

2024

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE D'ÉLABORATION DU DISPOSITIF ORSAN RÉGIONAL

REMERCIEMENTS

La Direction générale de la santé et la Direction générale de l'offre de soins remercient la Direction centrale du service de santé des armées et toutes les personnes qui ont apporté leur expertise à l'élaboration de ce guide, dont la finalité est d'accompagner les agences régionales de santé dans l'organisation de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles.

Rédaction et coordination

Direction générale de la santé (DGS)

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Édition

Direction générale de la santé (DGS)

Conception et maquette

Dr Jean-Marc PHILIPPE (DGS)

M. Enzo DELVECCHIO (DGS)

AVANT-PROPOS

La crise sanitaire du Covid-19, inédite par son ampleur et par sa durée, a touché l'ensemble du territoire français, métropolitain et ultra-marin. Elle a permis de réaffirmer la nécessité de renforcer la préparation de l'ensemble du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles.

Au-delà du risque épidémique, l'actualité de ces dernières années a aussi montré la nécessité d'adapter le système de santé à de nouveaux risques (accident industriel, changement climatique, attentats, menace cyber...).

C'est la raison pour laquelle ce guide méthodologique d'élaboration du dispositif ORSAN régional devait être revu. Le dispositif ORSAN constitue en effet le cadre de préparation et de réponse opérationnelle du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles, élaboré dans chaque région par l'Agence Régionale de Santé. Il a pour objectif d'assurer la montée en puissance du système de santé. À ce titre, il organise de façon coordonnée la mobilisation des structures de soins et des professionnels de santé. Il définit notamment les parcours de soins des patients victimes de l'événement et structure leurs filières de prise en charge.

Le guide a ainsi été restructuré afin de permettre une réponse en cohérence avec l'évolution des risques susceptibles de toucher le territoire national. Aussi, le guide est construit autour de cinq situations exceptionnelles correspondant aux risques susceptibles de créer un choc dans l'offre de soins : afflux massif de patients, prise en charge de blessés psychiques, risque épidémique et climatique, risque épidémique et biologique, risque radiologique et chimique. Ces volets sont complétés par des dispositions spécifiques transversales permettant une plus grande adaptabilité des réponses sanitaires particulières.

Le présent guide est complété par l'actualisation du guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé, du guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et la création d'un guide d'aide à la préparation de la médecine de ville à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. L'ensemble a été établi dans un souci constant d'une meilleure coordination ville-hôpital, coordination au centre du projet de réforme du système de santé que je porte.

La refonte de ce guide d'aide à l'élaboration du dispositif ORSAN a été réalisée avec les acteurs de terrain (professionnels de santé, établissements de santé, structures d'hospitalisation à domicile et de soins de ville) et avec les agences régionales de santé, afin que cette nouvelle version soit nourrie d'une démarche de capitalisation des bonnes pratiques et des pratiques innovantes développées par ces acteurs, notamment durant la crise Covid-19.

Armés de ce nouvel outil fruit de cette mobilisation collective, je sais pouvoir compter sur votre mobilisation et sur votre engagement pour encore mieux préparer le système de santé aux futures crises et aux prochains enjeux qui l'attendent, notamment la tenue des Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024.

PRÉSENTATION DU GUIDE

Le dispositif d'organisation de la réponse sanitaire (ORSAN) est un dispositif intégré de préparation et de réponse opérationnelle qui détermine l'ensemble des mesures organisationnelles nécessaires pour permettre au système de santé de monter en puissance face à tous types d'événements sanitaires exceptionnels qui sont susceptibles de le mettre en tension ou de perturber de façon significative son fonctionnement. Le guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles publié en 2014 a permis de définir les bases de l'organisation de la réponse du système de santé confronté aux situations sanitaires exceptionnelles.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 a codifié le **dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles dit « ORSAN »** dans l'article L. 3131-11.

