

Événement catastrophique. Rôle des PARMs en salle de régulation, cellule de crise et au PMA

J. DELASSALLE, N. ASSEZ, M. BOURGEOIS

1. Introduction

1.1. De la définition au concept

La notion de catastrophe est affaire d'époque, de lieu et de sémantique, il n'existe pas de définition exhaustive et on est souvent réduit à décrire le phénomène lui-même au travers d'une démarche purement diagnostique et pragmatique. À l'origine (latine), le mot signifie fin, dénouement. Le mot grec (*Katastrophè*) lui attribue le sens de bouleversement, renversement, un événement qui « tourne mal » par inadéquation brutale entre besoins de secours augmentés et moyens disponibles insuffisants (*R. Favre L'Homme et les Catastrophes. SPEI, 1966*). Renversement, grand malheur, fin déplorable : la catastrophe est un désastre qui produit dans un ordre des choses, dans l'existence d'un individu etc, un bouleversement complet ou une fin violente (Littré). Malheur effroyable et brusque, synonyme de malheur ; bouleversement, calamité, cataclysme, désastre, drame, fléau (Robert) (1) *R Noto, P. Huguenard, A. Larcen Médecine de catastrophe. 2^e édition Masson, Paris, 1994 : p. 2.*

Dans le langage quotidien, la catastrophe se définit essentiellement comme étant un **dommage pour la collectivité humaine** qui la subit.

La catastrophe est donc un **événement** inopiné et inhabituel survenant brusquement et rapidement, frappant la collectivité humaine, de grande ampleur, entraînant des dégâts importants tant au plan humain (nombreuse victimes : *tremblements de terre, tsunami en 2004*) qu'au plan matériel (détérioration ou

Correspondance : Jacqueline Delassalle, Permancière SAMU 59. E-mail : jdellassalle@gmail.com)

destruction de l'environnement immédiat où se trouvait la population en cause : *exemple tornade à Haumont dans le Nord de la France 2008, inondation dans la somme en 2001*).

Ce dommage peut être de nature variable – d'ordre strictement **matériel et économique** par l'atteinte du milieu où vit la collectivité : destruction des infrastructures, de l'habitat, de la nourriture... – d'ordre **corporel** par la survenue de lésions, avec notamment de nombreuses victimes blessées ou décédées. Cet événement entraîne une situation pour laquelle il y aura temporairement du moins une disproportion, une inadéquation entre les moyens de secours immédiatement disponibles et les besoins réels. Cette inadéquation peut être d'ordre :

- qualitatif et/ou quantitatif,
- temporaire (quelques heures) ou durable (quelques semaines),
- partielle (destruction d'un réseau autoroutier ou ferroviaire, une rue, un quartier),
- totale (à l'échelle d'un pays exemple Nagasaki au Japon, d'un continent ou plusieurs continents ex : le Tsunami). Cet **événement** va mettre en jeu des moyens de **secours inhabituels** tant par leur importance que par leur nature (exemple déclenchement de la CMIC [cellule mobile d'intervention chimique], mise en place d'unité de décontamination, forces de police, structures sanitaires...).

On retiendra plusieurs dénominateurs communs à une catastrophe :

1. le caractère collectif de l'événement (nombreuses victimes blessées et/ou décédées),
2. la notion de brutalité, de survenue inopinée et rapide (de quelques secondes dans un tremblement de terre à quelques minutes pour un incendie, quelques heures pour un cyclone ou un attentat, quelques jours à quelques semaines pour une épidémie, des mois ou des années pour un conflit),
3. la notion d'événement inhabituel (à fort impact médiatique sur les populations au niveau local, national ou parfois international comme le World Street Center en 2001),
4. la notion de dégâts et de destruction collective (destructions des structures sur le site de l'événement, désorganisation des infrastructures sanitaires et sociales, des institutions : école) exemple AZF à Toulouse, 2001.

C'est donc Raoult Favre qui lui donne son acceptation moderne : « Renversement, destructeur et brutal, de l'ordre préétabli d'un ensemble matériel et humain »... en y adjoignant une notion essentielle « la disproportion entre les besoins (de secours) et les moyens ».

Plusieurs classifications des catastrophes sont couramment utilisées car la catastrophe se définit toujours dans un contexte socio-économique donné en fonction d'une part de ses origines et d'autre part de ses conséquences (2) Favre *l'homme et les catastrophes*, 1962, réédition en 1992 et plus récemment celle de Crocq (3).

