prélèvement, l'analyse et l'interprétation sont effectués par des professionnels de santé. Les étapes de prélèvement et d'analyse peuvent être réalisés par des personnels formés habilités sous la supervision d'un professionnel de santé.
- **Autotests :** Les autotests ne constituent pas un examen d'analyse biologique et ne nécessitent pas la présence d'un professionnel de santé. Ils sont intégralement réalisés par le patient.

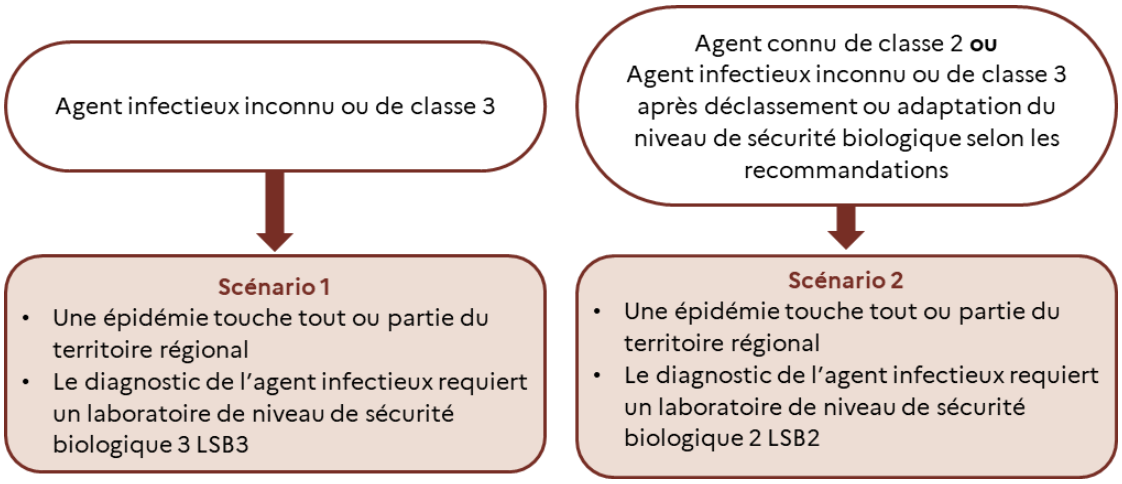
3. Stratégie de montée en puissance de l'offre en région

La stratégie de montée en puissance de l'offre de dépistage en région prend en compte l'ensemble des éléments de doctrine précédemment décrits. Elle est orientée, initialement, par le niveau de sécurité biologique requis pour l'agent infectieux concerné.

Selon la situation épidémique et les objectifs poursuivis, différents types de moyens ou de campagnes de dépistage peuvent être envisagés :

- Campagne de tests ponctuels en situation de pic épidémique ;
- Campagne exhaustive ciblée sur un territoire ;
- Campagne massive régionale sur plusieurs mois.

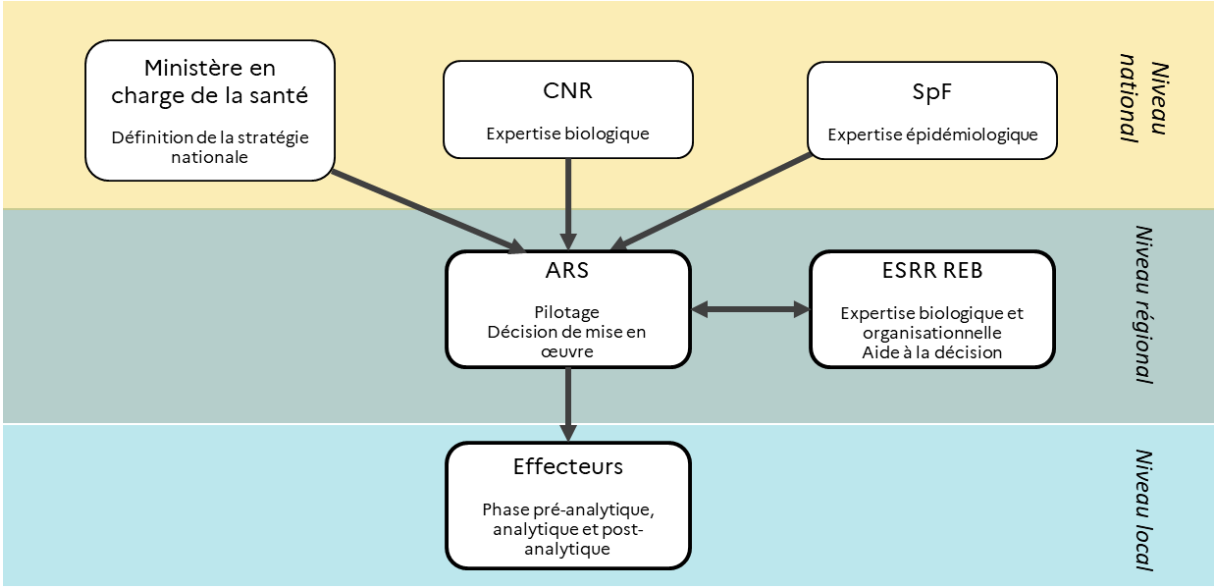
Deux scénarios définis selon le niveau de sécurité biologique requis peuvent ainsi être proposés et déclinés graduellement pour permettre un élargissement des capacités de dépistage.



La montée en puissance tiendra compte du type de tests de dépistage disponible. Initialement, les tests de dépistage de référence répondent à la définition d'examen de biologie médicale. Secondairement, des TROD peuvent être mis à disposition sur le marché.

L'ARS, en lien avec l'ESRR REB et les acteurs impliqués, définit la stratégie à mettre en place en phase initiale. La stratégie doit être considérée comme évolutive. Elle sera réévaluée en fonction de l'évolution de la situation épidémique, des objectifs fixés et des contraintes rencontrées à chaque étape du dépistage.

Organisation stratégique et périmètre d'action



Scénario 1

- Une épidémie touche tout ou partie du territoire régional
- Le diagnostic de l'agent infectieux requiert un laboratoire de niveau de sécurité biologique 3 LSB3

1er recours : ESRR - stratégie nécessitant le déplacement du patient		
Le test disponible répond à la définition d'examen de biologie médicale et est validé par le CNR	Opérateurs : l'ESRR, classé LSB3, est mobilisé comme établissement de 1er recours	Rôle : assurer toutes les étapes de l'examen de biologie médicale

Montée en puissance 1 Recours aux LSB3 hospitaliers de la région	
Opérateurs : les LABM des CH de 1ère ligne répondant aux critères LSB3 assurent l'appui	Rôle : phase pré-analytique, analytique et post-analytique

Montée en puissance 2 Augmentation des capacités de prélèvements : délocalisation de la phase pré-analytique		
Opérateurs : personnel autorisé règlementairement, formé et habilité	Structures : LABM de ville, CH 1ère ligne, CH 2ème ligne, mise en place de zones ou de locaux pour une activité pré-analytique hors les murs	Rôle : prélèvement, recueil de données cliniques, acheminement vers le lieu d'analyse

Montée en puissance 3 Montée en puissance des capacités d'analyse	
Opérateurs : laboratoires d'analyses départementaux, laboratoires accrédités suivant la norme ISO/ CEI 17025, laboratoires de recherche, selon autorisation et /ou dérogation par arrêté et répondant aux critères LSB3	Rôle : phase analytique de l'examen de biologie médicale

Scénario 2

- Une épidémie touche tout ou partie du territoire régional
- Le diagnostic de l'agent infectieux requiert un laboratoire de niveau de sécurité biologique 2 LSB2

1er recours : Stratégie à valider avec le microbiologiste de l'ESRR		
Le test disponible répond à la définition d'examen de biologie médicale	Opérateurs : laboratoires CH 1ère ligne, 2ème ligne répondant aux critères LSB2, LABM ville	Rôle : assurer toutes les étapes de l'examen de biologie médicale

Montée en puissance 1 : Augmentation des capacités de prélèvements (délocalisation de la phase pré-analytique)		
Opérateurs : personnel autorisé règlementairement, formé et habilité	Structures : sites adossés à des lieux d'exercice de PS, sites à distance des lieux d'exercice habituel de la biologie, centres de dépistage massif	Rôle : prélèvement, recueil des données cliniques, acheminement vers le lieu d'analyse

Montée en puissance 2 : Montée en puissance des capacités d'analyse	
Opérateurs : laboratoires d'analyses départementaux, laboratoires accrédités suivant la norme ISO/ CEI 17025, laboratoires de recherche selon autorisation par arrêté	Rôle : assurer la phase analytique de l'examen de biologie médicale

Montée en puissance 3 : Mise à disposition de TROD		
Opérateurs : personnel autorisé règlementairement, formé et habilité	Structures : pharmacies, cabinets médicaux, maison de santé, centres de dépistage massif…	Rôle : prélèvement, analyse, rendu de résultat

Montée en puissance 4 : Mise à disposition d'autotests	
Opérateurs : à disposition du grand public	Circuit de distribution : pharmacies, collectivités, établissements scolaires, etc.

4. Stratégies spécifiques complémentaires

Une réflexion sera portée sur la finalité de l'opération de dépistage pouvant être axée, notamment, sur :

- L'analyse et la prise en charge ;
- Le contrôle épidémiologique ;
- La compréhension de la dynamique de propagation…

Des stratégies complémentaires adaptées pourront ainsi être déployées.

Stratégies relatives aux populations cibles : opérations « ramener vers » / « aller vers »

Deux grandes modalités complémentaires existent pour faciliter l'accès de tous les publics au dépistage :

- Le « ramener vers », c'est-à-dire l'incitation et la facilitation de la prise de rendez-vous ou de la venue sur les lieux de dépistage (ex : communication ciblée, organisation du transport, appui à la prise de rendez-vous sur des créneaux dédiés, accompagnement physique…) ;
- « L'aller vers », c'est-à-dire le déploiement d'équipes mobiles, au plus près des lieux de vie et de sociabilité des publics, l'organisation d'évènements, vers des structures d'accueil, des associations communautaires, points santé, etc.

L'ARS, en lien avec l'ESRR REB et les acteurs identifiés, évalue la nécessité de recourir à un dispositif de type « équipe mobile de réponse rapide » (cf. Plan REB, p. 167) :

Le principe de constitution des équipes mobiles repose sur la multidisciplinarité pouvant intégrer :

- préleveurs
- épidémiologistes SPF / ARS
- informaticiens
- SAMU, notamment pour l'organisation des dispositifs sur le principe de marche en avant
- personnels des LABM privés : saisie des données, prélèvement, étiquetage…

Stratégie de criblage/séquençage

En cas de diffusion épidémique, des stratégies de criblage et/ou de séquençage massif peuvent être conduites pour assurer la surveillance de variants des agents infectieux.

Objectif et intérêt du criblage dans le cadre de la DST Dépistage massif :

Le criblage permet de détecter et de suivre la circulation de variants **connus** d'un agent infectieux. Il ne permet pas d'identifier de nouveaux variants.

Le criblage est une technique rapide et nécessite un équipement identique à celui du diagnostic en laboratoire. En principe, il peut être réalisé par les laboratoires assurant la phase analytique de l'examen de biologie médicale utilisé comme test de dépistage.

L'intérêt du criblage est de suivre rapidement la circulation de variants préalablement identifiés comme étant d'intérêt. A grande échelle, il s'agit donc essentiellement d'un intérêt épidémiologique :

- Cartographier des types de variants sur le territoire national et/ou régional
- Repérer un signal épidémiologique pouvant constituer une alerte sur un territoire

Le criblage peut, parfois, être utilisé comme outil d'aide à la stratégie thérapeutique. Certains variants pouvant présenter des sensibilités différentes à des traitements.

Objectif et intérêt du séquençage dans le cadre de la DST Dépistage massif :

Le séquençage permet d'analyser la génétique complète d'un agent infectieux. Il permet d'identifier de nouveaux variants et de suivre leur circulation.

Le séquençage est une technique moins rapide que le criblage. Il nécessite des équipements spécialisés et une expertise spécifique. Il est réalisable uniquement par certains laboratoires.

De même, certains laboratoires disposent de techniques de séquençage partiel rapide (< 48h)

Le séquençage est assuré, en lien avec le CNR correspondant à l'agent infectieux, par :

- L'ESRR REB,
- Les établissements de 1ère ligne ayant une capacité de séquençage,
- Et les LABM de ville ayant une capacité de séquençage.

L'intérêt du séquençage dans le cadre de la DST Dépistage massif est :

- d'identifier de nouveaux variants
- de suivre l'émergence de ces nouveaux variants
- de suivre la circulation des variants
- de repérer, explorer et analyser un signal épidémiologique pouvant constituer une alerte (cluster par exemple)

La stratégie de criblage / séquençage massif à visée épidémiologique est définie au niveau national. L'ARS peut, en lien avec l'ESRR REB, le CNR et SPF, mettre en place une stratégie régionale de séquençage dans le cadre de l'exploration d'un signal épidémiologique pouvant constituer une alerte.

Les objectifs et l'enjeu de délai de transmission de résultats à l'ARS orientent le choix des laboratoires effecteurs de séquençage :

- L'ESRR REB, en lien avec le CNR, est l'établissement de 1er recours pour une stratégie régionale de séquençage à l'initiative de l'ARS.
- En concertation avec l'ESRR, les établissements de 1ère ligne ayant des capacités de séquençage sont sollicités en 1er recours et/ou en appui.
- Pour la montée en puissance et assurer une obligation de délai de résultat, des conventions avec des LABM privés pourront être mises en place.

5. Ressources/moyens

Montée en puissance des capacités d'analyse

Cette partie décrit les modalités de mise en œuvre de la montée en puissance des capacités d'analyse prévue dans les scénarios 1 et 2 de la DST (respectivement montée en puissance n°3 et n°2).

- Les établissements de 1ère ligne répondant aux critères LSB3 sont sollicités en appui de l'ESRR.
- L'ESRR et les établissements de 1ère ligne en appui assurent la mobilisation RH de personnel formé et habilité aux activités en LSB3, selon les modalités prévues dans le plan blanc.
- Pour maintenir l'offre des examens courants, les établissements mettent en place un schéma de mobilisation RH identifié en amont : mise à disposition de l'ensemble du personnel formé et habilité à l'activité de dépistage REB, renfort de l'activité par mobilisation d'autres personnels habilités aux examens courants, élargissement des plages horaires d'activité, etc.
- Sous réserve de mesures dérogatoires et de leur accréditation, les laboratoires départementaux, agroalimentaire et de recherche peuvent être sollicités pour un appui capacitaire analytique.

Montée en puissance des capacités de prélèvement : délocalisation de la phase pré-analytique

Cette partie décrit les modalités de délocalisation de la phase pré-analytique prévue dans les scénarios 1 et 2 de la DST (respectivement montée en puissance n°2 et n°1).

Personnels

La délocalisation de la phase pré-analytique mobilise du personnel administratif et/ou préleveur (cf. DST Ressources humaines). Les catégories de professionnels autorisés à réaliser le prélèvement et les lieux permettant sa réalisation sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé (cf. arrêté du 13 août 2014).

Une procédure de prélèvement du patient doit être disponible et chaque structure devra être en capacité de former les personnels règlementairement autorisés :

- Au geste de prélèvement conformément aux recommandations de la Société française de microbiologie ;
- Au port des EPI ;
- À l'utilisation des triples emballages pour le transport des prélèvements.

Supports de formation :

- Les annexes 10 et 11 de l'AFGSU en situation sanitaire exceptionnelle peuvent constituer une base pour la formation.
- La plateforme de l'EHESP met à disposition des contenus de formation initiale et continue pour la formation des personnels.

Sites de prélèvements pour analyse PCR ou TROD

- **Mise en place d'une zone ou de locaux dans lesquels exercent habituellement les professionnels de santé**

Voir Arrêté du 13 août 2014 fixant les catégories de professionnels de santé autorisés à réaliser des prélèvements d'échantillons biologiques aux fins d'un examen de biologie médicale et la phase analytique de l'examen de biologie médicale en dehors d'un laboratoire de biologie médicale ainsi que les lieux de réalisation de ces phases.

- **Mise en place de zones ou de locaux à proximité immédiate des lieux d'exercice, pouvant accueillir des professionnels de santé.**

En établissement de santé : locaux destinés à la décontamination pour le risque NRC. Ces locaux présentent l'intérêt d'être spécifiquement conçus sur le concept de « marche en avant ».

Dans le secteur de soins de ville, ces locaux pourront être adossés à des LABM, à des pharmacies, à un centre de vaccination…

En cas d'emprise sur la voie publique, une autorisation de la mairie ou de la préfecture sera nécessaire.

L'ARS s'assure préalablement du respect des conditions de fonctionnement et de sécurité des opérations réalisées.

L'ESRR et le CPIAS accompagnent le déploiement de sites de prélèvements afin d'assurer le respect des précautions standards d'hygiène et d'organisation des locaux.

- **Mise en place d'une zone ou de locaux autres que ceux dans lesquels exercent habituellement les professionnels de santé**

Identification d'espaces pouvant être mis à disposition par une collectivité locale : gymnase, salle des fêtes, centre de conférence…

Les locaux seront identifiés par les communes ou la préfecture, selon l'ampleur de l'opération.

L'organisation d'une opération de dépistage est conditionnée à la mise à disposition de locaux et du matériel adaptés :

- Locaux adaptés pour assurer la réalisation du test devant comprendre notamment un espace de confidentialité pour mener l'entretien préalable ;
- Equipements adaptés permettant d'asseoir la personne pour la réalisation du test ;
- Existence d'un point d'eau pour le lavage des mains ou de solution hydro-alcoolique ;
- Matériel nécessaire pour la réalisation du test (le professionnel doit s'assurer de disposer d'un stock suffisant) ;
- Equipements de protection individuels requis (masques adaptés à l'usage, blouses, gants, charlottes ou autre couvre-chef, protections oculaires de type lunettes de protection ou visière) ;
- Matériel et consommables permettant la désinfection des surfaces en respectant la norme de virucide 14476 ;

- Circuit d'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux produits dans ce cadre ;
- Matériel de connexion internet et imprimante pour permettre aux professionnels de santé de se connecter à un système informatique (type SI-DEP / LABOE-SI) pour saisir les résultats des tests et remettre le résultat au patient.

L'ARS avec l'ESRR REB et le CPIAS, en qualité d'experts référents, accompagnent le déploiement de sites de prélèvements afin d'assurer le respect des précautions standards d'hygiène et d'organisation des locaux.

La création d'un centre de dépistage en dehors du lieu d'exercice habituel doit faire l'objet d'une déclaration préalable auprès de l'ARS et du représentant de l'Etat dans le département avant le début de l'opération.

Transport

Le transport des prélèvements doit répondre aux exigences de transport de matières infectieuses.

Dès lors que les produits à risque infectieux empruntent une voie publique, leur conditionnement et étiquetage sont soumis aux dispositions de l'arrêté du 29 mai 2009 modifié relatif au transport des marchandises dangereuses par route, dit arrêté TMD, qui renvoie vers l'ADR (accord européen relatif au transport international des marchandises dangereuses par route).

Le parcours d'acheminement des prélèvements dans la région comprend plusieurs étapes :

- Etablir un circuit de prise en charge
- Fiabiliser la collecte des prélèvements
- Garantir la traçabilité des prélèvements et des résultats

Les établissements de 1ère et 2ème ligne impliqués dans la phase pré-analytique mettent en place des circuits d'acheminement des prélèvements vers les LSB3 chargés des phases analytiques. Des circuits d'acheminement sont déjà mis en place au quotidien (cf. tableau ci-dessous et carte 14, page suivante)

Etablissement doté d'un LSB3	CHU Rennes	CHU Brest	CHIC Quimper
Etablissements disposant d'un circuit d'acheminement régulier avec l'établissement doté d'un LSB3	Fougères, Redon, Vitré	Carhaix, Landerneau, Morlaix, St Renan, Lesneven, Guillers, Bohars, Hôpital d'Instruction des Armées HIA Clermont Tonnerre	Pontivy, Quimperlé, Lorient, Vannes, Douarnenez, Pont l'abbé, Brest

Des procédures d'échanges/d'envoi avec les CNR, l'Institut Pasteur et les réseaux de laboratoires sont disponibles et mises à jour : centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles (santepubliquefrance.fr), envoi de matériel biologique aux CNR - Institut Pasteur.

Carte 14 : Laboratoires de sécurité microbiologique (LSB) et parcours d'acheminement

Stratégies spécifiques complémentaires

Opérations aller vers – ramener vers

Identifier les populations cibles

- Personnes à risque de forme grave : immunodéprimés, patients greffés (liste de patients suivis disponible dans les services de suite de greffe), etc.
- Populations à mobilité réduite ou non mobiles :
  - Résidents ESMS : personnes âgées, personnes handicapées enfants et adultes
  - Patients suivis en HAD
  - Populations détenues ou en centre de rétention administrative
  - Personnes vivant dans des zones à faible densité de population
- Populations éloignées du dépistage organisé en structures générales en lien avec leur mode de vie :
  - Populations itinérantes
  - Populations en situation de grande précarité
  - Migrants en situation irrégulière
  - Populations isolées dans l'incapacité physique de se déplacer
  - Populations à risque particulier d'exposition
  - Situations de cluster sur un site professionnel…

Identifier les acteurs et les dispositifs à mobiliser en fonction des populations :

- Médiateurs
- Bus de dépistage
- Barnums sur les lieux de vie (marché, supermarché, plage…)

L'ARS devra s'assurer que chaque établissement médico-social dispose d'un accès à une offre d'analyse et les moyens humains pour assurer le prélèvement.