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, renforce l'architecture de la planification de crise dans le champ sanitaire autour du dispositif ORSAN qui **évolue vers une logique opérationnelle**. Son architecture basée jusque-là sur des « volets » repose maintenant sur des « plans », activables en tant que de besoin par le Directeur général de l'ARS en lien étroit avec le Préfet pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles susceptibles d'avoir des conséquences sur le système de santé. L'activation de ces plans opérationnels de réponse ORSAN permet, **d'une part, l'organisation de la réponse du système de santé** par la pleine mobilisation des opérateurs de soins concernés et **d'autre part, le pilotage opérationnel de la réponse sanitaire** par l'ARS, en appui des Préfets en charge du pilotage intersectoriel.

Le décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 relatif au renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles renforce le cadre réglementaire de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles et en précise l'organisation.

Outre le nouveau cadre réglementaire, les retours d'expérience des crises et événements qui ont concerné le système de santé depuis 2014 (attentats, Covid-19, Ébola, grippe saisonnière, Mers-Cov, Chikungunya, Zika, etc.) justifient l'actualisation et l'enrichissement du précédent guide.

Le présent guide propose ainsi aux directeurs généraux des ARS, **un cadre de planification opérationnelle** permettant de répondre à leurs besoins ainsi qu'aux demandes des Préfets, quelle que soit la nature de l'événement. Il détermine :

- La doctrine générale, ainsi que les éléments méthodologiques et techniques pour l'élaboration des plans opérationnels de réponse et des dispositions spécifiques transversales ;
- Les rôles des différents acteurs dans la préparation et la mise en œuvre de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- L'articulation entre le dispositif ORSAN et le cas échéant, les autres dispositifs ou plans (dispositif ORSEC, plans de renfort, plans gouvernementaux de défense).

En complément, ce guide définit les modalités d'élaboration du **programme annuel ou pluriannuel** destiné à maintenir ou développer les capacités du système de santé pour répondre aux enjeux des situations sanitaires exceptionnelles notamment :

- La mise en adéquation des capacités de prise en charge des patients avec les objectifs attendus lors d'une situation sanitaire exceptionnelle ;

-
- L'attribution et la gestion des moyens opérationnels mis à disposition du système de santé pour assurer les soins adaptés aux blessés et aux malades ;
 - La formation des professionnels de santé et des autres professionnels pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles ;
 - L'évaluation régulière de l'opérationnalité du dispositif ORSAN par la réalisation d'exercices et d'entraînements.

Enfin, ce guide décrit les procédures de déclenchement des plans opérationnels ORSAN par les Directeurs généraux des ARS et la conduite de crise à mettre en œuvre pour assurer le pilotage opérationnel de la réponse du système de santé.

L'actualisation du guide d'élaboration du dispositif ORSAN régional s'inscrit dans un cadre renforcé de l'organisation de la préparation et de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles et crises sanitaires au sein du ministère chargé de la santé. Les enseignements de la crise COVID, inédite par son intensité et sa durée, comme l'évolution du contexte national et international mettant en exergue une succession de crises plus nombreuses, plus longues, plus complexes ont amené les pouvoirs publics à réinterroger les capacités ministérielles de préparation et de réponse aux crises sanitaires. Aussi 2024 voit la création d'un service dénommé « Centre de crises sanitaires », placé auprès du Directeur général de la santé qui succède à la sous-direction de la veille et de la sécurité sanitaire. Il coordonne en lien avec les autres entités de la DGS et les directions d'administration centrale, également renforcées, l'anticipation, la préparation et la gestion des alertes et crises sanitaires en bénéficiant de leur expertise, de leur capacité d'action et de leur réseau. Le centre de crises sanitaires (CCS) s'appuie également sur les agences sanitaires, les ARS, les partenaires interministériels, les sociétés savantes, les professionnels de santé et plus globalement tous les partenaires de la sécurité sanitaire.