Celui-ci distingue :

- **les catastrophes naturelles** : inondation, tremblement de terre, tsunami et raz de marée, incendies, vagues de froid ou de chaleur, sécheresse au Sahel, invasions de rats ou de sauterelles
- **les technologiques et accidentelles** : rupture de barrage (Malpassé en France, 1963) contamination chimique (Bhopal en Inde, 1986), ou bactérienne, irradiation radioactive comme à tchernobyl (URSS, 1986 irradiation), effondrement de galerie (catastrophe de Courrières en 1906), accidents de trafic (aérien, routier ou ferroviaire),
- **les catastrophes de guerre** : Rwanda, Manchouri
- **les catastrophes de sociétés accidentelles** lors de grandes manifestations de masse et résultant d'une activité de loisir (stades du Heyzel en Belgique 1985 ou Furiani en Corse, 1992, meeting aérien le Bourget, France 1969 ou course automobile ou Mannheim, Allemagne 1982, accident de manège) ou volontaire contre l'homme ou le patrimoine de l'humanité (actes de malveillance contre les voies ferrées ou le TGV, le tunnel sous la Manche, attentats terroristes, attentats contre le musée des Offices à Florence).

À tout événement dommageable survenant au niveau de la collectivité humaine, l'institution a voulu essayer de riposter et d'apporter des réponses pour corriger de façon plus ou moins rapide et efficace les effets néfastes infligés à la collectivité et plus généralement à l'Humanité donc dans le cadre d'une catastrophe, c'est bien la notion de secours au sens très large du terme qui s'impose :

Le concept de crise : À ce concept de catastrophe on associe souvent **le concept de crise (Krisis)**, c'est-à-dire ce à quoi les secours en général et la médecine d'urgence et de catastrophe en particulier doivent faire face et qui concerne d'une part l'état du site sur lequel ils se mobilisent et la gestion (bilan, gestes, actions stratégiques) qu'on doit mettre en œuvre pour répondre de façon adaptée à la situation « exceptionnelle ». La crise surprend toujours par son caractère aussi inattendu qu'improbable « une crise peut survenir à tout moment dans l'organisation sans que l'on puisse planifier son occurrence (sa survenue) ». Pour la société, elle est souvent une dimension « psychologiquement inacceptable, inconcevable » mais marque les esprits et intègre la mémoire collective de part ses conséquences potentielles. On peut confronter deux approches : **l'approche événementielle** et **l'approche processuelle** de la crise.

L'approche événementielle renseigne sur la nature de l'événement déclencheur et sur ses conséquences. Elle réside souvent dans l'association de plusieurs facteurs indépendants les uns des autres et qui brutalement se combinent pour générer la « crise » P. Lagadec 1991 (*P. Lagadec, La gestion des crises : outils de décision à l'usage des décideurs, Paris, 1991. Mc Graw-Hill*). Mais pour d'autres la crise est donc un processus décisionnel (*Pauchant TC ; Mitroff II, La gestion des crises et des paradoxes, Montréal, Ed Québec-Amérique, 1997*).

Cette approche, plus riche nous instruit sur les origines, sa gestion, son incubation, sa dynamique de développement (signes précurseurs, amplification jusqu'à sa résolution) : 3 conditions sont nécessaires pour distinguer la situation de « crise » de la situation « normale » :

- il existe un processus de déstabilisation,
- celui-ci a des conséquences multiformes,
- et bouleverse le cadre de référence.

La période immédiate qui suit la catastrophe est souvent considérée comme un « état de crise » (*P Huguenard Définitions in Traité de catastrophes de la stratégie d'intervention à la prise en charge médicale* » EMC, Ed Elsevier, Paris, 1996).

Accompagner une crise lors d'un événement catastrophique ne s'improvise pas et en prévoir la gestion est une exigence de santé publique.

2. Cette gestion s'articule selon 4 étapes

1. Prévenir des événements potentiellement porteurs de crise = **PRÉVENTION**

« Ainsi les sociétés ont mis en œuvre des **plans de secours** pour lutter contre les catastrophes » et faire face aux crises qu'elles peuvent engendrer. (Plan ORSEC, POLMAR, BINAT, secours en montagne, SATER, SAMAR, BIOTOX) visent à **anticiper** et repérer les sources potentielles d'événements catastrophiques, ils sont donc évolutifs en fonction de l'émergence de nouveaux risques à l'exemple du plan VIGIPIRATE. Les plans assurent la cohérence et la continuité dans l'engagement des services de secours appelés à intervenir et à éviter la désorganisation des structures et des institutions (tels que l'hôpital). Le **plan Rouge** est un **plan d'action** introduit dans l'ensemble de l'organisation des secours en France, mis en œuvre dans les accidents catastrophiques à effets limités (ACEL). Ce plan est déclenché par le **préfet du département**, en charge de la **direction des opérations de secours (DOS)**. Il est destiné à faire face et assurer la prise en charge médicale de nombreuses victimes (15-20 personnes). Ce nombre peut varier d'un département à l'autre (chaque Préfet organisant lui-même son plan rouge...). La notion du nombre de victimes doit être perçue différemment selon la nature de l'opération (*circulaire n° 89-21 du 19 décembre 1989*).