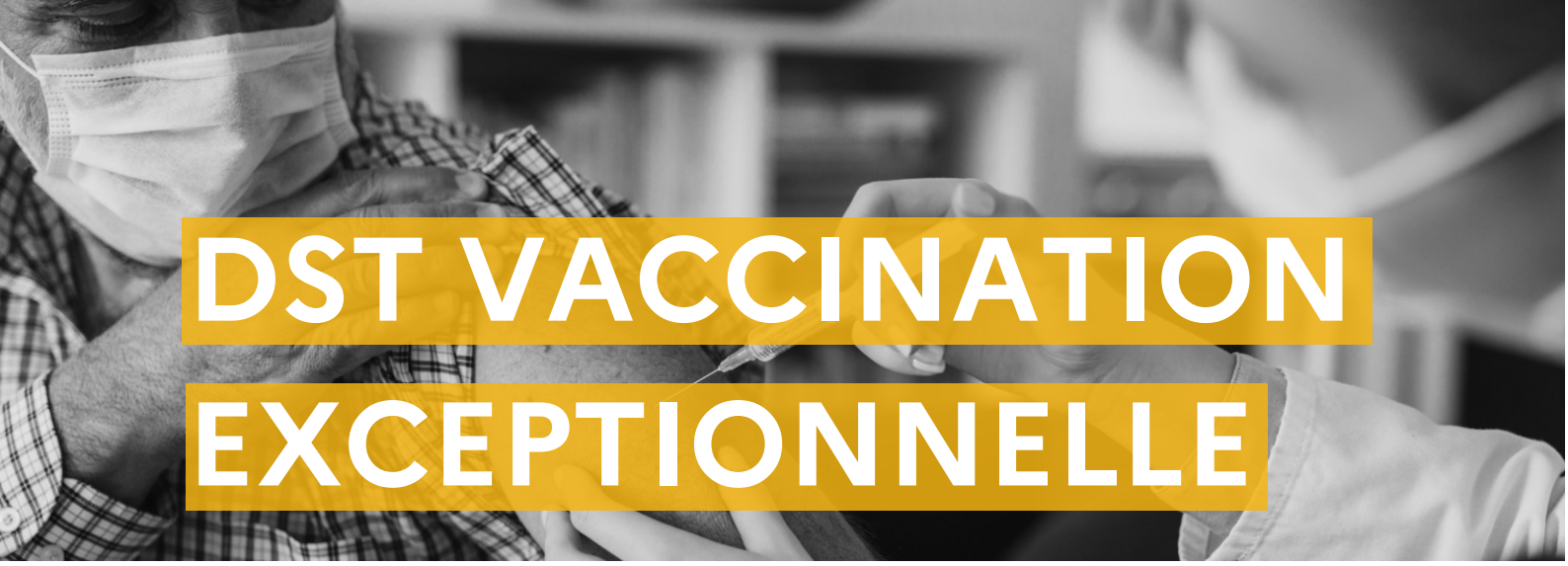
Stratégie de criblage - séquençage

Opérateurs

- Le criblage peut être réalisé par le LABM effecteur du diagnostic microbiologique.
- Le séquençage est réalisé par l'ESRR et/ou les ES de 1ère ligne selon les compétences et les capacités.

Des conventions de partenariat avec les laboratoires de biologie médicale sont mises en place pour augmenter les capacités de séquençage si nécessaire.

Sous réserve de mesures dérogatoires et de leur accréditation, les laboratoires départementaux, agroalimentaire, de recherche peuvent être sollicités pour un appui capacitaire analytique.



DST VACCINATION EXCEPTIONNELLE

Document validé le 28/03/2024

1. Présentation

La mise en œuvre quotidienne, par les professionnels de santé, de la politique vaccinale nationale et des recommandations qui en découlent est un élément essentiel de la lutte contre les maladies infectieuses graves. Malgré cela, il est nécessaire de prévoir les modalités de mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle en cas de foyer d'hyper-endémie, d'épidémie ou de pandémie.

La DST vaccination vise ainsi à définir les modalités de mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle, massive ou ciblée, dans et/ou en dehors du système de santé, en précisant notamment le rôle des différents acteurs. Elle s'appuie sur les principes définis dans le guide méthodologique de préparation d'une campagne de vaccination exceptionnelle, qui pourra utilement être mobilisé en cas de déclenchement d'une campagne, en complément de cette DST. Le site professionnels.vaccination-info-service.fr, porté par Santé Publique France et régulièrement actualisé, comporte par ailleurs de nombreux documents et informations sur l'acte vaccinal et sur les différents vaccins disponibles en France.

Le présent document est complémentaire des plans ORSAN REB et ORSAN EPICLIM, qui définissent les modalités de prise en charge des patients atteints par des agents infectieux, ainsi que les mesures visant à limiter la propagation épidémique, respectivement pour les maladies infectieuses émergentes ou ré-émergentes (REB) et pour des infections saisonnières (EPICLIM). **La DST vaccination est structurée de la manière suivante :**

- Description des modalités de pilotage de la campagne de vaccination et de définition des dispositifs de vaccination ;
- Explication des principes généraux de mise en œuvre opérationnelle d'une campagne de vaccination (logistique, ressources humaines, etc.), quel que soient le ou les dispositifs mobilisés ;
- Présentation des différents types de dispositifs mobilisables dans le cadre d'une campagne de vaccination exceptionnelle (mobilisation des capacités existantes, vaccination en collectivité, vaccinodrome, etc.) et de leurs modalités spécifiques de mise en œuvre.

La mise en place d'une campagne de vaccination exceptionnelle **en dehors du système de santé s'inscrit dans le dispositif ORSEC** sous l'autorité du préfet. Elle s'appuie, le cas échéant, sur la mobilisation d'autres professionnels issus notamment de la sécurité civile pour renforcer l'offre vaccinale.

2. Pilotage de la campagne de vaccination et définition des dispositifs de vaccination

Pilotage de la campagne de vaccination

Que la vaccination soit locale (vaccination d'une population restreinte de sujets contacts ou de cas groupés) ou nationale (risque épidémique pouvant se propager sur l'ensemble du territoire national), **la stratégie de vaccination exceptionnelle sera définie par ou en lien avec le Ministère en charge de la santé** et Santé Publique France, après réception d'une alerte de l'ARS en cas de vaccination locale.

L'ARS est en charge de définir les dispositifs à mettre en œuvre, pour répondre à la stratégie décidée, aux objectifs de la campagne et à la cible vaccinale.

L'ARS informe les préfectures des départements concernés de la stratégie mise en œuvre et de ses modalités de déclinaison. La préfecture pourra par ailleurs être amenée à assurer la coordination des différents services, notamment si des services ne dépendant pas de la tutelle du Ministère en charge de la santé participent à la campagne de vaccination (ex : SDIS, centres médicaux des armées, etc.).

Définition des dispositifs à mettre en place

L'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle **s'appuie en première intention sur les capacités et dispositifs de vaccination existants** sur le territoire considéré. En fonction de différents facteurs (couverture vaccinale, cinétique épidémique, population cible, modalités de conservation du vaccin…) la mise en place de dispositifs exceptionnels devra être envisagée.

Les dispositifs de vaccination devront être décidés selon :

- **La temporalité de la vaccination :** y a-t-il un intérêt ou non de la vaccination après exposition (et quel est le temps après exposition durant lequel la vaccination a un intérêt), quelle est la cinétique épidémique anticipée, etc. ;
- **La population cible à vacciner :** nombre de personnes à vacciner, difficultés éventuelles d'accès aux soins de la population cible, spécificités de la population à vacciner, etc. ;
- **Les contraintes liées au vaccin :** modalités de conservation et contraintes de stockage spécifiques, disponibilité, acheminement, contre-indications, conditionnement (monodose ou multi-doses), mode d'administration, durée d'utilisation du vaccin reconstitué, etc. ;
- **Les contraintes liées aux vaccinateurs :** nombre de personnes nécessaires pour la vaccination, protection des vaccinateurs (EPI, vaccination obligatoire ou non et délai après vaccination), etc. ;
- **Les contraintes en matière de surveillance post-vaccinale ;**
- **Les modalités de suivi et d'enregistrement de la vaccination.**

L'ARS est en charge de déterminer les différents dispositifs à mettre en œuvre pour répondre à la stratégie et aux objectifs de la campagne définis par le niveau national. L'analyse de la situation est réalisée en lien avec la cellule régionale de Santé Publique France et, le cas échéant, les services d'infectiologie de l'ESRR REB (CHU de Rennes) et/ou les professionnels de terrain (notamment en cas de foyer localisé).

Les principaux dispositifs qui pourront être mobilisés sont les suivants :

- Mobilisation et renforcement des **capacités de vaccination existantes,** p. 310.
- Mise en place d'une campagne de **vaccination exceptionnelle en collectivité** (établissement scolaire, prison, lieu de travail…), p. 312.
- Mise en place d'une campagne de **vaccination en EMS,** p. 314.
- Mise en place **d'équipes mobiles de vaccination,** organisation de **dispositifs d'aller-vers ou ramener-vers,** p. 314.
- Ouverture de **centres de vaccination dédiés (vaccinodromes),** p. 316.

Point de vigilance

La mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle doit être envisagée avec souplesse et pragmatisme. La mobilisation des différents dispositifs cités ci-dessus doit ainsi être **modulable et évoluer dans le temps**, en fonction de la situation et du territoire concerné, mais également en fonction de la dynamique épidémique ou de l'adhésion à la vaccination.

3. Mise en œuvre opérationnelle – Dispositions générales

Information du public et des candidats à la vaccination

Information du public

Les modalités d'information dépendent de plusieurs facteurs : portée de la campagne (locale, régionale ou nationale), volume des publics invités à la vaccination, filières d'organisation de la campagne, etc. En cas de crise majeure, la communication sera pilotée par le **préfet de département.** L'ARS pourra alors être amenée à participer à l'élaboration des éléments de langage. Selon la portée de la campagne, des éléments de langage et des supports peuvent par ailleurs être proposés par **SPF** ou le **Ministère en charge de la santé**. Dans tous les cas, il convient de s'assurer que les communications des différents acteurs soient coordonnées et harmonisées (cf. Fiche technique ORSAN communication, page 384).

Plusieurs canaux d'information peuvent être mobilisés, concomitamment ou non, selon le type de campagne, le public cible et le dispositif mobilisé :

- **Relai d'informations par la presse :** l'ARS peut diffuser un communiqué ou organiser une conférence de presse en associant, le cas échéant, les partenaires participant à l'organisation de la campagne.
- **Communication réseaux sociaux, affiches, etc. :** afin de cibler un large public, l'ARS peut mettre en œuvre, en lien avec ses partenaires le cas échéant, une campagne de communication par affichage, via des campagnes sur les réseaux sociaux, etc.
- **Information par les professionnels de santé** : dans le cadre d'une campagne globale ou en cas de foyer épidémique, les professionnels de santé (médecin généraliste, HAD, SSIAD, pharmaciens…) peuvent être mobilisés afin d'informer et conseiller la vaccination à leur patientèle faisant partie du public cible. Les éléments de langage sont transmis par l'ARS via les conseils de l'ordre, CPTS, MSP, etc.
- **Mobilisation de partenaires, d'associations ou de structures en fonction des publics ciblés :** plusieurs structures peuvent être sollicitées par l'ARS selon le public cible de la vaccination (médecine scolaire et universitaire, médecine du travail, associations intervenant auprès de populations vulnérables ou spécifiques, etc.).
- **Information par l'Assurance-Maladie :** possibilité d'envoyer des messages par différents canaux (mails, courriers, page sur le site AMELI.fr, etc.) vers les professionnels de santé ou directement les patients, avec possibilité de cibler les envois sur la base de certains critères (âge, sexe, lieu de résidence du patient…). Pour organiser ce type de campagne, l'ARS sollicite la Direction de la coordination et de la gestion du risque de l'Assurance - Maladie.

Information des candidats à la vaccination

La vaccination (qu'elle soit recommandée ou obligatoire) implique :

- La délivrance d'une **information claire et transparente** (nature de la vaccination, acte vaccinal, éventuels effets secondaires…) en l'état actuel de la connaissance. A cette fin, les professionnels de santé peuvent mettre à disposition des candidats à la vaccination des brochures, dépliants ou organiser un affichage. Santé Publique France élabore différents supports, en français et langues étrangères, disponibles sur son site : page outils vaccination et info accessible à tous.
- **L'accès aux données de santé** détenues par les professionnels de santé.
- La **délivrance d'un document attestant de la vaccination** (date de vaccination, nom et numéro de lot du vaccin administré) ou le renseignement du livret de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre d'une campagne nationale de vaccination exceptionnelle, les modalités pratiques ainsi que des outils d'information harmonisés pourront spécifiquement être élaborés par le Ministère en charge de la santé.

Modalités en cas de vaccination des mineurs :
En cas de vaccination de mineurs, il conviendra de veiller à l'obtention de l'autorisation préalable du représentant légal selon les consignes délivrées par le ministère de la Santé.

Outils et systèmes d'information, bonnes pratiques en matière de protection des données

La traçabilité du vaccin est obligatoire, sur papier ou support électronique. Elle doit être établie :

- **A un niveau individuel :** Les patients vaccinés doivent recevoir un document attestant de la vaccination. A ce titre, les pages du **carnet de santé** consacrées aux vaccinations peuvent tenir lieu de certificat de vaccination, à condition que la mention de la vaccination concernée soit datée et signée par le professionnel de santé l'ayant pratiquée et que le nom et l'adresse de ce professionnel de santé soient indiqués. Pour les adultes et adolescents ne disposant pas de carnet de santé, un **carnet de vaccination** est disponible gratuitement à la commande sur le site de Santé publique France. L'ARS dispose par ailleurs d'un stock d'exemplaires. Ce carnet permet de faciliter la mise à jour du dossier patient et la traçabilité des vaccinations reçues au cours de la vie.
- **A un niveau global, pour le suivi de la campagne :** Pour piloter la campagne de vaccination, les autorités de santé doivent être en mesure de suivre le nombre de personnes vaccinées. Les structures et professionnels prenant part à la campagne de vaccination exceptionnelle recevront ainsi des consignes de la part de l'ARS ou du Ministère en charge de la santé sur les modalités de remontée du nombre de vaccins réalisés (intégration des vaccinations à un système informatisé, remontée des données par formulaire ou par mail, etc.).
- Dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD).

Ces modalités de traçabilité seront définies par le niveau national. En cas d'organisation d'une campagne de vaccination en milieu scolaire, les fiches navettes et les autorisations parentales doivent être conservées selon les recommandations nationales.

Une attention particulière devra par ailleurs être portée sur le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD).

Organisation du site de vaccination

L'ARS peut solliciter, en tant que de besoin, les centres publics de vaccination pour contribuer à la rédaction d'un **cahier des charges à destination des structures et professionnels mobilisés** dans la campagne de vaccination exceptionnelle.

Ce cahier des charges, déclinant les éventuelles consignes spécifiques définies par le niveau national, est ensuite transmis par l'ARS aux différentes parties prenantes.

Logistique : achat et commande des vaccins

Qui prend en charge le coût des vaccins ?

Les **modalités de prise en charge du coût des vaccins seront définies au cas par cas, selon la nature de l'opération** (ex : financement ARS, ministère de la Santé, Assurance maladie, Santé Publique France, collectivité organisant la campagne de vaccination, etc.).

Même si le financement du vaccin est habituellement supporté par l'Assurance maladie, les modalités de prise en charge du coût sont susceptibles d'être redéfinies dès lors que le vaccin est administré dans le cadre d'une campagne de vaccination exceptionnelle.

Si le coût est pris en charge par l'Assurance maladie, il conviendra de prévoir en amont de la campagne les modalités de prise en charge de la vaccination pour les publics sans droits.

Quelles sont les modalités de commande et distribution des vaccins ?

Selon les caractéristiques du vaccin (volumes disponibles, vaccin déjà commercialisé ou non, conditions de conservation définies dans l'AMM, etc.), le ministère en charge de la santé définit les modalités de commandes :

- **Commande via les grossistes répartiteurs**, si le vaccin est déjà commercialisé et disponible en quantité suffisante.
- **Commande directe auprès du laboratoire pharmaceutique**, dans certaines conditions et sur consigne nationale (par exemple si l'Etat a effectué une commande auprès d'un laboratoire).
- Mise en place d'une **plateforme de commande en ligne dédiée** (via pro santé connect).
- **Commande via l'ARS,** en cas de mobilisation du stock état géré par Santé Publique France : la PUI envoie ses besoins à l'ARS, qui les transmet à Santé Publique France via le Ministère en charge de la Santé. L'ARS ou le Ministère peuvent être amenés à arbitrer les commandes pour assurer une bonne gestion et répartition des stocks sur le territoire, en particulier s'ils sont limités.

Quel que soit le dispositif de vaccination exceptionnel mobilisé, l'approvisionnement en vaccin doit se faire en lien avec une pharmacie (officine ou pharmacie à usage intérieure d'un établissement de santé, EHPAD, SDIS…).

Afin d'assurer une bonne gestion des stocks de vaccins, un suivi informatisé doit être mis en place. Les structures participant au dispositif exceptionnel de vaccination n'ont par ailleurs pas vocation à détenir de stocks de vaccins au-delà de leurs besoins courants.

Ressources humaines

Les **professions habilitées à prescrire et/ou administrer un vaccin** varient selon le type de vaccin et l'âge du patient à vacciner. La réglementation est susceptible d'évoluer et des autorisations provisoires de vaccination peuvent être définies, notamment en cas de situation sanitaire exceptionnelle (ex : élargissement de l'autorisation à vacciner des étudiants). Les informations à ce sujet sont disponibles sur Prescription et administration des vaccins | Vaccination-info-service.fr.

Au-delà de la prescription et de l'administration du vaccin, il conviendra d'anticiper la **mobilisation des fonctions supports administratives et logistiques** (enregistrement des vaccins, support informatique, logistique et commande de matériels et produits de santé, sécurité du site, etc.).

Pharmacovigilance

Une attention particulière devra être portée à la pharmacovigilance dans le cadre d'une campagne de vaccination exceptionnelle. Les consignes de pharmacovigilance, notamment si elles sont spécifiques, seront relayées par l'ARS et/ou le ministère en charge de la santé aux professionnels et/ou établissements participants à la campagne de vaccination. **L'utilisation des circuits classiques de la pharmacovigilance sera à privilégier.**

Tout professionnel de santé ayant constaté ou eu connaissance d'un effet indésirable, grave ou inattendu, doit réaliser une déclaration sur le portail des signalements : https://signalement.social-sante.gouv.fr. Ce signalement sera transmis au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) et à l'ARS en cas d'événement indésirable grave associé aux soins (invalidité permanente, décès ou mise en jeu du pronostic vital).

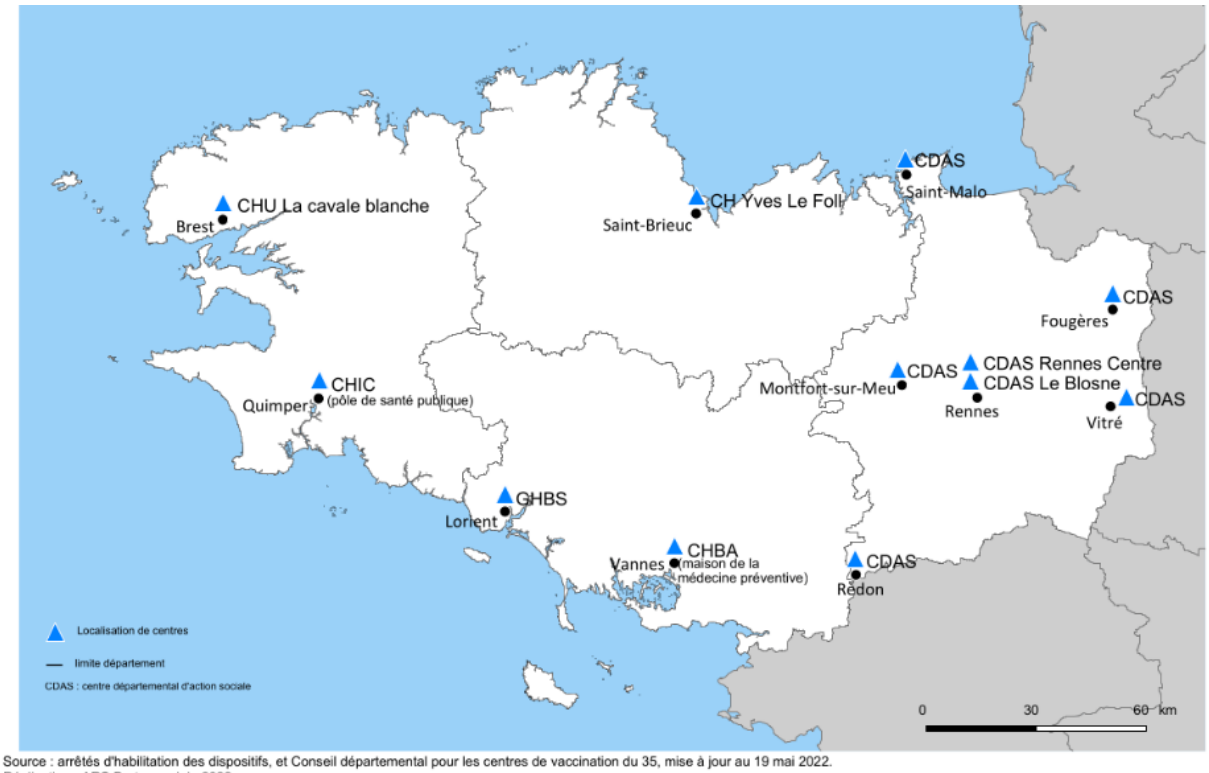
4. Mise en œuvre opérationnelle – Dispositifs spécifiques

Mobilisation et renforcement éventuel des capacités de vaccination existantes

Quelles sont les capacités de vaccinations existantes en Bretagne ?

- Soins de ville : Les médecins généralistes, pédiatres, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens sont au cœur de la mise en œuvre quotidienne de la politique vaccinale. Ils peuvent ainsi être mobilisés pour vacciner leur patientèle.
- Centres publics de vaccinations : 5 centres publics de vaccination en Bretagne, répartis sur trois départements, sont rattachés à des établissements de santé. Ils sont complétés, en Ille-et-Vilaine, par une offre de vaccination proposée de manière ponctuelle dans les centres départementaux d'action sociale (CDAS). L'ensemble de ces centres sont représentés sur la carte ci-dessous.

Carte 15 : Implantation des centres publics de vaccination en Bretagne



Source : arrêtés d'habilitation des dispositifs, et Conseil départemental pour les centres de vaccination du 35, mise à jour au 19 mai 2022.
Réalisation : ARS Bretagne, juin 2022
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

- Centres de vaccination pour voyageurs : Il existe 7 centres de vaccinations pour les voyageurs en Bretagne[15], tous rattachés à des établissements de santé.

[15] Liste fixée par arrêté pour l'activité de vaccination antiamarile : CH Yves Le Foll, Saint-Brieuc (22), CH de Cornouaille – Hôpital Laënnec, Quimper (29), HIA Clermont Tonnerre, Brest (29), CHU de Brest – Hôpital de la Cavale Blanche (29), CHU de Rennes – Hôpital Pontchaillou (35), GHBS – Hôpital du Scorff, Lorient (56), CHCB – Site de Noyal-Pontivy (56). Voir : https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination-fievre-jaune

- Centres de protection maternelle et infantile (PMI) : 52 centres de PMI en Bretagne assurent le suivi médical préventif de l'enfant jusqu'à 6 ans, dont la réalisation de la vaccination. Ils relèvent des 4 Conseils départementaux.
- Centres médicaux des armées (CMA) : Ces centres concourent à la réalisation des vaccinations auprès de l'ensemble de la population militaire. Leur action peut être étendue dans le cadre d'une campagne de vaccination exceptionnelle à l'ensemble des familles de militaires, des autres employés du ministère de la Défense, voire à la population locale. Les CMA relèvent de la Direction régionale du service de santé des armées (DRSSA) située à Brest.
- Autres services de médecine préventive : Selon les vaccins, plusieurs structures de médecine préventive peuvent également concourir à la réalisation des vaccinations (services communaux d'hygiène et de santé, services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, services de santé au travail, centres d'examens de santé de l'assurance maladie, centres de planification familiale, centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, services de santé scolaire).