Au sein du nouveau **Centre de crises sanitaires**, le pilotage opérationnel de la réponse sanitaire aux situations d'urgence et de crises est assuré par le Centre Opérationnel de Régulation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS). Le CORRUSS est notamment chargé de centraliser l'ensemble des alertes et d'assurer la gestion des situations d'urgence sanitaire, en lien avec les autres ministères et institutions concernées.

Le **Centre de crises sanitaires** a notamment pour mission de coordonner via le CORRUSS, la montée en puissance du système de santé pour assurer la continuité et la sécurité des soins. Il apporte également un appui pour la planification et la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles en s'appuyant sur le dispositif ORSAN national.

SOMMAIRE GÉNÉRAL

PRINCIPES ET CADRE DE DOCTRINE	4
I. CADRE GÉNÉRAL DE LA PLANIFICATION SANITAIRE	6
II. LE DISPOSITIF ORSAN RÉGIONAL	8
A. OBJECTIFS	8
B. ACTEURS DU DISPOSITIF ORSAN	9
C. STRUCTURATION ET ÉLABORATION	11
D. PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ ET DISPOSITIF ORSAN	13
E. ARTICULATION AVEC LE DISPOSITIF ORSEC	15
F. DÉCLINAISON DU PROTOCOLE PLURIANNUEL SANTÉ-DÉFENSE-BUDGET	17
G. ORGANISATION DE LA RECHERCHE EN SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE	17
H. VEILLE ET PROMOTION DES INNOVATIONS LOCALES »	18
I. MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE EN CONDUITE DE CRISE	19
III. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE ORSAN	19
A. LES PLANS OPÉRATIONNELS DE RÉPONSE	19
1. Plan ORSAN AMAVI	21
2. Plan ORSAN MÉDICO-PSY	23
3. Plan ORSAN EPI-CLIM	25
4. Plan ORSAN REB	27
5. Plan ORSAN NRC	31
B. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES TRANSVERSALES	33
1. DST « Mobilisation des ressources humaines »	34
2. DST « montée en puissance de l'offre de soins critiques »	34
3. DST « EVASAN »	35
4. DST « vaccination exceptionnelle »	36
5. DST « Dépistage massif d'agent infectieux »	37
6. DST « Cybersécurisation des établissements sanitaires »	38
7. DST « Sécurisation des établissements sanitaires »	39
8. DST « Évacuation établissements sanitaires »	40
9. DST « Accueil et gestions des renforts projetés »	40
IV. PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS DE RÉPONSE	41
A. CAPACITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	41
B. FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUX SSE	42
1. Cadre général de formation	42
2. Cadre de formation spécialisé	43
C. ATTRIBUTION DES MOYENS OPÉRATIONNELS	45
V. METHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU DISPOSITIF ORSAN	47
A. ÉTAPE 1 : CONSTITUTION DE L'ÉQUIPE PROJET ORSAN	47
1. Le comité de pilotage ORSAN	48
2. Le comité technique régional ORSAN	48
3. Les groupes de travail spécifiques ORSAN	50
B. ÉTAPE 2 : ORGANISATION DE LA RÉPONSE DU SYSTÈME DE SANTÉ AUX SSE	51
1. Analyse des risques et des menaces	51
2. Identification et cartographie des capacités de réponse des opérateurs de soins	52
3. Détermination des « effets à obtenir »	55
4. Élaboration des plans opérationnels de réponse ORSAN	56
5. Élaboration des dispositions spécifiques transversales	57
C. ÉTAPE 3 : ÉLABORATION DU PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS DE REPONSE	58
1. Plan régional de formation aux situations sanitaires exceptionnelles	58
2. Attribution et gestion coordonnée des moyens opérationnels	59