2. Se préparer à gérer des situations menaçantes : **PRÉPARATION**

Les secours supposent une **organisation préétablie** à la fois matérielle et administrative. En France comme dans la plupart des pays occidentaux et industrialisés, qu'il s'agisse d'accidents individuels ou collectifs, cette organisation existe et repose sur un certain nombre de textes (lois, décrets, arrêtés et circulaires) tenant compte de l'organisation territoriale et émanant des deux principaux ministères de l'Intérieur et de la Santé. **La préparation** des plans, des exercices, la formation de l'ensemble des acteurs sont déterminants pour gérer efficacement une crise sanitaire, car le moment venu cela facilite la réactivité du système de soins

et la mise en œuvre de la chaîne des secours, engageant des moyens privés et/ou publiques. Les moyens à disposition du plan peuvent faire appel à des moyens autres que sapeurs-pompiers et SAMU, comme des *associations* de secouristes (comme la *Protection civile*, la Croix Rouge), ou des *ambulanciers* privés. La connaissance de ces textes concernant les secours d'urgence en situation d'urgence collective et/ou de catastrophe est indispensable, doit participer à une opération de secours.

3. Savoir réagir lorsque des événements critiques se produisent : **ACTION/RÉACTION**

La somme et la diversité des actions à mener nécessite une parfaite coordination (logistiques et médicales) entre les différents intervenants des divers services concernés : services de sauvetage et secours (sapeur-pompiers), services d'ordres et de sécurité (police, gendarmerie) et bien sûr les services médicaux d'urgence et de réanimation (SAMU-SMUR, services médicaux des SP, hôpitaux).

Une interconnexion avec le centre opérationnel départementale d'incendie et de secours (CODIS) permet une information mutuelle dans le cadre d'une mission commune avec le Service d'Aide Médicale d'urgence (SAMU départemental ou régional).

4. Savoir capitaliser sur ces événements pour s'améliorer : **CAPITALISATION**

3. Rôle du PARM

Les PARM sont les assistants privilégiés des médecins régulateurs. Leur rôle est de collaborer étroitement à la réponse et au suivi de l'événement dès la réception de l'appel au centre de réception et de régulation des appels (CRRRA). À chaque développement de la crise correspondent des étapes de gestion particulières, 1) identification, détection et évaluation de la crise, 2) activation des personnes ressources mise en œuvre des plans d'action, action/réaction, 3) gestion et suivi de la crise. Au cours d'un événement « catastrophique » le PARM sera amené à occuper au sein de l'équipe plusieurs activités.

1. À la régulation : il tient le 1^{er} rôle directement lié au rôle d'auxiliaire du médecin régulateur en charge de l'événement « poste souvent chaud ».
2. Au sein de la cellule de crise il aura une activité mixte d'activité de secrétariat médical et d'auxiliaire du médecin en charge de la cellule de crise.
3. Enfin parfois le PARM sort de ces murs pour assurer un rôle de soutien logistique et de secrétariat médical au sein d'un poste médical avancé (PMA), dans certains cas il assure l'aide médicale à la régulation médicale « délocalisée ».

Durant ces différents pôles d'activités, les PARM doivent tenir à jour toute la documentation nécessaire à la gestion de la crise.

Le PARM d'une salle de régulation recevant l'appel lui informant un événement grave, catastrophique doit :

1. Saisir immédiatement et rapidement un dossier spécifique à l'événement en y rapportant toutes les informations nécessaires et aussi précises que possible lors d'un bref interrogatoire.

Classiquement il faudra dans l'immédiat :

1) Assurer la prise d'appel

– Prendre le numéro de téléphone du ou des appelants (souvent plusieurs appels concernent un même événement).

– Localiser la demande d'intervention : Adresse et lieu exact où se passe l'événement.

– Situer le contexte et la nature de l'événement (incendie, explosion, fuite de gaz...) afin d'en dimensionner l'ampleur (plusieurs maisons, une rue, une ville, 30 véhicules en cause lors d'un carambolage autoroutier...).

– Nombre de personnes concernés par l'événement : impliqués, blessés ou décédés.