La liste et les contacts des sites publics de vaccination en Bretagne sont disponibles sur le site de l'ARS Bretagne : Les sites publics de vaccination | Agence régionale de santé Bretagne (sante.fr)

Modalités de mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle en s'appuyant sur les capacités existantes

Selon les contraintes du vaccin, sa conservation, la population à vacciner, etc. il conviendra d'identifier les structures et acteurs à mobiliser en priorité.

Concernant les centres publics de vaccination, leurs capacités pourront être renforcées, avec la mise en place de consultations dédiées, l'élargissement des horaires d'ouverture ou l'augmentation du nombre de créneaux proposés.

En ce qui concerne les soins de ville, les sites d'exercice regroupé, comme les centres de santé ou les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) seront souvent mieux adaptés aux exigences d'une vaccination exceptionnelle, notamment en termes de logistique et d'organisation spatiale. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourront par ailleurs être mobilisées pour assurer la coordination des professionnels de soins de ville d'un territoire participant à la campagne de vaccination exceptionnelle afin de faciliter le parcours du patient.

Modalités de renforcement des capacités de vaccination existantes

La mise en œuvre d'une campagne exceptionnelle dans le circuit existant peut nécessiter une mobilisation en renfort de ressources humaines internes ou externes aux structures mobilisées. Les modalités pratiques d'organisation de ces renforts sont décrites dans la DST RESSOURCES HUMAI.

Des formations spécifiques, notamment à destination des professionnels autorisés mais ne vaccinant pas au quotidien, pourront être mises en place, notamment en lien avec la plateforme de e-learning de l'EHESP, les centres publics de vaccination ainsi que les structures assurant des formations au quotidien (CESU, CPIAS, IFSI, etc.).

Mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle en collectivité (établissement scolaire, prison, lieu de travail…)

La mise en œuvre d'une campagne de vaccination en collectivité pourra être mobilisée :

- En cas de foyer épidémique.
- En cas de nécessité de toucher des publics spécifiques.

L'ARS pilote l'organisation de la campagne de vaccination exceptionnelle en collectivité, en lien avec la préfecture le cas échéant. La prise de contact avec la structure peut se faire par le biais de la préfecture si besoin.

La mise en œuvre de la campagne au sein de la collectivité doit se faire **en coordination avec la direction de la structure concernée et son service de santé/prévention**, si la structure en dispose. Sans exhaustivité, les structures suivantes disposent de services de santé/prévention, assurant parfois de la vaccination :

- Lieu de travail : Les services de santé au travail peuvent assurer des vaccinations dans leurs locaux ou en entreprise. Ils relèvent des DREETS.
- Université/Etablissement d'enseignement supérieur : Les services de santé étudiante, implantés dans les universités et conventionnés avec l'ARS, comptent parmi leur mission d'assurer la prescription et la réalisation de vaccinations. Certains d'entre eux ont passé des conventions avec les centres publics de vaccination.
- Ecole, collège, lycée : Les services de santé scolaire sont composés de médecins, infirmiers, assistants du service social et psychologues. Ils peuvent apporter leur expertise et appuyer l'organisation d'une campagne de vaccination en milieu scolaire.
- Etablissement pénitentiaire : Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) sont des unités médicales présentes au sein des établissements pénitentiaires et rattachées à des établissements de santé. Un « référent détenu », au sein de l'ARS, suit par ailleurs spécifiquement les questions de santé en établissement pénitentiaires.

La **coordination de la campagne en collectivité** est déléguée à un acteur, si possible assurant de la vaccination au quotidien et disposant de capacités logistiques et humaines pour assurer la mise en œuvre de la campagne. En cas d'incapacité humaine et matérielle de la structure à conduire la campagne, la coordination de la campagne peut être déléguée à un autre acteur. A ce titre, **les centres publics de vaccination sont sollicités en priorité**, la vaccination en collectivité en cas d'épidémie ou de cas groupés fait en effet partie de leur cahier des charges.

Le **concourt des SDIS ou des associations agréées de sécurité civile** pourra par ailleurs être demandé à la préfecture par l'ARS, pour assurer la coordination de la campagne ou pour assurer un soutien logistique et/ou humain, notamment si la campagne doit être mise en œuvre dans des délais restreints.

En complément des professionnels de la structure assurant la coordination de la campagne, des professionnels en renfort (professionnels retraités, libéraux, etc.) pourront être mobilisés.

La campagne pourra avoir lieu directement au sein de la structure/collectivité, ou dans une salle attenante. Les modalités de mobilisation d'une salle spécifique pour une campagne de vaccination sont précisées dans le point Ouverture de centres de vaccination dédiés p.316.

Actions à mettre en œuvre dans le cadre de l'organisation d'une campagne de vaccination en collectivité	Effecteur
Evaluer le nombre de personnes à vacciner au sein de la collectivité, afin de faciliter le dimensionnement du dispositif.	Collectivité, en lien avec l'ARS
Identifier la structure ou l'acteur coordonnateur de la vaccination qui va s'assurer du bon déroulement du dispositif (suivi des vaccinations, suivi des commandes, remontée des données, organisation logistique, etc.).	ARS
Si besoin, organiser une réunion avec la collectivité et la structure assurant la coordination de la vaccination.	ARS
Identifier les effecteurs de la vaccination.	Coordonateur de la vaccination en lien avec l'ARS si nécessaire
Organiser l'information des candidats à la vaccination (ou de leurs tuteurs/parents) en amont de la campagne. Recueillir des fiches de consentement si nécessaire (autorisation des parents/tuteurs). L'ARS peut fournir des documents explicatifs sur la vaccination et transmettre des fiches de recueil du consentement.	Collectivité, en lien avec l'ARS
Prévoir le circuit au sein des locaux pour respecter chaque étape du parcours vaccinal. Prévoir le matériel nécessaire.	Coordonnateur de la vaccination, en lien avec la collectivité
Transmettre un bilan de la campagne de vaccination à l'ARS.	Coordonateur de la vaccination

Mise en œuvre d'une campagne de vaccination en EMS

A la différence d'autres collectivités, **les établissements médico-sociaux peuvent disposer en interne des capacités humaines et matérielles pour piloter et organiser une campagne de vaccination**.

L'établissement devra prévoir le pilotage de l'opération de vaccination, en désignant :

- **Un professionnel de santé référent** pour l'opération (médecin coordonnateur ou autre professionnel) ;
- **Un coordonnateur** pour les questions logistiques et administratives.

Un comité de pilotage pourra par ailleurs être désigné, réunissant ces deux professionnels, le directeur de la structure ainsi que les professionnels impliqués dans l'organisation de la campagne.

Le plan bleu de l'établissement doit prévoir les modalités d'organisation d'une telle campagne et notamment :

- L'information des instances de gouvernance, des professionnels (en leur précisant s'ils font partie du public cible de la vaccination), des résidents et de leurs représentants légaux ;
- L'organisation du recueil du consentement des personnes éligibles à la vaccination ;
- L'organisation des consultations pré-vaccinales ;
- Le circuit au sein des locaux respectant chaque étape du parcours vaccinal ;
- Les ressources médicales, paramédicales, matérielles et administratives nécessaires à la réalisation de la vaccination ;
- Etc.

Mise en place d'équipes mobiles de vaccination / Opérations d'aller-vers

Identifier les populations éloignées du soin

Un certain nombre de groupes de populations spécifiques peuvent justifier d'un recours à un dispositif d'équipes mobiles de vaccination ou bien à la mise en place d'action d'aller-vers ou d'aller-chercher, du fait de leur mobilité réduite ou de leur éloignement des structures de soin. Certains publics peuvent également relever d'un tel dispositif dans la mesure où la vaccination par des structures générales ne permet pas de les mobiliser pour réaliser cette vaccination, de par leur mode de vie notamment :

- Les patients relevant de l'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- Les personnes vivant dans des zones à faible densité de population ou isolées socialement ;
- Les populations itinérantes (gens du voyage, etc.) ;
- Les personnes en situation de grande précarité (personnes sans résidence stable, etc.) ;
- Les migrants en situations irrégulières.

Le repérage de ces personnes fait appel en première intention aux professionnels et structures de prise en charge habituelles de ces personnes : médecins traitants, infirmiers, services médico-sociaux ou sociaux (CCAS), voire via les listes communales de personnes isolées fragiles. L'ARS pourra par ailleurs établir des partenariats en fonction des population cibles,

avec des associations caritatives et humanitaires, les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), les collectivités territoriales…

De manière plus large, l'objectif des campagnes d'aller-vers est de limiter les inégalités sociales et territoriales de santé en facilitant la vaccination des personnes les plus à risque de renoncer aux soins.

Equipes mobiles de vaccination

Afin d'en faciliter la logistique, chaque équipe mobile doit être rattachée à une structure qui assure l'approvisionnement en vaccin et l'organisation logistique (centre public de vaccination, établissement de santé…).

La composition des équipes mobiles est à anticiper, selon les objectifs de la campagne d'aller-vers et le public cible. Pour que le dispositif fonctionne, la configuration et les modalités de déploiement doivent être réfléchies en lien avec les associations, usagers/patients, experts, etc. :

- Les professionnels assurant la vaccination peuvent être des professionnels issus de la structure coordinatrice ou mobilisés en renforts (étudiants, libéraux, etc.) ;
- Des compétences autres que la vaccination peuvent être prévues (dépistage notamment), sur le modèle des équipes mobiles de réponse rapide décrites dans le plan ORSAN REB (cf. page 167) ;
- La présence de médiateurs en santé est importante, pour toucher des publics qui peuvent être réticents à la vaccination ;
- Des traducteurs peuvent être mobilisés selon le public cible (prévoir également la mise à disposition de documents traduits).

Autres dispositifs d'aller-vers

Au-delà de la mise en place d'équipes mobiles de vaccination, plusieurs actions peuvent être mises en place pour inciter les personnes à se faire vacciner, et limiter les freins à la vaccination :

- Mise en place de bons de vaccination/créneaux sans rendez-vous ;
- Organisation de campagnes de communication ciblées (voir volet information du public, ci-dessus) ;
- Planification de campagnes de phoning ou de visites à domicile, en partenariat avec des collectivités territoriales ou associations ;
- Mobilisation de médiateurs en santé, postés dans des établissements partenaires ciblés (ex : CCAS) ou bien dans des lieux fréquentés (supermarchés, marchés, etc.) ;
- Envoi de courriers/mails vers des populations cibles (voir volet information du public, ci-dessus) ;
- Mise en place de campagnes « d'aller-chercher », à destination des personnes isolées géographiquement ou avec des difficultés de mobilité (organisation du transport des personnes isolées vers des lieux de vaccination).

Ouverture de centres de vaccination dédiés (vaccinodromes)

L'ouverture de centres de vaccination dédiés ne doit être envisagée que lorsque l'ensemble des dispositions précédentes ne sont pas adaptées ou suffisantes au regard de la situation et de son ampleur.

Portage du centre de vaccination

Un centre de vaccination exceptionnelle est nécessairement adossé à une personne morale. Celle-ci peut avoir une activité préexistante ou annexe. Il peut s'agir des entités suivantes :

- Un centre public de vaccination
- Un établissement de santé, public ou privé
- Une collectivité territoriale
- Une maison de santé pluriprofessionnelle
- Une communauté professionnelle territoriale de santé
- Un centre de santé
- Un service départemental d'incendie et de secours

Choix du lieu

Le choix des structures pouvant héberger des centres de vaccination doit être arrêté par le préfet en lien avec l'ARS, les services de l'État, notamment les forces de l'ordre, les SDIS et les collectivités locales concernées.

Plusieurs paramètres d'ordre technique et sanitaire liés à une opération de vaccination exceptionnelle rentrent en jeu pour la sélection des sites d'accueil des centres dédiés :

- Le dimensionnement du centre ;
- La disponibilité des locaux dans le temps ;
- La répartition géographique ;
- L'accessibilité du site : transports en commun, facilité d'accès pour les personnes à mobilité réduite, nombre de places de stationnement ;
- La sécurité du site : salle fermée et sécurisée pour entreposer les vaccins, système de redondance électrique (groupe électrogène) en état de marche pour pallier le risque de rupture d'alimentation du réfrigérateur, donc de perte des doses ;
- Les contraintes liées à la logistique : équipement électrique/eau de la salle, accès internet, présence de plusieurs portes d'accès pour permettre l'organisation du parcours de vaccination sur un principe de marche en avant, présence de salles fermées (prévoir une salle de repos pour le personnel, un local DASRI…), etc.

Le centre doit disposer de fauteuils ou chaises, ainsi que de moyens permettant d'allonger les personnes en cas de besoin. Un plan d'évacuation d'urgence doit être établi en lien avec le SDIS avant ouverture.

Des modèles de convention de mise à disposition de locaux, matériels et moyens humains par une collectivité dans le cadre d'une campagne de vaccination exceptionnelle sont disponibles dans le guide méthodologique de préparation d'une campagne de vaccination exceptionnelle.

Répartition territoriale

Le nombre de centre de vaccination sur le territoire breton doit être estimé en fonction du nombre de personnes à vacciner en un temps donné. L'implantation de ces centres doit être uniforme avec une accessibilité en tout point du territoire dans des délais qui seront prédéfinis (ex : 30 min.)

Les variables d'ajustement suivantes permettent d'adapter les capacités des centres à absorber les volumes de population attendus et leur fluctuation sur la durée de la campagne :

- Les horaires d'ouverture des centres ;
- Le nombre de lignes de vaccination par centre.

Postes au sein du centre

Exemple des différents postes au sein d'un centre de vaccination. Les postes, fonctions et professionnels mobilisables peuvent être définis par le Ministère en charge de la santé.

Postes	Fonction	Professionnels mobilisables
Chef de centre (+ adjoint chef de centre)	• Est l'interlocuteur de la préfecture, de l'ARS et des partenaires extérieurs (collectivités territoriales, ES…), signale les éventuelles difficultés • Coordonne les activités du centre et gère l'équipe de vaccination • Veille à l'opérationnalité quotidienne du centre • Rend compte de l'activité du centre : remontées quotidiennes de stock et des vaccinations réalisées	Cadre de santé ou administratif Responsable pompier
Référent médical *Inscrit à l'Ordre des médecins*	• S'assure de la conformité du parcours vaccinal • Est l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé • Signale les incident médicaux	Médecin pompier, médecin libéral, médecin en retraite ou temps partiel
Référent pharmacie	• S'assure de la conformité du stockage des vaccins et du matériel • Veille au circuit de préparation et distribution des vaccins • Participe à la gestion et maintenance des stocks des dispositifs médicaux et vaccins	Pharmacien libéral, hospitalier, SDIS

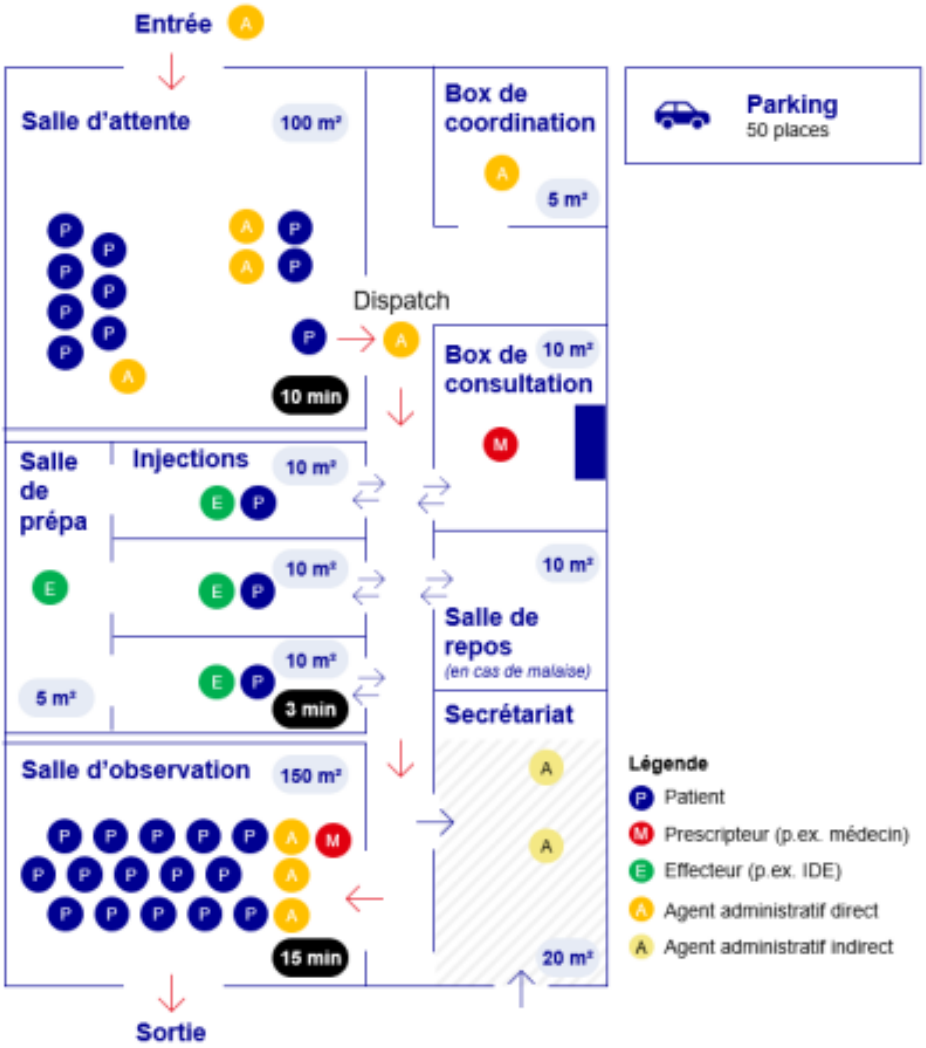
Agents d'accueil	Assure l'accueil, l'information et l'orientation dans le centre de vaccination : vérification de la prise de rendez-vous, de l'éligibilité au vaccin, de l'identité de la personne, orientation dans le centre et distribution du questionnaire pré-vaccinal.	Agents administratifs, aide-soignante, IDE, étudiants en santé, association de sécurité civile
Postes aide au remplissage questionnaire et évaluation pré-vaccinale	• Informe les patients et aide au remplissage du questionnaire. • Oriente le patient vers un professionnel de santé le cas échéant.	IDE, étudiants en santé
Professionnels en charge de la préparation des vaccins	Reconstitue les doses de vaccins	Infirmiers, étudiants en soins infirmiers, préparateurs en pharmacie
Professionnels en charge de l'injection des vaccins	Assure l'injection du vaccin	Professionnels autorisés à vacciner
Fonction médicale	• Assure la consultation pré-vaccinale si nécessaire • Assure la prise en charge médicale en zone de surveillance post-vaccinale	Médecins ou étudiants thèsés
Personnel de saisie : certificat de vaccination	• Complète le certificat de vaccination • Assure le suivi informatique	Agents administratifs
Logistique : Agents d'entretien, agents de sécurité, agent chargé de gérer le stationnement		A définir avec collectivité et préfecture

Organisation des centres

Le centre doit être implanté dans un espace suffisant pour pouvoir accueillir du public en toute sécurité. Il doit notamment disposer :

- D'une salle d'attente adaptée à la capacité du centre ;
- D'une zone d'accueil infirmier et d'aide au remplissage du questionnaire pré-vaccinal ;
- D'une zone d'isolement (en cas d'hyperthermie par exemple, dans l'attente de l'orientation dans le parcours de soins) ;
- D'un ou plusieurs espaces de confidentialité (en fonction du nombre de lignes de vaccination ouvertes) permettant de mener l'entretien pré-vaccinal si celui-ci n'a pas été réalisé auparavant ;
- De zones de préparation du vaccin, à proximité immédiate du lieu de stockage des dispositifs médicaux et solvants nécessaires ;
- D'espaces permettant d'accomplir l'acte d'injection du vaccin, en continuité immédiate de sa mise en seringue ;
- D'un espace dédié à la surveillance post-injection des personnes vaccinées.

Exemple d'organisation spatiale d'un centre :



Extrait du *Guide de bonnes pratiques observées dans les centres de vaccination*, Ministère des Solidarités et de la Santé, 29 avril 2021.

DST SECURISATION DES ES ET EMS

Document validé le 28/03/2024

1. Présentation

Il est essentiel de protéger les établissements de santé contre différents risques et menaces (attentat, sur-attentat, risques réseaux) afin de préserver la continuité des soins.

A ce titre, chaque établissement de santé est tenu de développer une politique globale de sécurité et de mettre en place une organisation visant à assurer, face à tout type de menace, la protection de l'établissement.

De même, conformément au code de l'action sociale et des familles, les responsables d'établissements médico-sociaux (EMS) se doivent de rechercher les moyens d'assurer dans leur structure la sécurité des personnes et des biens. Cet impératif concerne aussi bien les résidents/ usagers, que les visiteurs, les intervenants extérieurs ou les personnels.

Contexte (phénomène interne ou externe / malveillant ou accidentel) :

- Menace d'attentat terroriste ou de sur-attentat visant les ES / EMS
- Défaillance électrique
- Défaillance téléphonique
- Défaillance en eau potable
- Accidents d'installations industrielles classées chimiques ou nucléaires, catastrophes climatiques et naturelles nécessitant la mise à l'abri (confinement) des usagers et des personnels des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.
- Tout autre évènement susceptible d'entraîner des conséquences sur la sécurité des établissements du système de santé.

Enjeux :

- Limiter l'impact sur la continuité des soins et préserver la continuité des activités essentielles de soins critiques
- Protéger physiquement les patients, usagers et agents des ES/EMS
- Anticiper une rupture des installations techniques
- Anticiper une rupture électrique ou en eau potable

2. Objectifs stratégiques

- Identifier les établissements de santé cibles potentielles d'une attaque ou d'une action malveillante au regard de la nature de leur activité ou de leur environnement (établissements de santé de première ligne et première ligne experts), en lien avec les forces de l'ordre (cf. cartographie en partie 4)
- Veiller à l'appropriation par les ES et EMS des mesures de mise en sécurité au quotidien mais aussi en situation sanitaire exceptionnelle (en lien avec les référents sûreté – sécurité et les forces de l'ordre) ;
- Définir les modalités de coordination et d'appui à la sécurisation des établissements de soins en situation sanitaire exceptionnelle en lien avec les ARS, les forces de l'ordre et les autorités préfectorales et SIDPC ;
- Rédiger des fiches techniques (cf. partie 5) selon les risques susceptibles d'être rencontrés et précisant les conduites à tenir pour chaque acteur intervenant dans la gestion et la résolution de la situation sanitaire exceptionnelle (SSE).