D. ÉTAPE 4 : ACCOMPAGNEMENT ET SUIVI DE LA PRÉPARATION DES OPÉRATEURS DE SOINS	60
1. Accompagnement à la préparation	60
2. Mise en place d'un réseau régional autour des situations sanitaires exceptionnelles	61
E. ÉTAPE 5 : PRÉPARATION DE L'ARS À LA CONDUITE DE CRISE	61
1. La cellule de crise de l'ARS	62
2. Détermination du rôle et des missions de chaque acteur au sein de la cellule de crise	62
3. Formation à la conduite de crise	63
F. ÉTAPE 6 : ÉVALUATION DU DISPOSITIF ET RETOUR D'EXPÉRIENCE	63
1. Exercices	63
2. Retour d'expérience	65
VI. ACTIVATION DU DISPOSITIF ORSAN ET CONDUITE DE CRISE	66
A. PRINCIPES D'ORGANISATION NATIONALE ET TERRITORIALE DE LA GESTION DE CRISE	66
B. MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE DU DISPOSITIF ORSAN	68
C. CONDUITE DE LA MONTÉE EN PUISSANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	68
1. Pilotage de la mise en œuvre du dispositif ORSAN	68
2. Rôle de l'ARS de zone	70
3. Interactions avec les centres opérationnels préfectoraux	70
4. Interaction avec le niveau national	71
5. Formation et exercices	73
VII. LES PLANS DE MOBILISATION DES OPÉRATEURS DE SOINS	73
A. LE PLAN DE MOBILISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (PGTHSSE)	73
B. LE PLAN DE MOBILISATION DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX (PLAN BLEU)	79
C. LE PLAN DE MOBILISATION DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE	79
D. LE PLAN DE MOBILISATION DES SOINS DE VILLE	80
VIII. LES PLANS DE RENFORT	81
A. LE PLAN ZONAL DE MOBILISATION DES RESSOURCES SANITAIRES	81
B. LE DISPOSITIF ORSAN NATIONAL	83
ANNEXES	84
■ ANNEXE 1 - CAHIERS D'AIDE À L'ÉLABORATION DES PLANS ORSAN	84
• Plan ORSAN AMAVI	86
• Plan ORSAN MÉDICO-PSY	142
• Plan ORSAN EPI-CLIM	174
• Plan ORSAN REB	200
• Plan ORSAN NRC	258
■ ANNEXE 2 - CAHIERS D'AIDE À L'ÉLABORATION DES DST	294
• DST « Mobilisation des ressources humaines »	296
• DST « montée en puissance de l'offre de soins critiques »	300
• DST « EVASAN »	308
• DST « vaccination exceptionnelle »	312
• DST « Dépistage massif d'agent infectieux »	316
• DST « Évacuation établissements sanitaires »	320
• DST « Sécurisation des établissements sanitaires »	324
• DST « Cybersécurisation des établissements sanitaires »	328
• DST « Accueil et gestions des renforts projetés »	334
■ ANNEXE 3 – FICHES « ACTEURS » DU DISPOSITIF ORSAN	336
• Agences régionales de santé (ARS)	338
• Structures de médecine d'urgence et autres structures associées	348
• Établissements de santé et structures d'hospitalisation à domicile	364
• Professionnels de santé de ville	378
• Établissements médico-sociaux	386
• Réseaux de prévention des infections associées aux soins (CPIAS)	390
• Rôle des acteurs de santé dans les plans ORSAN	394
• Service de santé des armées (SSA)	398
• Transporteurs sanitaires	402
• Acteurs de la sécurité civile	406

■ ANNEXE 4 – FICHES TECHNIQUES	414
• Missions de référence	416
• Organisation des missions de l'établissement de santé siège du SAMU zonal	424
• Attribution et gestion coordonnée des moyens opérationnels tactiques	428
• Problématiques transfrontalières	432
• Traçabilité des victimes en situation sanitaire exceptionnelle	446
• Outils de conduite de crise pour l'ARS	462
• Communication de crise	474
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	486
CONTRIBUTEURS	492



Principes & cadre de doctrine

I. CADRE GÉNÉRAL DE LA PLANIFICATION SANITAIRE

Le code de la défense précise que « chaque ministre est responsable, sous l'autorité du Premier Ministre, de la préparation et de l'exécution des mesures de défense et de sécurité nationale incombant au département dont il a la charge »¹.