– Identifier rapidement les critères de gravité immédiats afin de rassurer et de donner rapidement quelques conseils pour éviter le sur-accident (ne pas fumer en cas de fuite de gaz, couper le courant, sortir des voitures et se protéger derrière les rambardes de sécurité).

– Le PARM doit s'assurer que l'appelant a été correctement écouté et a compris que sa demande a été prise en compte. Sa fonction d'accueil reste ici primordiale quelles que soient les circonstances, il lui appartient de dédramatiser les situations rencontrées en développant le sens de la communication (calme, politesse, diplomatie). Il faut à ce moment faire preuve de maîtrise et de rigueur. Il est alors impératif de gérer son propre stress et canaliser celui des appelants pour une meilleure réactivité et une écoute optimale. En fonction du nombre d'appels et de la disponibilité des médecins régulateurs au moment du déclenchement de l'événement, le PARM pourra déclencher immédiatement les vecteurs, mais devra dans l'instant en informer le Médecin Régulateur et suivre ensuite ses instructions.

– Transmettre les informations le plus rapidement possible au médecin régulateur (de préférence un praticien expérimenté, formé à la médecine de catastrophe et/ou titulaire du service). Cet interlocuteur « privilégié » doit être clairement identifié afin d'éviter la dispersion des informations qui affluent et convergent au SAMU au début de l'événement. C'est lui qui centralise les informations et les valide.

– Déclencher les premiers moyens de secours adaptés et rapides en accord avec le médecin régulateur lors du passage de l'appel de celui-ci. La décision médicale prend en compte les différents éléments déjà recueillis. Le régulateur décide en fonction de la disponibilité des moyens, du contexte de l'intervention de l'organisation du système de secours et des soins. Dans les 1^{res} minutes qui suivent

l'annonce de l'« événement », le PARM doit être particulièrement attentif aux flux d'informations qui transmettent sur les réseaux radio connectés à la salle de régulation : écoute et suivi des diverses fréquences radio, et celle des Unités Mobiles Hospitalières (UMH) déjà engagées sur des missions afin de suivre la disponibilité des SMUR.

Ce qu'il faut éviter pour le PARM receveur de l'appel au centre 15 :

- Manque de maîtrise, panique ou stress, manque de rigueur à la prise de l'appel, manque de réactivité, lenteur à la prise des informations.
- Suite à la prise d'appel concernant l'événement et après régulation de ce dernier par le médecin régulateur, la phase aiguë de la crise commence et elle est généralement brève mais délicate et se compose en séquences :
 - Événement indicateur.
 - Développement de la crise.
 - Contrôle de la situation.
- Utiliser de préférence les conférences « à trois » entre appelant/SAMU et Centre de Tri des Appels (CTA) du secteur concerné par l'événement pour croiser les informations. En cas de sinistre, risques collectifs, milieu hostile ou périlleux, nécessitant parfois des moyens techniques spécifiques de sauvetage (*intervention du GRIMP, secours en montagne ou spéléo, plongeurs professionnels, brigades cynophiles...*), l'appel aux SP doit être systématique (interconnexion 15-18 [*circulaire du 29 mars 2004*]), afin d'assurer la sécurisation du site, de la population mais aussi des équipes de secours engagées. Parfois la protection des biens et des personnes doit être assurée par l'intervention des forces de police qui doivent alors être rapidement sollicitées (exemple scènes d'émeutes ou de pillage en Louisiane après le Passage de Katrina le 29 août 2005).

2. De la bonne coordination du binôme PARM ayant décroché l'appel et le médecin régulateur dépend la coordination et la cohésion de l'action immédiate. Ce dernier face à cette situation devra réguler prioritairement les appels ayant attiré à l'« événement ». Il devra rapidement vérifier, avec le PARM, la source et la véracité des informations, afin d'engager les moyens appropriés en fonction de la nature du risque suspecté (déclenchement de la Cellule Mobile d'Intervention Chimique CMIC en cas d'accident industriel).

Dans un 1^{er} temps l'ensemble du personnel disponible est rappelé en salle de régulation et maintenu sur place afin d'apprécier les ressources vives. Il doit rapidement estimer et prioriser les besoins à engager sur le ou les sites concernés.

Il organise alors avec les PARM « radio » l'envoi des équipes médicales et des vecteurs de 1^{re} ligne (SP). Il contrôle l'ordre des départs des équipes et du matériel spécifique à la gestion d'une « catastrophe », d'une prise en charge d'un nombre important de victimes (lots de PSM, CATA IV...). En cas de déclenchement d'un plan (plan rouge et plan blanc) le médecin régulateur en applique les procédures.