3. Doctrine régionale

La doctrine régionale rappelle les éléments invariants du rôle de chaque acteur quel que soit le problème rencontré. Le rôle des acteurs spécialisés dans la réponse à une typologie d'évènement apparait au sein de chaque fiche technique :

- **Fiche technique 1 :** Panne téléphonique Centre 15 ou d'un ES/EMS, page 327
- **Fiche technique 2 :** Défaillance électrique, page 334
- **Fiche technique 3 :** Mise à l'abri (confinement), page 339
- **Fiche technique 4 :** Mise en sécurité d'un ES/EMS (attentat / intrusion), page 343
- **Fiche technique 5 :** Défaillance eau potable, page 347

L'ARS assure le rôle de coordination de l'ensemble des acteurs du système de santé au niveau régional, en effectuant un pilotage régional visant à mettre en relation les différents opérateurs. Elle élabore ainsi une stratégie partagée afin de répondre à un évènement entraînant des conséquences sur la sécurité de l'offre de soins. Son rôle consiste notamment à appuyer les établissements en difficulté en recherchant les moyens matériels nécessaires et disponibles à leur profit.

Concernant les renforts en ressources humaines, ces éléments sont traités dans le cadre des DST ressources humaines (renforcement des capacités au sein de la région) et renforts projetés (accueil de renforts extra-régionaux).

Le cas échéant, lorsque les moyens du système de santé sont susceptibles d'être dépassés, elle en avise **l'autorité préfectorale et le SIDPC**.

Les ES/EMS évaluent les conséquences de l'évènement sur leurs organisations et font remonter les demandes d'appui nécessaires à l'ARS.

Prérequis

Dans le cadre de la stratégie globale et concertée de sécurisation des ES et EMS, il convient de rappeler l'obligation pour chaque établissement de disposer notamment des éléments suivants :

A l'attention des ES/EMS :

1. Etablir ou mettre à jour les Plans de continuité d'activité (PCA) et Plans de Retour à l'Activité (PRA) avec un volet pour la gestion du risque cyber (PRAi)
2. Mettre à jour le PGTHSSE / Plan bleu
3. Adapter l'organisation aux postures Vigipirate en vigueur

A l'attention spécifique des ES

1. Elaborer ou mettre à jour le plan de sécurisation de l'établissement (PSE)
2. Etablir ou mettre à jour les conventions santé sécurité justice (SSJ)

A l'attention spécifique des EMS

1. Elaborer un Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)
2. Elaborer le Document d'Analyse du Risque de Défaillance en Energie (DARDE)

Ces éléments peuvent être complétés le cas échéant, par tout outil ou procédure visant à répondre à un évènement susceptible d'affecter la sécurité des établissements (cf. fiches techniques en partie 5).

Eu égard à l'importance de sa fonction sur le plan territorial, le SAMU adapte sa continuité d'activité et la régulation en fonction des conséquences de l'évènement.

La préfecture vient en appui afin de répondre aux expressions de besoin formulées par l'ARS lorsque les moyens du système de santé ne suffisent pas à répondre aux conséquences de l'évènement (cf. dispositif ORSEC).

4. Cartographie

Cartographie relative au classement des ES/EMS conformément à l'instruction n° SG/HFDS/2016/3 du 16 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé.

Carte 16 : Classification des établissements prioritaires en matière de sécurisation (HFDS)

NB : Ce classement est valable pour l'ensemble des phénomènes et risques étudiés.

Tableau de classement des établissements prioritaires en matière de sécurisation (HFDS) :

NIVEAU /CRITERES	TYPE D'ETABLISSEMENTS CORRESPONDANTS	ETABLISSEMENTS CORRESPONDANTS AUX CRITERES DU NIVEAU
Niveau I : Etablissement ou site considéré comme stratégique dans le cadre d'une réponse à une SSE	Doivent intégrer le niveau I les sites d'ES ayant au moins une de ces activités : • Centre de régulation des urgences / plate-forme SAMU/Centre 15 • Etablissement de santé de référence • Etablissement de 1ère ligne dans le cadre du schéma ORSAN • Hôpital d'instruction des armées [HIA] • Accueil de polytraumatisés adultes et/ou pédiatriques • Etablissement de santé disposant d'une ressource spécifique dont la perte pourrait entraîner des conséquences graves et brutales pour l'offre de soins : • Centre de traitement des brûlés • Banque de produits sanguins labiles • Service assurant la prise en charge thérapeutique en cas d'évènement NRBC-E • Site de stockage de produits stratégiques	**DIFFUSION RESTREINTE**
Niveau II : Etablissement ou site considéré comme important dans le cadre d'une réponse à une situation sanitaire exceptionnelle	Pourraient intégrer ce niveau les sites d'ES ayant au moins une de ces activités : • Etablissement de recours dans le cadre du schéma ORSAN • Service d'urgence adulte avec ou sans service de réanimation • Service d'urgence pédiatrique, avec ou sans service de réanimation	**DIFFUSION RESTREINTE**

NIVEAU /CRITERES	TYPE D'ETABLISSEMENTS CORRESPONDANTS	ETABLISSEMENTS CORRESPONDANTS AUX CRITERES DU NIVEAU
Niveau III : Etablissement ou site dont les activités ont un impact modéré dans le cadre d'une réponse à un acte terroriste	Pourraient intégrer ce niveau les : • Etablissement de repli dans le cadre du schéma ORSAN • Sites des établissements de santé de type Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) sans service d'urgences.	Ensemble des établissements autorisés pour la prise en charge de soins de suite et de réadaptation, les hôpitaux de proximité et les Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM)
Niveau IV : Etablissement ou site dont les activités ont un faible impact dans le cadre d'une réponse à une SSE	Pourraient intégrer ce niveau les : • Sites des établissements de santé hors Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) • Etablissements médicaux-sociaux • Etablissements sociaux	Ensemble des établissements médico-sociaux
Contexte régional ou local à prendre en compte dans la pondération :	• Etablissement de santé constituant la seule ressource disponible sur un territoire de santé donné • Zones à risques particuliers (SEVESO : industrie chimique, centrale nucléaire, etc.) • Densité importante de population	Le Centre Hospitalier de Carhaix passe du niveau 2 au niveau 1 au regard des ressources disponibles sur le secteur notamment en période de grand rassemblement (Festival des Vieilles Charrues).

5. Fiches techniques par types de risques

Fiche technique 1 : Panne téléphonique Centre 15 ou d'un ES/EMS (risque réseau)

Contexte

Le dysfonctionnement ponctuel et imprévu de la téléphonie d'un centre de traitement des appels d'urgence (CTAU) (partie I) ou une défaillance téléphonique généralisée d'un ES ou EMS (partie II) peut très vite créer une situation de crise à fort impact sur la réponse de soins d'une zone géographique. Il convient donc de le prévoir et d'anticiper une réponse appropriée, tant en termes d'organisation de crise qu'en termes de solutions de contournement.

Outils et procédures à disposition

Guide de gestion des incidents télécoms touchant les communications d'urgence, élaboré par le ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté numérique, en partenariat avec le Commissariat aux communications électroniques de défense.

Partie I : Rôle des acteurs en cas de panne d'un centre CRRA 15

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
SAMU concerné (responsable de la salle de régulation)	**1 - Alerter la direction de l'établissement, les SAMU limitrophes et l'ARS suite à un doute ou au constat d'un phénomène inhabituel :** • Réception d'un nombre d'appels inférieur à la normale • Constat de problèmes de qualité ponctuels • Plus de réception d'appels **2 - Evaluer et qualifier l'incident** pour confirmer et objectiver ce dernier avec les moyens locaux, éventuellement appuyé par les équipes techniques de la direction des systèmes d'information si elles sont disponibles. L'incident est-il permanent (tous les appels) ou ponctuel (aléatoire, selon opérateurs…) ? Uniquement local ? étendu ? régional ? national ? • En première intention : tester les numéros d'urgence (courts et longs) avec des téléphones opérationnels de différentes natures : fixes, mobiles, de différents opérateurs. • En deuxième intention : se rapprocher des CTA-CODIS voisins, voire ceux des départements limitrophes pour vérifier que le phénomène n'est que local.	1 - Participer aux points de situation organisés par l'ARS (équipes techniques locales en charge du système télécoms, les équipes de support de l'opérateur, SAMU, autorité préfectorale et SIDPC) … 2 - … afin de mettre en place, dans les meilleurs délais après le constat d'incident, et parallèlement à l'étape de déclaration, une solution alternative permettant une continuité de service en mode dégradé, en attendant un retour à la normale. De manière proactive, et selon la nature de l'incident, **les solutions de contournement suivantes pourront être utilisées :** • Basculer vers une ligne de secours propre • Basculer les appels vers un autre CRRA-centre 15 breton (rattaché à l'Opérateur de Téléphonie Nationale - OTN) • Basculer les appels vers le CTA-CODIS • Activer les numéros de secours (répertoriés dans l'annuaire national centralisé) • Mettre en place des renforts RH dans les centres de régulation reprenant les appels du SAMU impacté (déplacement du personnel du SAMU impacté vers le nouveau centre de régulation et/ou activation du rappel de personnel par le SAMU ou le SDIS recueillant les appels)	• Confirmer à l'ARS, à la direction de l'établissement que le trafic est revenu à la normale • Effectuer les opérations inverses de contournement afin de récupérer les appels transférés vers un autre CRRA, le cas échéant • Signaler sans délai à l'ARS toute perte de chance identifiée en lien avec l'incident

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
SAMU concerné (responsable de la salle de régulation)	**3 - Si possible, alerter l'ARS par téléphone.** Renseigner le formulaire de déclaration d'incident disponible dans le guide de gestion des incidents (cf. outils) et le transmettre à l'ARS via ars35-alerte@ars.sante.fr **4 - Une fois l'incident avéré et précisé, ALERTER :** • Le service technique de l'établissement en charge de la supervision du système télécom • L'opérateur téléphonique		
ES siège de SAMU impacté par l'évènement	• Appuyer le SAMU (équipe DSI) pour qualifier l'évènement au plus vite • Appuyer le SAMU (équipe DSI) pour déclarer l'incident au service technique et à l'opérateur • Evaluer la balance bénéfice/risque conjointement avec le SAMU et l'opérateur de téléphonie de la bascule vers une ligne de secours.	• Participer aux points de situation organisés par l'ARS • Informer le grand public du numéro de secours, le cas échéant, en coordination avec l'ARS et les services préfectoraux ⚠ **Ne pas diffuser au public les numéros noirs sauf indications contraires venant d'une instruction nationale.** • Organiser des communications conjointes ARS / autorité préfectorale et SIDPC /établissement concerné (directions de cabinet)	• Récupérer la réception des appels • Communiquer auprès du grand public sur le retour à la normale (fin des perturbations), en lien avec l'autorité préfectorale et le SIDPC et l'ARS le cas échéant • Signaler sans délai à l'ARS toute perte de chance identifiée en lien avec l'incident

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ARS	• Activer la plateforme de veille et sécurité sanitaire renforcée (PVUS renforcée) ou la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) une fois l'incident avéré • Informer le CORRUSS, les SAMU de la région, l'autorité préfectorale et le SIDPC et l'ARS de Zone Ouest • Réceptionner le formulaire complété par le CTAU et le transmettre au CORRUSS • Alerter les établissements de santé du département, voire de la région, selon la portée de l'incident • Si l'incident n'est pas local, le niveau national (CORRUSS, COGIC…) assurera le suivi technique de l'incident avec les opérateurs et les membres du Commissariats aux Communications Electroniques de Défense (CCED).	• Organiser des points de situation avec l'ES siège de SAMU, le SAMU concerné, le SAMU zonal et les ES d'appui • Tenir informée l'autorité préfectorale et SIDPC • Informer le grand public du numéro de secours, le cas échéant, en coordination avec les services préfectoraux +/- national selon l'ampleur ⚠ **Ne pas diffuser au public les numéros noirs sauf indications contraires venant d'une instruction nationale.** • Organiser des communications conjointes ARS/ autorité préfectorale et SIDPC /établissement concerné (directions de cabinet)	• Informer l'autorité préfectorale et SIDPC, l'ARS de Zone, le CORRUSS, les partenaires de la fin de l'incident • Communiquer auprès du grand public sur le retour à la normale (fin des perturbations) en lien avec l'autorité préfectorale et SIDPC et l'ES
Autorité préfectorale / SIDPC	• Ouvrir un évènement Synergi le cas échéant	• Informer le grand public du numéro de secours, le cas échéant, en coordination avec l'ARS et l'établissement concerné • Dans la mesure du possible, apporter un soutien technique à l'ARS et à l'établissement siège de SAMU	• Communiquer auprès du grand public sur le retour à la normale (fin des perturbations) en lien avec l'ARS et l'ES

Partie II : Rôle des acteurs en cas de panne téléphonique d'un ES/EMS

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ES impacté	Activation de la phase d'alerte **en mode dégradé** • Déclencher le PCA et le plan blanc (PGTHSSE) le cas échéant et activer la cellule de crise • Informer le SAMU et l'ARS par tout moyen via le point focal régional et zonal 09 74 50 00 09 (numéro unique H24 7/7j) et ars35-alerte@ars.sante.fr • Contacter l'opérateur téléphonique et déclarer l'incident au service technique et à l'opérateur	1 - En cas de coupure de la téléphonie fixe et des mails, identifier des agents de liaison au sein l'établissement qui pourront transmettre des informations à l'ARS et aux autres acteurs qui concourront à la gestion de la situation 2 - Définir les modalités de commandement entre la cellule de crise et chaque service de l'établissement. 3 - Evaluer l'ampleur du phénomène, les conséquences pour chaque service de l'établissement et l'impact de l'évènement sur l'activité de l'établissement (organisation des astreintes, échanges entre services, échanges avec les transporteurs sanitaires…) 4 - Informer les partenaires avec qui l'établissement a des contacts téléphoniques réguliers (ES et EMS du secteur, transporteurs sanitaires…) et expliquer les modalités de contact possibles (mail, déploiement de téléphones mobiles rattachés à un opérateur qui ne serait pas impacté, etc.). La communication des modalités de contact de l'établissement vers les partenaires pourra être réalisée en lien avec l'ARS, notamment si la panne est étendue à plusieurs établissements ou si l'établissement est également victime d'une panne informatique. **NB : Les moyens alternatifs mobilisables par l'établissement pourront être listés dans le PCA.** 5 - Participer aux points de situation réguliers organisés par l'ARS (bilatérale ou points élargis) 6 - Organiser la communication vers le public, en lien avec l'ARS. Si la coupure est globale et concerne tout un secteur géographique, l'autorité préfectorale et le SIDPC coordonneront la communication	• Communiquer aux partenaires l'information du retour à la normale (fin des perturbations) • S'il y a eu une information vers le grand public, participer à l'élaboration de la communication sur le retour à la normale

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
EMS impacté	Informer l'ARS via le point focal régional et zonal 09 74 50 00 09 (numéro unique H24 7/7j) et ars35-alerte@ars.sante.fr Contacter l'opérateur téléphonique et déclarer l'incident au service technique et à l'opérateur	Si l'incident perdure, informer les familles et les partenaires habituels par mail de la coupure téléphonique, en proposant une solution alternative de contact si possible (téléphone mobile non impacté par la coupure, passage par une application mobile de tchat…).	Communiquer aux partenaires l'information du retour à la normale
ARS	Selon l'ampleur de la situation et l'impact de l'incident (typologie d'établissement(s) touché(s), nombre de patients/résidents pris en charge…) : • Activer la plateforme de veille et sécurité sanitaire renforcée (PVUS renforcée) ou la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) • Informer le CORRUSS, le SAMU, l'autorité préfectorale et le SIDPC et l'ARS de Zone Ouest • Alerter les établissements de santé du département, voire de la région, selon l'impact de la coupure	• Organiser des points de situation avec le ou les établissements impactés • Informer l'autorité préfectorale et le SIDPC de l'évolution de la situation • En tant que de besoin, appuyer l'établissement pour communiquer vers ses partenaires l'information de l'incident et les moyens alternatifs de contact • Participer à l'élaboration de la communication vers le grand public avec l'établissement (si la coupure téléphonique est limitée à un établissement) ou avec les services préfectoraux et/ou du CORRUSS selon l'ampleur de la coupure. • Appuyer l'établissement dans la résolution des difficultés rencontrées	• Informer l'ensemble des acteurs alertés du retour à la normale (autorité préfectorale et SIDPC, l'ARS de Zone, CORRUSS, partenaires…) • S'il y a eu une information vers le grand public, participer à l'élaboration de la communication sur le retour à la normale.
SAMU	• Alerter les SMUR périphériques et les autres SAMU de la région selon l'impact de la situation	• Participer, en tant que de besoin, aux points de situation organisés par l'ARS • Communiquer aux SMUR périphériques les modalités de communication avec l'établissement	Reprendre une régulation normale

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
Autorité préfectorale / SIDPC	**Si la coupure concerne un secteur géographique donné (et pas uniquement un établissement) :** • Ouvrir un évènement Synergi • Alerter l'ARS • Transmettre des informations à l'ARS sur le périmètre touché et la durée estimée de la coupure	• Informer le grand public du numéro de secours, le cas échéant, en coordination avec l'ARS et l'établissement concerné • Apporter un soutien technique à l'ARS et à l'établissement	Informer le grand public du retour à la normale

Fiche technique 2 : Défaillance électrique (risque réseau)

Contexte

Cette procédure traite des coupures électriques inopinées qui affecteraient le fonctionnement d'un ou plusieurs établissements de santé ou médico-social de la région. Ces coupures peuvent toucher uniquement l'établissement (court-circuit, incendie ou inondation d'un local technique, acte malveillant…) ou être d'origine externe et avoir un impact géographique plus large (incident au niveau du fournisseur d'électricité). Cette procédure ne traite pas des délestages électriques qui peuvent être programmés pour éviter la saturation de l'alimentation électrique (l'ARS sera chargée d'informer les établissements de la région et de leur transmettre des consignes plusieurs jours avant le risque de survenue de délestage).

Risques et impacts : une coupure électrique impacte fortement le fonctionnement d'un établissement et nécessite le déclenchement du plan de continuité d'activité (PCA) pour faire face à une déficience du groupe électrogène de secours.

- Risque d'arrêt de toutes les installations qui ne sont pas sur onduleur ou batterie. L'autonomie reste néanmoins très limitée.
- Risque de défaillance des logiciels avec nécessité de suivre les dossiers patients sur papier ;
- Risque de perturbation, voire d'interruption de la communication interne et/ou externe (dysfonctionnement intranet, mails, téléphonie…) ;
- Risque d'impact sur les capacités de prise en charge des établissements, avec nécessité éventuelle d'organiser des transferts.

Outils disponibles

- Base FINESS pour identifier les ES/ESMS du secteur impacté : FINESS : Consulter la base : Recherche par thème (sante.gouv.fr)
- Selon la portée de l'événement, se référer aux DST EVASAN et Evacuation massive d'un ES ou EMS

Rôle des acteurs en cas de défaillance électrique d'un ES ou EMS

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ES ou EMS impacté	**Activation de la phase d'alerte en mode dégradé (téléphone portable, WhatsApp, mail personnel …) :** • Déclencher le plan blanc (PGTHSSE) ou le plan bleu et activer la cellule de crise • Mettre en œuvre le PCA • Pour les ES sièges de SAMU, informer le CRRA 15 et se référer à la fiche technique téléphonie en cas de risque de coupure des téléphones • Informer l'ARS via le point focal régional et zonal 09 74 50 00 09 (numéro unique H24 7/7j) et ars35-alerte@ars.sante.fr • Mobiliser les services techniques de l'établissement pour identifier l'origine de la coupure • Contacter le fournisseur d'électricité par tous les moyens	1 - En cas de coupure de la téléphonie fixe et des mails, identifier des agents de liaison au sein l'établissement qui pourront transmettre des informations à l'ARS et aux autres acteurs qui concourront à la gestion de la situation 2 - Définir les modalités de commandement entre la CCH et chaque service. 3 - Evaluer l'ampleur du phénomène, les conséquences pour chaque service de l'établissement et l'impact de l'évènement sur la prise en charge des patients présents, en lien avec le Directeur médical de crise (interruptions d'activités, nécessité d'organiser des prises de relai ou des transferts …) 4 - Déprogrammer des interventions, le cas échéant 5 - Transférer des patients, le cas échéant 6 - Participer aux points de situation réguliers organisés par l'ARS (bilatérale ou points élargis) 7 - Organiser la communication vers la population conjointement avec l'ARS et l'autorité préfectorale et le SIDPC /établissement 8 - Si besoin et si possibilité technique, renforcer les capacités de réponse téléphoniques de l'établissement en prévision d'afflux éventuels d'appels de proches ou de patients	• Reprendre une activité normale • Communiquer aux partenaires l'information du retour à la normale (fin des perturbations)

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale

ARS	1 - Effectuer une première évaluation de l'ampleur de l'événement et identifier le ou les établissements touchés
	
	2 - Activer la plateforme de veille et d'urgence sanitaire renforcée (PVUS-R) ou la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS)
	
	3 - Alerter les établissements de santé susceptibles de prendre en charge un afflux de patients régulés
	
	4 - Selon la portée de l'événement : Informer le SAMU, l'autorité préfectorale et le SIDPC, le CORRUSS et l'ARS de Zone Ouest
	
	5 - Informer les établissements, tout au long de l'événement, de la durée estimée de la coupure
	
	6 - Anticiper des éventuels transferts en lien avec le SAMU
		• En cas de coupure de la téléphonie fixe et des mails de l'établissement, identifier un agent de liaison au sein de la CRAPS pour transmettre des informations par SMS si nécessaire
		• Organiser des points de situation entre tous les acteurs santé : ARS / ES / SAMU / ARS zone
		• Organiser des communications conjointes ARS / autorité préfectorale / SIDPC /établissement concerné (directions de cabinet), pour prévenir notamment la population et donner une conduite à tenir.
		