Le ministre en charge de la santé est responsable « de l'organisation et de la préparation du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires graves, à leur prévention, à la protection de la population contre ces dernières, ainsi qu'à la prise en charge des victimes »². Il contribue donc, pour le champ sanitaire, à la planification interministérielle en matière de défense et de sécurité nationale, en lien avec le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN). Il conduit les travaux de planification relatifs au maintien de la continuité du système de santé quelles que soient les circonstances.

Le système de santé doit à tout moment être en mesure d'assurer la prise en charge médicale de patients (blessés, impliqués, malades) dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle. Afin d'assurer cette mission, le système de santé doit s'adapter voire se renforcer pour prendre en charge en tout point du territoire national, un nombre potentiellement important de victimes requérant parfois des soins spécialisés de haute technicité. Il s'agit également de garantir la continuité et la qualité des soins, des blessés, malades ou parturientes, non directement impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires.

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 (grand événement ou rassemblement). Une situation sanitaire exceptionnelle peut également résulter d'un événement à cinétique lente (épidémie ou épisode climatique exceptionnels par son ampleur, sa durée, etc.) provoquant des tensions dans l'offre de soins et pour lequel les premières mesures de gestion s'avèrent insuffisantes.

La planification sanitaire est assurée à l'échelon national par le Ministère chargé de la santé qui élabore le **dispositif ORSAN national**. Le dispositif ORSAN national constitue le cadre national de l'organisation de la réponse du système de santé en constituant le volet sanitaire des plans de réponse nationaux intersectoriels (NRBC, pandémie grippale, chikungunya, dengue...). Il constitue par ailleurs, le cadre d'organisation de l'appui national aux régions et aux zones touchées par une situation sanitaire exceptionnelle par la mobilisation de l'offre de soins nationale et par la mobilisation des renforts nationaux.

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

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

² Article L.1142-8 du code de la défense

des professionnels de santé et déterminent les parcours de soins et les filières de prise en charge des patients. Cette réponse s'appuie sur des dispositifs de mobilisation spécifiques à chaque opérateur de soins dans tous les secteurs de l'offre de soins (ambulatoire de ville, établissements de santé, établissements médico-sociaux)

En complément du dispositif ORSAN régional, des dispositifs de réquisition et plans de renfort sont établis aux échelons d'intervention des préfets :

- Outil générique de réquisition à l'échelon départemental pour renforcer le cas échéant, la réponse opérationnelle sanitaire pour la mise en œuvre des plans du dispositif ORSAN ;
- Plan de mobilisation des ressources sanitaires à l'échelon de la zone de défense et de sécurité (PZMRS) ;

Face à une situation sanitaire exceptionnelle, le directeur général de l'ARS peut décider, en fonction de la situation, de déclencher un (ou plusieurs) plans opérationnels de réponse ORSAN, le cas échéant à la demande du ministre chargé de la santé ou du préfet. Aussi, leur mise en œuvre peut être totale ou partielle, suivant la nature, l'étendue géographique et la gravité de l'événement considéré. Dans tous les cas, le Directeur général de l'ARS tient informé le ou les Préfets de département concernés et le Ministère chargé de la santé, de la mise en œuvre de tout ou partie des mesures prises au titre du dispositif ORSAN. Le déclenchement par le Directeur général de l'ARS impose l'organisation d'un dispositif de conduite de crise permettant d'assurer le pilotage (cf. § VI).

Ainsi, en fonction des conséquences de la situation exceptionnelle envisagée, la réponse du système de santé repose sur :

- Le déclenchement par le directeur général de l'ARS d'un ou des plans opérationnels de réponse ORSAN adaptés et dispositions spécifiques transversales nécessaires, pour prendre les décisions stratégiques concernant les filières et parcours, organiser la montée en puissance coordonnée du système de santé et renforcer les capacités de prise en charge des patients ;
- Le déclenchement en conséquence par les Directeurs ou responsables des structures de soins, des plans adaptés des opérateurs concernés (établissement de santé ou établissements médico-sociaux) ou par l'ARS des dispositions de mobilisation propres au secteur ambulatoire de ville.