Le PARM le suit et l'accompagne dans ces prises d'informations et ces prises de décisions. Le PARM retransmet les demandes d'interventions aux divers effecteurs ou interlocuteurs de l'AMU soit sur demande du médecin régulateur, soit sur initiative du PARM autorisé à déclencher immédiatement les moyens (en fonction des protocoles établis dans le service).

Le PARM peut également être amené à organiser le radio guidage des effecteurs pour leur permettre d'accéder sur le site du sinistre. Il peut être amené à organiser les points de relais ou de rassemblement des vecteurs engagés, facilités par la cartographie (Google MAPS).

Le PARM devra identifier le 1^{er} bilan « flash » passé par la 1^{re} équipe médicale sur le site de la catastrophe et le passer immédiatement et en priorité au médecin régulateur en charge de l'événement.

3. Devant l'ampleur potentielle de l'« événement » (nombre de victimes, étendue des dégâts), le médecin régulateur doit anticiper la montée en puissance et l'activation des moyens matériels et humains à engager. Avec les PARM, il déclenche et coordonne le départ des SMUR de proximité et les SMUR du département plus éloignés sont alertés afin de participer ultérieurement à la mission. Les SAMU voisins peuvent également être informés et mis en « pré-alerte » en cas de besoins. Ces SAMU limitrophes vont pouvoir intervenir dans le cadre de protocoles opérationnels interdépartementaux, régionaux ou zonaux et le cas échéant, selon des accords de réciprocité des SAMU transfrontaliers (ex : pour la région du Nord, le Centre 100 en Belgique) peuvent être concernés par le secteur géographique.

Le PARM doit connaître à chaque moment l'état de disponibilité ou non des équipes à engager sur le site de l'événement. Dans un proche avenir le concept de géo localisation devrait faciliter cette action.

Pour faciliter le suivi des moyens engagés un « tableau de bord » (paper board) est mis en route pour permettre en temps réel une vue d'ensemble des principales informations, des messages essentiels et des horaires d'activation des multiples vecteurs sanitaires engagés.

4. Pendant ce temps, le médecin d'astreinte « cata » sera alerté afin d'organiser la cellule de crise au SAMU, déterminer les rôles à attribuer en fonction des compétences de chacun en adéquation avec la nature, l'intensité et l'ampleur géographique du sinistre. Le médecin chef du service sera immédiatement informé de l'événement. C'est en général lui (ou la personne qu'il aura désignée) qui assurera la fonction de Directeur des Secours Médicaux (DSM) auprès du préfet.

5. Le Médecin régulateur va désigner un (ou plusieurs) PARM qui va aider à l'activation de la cellule de crise, notamment lors des procédures de rappel de personnels (chaîne d'alerte préétablie : bips, GSM, ...) et l'orientation immédiate de tous les appels concernant l'« événement » arrivant au centre 15 vers la cellule de crise lorsque celle-ci est opérationnelle.

6. En cas d'événements collectifs à fort impact psychologique, les cellules médico-psychologiques (CUMP) seront rapidement activées pour intervenir pour une prise en charge précoce parfois sur le lieux même de l'événement.

7. Avant même la constitution de la cellule de crise, les hôpitaux de proximités susceptibles d'être concernés par l'« événement » sont mis en « pré-alerte » par la régulation (*Circulaire DHOS/HFD n° 2002-284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes*). Car ils sont susceptibles de devoir faire face à un afflux massif de victimes et parfois à des « évacuations sauvages » comme ce fût le cas notamment à Toulouse lors d'AZF. Le PARM doit sur l'avis du médecin régulateur alerter les hôpitaux disposant d'un plateau technique spécifique à la prise en charge de certains types de lésions (exemple grand brûlés à Paris, Lille, Bruxelles ..., caisson hyperbare à Lille, en Ile-de-France). Le PARM est amené à recenser les lits d'hospitalisation disponibles sur le département concerné puis sur la région parfois la zone de défense (ex : Zone Nord).

4. Lors de la crise pour le PARM qui se trouve en cellule de crise

La cellule de crise est le véritable organe de commandement du plan Blanc (*Circulaire DHOS/HFD n° 2002-284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes*). *Le plan blanc est arrêté par l'instance délibérative de l'établissement de santé, sur proposition du directeur ou de son responsable et après avis des instances consultatives. Il est déclenché par le directeur ou le responsable de l'établissement.* Les informations y sont centralisées, la tactique y est décidée et les ordres donnés en conséquence dès l'alerte et poursuivie tout au long de la crise. Ce poste de commandement rassemble les principaux responsables de l'établissement pour coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs. Il siège dans la « **salle de crise** » dédiée exclusivement à la gestion des crises elle est adjacente à la salle de régulation. Il lui faut absolument connaître son rôle et les tâches à effectuer durant la phase aiguë de la crise mais aussi connaître et comprendre la mission des autres membres qui constituent cette cellule :

– Connaître la procédure d'ouverture et la mise en place d'une cellule de crise (CC) :

- la cellule de crise est mobilisable 24 h/24 h ; elle est composée des différentes logiques institutionnelles ; les personnes qui la composent sont opérationnelles en moins de 30 minutes. La cellule de crise est en lien constant avec le SAMU et avec la DDASS.