		Appuyer les établissements en cas de nécessité de transfert de patients :
		• Evaluer, en lien avec l'établissement, le profil des patients qui doivent être transférés le cas échéant
		• Coordonner la recherche d'établissements pouvant accueillir les patients à transférer
		• Solliciter l'ARS de Zone en cas de nécessité de rechercher des places en dehors de la région
		• Mobiliser les transports sanitaires pour assurer les transferts, dont les moyens héliportés (en lien avec le niveau zonal de l'ARS) et les moyens des SDIS (via l'autorité préfectorale et le SIDPC)
		• Si la coupure touche un territoire donné et pas uniquement un établissement, informer les ES du territoire impacté par la coupure de la portée de la coupure et de :
		  ○ La possibilité que des transferts de patients à hauts risques vitaux soient opérés vers leurs établissements
		  ○ De la nécessité de s'assurer de la bonne prise en charge des patients HAD
			Informer tous les acteurs et partenaires du retour à la normale

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ARS	**Si l'événement impacte une partie du territoire (et pas seulement un établissement) :** • Contacter les autorités préfectorales et les SIDPC pour évaluer le périmètre géographique de la coupure, et sa durée éventuelle. • Evaluer la portée de l'événement : secteur et communes concernées, durée estimée de la coupure, nombre d'établissements et structures du système de santé impactés, difficultés signalées à l'ARS	**Réorganiser l'offre de soin :** • En cas de fermeture de services dans l'établissement impacté, organiser une audioconférence avec les SAMU concernés et les ES d'appui afin de s'assurer de la bonne organisation de l'appui territorial et de la capacité des ES d'appui à prendre en charge le surplus de patients • Si nécessaire, contacter d'autres ES de la région ou extrarégionaux via l'ARS de Zone pour organiser des appuis supplémentaires • Solliciter si besoin SOS médecin et les MMG pour étudier les possibilités de renforcer l'offre libérale • Demander l'activation des plans blancs si nécessaire **Assurer un appui logistique à l'ES :** • Groupes électrogènes : solliciter l'autorité préfectorale et le SIDPC pour un appui logistique (plan électro-secours) • Fuel : solliciter l'autorité préfectorale et le SIDPC • Equipements médicaux : solliciter le niveau zonal de l'ARS Bretagne via le PZMRS • Sécurisation des lieux et moyens : solliciter l'autorité préfectorale et le SIDPC pour mobilisation le cas échéant des forces de l'ordre (sur expression de besoin de l'établissement)	

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
SAMU	• Mettre en pré-alerte les SMUR périphériques +/- SAMU périphériques +/- SAMU zonal • Le cas échéant, mobiliser des renforts SMUR	• Participer à l'audioconférence organisée par l'ARS avec les ES d'appui afin de s'assurer de la bonne organisation de l'appui territorial et de la capacité des ES d'appui à prendre en charge le surplus de patients • Adapter la régulation des patients vers les ES non impactés et conformément à la stratégie décidée en audioconférence • Echanger avec le SAMU Zonal sur les possibilités de transferts sur la région (voire de transferts interrégionaux) • Le cas échéant, transférer des patients à risque au vu des impacts/dysfonctionnements de l'établissement • Le cas échéant, mobiliser des renforts SMUR et moyens logistiques • Participer aux points de situation organisés par l'ARS	Reprendre une régulation normale
Autorité préfectorale / SIDPC	1 - Informer l'ARS de l'évènement en cours au numéro unique joignable 24h/24 et 7j/7 au 09.74.50.00.09 et via le mail ars35-alerte@ars.sante.fr 2 - Partager l'information sur la nature de l'événement, le niveau de risque et ses impacts potentiels	**Le cas échéant :** • Renforcer les transports sanitaires en mobilisant les moyens SDIS pour assurer les transferts, dont les moyens héliportés • Si possible, et après réception d'une expression de besoin de la part de l'ARS, appuyer logistiquement l'ES en groupes électrogènes, fuel • Mobiliser les forces de l'ordre pour sécuriser l'ES (sur expression de besoin de l'ES transmise par l'ARS) • Organiser des communications conjointes ARS/ Autorité préfectorale / SIDPC/ établissement concerné (directions de cabinet).	Dans le cadre d'une défaillance globale, coordonner la reprise d'activité en lien avec l'opérateur

Fiche technique 3 : Mise à l'abri (confinement)

Contexte

Cette fiche sera utilisée dans un contexte d'événement nécessitant **la mise à l'abri** (le confinement) sans délai des usagers et des personnels des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, notamment en cas de :

- Accident d'Installation classée pour la protection de l'environnement (ICPE) avec nuage toxique (risque NRC)
- Fumées massives (incendies)
- Tempête, tornade, inondation
- Etc.

La mise à l'abri pourra être ordonnée par les autorités préfectorales, notamment en cas de nuage toxique, via le cas échéant des dispositifs d'alerte massif (type FR-ALERT). Dans d'autres situations, la décision de mise à l'abri pourra être prise en concertation entre les secours, la direction de l'établissement et les autorités (ARS, autorité préfectorale et SIDPC). Une évaluation bénéfice/risque pourra être menée pour décider de la mise à l'abri ou de l'évacuation du bâtiment (cf. Quand déclencher l'évacuation – DST évacuation).

La mise à l'abri consiste à s'isoler à l'intérieur d'un bâtiment pour se protéger d'un nuage toxique ou d'un autre danger. Dès lors que la mise à l'abri ne permet plus de se protéger du danger, une évacuation devra être envisagée (cf. DST évacuation).

Se confiner pour se protéger d'un effet toxique : de quoi parle-t-on ?

Sauf si la structure d'un bâtiment ou d'un local a été conçue pour assurer son étanchéité à l'air extérieur (local de confinement), il s'agira d'assurer **l'étanchéité provisoire** d'un local non prévu à cet effet et avec des moyens limités (rouleau adhésif). En cas d'alerte et en l'absence de lieu de confinement identifié comme tel, il faut dès lors se rendre rapidement dans un bâtiment, si possible ne disposant pas de baies vitrées qui risqueraient de se briser en cas d'explosion. Une fois à l'intérieur, il faut rechercher une pièce, si possible sans fenêtre, et s'enfermer. Il faut alors s'assurer qu'aucune entrée d'air ne puisse se faire. Cela nécessite d'avoir à sa disposition de **l'adhésif,** ou tout autre matériel, pour colmater les portes et les fenêtres, et éteindre ou colmater les systèmes de ventilation, de climatisation et de chauffage présents dans la pièce (linges humides).

Les établissements de santé et médico-sociaux doivent prévoir les conditions de mise à l'abri du personnel et des usagers/patients dans leur plan de continuité d'activité.

Rôle des acteurs en cas de mise à l'abri (confinement) d'un ES ou EMS

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ES ou EMS impacté	1 - Mettre en place une cellule de crise avec notamment la fonction prévision pour évaluer le périmètre de confinement et sa durée, et selon les prévisions, évaluer la nécessité d'évacuer ou reconfigurer les services (à partir des consignes des autorités et des évaluations des expertises). 2 - ES : Alerter le SAMU afin d'adapter la régulation et l'ARS 3 - Activer le plan de sécurisation de l'établissement : • Confiner l'ensemble des personnes présentes dans l'établissement (prévoir un mode d'information rapide de l'ensemble des acteurs via un logiciel de rappel des personnels ou par téléphone) et alerter en précisant la conduite à tenir • S'assurer de la fermeture des portes et fenêtres • Baisser les volets et s'éloigner des fenêtres • En cas de nuage toxique ou sous recommandation des autorités ou des secours : s'assurer de l'arrêt des centrales de circulation d'air (VMC, CTA) • S'assurer du maintien du personnel dans les locaux (circuit d'information et de transmission de consignes par intranet et téléphone) • Terminer les actes de soin en cours 4 - Renforcer les capacités de réponse téléphoniques de l'établissement en prévision d'afflux éventuels d'appels de proches ou de patients	• Participer aux points de situation réguliers organisés par l'ARS (bilatérale ou points élargis) • Le cas échéant, évaluer en lien avec le SAMU, l'ARS et les éventuels experts du risque en cours la balance bénéfice/risque d'une évacuation plutôt que d'un maintien de la mise à l'abri au sein de la structure. • Organiser les évacuations, le cas échéant	• Communiquer la levée de l'alerte • S'assurer que les locaux sont conformes (qualité de l'air, contrôle de l'exposition…) et aérer les locaux ayant été utilisés pour la mise à l'abri.

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ARS	1 - Activer la cellule de crise (PVUS-R ou CRAPS) **2 - Evaluer les conséquences sur le système de santé :** • Contacter l'autorité préfectorale et le SIDPC pour évaluer la nature du risque, la menace, son impact éventuel et connaître la durée probable de l'événement ainsi que la conduite à tenir à relayer. • Evaluer la portée de l'événement : ○ Secteurs et communes concernés ○ Durée estimée du confinement ○ Nombre d'établissements et structures du système de santé impactés ○ Difficultés signalées à l'ARS • Evaluer les conséquences directes et indirectes de l'événement pour les établissements de santé et médico-sociaux (impacts sur la qualité de l'eau, arrêt des transferts, contrôle des accès sur la zone touchée…) • Participer à l'évaluation de la situation en lien avec l'autorité préfectorale / SIDPC /D(R)EAL ou SIS et mobiliser des expertises sanitaires 3 - Selon la portée de l'événement et le ou les établissements potentiellement impactés : alerter le SAMU, l'ESRR, les ES à proximité de l'événement, les professionnels de santé libéraux, le CORRUSS, l'ARS de Zone	• Organiser des points de situation conjoints ARS/ Autorité préfectorale / SIDPC /établissement(s) concerné(s) (directions de cabinet) • Organiser avec le SAMU les modalités d'adaptation de prise en charge de nouveaux patients (courants ou victimes de l'événement en cours). Si besoin, solliciter les ES non impactés par la mise à l'abri. • Selon l'événement : informer les ES du territoire impacté de la possibilité que des transferts de patients à hauts risques vitaux soient opérés vers leurs établissements à l'issue du déconfinement • Informer en continu les ES/EMS/SAMU de la nature du risque, de la portée de l'évènement et de sa durée • Organiser des communications conjointes ARS/ autorité préfectorale / SIDPC /établissement concerné (directions de cabinet) à l'attention de la population, des acteurs du système de santé sur la situation et la conduite à tenir (notamment les modalités d'accès aux soins) • Mobiliser des moyens pour la prise en charge des victimes potentielles (moyens tactiques zonaux) via l'ARS de Zone. • Le cas échéant, évaluer en lien avec le SAMU, l'ARS et les éventuels experts du risque en cours la balance bénéfice/risque d'une évacuation de l'établissement plutôt que du maintien d'un confinement au sein de la structure. • En cas de décision d'évacuer un ou plusieurs établissements de santé ou établissements médico-sociaux, se référer à la DST évacuation.	• Informer les ES/EMS/SAMU du retour à la normale • Communiquer conjointement avec l'autorité préfectorale et le SIDPC sur le retour à la normale auprès de la population

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
SAMU concerné	• Adapter la régulation des patients vers les ES non impactés • Protéger les personnels avec les EPI adaptés en fonction de l'évènement	• Participer aux échanges avec l'ARS (et éventuellement les ES) sur les meilleures modalités de répartition des patients vers les ES non impactés du territoire et adapter la régulation le cas échéant • Le cas échéant, évaluer en lien avec les ES et l'ARS et les éventuels experts du risque en cours la balance bénéfice/risque d'une évacuation de l'établissement plutôt que du maintien d'un confinement au sein de la structure.	Reprendre une régulation normale
Autorité préfectorale / SIDPC	Informer l'ARS de l'évènement en cours au numéro unique joignable 24h/24 et 7j/7 (09.74.50.00.09) et via le mail ars35-alerte@ars.sante.fr	• Organiser les communications conjointes ARS/ autorité préfectorale / SIDPC /établissement concerné (directions de cabinet) • Appuyer le SAMU et l'ARS en cas de nécessité de transferts par moyens héliportés notamment (moyens SDIS) **Le cas échéant :** • Renforcer les transports sanitaires en mobilisant les moyens SDIS pour assurer les transferts, dont les moyens héliportés • Si possible, appuyer logistiquement le ou les établissements impactés après remontée des expressions de besoin de l'ARS • Si besoin, mobiliser les forces de l'ordre pour sécuriser le ou les établissements impactés	Communiquer conjointement avec l'ARS sur le retour à la normale auprès de la population et des acteurs du système de santé et médico sociaux

Fiche technique 4 : Mise en sécurité d'un établissement de santé/établissement médico-social (attentat / intrusion)

Contexte

Pivots de la réponse du système de santé, les établissements de santé sont en première ligne en cas d'attentat terroriste. La continuité des soins étant indispensable, il est donc essentiel de les protéger. Ils peuvent en effet être les cibles directes d'attentats ou de sur-attentats car ils disposent d'une charge symbolique importante et que l'atteinte aux hôpitaux entraînerait une désorganisation importante de la chaîne des secours. Outre le risque terroriste, la présence de nombreux flux et accès participe à l'exposition des établissements de santé à des risques d'intrusion ou d'agression (tentative de vol de matériels, de médicaments ou d'effets personnels des patients/résidents, reproche relatif à la prise en charge d'un patient, règlement de compte et conflits familiaux…).

Remarques :

- En cas d'attentat à proximité d'un établissement de santé, l'enjeu sera de faire face à un éventuel afflux de victimes.
- En cas d'intrusion physique, l'enjeu sera le confinement de tout ou partie de l'établissement.

Rôle des acteurs en cas de mise en sécurité d'un ES ou EMS (attentat/intrusion)

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ES/EMS impacté	• Activer le plan de sécurisation de l'établissement (PSE) volet « intrusion » ou « attentat à proximité ». • Contacter sans délai (agents de sécurité) les services de police/gendarmerie (17) qui détacheront des équipages. Ceux-ci seront pris en charge à leur arrivée par le personnel de sécurité et mis en relation avec le Responsable de sécurité ou son représentant. • Préparer les ressources destinées aux forces de l'ordre : plans, personnels, clés, badges, mise à disposition d'une salle de crise, etc. • Activer (directeur de garde) les mesures complémentaires en cas d'attentat du plan de sécurisation, notamment les mesures de protection des personnes. • Alerter le SAMU pour assurer la prise en charge immédiate d'éventuelles victimes ou pour adapter la régulation en cas d'intrusion dans l'établissement et impossibilité d'accueillir de nouveaux patients. • Alerter l'ARS et préciser les besoins d'appui le cas échéant.	• Faciliter l'intervention des forces de l'ordre (Police, Gendarmerie) : accès aux locaux, progression de la colonne d'intervention, coordination médicale, etc. en cas d'intrusion ou de bouclage du site en cas d'attentat à proximité. • En cas d'intrusion, mettre à disposition des forces de l'ordre des locaux pour la gestion des opérations : la salle devra comprendre des moyens de communication internes et externes, des moyens de projection pour les plans, etc. • Garantir une communication entre les forces de l'ordre et la cellule de crise de l'établissement. • Adapter l'offre de soins pour la prise en charge éventuelle de nombreuses victimes (cf. plan ORSAN AMAVI).	• Assurer le retour à la normale (communication, reprise des activités en cas d'interruption). • Assurer un retour d'expérience en interne puis avec les partenaires.

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ARS	• Activer la cellule de crise ARS et se rendre en COD sur sollicitation de l'autorité préfectorale et du SIDPC. **En cas de menace imminente sur le territoire contre les ES/EMS de tout ou partie de la région (alerte préfectorale) :** • Alerter le CORRUSS, les SAMU, et selon la situation les établissements du territoire pour qu'ils se tiennent prêts à activer leur PSE. **En cas d'intrusion ou d'attentat :** • Alerter le CORRUSS, le SAMU, et les établissements 1ère et 2è ligne AMAVI pour qu'ils se tiennent prêts à activer leur plan blanc pour la prise en charge de nombreuses victimes. • Assurer le relai des besoins de sécurisation dans les ES/EMS auprès de l'autorité préfectorale et du SIDPC via l'agent en COD. • Préparer la communication de crise en lien avec l'autorité préfectorale et le SIDPC (sans se substituer au Procureur de la République).	• Suivre l'évènement sur Synergi. • Participer aux points de situation avec l'autorité préfectorale / SIDPC / SAMU / ES. • Solliciter des renforts éventuels (police ou gendarmerie) auprès de l'autorité préfectorale et du SIDPC.	Informer les partenaires de la fin de l'incident.

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
SAMU concerné	**En cas d'attentat à proximité :** Se préparer à prendre en charge immédiatement et à réguler d'éventuelles victimes **En cas d'intrusion :** Adapter la régulation si l'établissement ne peut plus accueillir de patient	• Participer aux points de situation avec ARS / autorité préfectorale / SIDPC / ES • Faire appel au SAMU de Zone pour des moyens complémentaires le cas échéant	Reprendre une régulation normale
Autorité préfectorale / SIDPC	Informer l'ARS de l'évènement en cours au numéro unique joignable 24h/24 et 7j/7 (09.74.50.00.09) et via la boite mail ars35-alerte@ars.sante.fr	• Organiser les **communications conjointes** ARS/ autorité préfectorale / SIDPC / établissement concerné (directions de cabinet) • Appuyer le SAMU et l'ARS en cas de nécessité de transferts par moyens héliportés notamment (moyens SDIS) **Le cas échéant :** • Renforcer les transports sanitaires en mobilisant les moyens SDIS pour assurer les transferts, dont les moyens héliportés • Si possible, appuyer logistiquement l'ES après remontée des expressions de besoin par l'ARS • Si besoin, mobiliser les forces de l'ordre pour sécuriser l'ES • Apporter son concours le cas échéant • Préparer la communication en lien avec l'ARS	Communiquer conjointement avec l'ARS du retour à la normale auprès de la population et des acteurs du système de santé et médico sociaux

Fiche technique 5 : Défaillance eau potable (risque réseau)

Contexte

Les tensions que font peser les évolutions climatiques sur les ressources hydrauliques conduisent à porter une attention redoublée à la qualité et à la quantité de l'eau potable. A la suite de difficultés rencontrées sur le territoire régional et à l'échelle nationale durant l'été 2022, cette fiche technique a pour objectif d'accompagner les différents acteurs du champ de la santé dans la gestion d'une crise liée à une pénurie d'eau potable.

La rupture en eau potable peut se matérialiser sous deux façons :

- Rupture quantitative ;
- Rupture qualitative (l'eau est distribuée MAIS de qualité dégradée).

En cas de rupture en eau potable, les établissements de santé (ES) et les établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont considérés comme des **usagers prioritaires**. Le plan ORSEC « alimentation en eau potable » plan précise au niveau départemental les modalités d'intervention des pouvoirs publics face à ces situations afin de limiter au maximum les ruptures qualitatives ou quantitatives de l'alimentation en eau. La liste des usagers prioritaires est définie dans ce cadre.

Cependant, cela n'exclut pas pour autant des situations de rupture en eau potable.

Actions préventives

Le ministère chargé de la santé a rédigé deux fiches relatives au risque de restriction ou de rupture d'approvisionnement en eau potable dans les établissements de santé et établissements sociaux et médico-sociaux. Elles proposent une méthodologie d'élaboration d'un plan d'approvisionnement en eau potable en prévision d'une situation d'urgence.

- DGS, Risque de restriction ou de rupture d'approvisionnement en eau potable dans les établissements de santé
- DGS, Risque de restriction ou de rupture d'approvisionnement en eau potable dans les établissements sociaux et médico-sociaux

Rôle des acteurs en cas de défaillance de la fourniture en eau potable en ES ou EMS

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ES/EMS impacté	• Déclencher le PCA et le plan blanc (PGTHSSE)/plan bleu le cas échéant, activer la cellule de crise • Informer l'ARS via le point focal régional et zonal 09 74 50 00 09 (numéro unique H24 7/7j) et ars35-alerte@ars.sante.fr	• Mettre en place les mesures d'urgence d'épargne et/ou de substitution de l'eau telles que prévues dans le plan d'approvisionnement en eau potable en situation d'urgence (cf. fiches ministère chargé de la santé). • Evaluer les conséquences pour chaque service de l'établissement et l'impact de l'évènement sur la prise en charge des patients présents (interruptions d'activités, nécessité d'organiser des prises de relai …) • Evaluer les conséquences de la dégradation de la qualité de l'eau ou de la rupture en eau sur les process (stérilisation…) • Déprogrammer des interventions, le cas échéant • Transférer des patients, le cas échéant • Participer aux points de situation réguliers organisés par l'ARS (bilatérale ou points élargis) • En cas d'impact sur la continuité des prises en charge, assurer une communication en interne et en externe.	• Prévoir les vérifications de la potabilité de l'eau au regard de ses propres exigences par point d'usage de l'eau
ARS	**Selon l'ampleur de la situation et l'impact de l'incident** (typologie d'établissement touchés par la coupure, nombre de patients/résidents pris en charge…) : • Activer la plateforme de veille et d'urgence sanitaire renforcée (PVUS-R) ou la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS)	• Valider la conformité sanitaire des propositions de la PRPDE. • Organiser des points de situation avec la PRPDE • Organiser des points de situation avec le ou les établissement(s) impacté(s) et transmettre les informations sur la durée attendue de la coupure, la qualité de l'eau, etc. **Appuyer les établissements en cas de nécessité de transfert de patients :** • Alerter les ES et appuyer le SAMU dans la recherche d'ES pouvant accueillir les patients à transférer	• Prévoir les vérifications de la potabilité de l'eau pour la population générale • Informer les établissements de sa compétence de la levée du dispositif

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ARS	• Informer le SAMU, l'autorité préfectorale et le SIDPC (téléphone astreinte SIDPC), le CORRUSS et l'ARS de Zone Ouest **Afin d'évaluer les conséquences sur le système de santé :** • Contacter le gestionnaire du réseau d'eau potable pour évaluer le périmètre géographique de la coupure, et sa durée éventuelle **Evaluer la portée de l'événement avec l'Autorité préfectorale et le SIDPC et le gestionnaire du réseau d'eau potable :** • Secteurs et communes concernées • Durée estimée de la coupure d'eau • Nombre d'établissements et structures du système de santé impactés (FINESS, portail Atlasanté) • Nombre de structures d'adduction en eau potable impactées • Difficultés signalées à l'ARS	• Solliciter l'ARS de Zone en cas de nécessité de rechercher des places en dehors de la région • Alerter les opérateurs et les institutions partenaires afin de faciliter la mobilisation des moyens nécessaires au transfert des patients (transporteurs sanitaires, moyens héliportés en lien avec le niveau zonal de l'ARS, moyens SDIS (via l'autorité préfectorale et le SIDPC) **Réorganiser l'offre de soins :** • En cas de fermeture de services dans l'établissement impacté, organiser une audioconférence avec les SAMU concernés et les ES d'appui afin de s'assurer de la bonne organisation de l'appui territorial et de la capacité des ES d'appui à prendre en charge le surplus de patients • Si nécessaire, contacter d'autres ES de la région ou extrarégionaux via l'ARS de Zone pour organiser des appuis supplémentaires • Solliciter si besoin SOS médecin et les MMG pour étudier les possibilités de renforcer l'offre libérale et d'anticiper des retours à domicile de patients • Demander l'activation des plans blancs si nécessaire Assurer un **appui logistique** aux établissements impactés, notamment en centralisant l'expression des besoins (citerne, eau embouteillée, organisation d'un schéma de solidarité territorial pour approvisionner les établissements en filtres et garantir l'activité de soins critiques) et en les communiquant aux acteurs pouvant apporter un soutien (PRPDE, préfecture, autres établissements…) Organiser des **communications conjointes** ARS/ préfecture /établissement concerné (directions de cabinet) / PRPDE	• Assurer une communication conjointe à la population du retour à la normale

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
SAMU	• Mettre en pré-alerte les SMUR périphériques et selon la portée de la situation, les SAMU limitrophes et le SAMU de Zone	• Participer aux points de situation avec l'ARS et le(s) établissement(s) impacté(s) pour décider d'une éventuelle réorganisation de l'offre de soin • Adapter la régulation des patients vers les ES non impactés, conformément à la stratégie définie en lien avec l'ARS et les établissements • Le cas échéant, participer à l'organisation des transferts des patients à risque au vu des impacts/dysfonctionnements de l'établissement.	Reprendre une régulation normale
Autorité préfectorale / SIDPC	• Informer l'ARS de l'évènement en cours au numéro unique joignable 24h/24 et 7j/7 (09.74.50.00.09) et via le mail ars35-alerte@ars.sante.fr • Partager l'information sur la nature de l'événement, le niveau de risque et ses impacts potentiels	**Le cas échéant :** • Renforcer les transports sanitaires en mobilisant les moyens SDIS pour assurer les transferts, dont les moyens héliportés • Si possible, appuyer logistiquement l'ES (citerne, eau embouteillée, …) après expression de besoin de l'ARS • Organiser des **communications conjointes** ARS/ autorité préfectorale / SIDPC /établissement concerné (directions de cabinet) / PRPDE	Assurer une communication conjointe à la population du retour à la normale

DST CYBERSÉCURITÉ

Document validé le 28/03/2024

1. Contexte

Les incidents numériques et notamment les cyberattaques se sont multipliés et touchent fréquemment les établissements de santé. Les signalements d'incidents de sécurité ont doublé en 2021 par rapport à 2019 et 2020 dans le secteur de la santé.