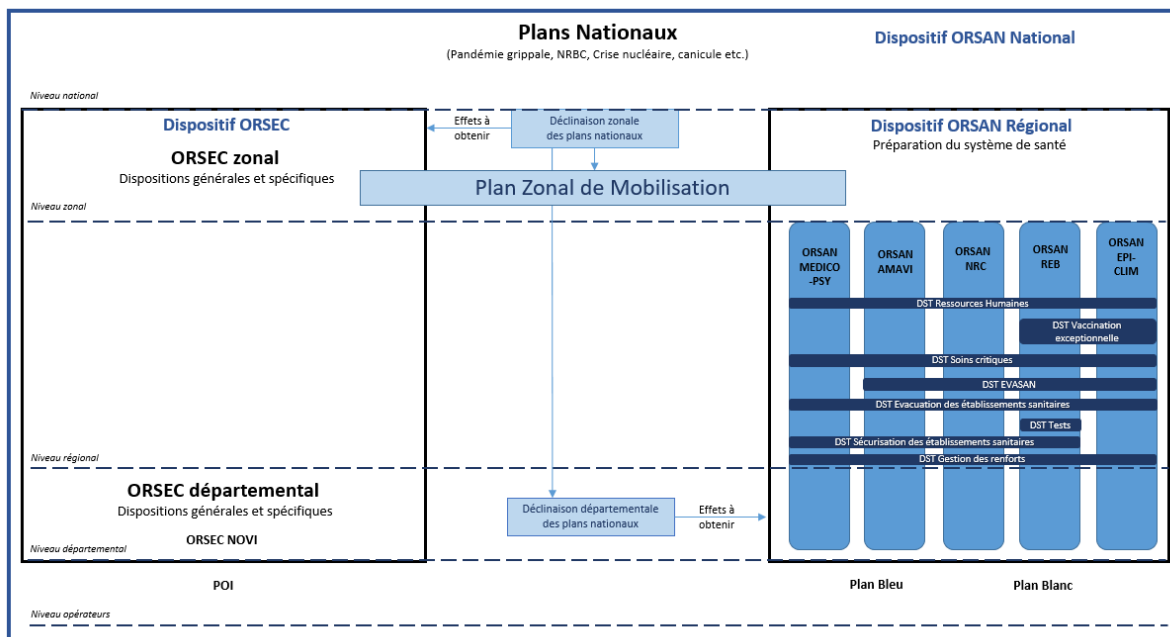
Le cas échéant, en fonction de l'ampleur, de la cinétique, des besoins liés à la nature de l'événement dont il est question, un renfort pourra être opéré via le PZMRS et/ou le dispositif ORSAN national, si les capacités sanitaires locales sont dépassées.

La réponse aux situations sanitaires exceptionnelles s'appuie donc sur une démarche graduée selon laquelle les nécessités de montée en puissance déterminent la nature et le volume de l'engagement des ressources sanitaires.

Cette approche vise à favoriser la mise en place d'une organisation solidaire et intersectorielle aux échelles territoriales pertinentes pour la gestion des différents risques et menaces.

Le déclenchement d'un plan ORSAN ou d'une disposition spécifique transversale donne lieu systématiquement à un retour d'expérience dont il est tenu compte pour procéder à la révision du plan.

Le dispositif ORSAN constitue par ailleurs le cadre de préparation et de mise en œuvre de l'appui du système de santé au Service de santé des armées en situation d'engagement majeur des forces armées.