– Savoir où se situe le matériel à disposition (armoires, placards) et participer à son installation rapide : lignes téléphoniques (indépendantes ou attachées à l'autocommutateur) et informatique en réseau (ordinateur, télécopieurs, imprimantes) les procédures, les plans de secours (Traumato, Brûlés, Biotox ...), les

cartes géographiques. Les codes d'accès informatiques doivent être connus des PARM pour une plus grande autonomie d'action. Il vérifie le bon fonctionnement du matériel et en assure la « petite maintenance » (réserve de papiers, crayons, d'encre, ...).

– Identifier les interlocuteurs présents constituant la cellule de crise (le chef d'établissement ; le coordonnateur médical : président de la commission médicale ; le coordonnateur ou le responsable des soins ; le responsable du personnel ; le chargé de communication ; le responsable technique et logistique ; l'ingénieur biomédical, informatique, un expert selon la nature et l'origine de la catastrophe (NRBC, Biologiste).

– Connaître les missions de la cellule de crise : La cellule de crise est un unique **organe de décision** et de **coordination** afin d'assurer la transmission de l'information tant en interne qu'en externe (schéma). Elle a comme mission, en fonction de la nature et de l'ampleur de la crise : de déterminer le niveau de déclenchement du plan, de recenser les besoins au fil de l'évolution de l'« événement », identifier et répartir les moyens (organisation de l'accueil du pré-tri en amont des urgences des patients) ; d'organiser l'accueil et l'information des familles.

Le PARM va donc participer activement au sein de la cellule de crise, sous les directives du médecin coordinateur de la cellule.

Il peut être « standardiste »

– Il doit rappeler le personnel (fichiers des personnels) avec des messages pré-établis, ainsi que les personnes constituant la cellule de crise dès l'alerte de déclenchement du plan Blanc. Il sera utile de faire preuve de discernement, notamment pour ce qui est des rappels en moyens humains, afin de ménager les ressources selon la prise d'ampleur de la crise.

– Informer le personnel sur le déclenchement du plan blanc (selon des modalités préétablies).

– Maintenir le personnel en poste (selon des modalités préétablies).

– Permettre l'application des fiches de tâches des acteurs de la cellule en respectant, les procédures d'urgence et consignes (documentation en cellule de crise).

– Centraliser les disponibilités des moyens d'hospitalisation en vue de répartir les patients de façon la plus adaptée.

Il est aussi un précieux auxiliaire médicale

– Il doit être totalement **disponible** et se conformer aux directives du médecin coordinateur à qui il transmet toutes les informations et effectue les tâches commandées.

– Suivre et saisir les informations en temps réel permettant de préciser la nature de l'événement et son évolution dans le temps et dans l'espace en gardant un

lien constant avec le PMA, le DSM, les équipes engagées, l'officier responsable des secours (COS).

- Centraliser les infos et assurer en permanence leur bonne transmission du terrain via la cellule (remontée d'information, demande de renfort) et vice-et-versa.
- Contacter à la demande des instances spécialisées Veille Sanitaire (INVR), Institut Médico-Légale (IML).
- Établir la liste des victimes (N° d'identification) vivantes ou décédées, pour la communiquer rapidement à la préfecture.
- Recenser les lits disponibles et la capacité d'accueil dans les services spécialisés (neurochirurgie, brûlés...).
- Enregistrer tous **les mouvements des patients** au cours du parcours depuis le site de l'« événement » jusqu'à son admission à l'hôpital.
- Préparer **l'orientation et l'accueil des patients** évacués dans les services hospitaliers, en fonction du degré d'urgence.
- Tenir régulièrement à jour le tableau de bord indiquant « l'entrée ou la sortie » des victimes, le nombre des places disponibles, l'orientation intra ou extra hospitalière, les transferts des victimes au sein des structures en fonction des besoins d'accès au plateau technique.
- Confronter les listes des patients évacués du PMA et établir la **liste des patients hospitalisés** et leur **lieu d'admission**.
- Faciliter l'information et **l'orientation des familles** vers les hôpitaux où sont hospitalisées les victimes.