La sécurité des systèmes d'information et le traitement des incidents sont devenus une priorité pour les pouvoirs publics car ces attaques peuvent directement menacer non seulement la sécurité du système d'information de l'établissement, mais également la sécurité des patients qui sont pris en charge. Ces attaques peuvent conduire à une désorganisation de la structure ciblée en neutralisant notamment les communications internes et externes. Elles peuvent également perturber l'offre de soins en engendrant une augmentation des temps de prise en charge, du fait des impacts sur les systèmes d'informations.

2. Prérequis (plans et organisation SSE)

Les enjeux de la sécurité informatique sont croissants. Les attaques font dorénavant partie du quotidien des organisations, les établissements doivent donc se protéger.

A noter que l'instruction du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'action sur la sécurité des systèmes d'information (« Plan d'action SSI ») vise à opérer une mise à niveau minimale de la sécurité des systèmes dans toutes les structures concernées.

Se préparer aux crises cyber

- Etablir ou mettre à jour la politique de sécurité des systèmes d'information (PSSI), notamment, avoir des procédures papier en cas de black-out ;
- Intégrer le risque cyber dans le plan de continuité d'activité et tenir compte de l'impact d'une défaillance des SI dans le PGTHSSE et plan bleu ;
- Faire du risque cyber une composante inhérente à la conception des projets au sein de l'établissement ;
- Identifier les besoins internes et la stratégie globale à retenir en cas d'attaque ;

- Réaliser un exercice de continuité d'activité numérique chaque année avec un plan d'action à l'issue et des procédures à formaliser.

Le guide d'aide à la préparation du plan blanc numérique, à destination des établissements de santé, pourra utilement être mobilisé pour préparer la réponse de l'établissement en cas de crise cyber.

Renforcer la sécurité des systèmes d'information

- Afin d'optimiser la résilience des systèmes, privilégier les redondances (systèmes de production d'énergie, de circuit de refroidissement, des chemins d'acheminement de fibres optiques…) et avoir une analyse de risques des vulnérabilités (prévoir des redondances et un mode dégradé) ;
- Suivre une politique de gestion des identifications et des mots de passe rigoureuse ;
- Pour les établissements sièges de SAMU, travailler la possibilité de préserver le fonctionnement du SAMU en l'isolant de façon informatique, notamment en prévoyant 2 réseaux internet distincts (fonctionnement SAMU de manière indépendante de l'ES pour la partie SI).

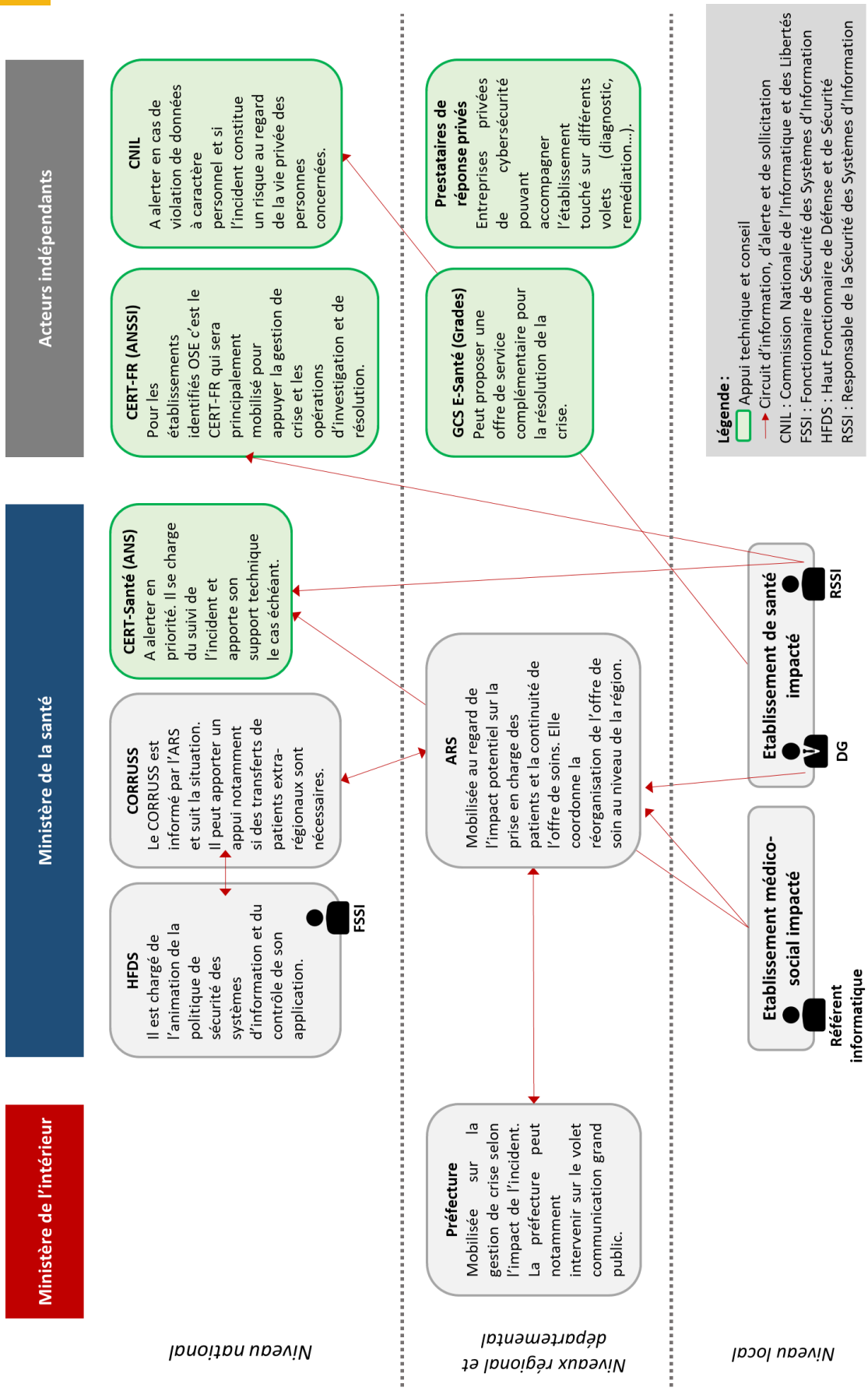
Renforcer la sécurité des locaux

- Veiller à la sécurité physique des systèmes et à leur sécurité logicielle ;
- Structurer la sécurisation de l'accès aux locaux et des ouvertures : en termes physiques et en termes de gestion des droits d'accès (sécurisation par contrôle d'accès badge + code limité au personnel habilité) ;
- Equiper les locaux concernés d'alarmes anti-intrusion, incendie et dépassement de seuil de température.

Former les professionnels au risque cyber

- Assurer la montée en compétence en cybersécurité des agents en charge de la sécurité informatique (formations, réalisation d'exercices simulant des attaques, développement et diffusion auprès de l'ensemble des personnels d'une politique de sensibilisation à la cybersécurité) et disposer de professionnels formés sur les procédures et modes dégradés en cas de cyberattaque.

3. Coordination interacteurs



Rôle des acteurs au niveau national

CORRUSS/HFDS : sur un incident à fort impact, le CORRUSS est informé et suit étroitement l'évolution. En outre, le CORRUSS informe le HFDS qui supervise également certains aspects de l'incident, notamment en matière de communication extérieure.

CERT-Santé (ANS) : le CERT Santé est un service de réponse à incident 24h/24 et 7j/7. Il s'agit d'accompagner les bénéficiaires du CERT Santé confrontés à un incident majeur ayant déjà affecté un ou plusieurs services numériques et contraignant l'établissement à mettre en place un mode dégradé de fonctionnement. Ce service est uniquement ouvert aux établissements de santé et aux centres de radiothérapie.

Il est le premier organisme à activer sur un constat d'incident lié aux Systèmes d'Information. Le CERT-Santé se charge du suivi de l'incident et apporte son support technique le cas échéant.

Il est chargé :

- D'enregistrer les signalements des incidents de sécurité des systèmes d'information ;
- D'analyser et qualifier les signalements ;
- D'alerter les autorités compétentes ;
- D'animer la communauté cyberveille santé ;
- D'apporter son appui pour répondre aux incidents ;
- D'animer un webinaire trimestriel sur la cybersécurité.

CERT-FR (ANSSI) : traite, sur le plan technique, les incidents de cybersécurité.

L'ANSSI est l'autorité nationale en matière de cybersécurité. Elle s'est dotée en décembre 2015 d'un dispositif d'action visant à soutenir les acteurs à l'échelle régionale.

Pour les établissements identifiés OSE (Opérateurs de Services Essentiels) c'est l'ANSSI qui sera principalement mobilisée pour appuyer la gestion de crise et les opérations d'investigation et de résolution.

Rôle des acteurs au niveau régional

ARS : est mobilisée au regard de l'impact potentiel sur la prise en charge des patients et la continuité de l'offre de soins. Lors d'une déclaration au CERT-Santé par un établissement, l'ARS est également notifiée, suit l'incident et mobilise les expertises et renforts nécessaires.

GCS e-Santé Bretagne (GRADeS) : dans certaines conditions, le GCS E-Santé peut être mis à contribution notamment au regard de potentielles offres de services complémentaires pour la résolution de la crise qui seraient présentes dans son centre de ressources régionales. En Bretagne, il est disponible via l'adresse suivante : ssi@esante-bretagne.fr

Le GCS e-Santé Bretagne est un interlocuteur privilégié en région. Il déploie et coordonne les projets et services de e-santé sur le territoire breton en accompagnant les professionnels de santé dans cette transition.

Les délégués de l'ANSSI en régions : tous spécialistes de la sécurité du numérique, ils œuvrent en synergie avec les structures et les autorités régionales existantes pour prévenir les incidents et sensibiliser les acteurs locaux du public et du privé aux bonnes pratiques informatiques.

Rôle des acteurs au niveau local

Etablissement de santé : organise la réponse de l'établissement via le déclenchement de son PSE et sollicite les renforts nécessaires.

En cas d'incident SI, les responsabilités sont les suivantes :

- La Direction Générale : responsable de la sécurité globale de l'établissement
- Le Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information : expert auditeur SSI
- Le Directeur des Systèmes d'Information : maitre d'œuvre de la SSI
- Le Responsable de la sécurité physique : supervision des flux physiques et des accès

Leurs contacts sont partagés avec les services compétents de l'ARS Bretagne (annuellement à minima).

4. Rôle des acteurs du champ « santé » en cas d'incident

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ES ou EMS impacté	• Isoler les sauvegardes • Déconnecter son équipement ou son système d'information d'Internet. Pour un équipement individuel, cela peut se traduire par le retrait de la prise ou la désactivation des services Wifi. Pour un SI d'établissement, l'action peut être menée sur l'équipement réseau ou le pare-feu. Cela évitera une fuite éventuelle de données. • Ne pas éteindre, ne pas modifier les ordinateurs et matériels affectés par l'attaque : ils seront utiles aux enquêteurs. • En cas de rançongiciel, ne jamais payer la rançon demandée : des solutions de déchiffrement existent et vous serez assistés par des gardiens de la paix → Vos sauvegardes vous permettront de retrouver une activité normale. • Signaler les incidents « significatifs ou graves » de sécurité informatique sur le Portail de signalement des événements sanitaires indésirables : https://signalement.social-sante.gouv.fr • Informer son assureur et le prestataire de réponse à l'incident • En parallèle, informer par mail et par téléphone l'ARS : ars-bretagne-dis@ars.sante.fr et ars35-	**Gestion de l'incident de SSI** • Identifier objectivement le problème (prioritairement le RSSI et/ou l'équipe de la direction des systèmes d'information qui opère car possédant une connaissance fine des Systèmes d'Information). Pour l'évaluation de l'impact, le recours aux directions métiers peut être nécessaire. • Investiguer pour dresser un état fidèle du périmètre technique touché et confirmer/préciser l'impact réel sur les système d'information et l'activité de l'établissement. Cette phase d'analyse se fait par la direction des systèmes dinformation et le RSSI en coordination avec les directions métiers impactées. Selon le contexte, l'établissement est appuyé par le CERT-Santé et éventuellement l'ANSSI ou d'autres appuis extérieurs. Dans le cas spécifique d'un établissement OSE subissant un fort impact des suites d'une cyber-attaque, l'ANSSI peut dépêcher une délégation sur site pour aider à l'analyse de la situation. Si cela est jugé nécessaire, il est fortement recommandé de le demander. • Travailler à la remédiation avec le prestataire de réponse à l'incident, le CERT-Santé, l'ANSSI Le rapport d'impact devra prévoir trois sections distinctes : 1. Rapport d'impact technique (spécifique aux éléments de systèmes d'information touchés) 2. Rapport d'impact stratégique (spécifique aux données paralysées et/ou dérobées)	• Rétablir les services critiques rapidement • Rétablir les services informatiques, Internet, la messagerie, et les applications métiers • Intégrer les ressources pour permettre la réintégration des données d'activité dans le SI

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ES ou EMS impacté	alerte@ars.sante.fr et par téléphone au 09 74 50 00 09 • Si l'incident implique des données personnelles[16] et présente un risque pour les droits et libertés des personnes, informer la CNIL dans les 72h : Notifier une violation de données personnelles | CNIL • Pour les établissements qui sont OSE (Opérateurs de Services Essentiels, déclarer l'incident auprès de l'ANSSI : https://www.ssi.gouv.fr/en-cas-dincident/ • **Porter plainte auprès du commissariat de police ou de gendarmerie sous 72h (prévu dans la loi LOPMI _ sous peine de non-remboursement)** • En cas de coupure du système de vidéoprotection, des mesures de surveillance humaine doivent être mises en œuvre par le service sécurité. Les automates du système de contrôle d'accès sont autonomes et peuvent gérer le filtrage même en cas d'attaque. • Informer les professionnels de l'établissement (événement + impact + consignes)	3. Rapport d'impact opérationnel (spécifique aux conséquence sur les services de soins). Le rapport d'impact généré à cette étape sera le socle du plan de remédiation. • Définir un plan global de remédiation afin de pouvoir se projeter sur des délais réalistes de retour à la normale. • Reconstruire les systèmes d'information impactés sur la base du plan de remédiation arbitrée. **Continuité de l'offre de soins** • Activer la cellule de crise qui pilotera toutes les actions liées à la gestion et à la remédiation de l'incident jusqu'au retour à une situation stabilisée. • « Isoler » le SAMU (préserver la partie téléphonie) • Travailler la communication auprès de la population en lien avec l'ARS, et les services préfectoraux le cas échéant • Participer aux points de situation avec l'ARS • Identifier les impacts sanitaires de la coupure internet pour l'établissement mais également pour les partenaires dépendants le cas échéant • Mettre en œuvre le plan de continuité d'activité en cas de coupure réseau • Activer le fonctionnement en mode dégradé (procédures papier, contacts uniquement par téléphone, transmissions par fax,…) le temps de la résolution de l'incident • Déprogrammer certaines activités, le cas échéant	

[16] Cf. Article 34 du règlement RGPD

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ARS	• Informer les opérateurs de santé à proximité, voire au niveau régionale et/ou zonal • Activer la plateforme de veille et d'urgence sanitaire renforcée (PVUS-R) ou la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) • Informer au plus vite le SAMU, l'autorité préfectorale et le SIDPC (téléphone astreinte SIDPC), le CORRUSS et l'ARS de Zone Ouest • Participer au COD, si demande de l'autorité préfectorale • Analyser l'évènement avec les différents partenaires • Ajuster les modalités d'information et la conduite à tenir définie • Accompagner l'établissement de santé impacté dans la mise en œuvre des éventuelles mesures de protection, • Anticiper des éventuelles évacuations en lien avec le SAMU => Cf. DST évacuation • Organiser la continuité de l'offre de soins du territoire en lien avec le SAMU.	• Assurer le suivi de la situation grâce notamment à la mise en place de points de situation avec l'établissement concerné et le SAMU • Apporter son concours au SAMU pour mobiliser les transports nécessaires à des transferts de patients • Assurer une communication sur l'incident en lien avec l'établissement concerné et l'autorité préfectorale, notamment pour prévenir la population et donner une conduite à tenir. • Rendre compte au CORRUSS **Appuyer les établissements en cas de nécessité de transfert de patients :** • Evaluer, en lien avec l'établissement, le profil des patients qui doivent être transférés le cas échéant • Coordonner la recherche d'établissements pouvant accueillir les patients à transférer • Solliciter l'ARS de Zone en cas de nécessité de rechercher des places en dehors de la région • Mobiliser les transporteurs sanitaires pour assurer les transferts, dont les moyens héliportés (en lien avec le niveau zonal de l'ARS) et les moyens des SDIS (via la préfecture)	• Informer les partenaires du retour à la normale • Espacer les points de situation

	Alerte	Montée en puissance	Retour à la normale
ARS		**Réorganiser l'offre de soins :** • En cas de fermeture de services dans l'établissement impacté, organiser une audioconférence avec les SAMU concernés et les ES d'appui afin de s'assurer de la bonne organisation de l'appui territorial et de la capacité des ES d'appui à prendre en charge le surplus de patients • Organiser la solidarité régionale avec la mobilisation des établissements de santé de proximité • Solliciter si besoin SOS médecin et les MMG pour étudier les possibilités de renforcer l'offre libérale Demander l'activation des plans blancs si nécessaire • Organiser si nécessaire des déprogrammations d'activité en lien avec l'établissement • Si nécessaire, contacter d'autres ES de la région ou extrarégionaux via l'ARS de Zone pour organiser des appuis supplémentaires	
SAMU	• Mettre en pré-alerte les SMUR périphériques et selon la portée de la situation, les SAMU limitrophes et le SAMU de Zone	• Activer les procédures dégradées (pour accéder au SI SAMU, SI-VIC, …) • Participer aux points de situation avec l'ARS et le(s) établissement(s) impacté(s) pour décider d'une éventuelle réorganisation de l'offre de soin • Adapter la régulation des patients vers les ES non impactés, conformément à la stratégie définie en lien avec l'ARS et les établissements • Coordonner les transferts de patients, le cas échéant • Mobiliser les transports nécessaires pour assurer les transferts	Adapter la régulation

Annexes

CLASSEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ BRETONS

Le tableau ci-dessous précise le classement des différents établissements de la région pour chaque plan ORSAN. Il a été adressé à chaque établissement en 2022 et 2023.

DPT	Commune	Nom de l'Établissement	AMAVI	MEDICO-PSY	EPICLIM	NRC	REB
22	Bégard	Fondation Bon Sauveur					
22	Dinan	CH René Pléven					
22	Dinan	Fondation Saint Jean de Dieu					
22	Dinan	Polyclinique du Pays de Rance					
22	Guingamp	CH de Guingamp					
22	Lamballe	CH du Penthièvre et du Poudouvre					
22	Lannion	CH Lannion - Pierre Le Damany					
22	Lannion	Polyclinique du Trégor					
22	Paimpol	CH de Paimpol					
22	Plancoët	Clinique Maison de Velléda					
22	Plérin	Hôpital Privé des Côtes d'Armor					
22	Plérin	Centre Hélio Marin					
22	Ploufragan	Centre SSR Les Châtelets					
22	Plouguernével	AHB - Association hospitalière de Bretagne					
22	Saint-Brieuc	CH Yves Le Foll					
22	Trégueux	Clinique La Cerisaie					
22	Tréguier	CH de Tréguier					
22	Yffiniac	Clinique du Val Josselin					
29	Benodet	Clinique Les Glénans					
29	Bohars	Clinique de l'Iroise					
29	Bohars	MRC Kérampir					
29	Brest	CHU de Brest					

DPT	Commune	Nom de l'Établissement	AMAVI	MEDICO-PSY	EPICLIM	NRC	REB
29	Brest	Clinique Pasteur - Lanroze					
29	Brest	HIA Clermont Tonnerre					
29	Brest	Clinique du Grand Large					
29	Brest	Polyclinique Keraudren Gd Large					
29	Carhaix	CH Carhaix					
29	Chateaulin	Clinique Kerfriden					
29	Concarneau	CH Concarneau					
29	Crozon	CH de Crozon					
29	Douarnenez	CH de Douarnenez					
29	Douarnenez	CRF de Tréboul					
29	Guipavas	Clinique Pen An Dalar					
29	Landerneau	CH Ferdinand Grall Landerneau					
29	Landerneau	Institut de Réadaptation du Cap Horn					
29	Lanmeur	CH de Lanmeur					
29	Lesneven	CH de Lesneven					
29	Morlaix	CH des Pays de Morlaix					
29	Morlaix	Clinique de la Baie de Morlaix					
29	Pont-l'abbe	CH Hôtel Dieu					
29	Quimper	CH Intercommunal de Cornouaille					
29	Quimper	EPSM du Finistère Sud					
29	Quimper	Clinique Mutualiste Bretagne Occidentale					
29	Quimperle	CH Quimperlé					
29	Roscoff	Fondation ILDYS					
29	Saint renan	CH Le Jeune					
29	Saint yvi	Pôle de réadaptation de Cornouaille					
35	Antrain	CH Les Marches de Bretagne					
35	Baguer morvan	Centre de Convalescence St Thomas de Villeneuve					
35	Bain de bretagne	Hôpital Saint Thomas de Villeneuve					
35	Bruz	Clinique du Moulin					

DPT	Commune	Nom de l'Établissement	AMAVI	MEDICO-PSY	EPICLIM	NRC	REB
35	Cancale	CH Hamon Vaujoyeux					
35	Cesson-sévigne	Hôpital Privé Sévigné					
35	Combourg	Clinique Saint Joseph					
35	Dinard	Hôpital Arthur Gardiner					
35	Fougères	CH de Fougères					
35	Janzé	CH de Janzé					
35	La guerche de bretagne	CH de La Guerche de Bretagne					
35	Le grand fougeray	CH du Grand Fougeray					
35	Montfort sur meu	CH de Monfort Sur Meu					
35	Pont péan	Clinique Philae					
35	Redon	CH de Redon-Carentoir					
35	Rennes	CH Guillaume Regnier					
35	Rennes	CHU de Rennes					
35	Rennes	Clinique L'Espérance					
35	Rennes	Clinique Mutualiste La Sagesse					
35	Rennes	Clinique Saint Yves					
35	Rennes	CRLCC Eugène Marquis					
35	Rennes	Pôle MPR Saint Hélier					
35	Rennes	Polyclinique Saint Laurent					
35	Rennes	Clinique FESF Beaulieu					
35	Saint grégoire	CH Privé					
35	Saint malo	CH de Saint Malo					
35	Saint malo	Clinique de la Côte d'Émeraude					
35	Saint meen le grand	CH du Docteur De Tersannes					
35	Vern sur seiche	Centre de Convalescence Le Patis Fraux					
35	Vitré	CH de Vitré					
56	Auray	CH Auray					
56	Bréhan	Établissement Spécialisé Ker Joie					
56	Caudan	EPSM Caudan					

DPT	Commune	Nom de l'Établissement	AMAVI	MEDICO-PSY	EPICLIM	NRC	REB
56	Colpo	Centre de Convalescence Korn Er Houët					
56	Guémené-sur-scorff	CH Alfred Brard					
56	Guidel	Centre post-cure Kerdudo					
56	Lanester	MRC Keraliguen					
56	Larmor plage	Clinique Saint Vincent					
56	Le palais	CH Yves Lanco					
56	Lorient	Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient					
56	Lorient	GHBS					
56	Malestroit	Clinique des Augustines					
56	Nivillac	CH Basse Vilaine					
56	Noyal-pontivy	Polyclinique de Kério					
56	Ploemeur	Clinique du Ter					
56	Ploemeur	CRF Kerpape					
56	Ploemeur	Maison de Santé Spécialisée Le Divit					
56	Ploërmel	CH Alphonse Guérin					
56	Pontivy	CH Centre Bretagne					
56	Quimperlé	MRC Saint Joseph					
56	Saint avé	EPSM du Morbihan					
56	Séné	Clinique du Golfe					
56	Vannes	CH Bretagne Atlantique					
56	Vannes	Clinique Océane					

LISTE DES ETABLISSEMENTS VULNERABLES FACE AUX RISQUES MAJEURS

Les risques majeurs dont les effets sont mesurables sur le terrain ont été ciblés prioritairement. Les établissements apparaissant dans les tableaux ci-dessous sont classés vulnérables au risque SEVESO et/ou inondation et/ou feux de forêt d'après les analyses de données réalisées par l'ARS de juin à décembre 2023.