Au sein de la cellule son rôle peut être celui d'un « archiviste »

– Il recueille, classe et archive les données relatives à l'« événement » concernant les échanges (télex, photocopies, télécopies) et assure la « traçabilité » des faits (heure d'engagement des vecteurs, délais de prise en charge, d'évacuation, horaires d'admission) afin d'établir la chronologie des diverses actions entreprises. La gestion de toute l'activité est indispensable. Le PARM a la charge de la **main courante**, du « **journal de la crise** » durant la crise. Ce document donnera de précieuses données lors du retour « à la normale », pour analyser les suites à donner aux actions entreprises pendant la crise. Il contribue à un retour d'expérience efficace.

L'improvisation constitue une perte de temps inutile, le stress engendre un risque important d'erreur d'analyse, de difficultés accrues et d'aggravation de la situation.

Le PARM doit parfaitement maîtriser les outils de communication mis à la disposition de la salle de crise, en particulier la téléphonie, l'informatique (tableur Excell, Excess) et les moyens modernes de communication tel qu'Internet ou les mailing.

Ces tâches multiples et souvent complexes nécessite d'être en permanence à l'écoute et très attentif et concentré, réceptif aux directives données par le médecin coordinateur de la cellule de crise. Il faut rester vigilant à la confusion des responsabilités entre membres de la cellule.

Seul un langage clair et professionnel permet d'assurer la transmission des informations fiables et précises (connaître les sigles, les abréviations utilisées VSAB, AP, COS, DOS, DSM, PMA, mais aussi les abréviations médicales les plus courantes HED, IDM...).

Seules la rigueur et la méthode limitent les risques d'erreurs occasionnées par le flot d'informations, parfois contradictoires déversées en un très court laps de temps, et ne permettant pas toujours le rétrocontrôle de l'action.

Le PARM va avoir connaissance de données ne pouvant être divulguées au grand public ou à la presse. Dans cette situation d'exception les règles de confidentialité doivent s'exercer (pas de données nominatives sur le journal de crise !) et le PARM reste soumis au secret professionnel, sous la responsabilité du médecin coordinateur de la cellule.

4.1. Pour le PARM se trouvant au poste médical avancé (PMA)

Le PMA est l'interface entre le « chantier » et la cellule de crise. Le regroupement des victimes est effectué au PMA, dont le responsable est un médecin (SP ou SAMU selon les départements), désigné par le DSM. Ce médecin a pour missions : d'effectuer la prise en charge des victimes, de catégoriser les victimes (UA, UR, U1, U2) et de faire donner les soins adaptés à la nature des blessures. Il peut organiser son PMA selon les besoins en zones et en circuits distincts (ex : victimes indemnes, impliqués, blessés couchés ou valides), faire rechercher par la cellule de crise les places hospitalières adaptées aux différentes pathologies, d'orienter et évacuer les victimes. Il doit faire recenser les victimes à l'entrée et à la sortie du PMA, avant toute évacuation. Il dispose à cet effet d'un *secrétariat tenu par des PARM*.

Le PARM a un rôle d'organisateur. Il va aider à installer et équiper le PMA (malles) s'il s'agit d'une structure « fixe » ou (monter la tente du PMA) si « mobile ». Il va aider à la mise en marche des équipements nécessaires au fonctionnement du « secrétariat médical » : monter l'antenne nécessaire aux transmissions, distribuer les téléphones, installer les relais électriques, monter le groupe électrogène, mettre en marche les ordinateurs portables, brancher les outils informatiques (fax) et de téléphonie, matériel de bureautique. Il doit rapidement s'assurer du bon fonctionnement des liaisons de communications entre le DSM et les équipes sur le terrain d'une part, la cellule de crise d'autre part, en effectuant des manœuvres tests et essais. Parfois son rôle sera juste d'assurer la logistique : apporter nourriture et boissons, couvertures au personnel du PMA.

Ses tâches sont multiples et importantes et peuvent nécessiter l'implication de 2 ou plusieurs PARM en fonction de l'ampleur de l'« événement » et du nombre de victimes admises au PMA, son rôle consiste à :

- établir les listes d'identification des victimes en provenance du chantier (site de l'événement) à l'entrée du PMA,
- remplir le feuillet d'identification des *fiches médicales de l'avant (FMA)*,

- transmettre la liste des victimes « entrée » au PMA au médecin responsable de l'évacuation du PMA,
- établir la liste d'identification des patients triés et traités qui « sortent » du PMA, pour être évacués vers les hôpitaux ou les structures adaptées à leur état clinique (noria d'évacuation).