Les risques diffus comme les tempêtes ou les épidémies, qui ne peuvent pas être mesurés spatialement, n'ont pas fait lieu d'un classement d'établissements concernés. Plus d'informations concernant les risques qui touchent la région sont disponibles en introduction générale (page 17).

Risque industriel

Un établissement est considéré vulnérable au risque industriel (SEVESO) si l'établissement est situé sur une commune sur laquelle a été mis en place un Plan Particulier d'Intervention (PPI).

Etablissements vulnérables au risque industriel	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque industriel	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque industriel	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque industriel	
FINESS Géographique	Raison sociale

Risque inondation

Un établissement est considéré vulnérable au risque inondation si :

- Si l'établissement est situé dans une Enveloppe Approchée d'Inondations Potentielles (EAIP) (source : DREAL) et/ou,
- Si l'établissement est situé dans un Atlas des Zones Inondables (AZI) (source : DREAL) et/ou,
- Si l'établissement est situé à l'intérieur de la Zone d'Inondation Potentielle / Zones Inondées par Classe de Hauteur (source : DREAL) et/ou,
- Si l'établissement est situé à l'intérieur du zonage du Plan de Prévention des Risques Naturels (source : DDTM)

Etablissements vulnérables au risque inondation	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque inondation	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque inondation	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque inondation	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque inondation	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque inondation	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque inondation	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque inondation	
FINESS Géographique	Raison sociale

Risque feux de forêt

Un établissement est considéré vulnérable au risque feux de forêt s'il est situé sur une commune exposée au risque incendie (source : DRAAF).

Etablissements vulnérables au risque feux de forêt	
FINESS Géographique	Raison sociale

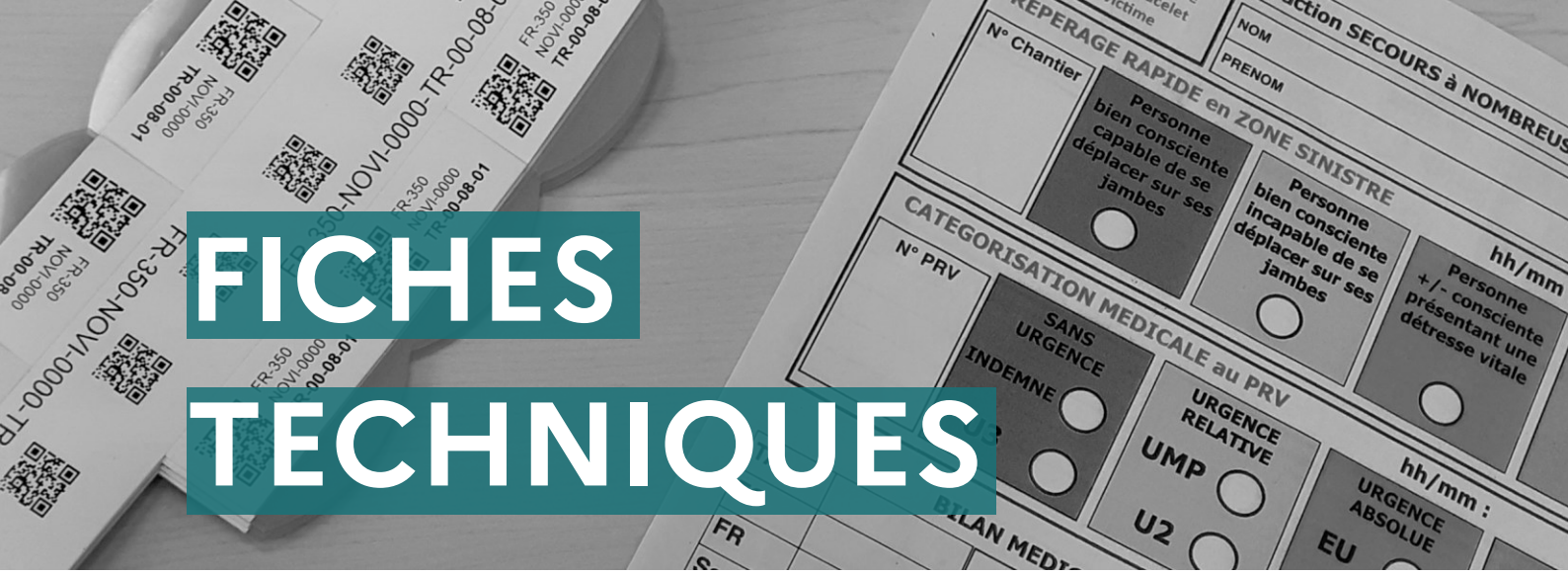
Etablissements vulnérables au risque feux de forêt	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque feux de forêt	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque feux de forêt	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque feux de forêt	
FINESS Géographique	Raison sociale

Etablissements vulnérables au risque feux de forêt	
FINESS Géographique	Raison sociale



FICHES TECHNIQUES

Fiche technique communication de crise

Contexte : Quand et pourquoi communiquer en situation de crise ?

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 directement dans les établissements, auprès des personnels ou des patients/usagers. Ainsi, même en situation de forte incertitude**, il est nécessaire de communiquer et de ne pas laisser le terrain à la rumeur ou à la désinformation**. Une situation exceptionnelle appelle une communication maitrisée, où les messages sont clairs et validés, où les informations sont fiables et vérifiées.

La communication interne est également primordiale. Pendant toute la durée de la crise, le personnel doit être tenu informé de l'évolution de la situation, si possible avant les médias, pour ne pas découvrir dans la presse les informations concernant l'établissement. Les messages délivrés doivent être synthétiques et précis. Il faut par ailleurs considérer que les messages diffusés largement en interne (page d'information intranet, mailing aux agents) sont susceptibles de se retrouver dans la presse ou sur les réseaux sociaux. Aucune information sensible ne doit donc être diffusée aux professionnels qui n'ont pas à en connaître. A l'issue de la crise, l'ensemble du personnel doit être averti de la levée du dispositif.

Rôle de acteurs en matière de communication en situation de crise

Préfecture : Le préfet est responsable de la communication en situation de crise. Sur les événements à impact uniquement ou principalement sanitaire (ex : TIAC, cyberattaque dans un ES, tensions hospitalières, etc.), le pilotage de la communication peut être délégué à l'ARS. Pour les événements avec des impacts multisectoriels, l'ARS sera en charge de la communication sur le volet santé, en s'assurant de la cohérence avec les éléments de portée plus globale communiqués par le préfet.

ARS : L'ARS assure la communication de crise au niveau régional sur le champ de ses compétences, sous l'éventuelle coordination interministérielle de la ou des préfectures concernées, et sur la base d'échanges engagés le plus rapidement possible. L'ARS ne doit pas se substituer à la communication des établissements, mais favoriser la cohérence des prises de parole. En phase de crise, les relations avec les acteurs en charge de la communication au sein des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux et des professionnels de soins de ville, en direct ou via leurs représentants sont indispensables.

Etablissements de santé, médico-sociaux et autres structures sanitaires : Les cellules de crises des différents opérateurs du système de santé doivent désigner un acteur en charge de la communication. Les relations entre les représentants de la communication en établissement et l'ARS sont indispensables afin qu'ils délivrent les mêmes éléments de langage. Le porte-parole de la structure ne délivre aux médias que les informations relatives à la situation de l'établissement et ne doit pas aborder ce qui relève des autres corps professionnels (procureur, police, gendarmerie, sapeurs-pompiers, etc.). De plus, les

messages transmis doivent être harmonisés avec ceux délivrés par les autorités, notamment lorsque la crise dépasse le niveau local.

Ministère de la santé : L'ARS informe le ministère en cas de communication sur un sujet sensible impactant le niveau national pour validation des éléments de langage ou communiqué de presse. En cas d'événement à portée nationale, le ministère peut adresser des éléments de langage et FAQ aux ARS.

Partenaires et élus : Une communication avec les élus (parlementaires, maires…) et les autres partenaires (préfecture, rectorat…) est à mettre en œuvre dès le début de la crise.

Spécificités en cas d'événement à nombreuses victimes (déclenchement du plan ORSEC NOVI)

L'information sur le nombre de victimes (bilan victimaire) est assurée par le préfet, le Procureur de la République ou le parquet antiterroriste selon les situations.

Si la communication sur le nombre de victimes est réservée aux autorités désignées ci-dessus, il est possible pour l'ARS de communiquer sur la stratégie de prise en charge des blessés, sur les établissements de prise en charge, sur la mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN AMAVI (déclenchement, conduite de crise, suivi des victimes, procédures de gestion de crise et outils de mise en œuvre) en complémentarité du plan ORSEC NOVI. Les établissements de santé peuvent par ailleurs communiquer sur les mesures mises en œuvre en interne de leur établissement (sécurisation des locaux, déclenchement du plan blanc, etc.).

Les fondamentaux de la communication de crise

Cinq fondamentaux de communication de crise doivent être respectés afin que la communication soit le plus efficace possible. Ces derniers sont :

- **La transparence :** La communication doit être maitrisée, les messages clairs et validés et les informations fiables et vérifiées. Elle doit par ailleurs être pédagogique, car une action, une décision, n'a pas d'impact si elle n'est pas connue, expliquée et comprise. Le jargon technique doit être évité. Enfin, il faut reconnaître et communiquer sur les zones d'incertitude.
- **La réactivité :** Il faut être proactif et fournir rapidement de l'information, dès le début de la crise, même si l'information est incomplète. Être présent sur internet et les réseaux sociaux, informer rapidement les journalistes, permet une information rapide et « mobilisante ».
- **L'empathie :** La communication doit permettre d'établir une relation de confiance avec le public. Il s'agit ainsi de faire preuve d'empathie envers les éventuelles victimes, de mettre en valeur les mesures mises en œuvre pour pallier la situation et de remercier les professionnels mobilisés.
- **La cohérence :** Il convient de veiller à ce que chaque action de communication puisse apparaitre pertinente et cohérente avec celles établies dans le temps et par les partenaires vis-à-vis d'un même public. Toute contradiction apparente pourrait provoquer de la confusion et une certaine méfiance. Les différentes structures qui communiquent doivent donc s'assurer de la cohérence avec les communications effectuées par l'ARS et la préfecture le cas échéant. Tout changement de position doit par ailleurs être expliqué avec pédagogie.
- **L'adaptabilité :** Il est important de rester souple et adaptable car tout n'est pas prévisible. Pour cela il est nécessaire de connaitre l'état de l'opinion en temps réel, sa perception du risque et son adhésion aux mesures prises (veille presse et réseaux sociaux). Il faut répondre rapidement aux préoccupations de la population, répéter plusieurs fois le message à faire passer si nécessaire. Les informations vraies et sourcées scientifiquement doivent être délivrées rapidement pour faire face aux rumeurs infondées et aux informations erronées.

Les écueils à éviter

- Laisser place à la rumeur ;
- Garder le silence ou laisser un grand nombre de sollicitations sans réponse (mieux vaut dire qu'on n'a rien à dire que de ne rien dire) ;
- Ne pas désigner un interlocuteur/référent ;
- Sous-estimer la rapidité de réaction des médias et leurs moyens ;
- Vouloir rassurer à tout prix ;
- Oublier les victimes.

Le déroulé de la communication en situation de crise

La réactivité de l'organisation doit pouvoir permettre de déterminer des actions réflexes pour anticiper les rumeurs ou la désinformation.

Désigner un référent pour la communication : Dès le déclenchement de la cellule de crise, mobiliser une personne chargée du suivi de la communication, intégrée à la cellule de crise. Ce référent est en charge d'élaborer les éléments de langage pour le directeur de la structure, de faire le lien avec l'équipe communication de l'ARS, d'assurer la veille médias et réseaux sociaux, etc.

Communication interne :

- Informer les agents du déclenchement de la cellule de crise et donner la consigne de ne pas répondre aux médias sans autorisation spécifique de la direction.
- Sensibiliser l'accueil/standard sur le fait de ne pas répondre en direct aux médias. Communiquer une boîte mail/un numéro de téléphone à solliciter pour les questions de journalistes.
- Sensibiliser et formaliser les SAMU/SMUR/SAU sur la communication : ne pas communiquer directement en tant que médecin sans aval de la direction générale/du service communication.
- Lorsque cela est nécessaire, l'Institut médico-légal doit être intégré très rapidement dans la réflexion autour des éléments de langage pour éviter la communication non-maitrisée autour des personnes décédées. La même chose doit être faite avec les services des morgues hospitalières.

Anticiper la gestion des journalistes : La gestion des journalistes doit être anticipée et faire l'objet d'une organisation dédiée, il faut séparer la salle de gestion de crise et la salle de communication

Organiser rapidement une première communication presse : Anticiper dès le déclenchement de la cellule de crise la diffusion d'informations consolidées et maîtrisées à la presse. Définir les canaux et modalités de communication à mettre en place en fonction des cibles.

Evaluer et tenir compte des impacts de la communication et de l'état de l'opinion : Suivre en temps réel les impacts des décisions prises par la cellule de crise en matière de communication (veille presse et réseaux sociaux). Adapter les outils de communication et les éléments de langage en fonction de l'évolution de la situation et des retours reçus (répondre aux préoccupations de la population, aux questions des journalistes, etc.).

Communiquer à échéance régulière.

Tracer et archiver l'ensemble des actions de communications réalisées.

La préparation interne des établissements en amont

- Anticiper la localisation d'une salle pour la communication et l'accueil des journalistes, différente de la salle de crise. La salle communication doit être équipée avec logo établissement, fiche communication, pupitre, etc.
- Préparer un fichier presse et l'actualiser régulièrement.
- Identifier un ou plusieurs porte-paroles (directeur d'établissement et adjoints) et leur proposer une formation au media training.
- Constituer un modèle de communiqué de presse avec en tête, prêt à être adapté aux spécificités de chaque situation.
- Prévoir un document avec les codes d'accès au site internet, à l'intranet et aux comptes réseaux-sociaux.
- Prévoir des exercices de simulation de crise, incluant la dimension communication.
- Le cas échéant, inclure le service communication de l'établissement dans les listes de rappel du personnel.

Annexes – FT 1 : Communication de crise

Fiche technique SIVIC

Contexte et enjeux

Quand et pourquoi utiliser SI-VIC ?

L'outil SI-VIC permet de suivre le parcours de patients/victimes dans le système de santé en cas d'événement majeur.

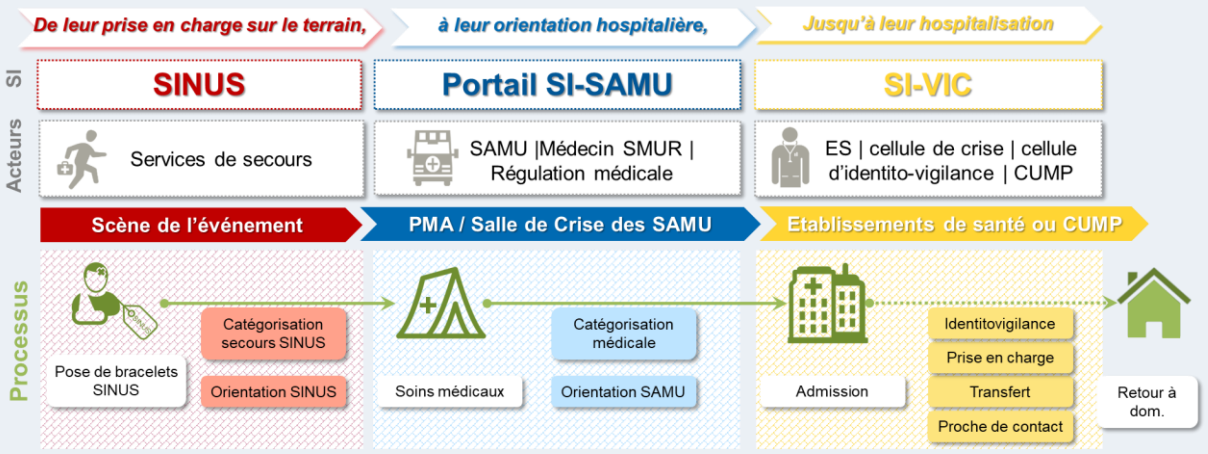
Un événement SI-VIC est systématiquement ouvert par le SAMU ou l'ARS en cas d'acte de terrorisme (ou de suspicion), d'activation du plan ORSEC NOVI ou d'événement majeur avec activation d'un plan ORSAN (accident collectif, accident industriel, etc.). SI-VIC peut parfois également être activé dans d'autres situations : événement avec un impact significatif sur l'offre de soin, événement à l'étranger avec présence de victimes françaises ou dispositifs prudentiels.

Lien d'accès : https://si-vic.sante.gouv.fr/

L'interconnexion entre les différents outils

En cas d'événement à nombreuses victimes, le suivi est effectué à l'aide de trois outils, SINUS, SI-SAMU et SI-VIC.

- **SINUS :** Sur le terrain, les pompiers utilisent cet outil pour réaliser un premier dénombrement lors d'évènements faisant 5 victimes ou plus. Chaque victime se voit poser un bracelet avec un numéro unique d'identification. Ce bracelet est associé dans le logiciel à une fiche patient, précisant les éléments d'identité de la victime s'ils sont connus, ainsi qu'une catégorisation (UA, UR, IMP, DCD).
- **Portail SI-SAMU :** Ce système, interconnecté à SINUS et SI-VIC, permet d'indiquer l'orientation hospitalière des victimes nécessitant une prise en charge.
- **SI-VIC :** SI-VIC permet le dénombrement hospitalier et le suivi de la prise en charge hospitalière des patients (somatique et CUMP). Grâce à l'interconnexion avec SINUS et SI-SAMU, les hôpitaux voient dans SI-VIC les patients qui ont été dénombrés sur le terrain et qui vont leur être adressés. Ces patients apparaissent dans l'onglet arrivées prévisionnelles. Chaque établissement qui reçoit un patient en lien avec l'événement doit le notifier dans SI-VIC. Si la victime avait été dénombrée sur le terrain, le SDIS verra apparaître dans SINUS que la victime est bien arrivée à l'hôpital. Si la victime n'avait pas été dénombrée sur le terrain, la victime apparaîtra dans SINUS comme une arrivée spontanée.



Annexes – FT 2 : SIVIC

Le bilan victimaire

Le bilan victimaire est un bilan chiffré non nominatif des victimes d'une catastrophe, destiné aux autorités politiques et permettant de nourrir la communication vers le grand public. Les modalités de son élaboration sont définies dans l'instruction N°6385/SG du 9 décembre 2022 relative à la procédure d'élaboration d'un bilan victimaire.

Le bilan victimaire est le dénombrement des victimes décédées (sur le site de l'événement ou en ES), blessés graves, blessés légers et impliqués. Les dénominations « blessé grave » et « blessé léger » utilisées pour le bilan victimaire correspondent à la catégorisation UA et UR pour les secours.

Les étapes du bilan victimaire

- Un premier **bilan provisoire** est réalisé, sous la responsabilité du commandant des opérations de secours. Il est réalisé par le SDIS, avec le concours de l'ARS pour le dénombrement des victimes qui se sont présentées spontanément à l'hôpital, sans intervention de l'autorité judiciaire. Ce bilan provisoire est notamment destiné aux autorités pour évaluer l'ampleur de la crise et adapter la réponse à apporter.
- **Le dénombrement repose en premier lieu sur le bilan de terrain**, réalisé par les pompiers à partir du logiciel SINUS. Ce bilan est communiqué par le directeur des opérations aux autorités et éventuellement au grand public, il s'agit d'un bilan provisoire.
- Les victimes dénombrées dans SINUS nécessitant une hospitalisation sont visibles dans SI-VIC par l'ARS, le SAMU et les ES d'accueil (ou la CUMP pour les prises en charge médico-psychologiques). Si un ou des ES identifient que des victimes de la catastrophe se sont présentées spontanément à l'hôpital (victimes qui n'ont pas de bracelet SINUS), **les établissements créent des fiches patients spécifiques dans SIVIC, avec un numéro dit « HP ».**
- L'ARS, en lien avec les pompiers, vérifie que ces victimes sont bien des arrivées spontanées et n'ont pas déjà été décomptées dans le bilan terrain. Cette vérification permet d'éviter de compter deux fois une même victime dans le bilan. **Une fois la vérification faite, les victimes sont intégrées au bilan victimaire provisoire.**
- Le bilan victimaire est alimenté au fil de l'eau avec les nouvelles victimes recensées sur le terrain et les arrivées spontanées. Si des victimes décèdent, le bilan évolue également.