4.2. Piste d'amélioration (formation)

- Afin que les PARM soient plus opérationnels lors d'événements catastrophiques, il appartient à chaque SAMU de mettre en place des formations annuelles dans le cadre d'une formation professionnelle obligatoire et non basée sur le volontariat les intégrant.
- Les nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) développées pour sécuriser les communications et optimiser le fonctionnement des centres de régulation vont nécessiter un apprentissage pour les PARM. Mais l'informatisation des dossiers de régulation médicale va être ici déterminante pour censurer la qualité, le suivi et l'efficacité de la régulation en situation de crise. L'informatique devrait permettre une gestion en temps réel des moyens engagés, leurs déclenchements, le suivi des actions sur le terrain, les décisions en fonction de la montée en puissance des besoins.
- Le projet RAMUR (projet en cours de développement dans les SAMU) devrait prochainement permettre la géo-localisation des SMUR engagés sur l'« événement », la transmission des bilans médicaux et des dossiers « patients » en « quasi instantané » à la régulation ou au PMA.
- Tandis que le système d'informatisation des services d'urgences opérationnels sur l'ensemble du territoire devrait faciliter la recherche de « lits » d'hospitalisation et la transmission des informations médicales.
- Participation régulière aux exercices de « Cata » où les PARM pourraient jouer leur « rôle » au sein du dispositif, pour entretenir la réactivité et la réflexion sur d'éventuelles améliorations du rôle et de son évolution (débriefing).
 - Une check-list des tâches immédiates à réaliser doit être disponible dans la salle de régulation médicale, accessible et à disposition de chaque PARM afin de ne rien oublier lors du déclenchement d'un plan de secours. Une sorte de table des actions « à faire », « faites » qui seront cochées selon les directives du Médecin Régulateur.
 - Faciliter la localisation et l'accès aux plans de secours. Ceux-ci doivent être rangés dans un endroit connu et disponible à tous les PARM susceptibles d'être confrontés au cours de leur activité à une situation « exceptionnelle ».
 - Des listes de recensement des personnels doivent être tenues à jour et actualisées (numéros de téléphone, mails), pour permettre la création d'un annuaire informatique (logiciel) avec procédure de rappels.
 - Mises à jour des fichiers des structures privées/publiques (hôpitaux, cliniques...) et ressources sanitaires du département, de la région, de la zone.

- Établir des fiches techniques et de consignes d'utilisation des divers équipements de la salle de régulation, de la cellule de crise et du PMA.
 - Créer des fiches de postes précises rappelant la position, l'action, la mission de chacun.
 - Établir des fichiers et répertoires techniques de l'ensemble des effecteurs mais aussi des correspondants de l'AMU (DASS, DRASS, Médecins Scolaires, Généralistes...).
 - Si possible « séparer » la crise et la salle de régulation, car les régulations doivent s'effectuer en des lieux distincts, ceci permet au PARM de la cellule de se concentrer sans interférence dans la gestion de la crise et la régulation médicale « hors de l'événement ».
 - Envisager des modes de communication variées pour pallier à la saturation des réseaux en particulier en cas de catastrophe réseaux spécifiques, radio, moyens satellites (ex : cata de TOULOUSE le réseau GSM était inutilisable).
 - Installer des numéros secrets entre la cellule de crise et la salle de régulation, installer des postes de « débordement » pour éviter la saturation des lignes du « 15 » avant que la cellule de crise ne soit installée et opérationnelle.
- Développer la mise en réseau des SAMU-Centre 15 et permettre l'accès rapide à des consultants spécialisés au sein du dispositif en cas de catastrophes sanitaires notamment (spécialistes en bioterrorisme par exemple).
- L'entraide formaliser entre SAMU et réseaux de soins transfrontaliers permet la suppléance et le renfort de l'un vers l'autre en cas de crise grave (expérience de Ghilingien Belgique 2006).

5. Conclusion

L'efficacité de la mise en œuvre des plans de secours repose sur : la rapidité de mise en place des moyens, l'organisation rationnelle du commandement, la mise en œuvre de moyens suffisants mais adaptés (Lagadec, 2001) « L'exigence de responsabilité, de positionnement éthique et de réflexion hardie est cruciale. Mais les crises exigent encore de solides capacités d'action. Et tout défaut de préparation – du système dans son ensemble, des cellules de crise, des cercles dirigeants eux-mêmes – conduira nécessairement, et quels que soient les plans, à de dangereuses incapacités ». Le PARM de part sa fonction d'agent hospitalier peut parfaitement s'intégrer au dispositif administratif de la gestion de crise. Mais sa singularité d'auxiliaire de régulation médicale des SAMU en fait un acteur incontournable des plans de secours.