***Nota bene* :** Une fois les victimes sorties du poste médical avancé, leur classification comme blessé grave ou blesser léger dans le bilan victimaire n'évolue plus. La seule exception à ce principe est lorsque qu'une victime décède : elle est alors retranchée de sa catégorie initiale et ajoutée à la catégorie des victimes décédées. Il est primordial que les établissements renseignent rapidement les décès dans SI-VIC.

Dans un second temps, le bilan provisoire peut être consolidé par le dénombrement judiciaire (en cas d'ouverture d'une enquête), puis confirmé par le bilan comprenant les données de l'autorité judiciaire à la suite des commissions d'identification s'agissant des personnes décédées et blessées inconscientes.

Aperçu du rôle des différents acteurs

- **SAMU :** Ouvrir l'événement SI-VIC, définir l'orientation des patients.
- **Etablissements de santé** : Créer un dossier SI-VIC pour chaque patient en lien avec l'événement pris en charge dans son établissement (en reprenant le n° SINUS ou en créant une fiche HP pour les arrivées spontanées), renseigner les éléments d'identité du patient, renseigner dans SI-VIC les décès, transferts et retours à domicile (selon les consignes transmises par l'ARS).
- **CUMP :** Créer un dossier SI-VIC pour chaque patient en lien avec l'événement pris en charge par la CUMP et renseigner le parcours de prise en charge (selon les consignes ARS).
- **ARS :** Ouvrir l'événement SI-VIC (si non fait par le SAMU) et préciser le périmètre de l'événement si nécessaire, donner des consignes de suivi aux ES et CUMP en qualifiant l'événement, participer à la constitution du bilan victimaire, transmettre des consignes de remplissage selon l'événement (activation ou non du protocole identification des victimes de catastrophes (IVC), etc.).

Annexes – FT 2 : SIVIC

Coordination entre les acteurs

Points clés	Actions à mettre en œuvre	Effecteur et caractère de l'action
Ouverture et gestion de l'événement SIVIC		
Ouvrir un événement SI-VIC	➢ Créer un événement ➢ Choisir un périmètre géographique prédéfini, qui engendrera automatiquement le rattachement de certains établissements ou choisir un dimensionnement personnalisé ➢ Rattacher des entités (ES, SAMU, CUMP, ARS) supplémentaires selon l'événement	Action **SAMU** en 1ère intention et **ARS** pour dispositifs prudentiels ou en 2è intention L'ARS peut rattacher des entités supplémentaires
Qualifier l'événement	➢ Qualifier l'événement afin de préciser aux établissements le niveau de suivi attendu : renforcé (actualisation quotidienne des fiches), restreint (saisie initiale sans actualisation), CUMP ou pas de saisie	**Action ARS** Obligatoire
Envoyer un message via SIVIC	➢ Envoyer un message via SIVIC aux entités associées à l'événement, en rappelant les consignes de remplissage le cas échéant	**Action ARS et/ou SAMU** Facultatif mais conseillé
Création et gestion des dossiers patients		
Créer les fiches patients et assurer une saisie initiale réflexe des éléments d'identification	➢ Créer un dossier patient dans SIVIC pour chaque patient pris en charge dans l'établissement ou par la CUMP : ○ A partir de la liste des arrivées prévisionnelles ou en recopiant le n° du bracelet SINUS pour les patients comptabilisés sur le terrain (fiche TR) ○ En créant des fiches ad hoc pour les patients qui se présentent spontanément (fiche HP pour les ES et fiche HX pour les CUMP si le patient n'a pas encore de fiche) ➢ Afin de créer les fiches rapidement, renseigner les éléments minimums d'identification : n° SINUS, nom, prénom, sexe, âge, type de service initial de prise en charge. Cocher « identité déclaré » dans le champ validation identité. Une seconde saisie sera réalisée ensuite ➢ Direction/CCH : sensibiliser le bureau des entrées, les urgences et les différents services de l'établissement susceptibles de prendre en charge des victimes en lien avec l'événement de la nécessité de renseigner SI-VIC	**Action ES et CUMP** Obligatoire
Assurer l'identito-vigilance	➢ Renseigner les éléments complémentaires d'identification du patient : lien avec d'autres patients recensés dans Si-VIC, intégration du n° INS (par les opérateurs identitovigilance ou les gestionnaires ES), etc.	**Action ES** Obligatoire

Annexes – FT 2 : SIVIC

Assurer l'identito-vigilance	➢ Dès lors que les principes de l'identitovigilance hospitalière sont appliqués, la fiche patient peut être basculée en statut « Validé ES ». ➢ Si le protocole « IVC » est activé, l'identification des patients décédés ou inconscients sera réalisée par la police judiciaire. Le statut pourra être modifié en « Validé PJ » une fois confirmation de l'identité par la PJ auprès de l'établissement.	**Action ES** Obligatoire
Participation à l'élaboration du bilan victimaire		
S'assurer de la reprise de l'ensemble des fiches SINUS par les ES	➢ S'assurer que toutes les arrivées prévisionnelles sont reprises par les ES ➢ Si des fiches ne sont pas reprises, contacter au besoin les ES/le SAMU/le SDIS pour évaluer la situation et identifier pourquoi des patients apparaissent en arrivée prévisionnelle : transport du patient en cours, patient pris en charge dans un autre ES, patient laissé sur place, etc. ➢ Informer le SDIS dès lors que l'ensemble des fiches TR ont été reprises par les ES	**Action ARS** Obligatoire
Participer à l'élaboration du bilan victimaire provisoire	➢ Vérifier, pour chaque arrivée spontanée (fiche HP) que la fiche n'est pas un doublon d'une fiche TR. Si un doublon existe, l'ES concerné devra reprendre les éléments de prise en charge dans la fiche TR et supprimer la fiche HP ➢ Tenir informé le SDIS sur le travail de vérification des arrivées spontanées et demander de ne pas inclure les fiches HP au bilan victimaire tant que la cohérence n'a pas été vérifiée ➢ Dès lors que les vérifications sont faites, communiquer au SDIS le bilan des arrivées spontanées pour élaboration du bilan victimaire global	**Action ARS** Obligatoire si des fiches HP sont créées et en cas de bilan victimaire demandé par la préfecture
Suivre l'événement et le parcours des patients		
Actualiser en temps réel les données patients	➢ Notifier les décès dans SIVIC immédiatement et en informer l'ARS ➢ Mettre à jour les dossiers au fur et à mesure de la prise en charge : transferts, retour à domicile, etc. Le nombre de dossiers à mettre à jour apparaît en rouge dans la liste des événements, notamment au bout d'un certain nombre de jours d'hospitalisation ou si les transferts ne sont pas validés	**Action ES/CUMP** Selon le niveau de suivi précisé par l'ARS dans la qualification de l'événement
Modifier l'événement au fil de l'eau si nécessaire	➢ Si des entités participent à la gestion de l'événement alors qu'elles n'avaient pas été associées au départ, les associer à l'événement ➢ Modifier l'événement et informer les ES et CUMP si le protocole IVC est activé (application des procédures d'identification judiciaires pour les victimes inconscientes et décédées) ou si la cellule d'information du public (CIP) est déclenchée (les données d'identité des patients seront alors renvoyées vers SINUS)	**Action ARS** A réaliser selon la situation

Préparation à froid : gestion des comptes et entraînements

L'ouverture et la gestion des comptes en interne

Pour des raisons de sécurité, de traçabilité et d'imputabilité des actions réalisées dans SI-VIC, il est strictement interdit de créer des comptes génériques pour les utilisateurs. Chaque établissement de santé, quel que soit son classement ORSAN, doit ainsi prévoir un nombre suffisant de personnes formées et disposant d'un compte sur l'outil, afin de pouvoir renseigner de manière réactive le logiciel, et d'assurer une continuité en heures ouvrées comme non ouvrées. Les SAMU et CUMP doivent également prévoir un nombre de compte suffisant pour assurer cette continuité.

Chaque entité est autonome dans l'administration interne de ses comptes et désigne des gestionnaires pour assurer la création et la suppression de comptes. Une campagne de revue des comptes a lieu tous les 12 mois, pour une durée de 6 semaines, durant laquelle les gestionnaires doivent valider les comptes légitimes de leur structure et supprimer les comptes illégitimes.

Les exercices/entraînements

Afin de faciliter l'entrainement des ES dans SI-VIC, il est possible de s'exercer via l'espace Exercice. Pour ce faire, il convient de s'assurer auprès de son ARS ou de son SAMU de la création d'un évènement de type Exercice. Ces derniers ont par ailleurs la possibilité de créer des évènements SINUS virtuels, indépendants de la plateforme SINUS, et de simuler des fiches SINUS fictives qui viendront alimenter les « Arrivées prévisionnelles ».

Annexes – FT 2 : SIVIC

LISTE DES CARTES

Carte	Page
Carte 1 : Établissements de santé et médico-sociaux situés sur des zones vulnérables au risque inondation	18
Carte 2 : Établissements de santé et médico-sociaux situés sur une commune vulnérable au risque incendie de forêts	20
Carte 3 : Établissements de santé et médico-sociaux situés sur une commune vulnérable au risque industriel	22
Carte 4 : Classification des établissements de santé pour le plan AMAVI	39
Carte 5 : Dépôts de sang – EFS Bretagne (2016)	80
Carte 6 : Postes sanitaires mobiles (PSM)	81
Carte 7 : Cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) en région Bretagne	92
Carte 8 : Classification des établissements de santé pour le plan MEDICO-PSY	96
Carte 9 : Classification des établissements de santé pour le plan EPICLIM	131
Carte 10 : Classification des établissements de santé pour le plan REB	182
Carte 11 : Classification des établissements de santé pour le plan NRC	200
Carte 12 : Unités de décontamination hospitalière (UDH) et équipements de protection individuelles (EPI) NRC	227
Carte 13 : Positionnement des moyens de détection NRC	228
Carte 14 : Laboratoires de sécurité microbiologique et parcours d'acheminement	300
Carte 15 : Implantation des centres publics de vaccination en Bretagne	310
Carte 16 : Classification des établissements prioritaires en matière de sécurisation (HFDS)	324

REMERCIEMENTS

L'Agence régionale de santé Bretagne remercie l'ensemble des personnes ayant contribué à l'élaboration des plans de réponse du dispositif ORSAN, et notamment :

Dr Lydie ABALEA
Dr Gérald ADAMECK
Dr Patrick AIRAUD
Mme Brigitte ALGRAIN
M. Erick ALLOMBERT
Mme Emmanuelle ANNIC
M. David ANTOINE
M. Xavier ARZUR
Dr Olivier AZZIS
Dr Bogdan BADIC
Dr Alain BAERT
M. Christophe BALTUS
M. Bertrand BARBANCON
Mme Joëlle BARBE
Mme Camille BARBIER BOUVET
Dr Xavier BAREGE
Mme Emeline BARRIERRE
Dr Guillaume BAUDET
M. Jean BELLEC
Mme Céline BICHE
Mme Anne-Briac BILI
M. Jean-Philippe BORELLO
Dr Renaud BOUVET
M. Nicolas BOUVIER
Dr Hedwige BRAULT
M. Guillaume BRELIVET
M. Thomas BRISSON
Dr Claire BROCHE
Mme Noémie CARAYON
Dr Valérie CARDE
Dr Julia CARLIER
M. Richard CARPENTIER
Dr Françoise CELLIER
Mme Sophie CHABOT
Dr Didier CHALUMEAU
Dr Jean-Marc CHAPPLAIN
Dr Véronique CHASLES
Dr Tarik CHERFAOUI
Dr Pierre CHESNEAU
Dr Iulian COCA
Mme Delphine COLLET
Mme Caroline COLLIAUX
Dr Gwenaëlle CONAN
Mme Marie CONCIATORI
Mme Cécile COZIC
M. Philippe COZIC
M. Benoit CROGUENNEC
M. Cyril CUISINIER
Mme Elise DABOUIS
M. Pascal DAMIEN
Dr Bruno DANIC
Mme Jeanne DAVENEL
M. Jean-Malo DEAN
M. Yannick DEIMAT
Mme Hélène DELAVEAU
Mme Marine DENIAU
Mme Chrystèle DENOUAL BOLZER
M. Ronan DERIEUX
Dr Nathalie DESHAYES
M. Sébastien DESHAYES
Mme Caroline DESSET
Mme Christelle DIODAT
Dr Isabelle DORMOIS
Dr Jérôme DUCROCQ
Dr Jean-Benoît DUFOUR
Dr Sylvie DUGAS
Mme Marie-Odile DUPLENNE
Pr Claude ECOFFEY
Dr Céline FARGES

Pr Jean-Christophe FAVIER

Dr Christine FEBREAU

Pr Pierre FILLATRE

Mme Magali FLEURY

Mme Marine FONDACCI

M. Arnaud FOURMENTEZ

Dr Jean-Vincent FRENEL

Dr Bertrand GAGNIÈRE

Mme Vanessa GALESNE

Dr Franck GARDEN BRECHE

Dr Armelle GARENNE

Dr Benjamin GARNIER

Dr Cécile GAUVRIT

Mme Isabelle GELEBART

Mme Jacqueline GEORGES

Mme Anne GERBEAU

Dr Isabelle GERMOUTY

M. Pierre-Bernard GESREL

Dr Christophe GIACARDI

Dr Vincent GICQUEL

Mme Claire GIFFARD

Mme Emeline GILBERT

Dr Laurent GOIX

Dr Pierre GUILLAUMOT

M. Emeric GUILLOU

Dr Renaud HALER

M. Hervé HELARY

Mme Karelle HERMENIER

Mme Sandrine HERVOCHON

Mme Céline HOMETTE

Dr Julien HUNTZINGER

M. Pierrick JAGLIN

M. Serge JAHAN

Mme Gaëlle JANKOWSKI

Mme Laurence JULLIEN FLAGEUL

Dr Thibaut KLEIN

M. Guillaume LABOURET

Mme Sabine LAFFAYE

Mme Gaëlle LAGADEC

Mme Elisabeth LAGADEC FETHADDINE

Dr Gisèle LAGATHU

Dr Monique LAMBALLAIS

M. Clément LANGE

Dr Antoine LARRALDE

Mme Clémence LARRIEU

Dr Killian LE BARON

M. Gildas LE BORGNE

Dr Thomas LE BOUVIER

Dr Michel LE DUFF

Dr Anne LE FÈVRE

Mme Nathalie LE FORMAL

M. Nicolas LE GALL

M. David LE GOFF

Mme Cécile LE GOFF CHAUMORCEL

M. Olivier LE GUEN

Mme Colette Le GUEVEL

Mme Sophie LE MAILLOT

Dr Emilie LE SIGNE

Dr Alain LE TERTRE

Mme Isabelle LEBORGNE ROUDAUT

Dr Thomas LEBOUVIER

M. Lionel LECOMTE

Mme Lise LECOMTE

Dr Stéphanie LEFFLOT

Dr Catherine LEILDE BALCON

Dr Catherine LEMOINE

M. Olivier LEMONNIER

Dr François LESOURD

Pr Erwan L'HER

M. Rémi LOCQUET

Mme Julie LONGY

Mme Anne-Marie LORHO

Mme Véronique LORRE

M. Eric LOUIS

Dr Jérôme MAHE

Mme Marine MALIN

Pr Yannick MALLEDANT

Mme Nolwenn MASSON

Mme Pascale MAZELIER

Mme Julie MENOU

Dr Marion MERCEROLLE

M. Jean-Paul MONGEAT

Dr Mikaël MORICONI

Mme Séverine MORILLE

Dr Amélie MORIN LE BIHAN

Mme Maïlys MOUGINOT JEMAIN

M. Stéphane MULLIEZ

Mme Claire MUZELLEC KABOUCHE

Mme Marie-Dominique NAEL

M. François NEGRIER

Mme Elise NOGUERA

M. Yannick OLLIVIER

Dr Bruno OZANNE

M. Médéric PAJOT

Dr Serge PERCHOC

Mme Muriel PEREZ

M. Martin PERZO

Dr Nicolas PICARD

Dr Véronique PINEAU

M. Olivier QUEMENER

Dr Emgan QUERELLOU

Dr Christophe QUINIOU

Mme Myriam RACAPE

M. Denis REVEL

Pr Matthieu REVEST

Mme Véronique ROBAUX

Mme Isabelle ROMON

Pr Jean-Michel ROUE

Dr Mohamed SAIDANI

Mme Valérie SALOMON

Dr Hélène SALSMANN

Pr Philippe SEGUIN

M. Philippe SEUX

M. Fabien SOREAU

Dr Angelo SOSSOU

Pr Louis SOULAT

Pr Pierre TATTEVIN

Dr Antonio TEIXEIRA RIBEIRO

Pr Vincent THIBAULT

Mme Jeanne THOMAS

M. Emmanuel THOMAS

Dr David TRAVERS

M. Christophe VALNET

Dr Charles VAN DER MEULEN

Pr Jean-Philippe VERHOYE

Pr Philippe VIOLAS

Pr Eric WODEY

Dr Patrick ZAMPARUTTI

GLOSSAIRE

A

AASC : Association agréée de sécurité civile

AAV : Association d'aide aux victimes

ADOPS : Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins

AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

AMAVI : Afflux massif de victimes

ARSZ : Agence régionale de santé de zone

C

CAF : Centre d'accueil des familles

CAI (parfois dénommé CADI ou CARI) : Centre d'accueil des impliqués ou Centre d'accueil et de regroupement des impliqués

CCH : Cellule de crise hospitalière

CCS : Centre de crise sanitaire [du Ministère en charge de la santé]

CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des médecins

CEGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CESU : Centre d'enseignement des soins d'urgence

CGR : Concentrés de globules rouges

CHU / CHRU : Centre hospitalier universitaire / Centre hospitalier régional universitaire

CIC : Centre interministériel de crise

CIP : Cellule d'information du public

CLAV : Comité Local d'Aide aux Victimes

CME : Commission médicale d'établissement

CMP : Centre médico- psychologique

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNR : Centre national de référence

COD : Centre opérationnel départemental

CODIS : Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours

COGIC : Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises

COPG : Commandant des opérations de police et de gendarmerie

COREB : Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique

COREVIH : Comité de coordination régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine

CORRUSS : Centre opérationnel de régulation des réponses aux urgences sanitaires et sociales [du ministère en charge de la santé]

COZ : Centre opérationnel de zone

CP : Communiqué de presse

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPIAS : Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CRAPS : Cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire [cellule de crise de l'ARS]

CRATB : Centre régional en antibiothérapie

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels [du SAMU]

CTA : Centre de traitement de l'alerte [des pompiers]

CTAU : Centre de traitement de l'alerte unique [des pompiers]

CUMP : Cellule d'urgence médico-psychologique

CZA : Cellule zonal d'appui [cellule de l'ARS de Zone]

D

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés

DD : Délégation départementale [de l'ARS]

DDETS : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités

DDPP : Direction départementale de la protection des populations

DGS : Direction générale de la Santé

DMC : Directeur médical de crise

DRAAF : Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

DREAL : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DREETS : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

DSM : Directeur des secours médicaux

DSR : Dispositif spécifique régional [de soins critiques]

DST : Disposition spécifique transversales

E

EDL : Eléments de langage

EFS : Etablissement français du sang

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMIZDS : Etat major interministériel de zone de défense et de sécurité

EMS : Etablissement médico-social

EOH : Equipe opérationnelle d'hygiène

ESMS : Etablissements et services médico-sociaux

ESR : Etablissement de santé de référence

ESRN : Etablissement de santé de référence nationale

ESRR : Etablissement de santé de référence régional

EVASAN : Evacuation sanitaire

F

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FIR : Fonds d'intervention régional

G

GCS : Groupement de coopération sanitaire

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

ICPE : Installation classée pour la protection de l'environnement

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

IML : Institut médicolégal

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

L

LABM : Laboratoires d'analyses de biologie médicale

LOPMI : Loi d'orientation et de programmation du ministère de l'intérieur

LSB : Laboratoire de niveau de sécurité biologique

M

MARS : Message d'alerte rapide sanitaire [envoyé par le Ministère en charge de la santé]

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

MIG : Mission d'intérêt général

MMG : Maison médicale de garde

N

NRBC : Nucléaire, radiologique, biologique et chimique

O

ORSEC : Organisation de la réponse de sécurité civile

P

PCR : Polymerase Chain Reaction [Réaction en chaîne par polymérase]

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

PEC : Prise en charge

PFC : Plasma frais congelé

PFRZ : Point focal régional et zonal [de l'ARS]

PGTHSSE : Plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE

PHRV : Patient à haut risque vital

PMA : Poste médical avancé

PMI : Protection maternelle et infantile

PPI : Plan particulier d'intervention

PRPDE : Personne responsable de la production et distribution de l'eau

PRVH : Point de rassemblement des victimes à l'hôpital

PSE : Plan de sécurisation d'établissement

PSL : [selon le contexte] Produits sanguins labiles **ou** Professionnels de santé libéraux

PUI : Pharmacie à usage intérieur

PUMP : Poste d'urgence médico psychologique

PVUS : Plateforme de veille et d'Urgence sanitaire [de l'ARS]

PZMRS : Plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires

R

RESAH : Réseau des acheteurs hospitaliers

RETEX : Retour d'expérience

RGPD : Règlement général sur la protection des données

RH : Ressources humaines

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

RSSI : Responsable de la sécurité des systèmes d'information

S

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAMUZ : SAMU de zone

SAS : Service d'accès aux soins

SDIS : Service départemental d'incendie et de secours

SGDSN : Secrétariat général de la Défense et de la Sécurité nationale

SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

SIDPC : Service interministériel de défense et de protection civile

SINUS : Système d'information numérique standardisé

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SPF : Santé Publique France

SSE : Situation sanitaire exceptionnelle

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SSPI : Salle de surveillance post interventionnelle

SSR : Soins de suite et de réadaptation

SU : Service d'urgence

T

TMR : Transport de matière radioactive

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

TSP : Transport sanitaire privé

U

UA : Urgence absolue

UDH : Unité de décontamination hospitalière

UMDH : Unité mobile de décontamination Hospitalière

UMH : Unité mobile hospitalière

UP : Urgence psychologique

UR : Urgence relative

URPS : Union régionale des professionnels de santé

USC : Unité de surveillance continue

USI : Unité de soins intensifs

USIP : Unité de soins intensifs polyvalents

V

VLI : Véhicule léger d'intervention

VLM : Véhicule léger médicalisé

VSAB : Véhicule de secours aux asphyxiés et aux blessés

VSAV : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes [pompiers]

Z

ZDO : Zone de Défense Ouest

Agence Régionale de Santé Bretagne
6, place des Colombes
CS 14 253 - 35042 Rennes Cedex

Courriel : ars-bretagne-contact@ars.sante.fr
Tél. 02 90 08 80 00

www.bretagne.ars.sante.fr

Réalisation : Département Alerte et Crise - Impression : Groupe Edicolor
Crédit photos : ARS Bretagne, Laurent Vienne, CUMP 35, AdobeStock - 02-2024