II. LE DISPOSITIF ORSAN RÉGIONAL

A. Objectifs

Le dispositif ORSAN régional constitue le cadre de préparation et de réponse opérationnelle du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles. Il a pour objectif d'organiser à l'échelle de la région la réponse du système de santé en assurant sa montée en puissance. À ce titre, il définit la stratégie régionale de prise en charge et organise de façon coordonnée la mobilisation des structures de soins et des professionnels de santé. Il définit notamment les parcours de soins des patients victimes de l'événement et structure leurs filières de prise en charge. Il permet d'assurer les soins appropriés aux blessés et malades directement concernés par la situation sanitaire exceptionnelle, tout en assurant la continuité des soins courants.

L'atteinte de cet objectif implique le respect de plusieurs principes de planification opérationnelle :

- La recherche des approches les plus efficaces au sein de chaque territoire par la prise en compte des particularités et des ressources locales disponibles dans le secteur ambulatoire, préhospitalier, hospitalier et médico-social ;
- Le recours, dans la mesure du possible, aux structures et aux parcours de soins utilisés en routine par les patients. Le recours à des dispositifs d'exception doit être réservé uniquement aux situations dans lesquelles le système de santé ne pourrait agir efficacement seul ;
- La mise en place d'une organisation cohérente du système de santé et d'un pilotage adapté, qui permettent de formuler des réponses progressives, strictement adaptées aux besoins de la population et à l'ampleur de l'événement, associant l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.

Le dispositif ORSAN régional doit aussi s'attacher à prendre pleinement en compte les spécificités de prise en charge des populations fragiles (femmes enceintes, enfants,

personnes âgées, personnes souffrant d'affections chroniques) mais aussi celles des personnes en situation de précarité notamment pour l'accès aux soins.

Si le dispositif ORSAN est élaboré dans chaque région en prenant en compte les spécificités territoriales, il est toutefois important de veiller à respecter une cohérence nationale, garante de l'interopérabilité des dispositifs ORSAN entre régions facilitant ainsi le parcours de soins des patients. La question de l'articulation transfrontalière doit aussi être intégrée dans la planification ORSAN dans le cadre des accords entre pays riverains.

Par ailleurs, la capacité du système de santé à monter à puissance permet également à une région de venir en appui d'une autre région en difficulté, soit en accueillant et en prenant en charge les patients évacués, soit en mettant à disposition des renforts humains et/ou matériels.

Enfin, le dispositif ORSAN s'articule avec le dispositif de réponse de la sécurité civile (dispositif ORSEC) et répond, dans le champ sanitaire, aux objectifs fixés dans les plans nationaux (ex. : plan canicule, plan national de préparation et de réponse à une pandémie).

PRINCIPES DE LA PLANIFICATION ORSAN

- Assurer une réponse efficace et robuste du système de santé quelles que soient les situations sanitaires exceptionnelles à gérer en s'appuyant sur les outils et dispositifs existants de veille, de sécurité sanitaire et d'organisation de l'offre de soins ;
- Optimiser la prise en charge des blessés et malades liés à la situation sanitaire exceptionnelle ;
- Garantir la continuité et la qualité des soins des patients non directement concernés par la situation exceptionnelle par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires ;
- Rechercher les approches les plus efficaces au sein de chaque territoire en prenant en compte les particularités et les ressources locales disponibles dans le secteur ambulatoire de ville, préhospitalier, hospitalier et médico-social ;
- Mettre en place une organisation cohérente du système sanitaire en apportant des réponses :
 - Progressives strictement adaptées aux besoins de la population et à l'ampleur de l'événement et compatibles avec des impératifs éventuels de montée en puissance ;

B. Acteurs du dispositif ORSAN

La prise en charge des blessés ou des malades lors d'une situation sanitaire exceptionnelle repose sur la **mobilisation des acteurs du système de santé, qui constituent ensemble les opérateurs de soins**. La gestion efficace d'une situation sanitaire exceptionnelle impose dans la majorité des situations une interaction efficace entre ces différents acteurs du système de santé voire d'autres acteurs concourant au

secours et à la sécurité. **Le dispositif ORSAN constitue le cadre de cette coordination sous l'égide de l'ARS.**

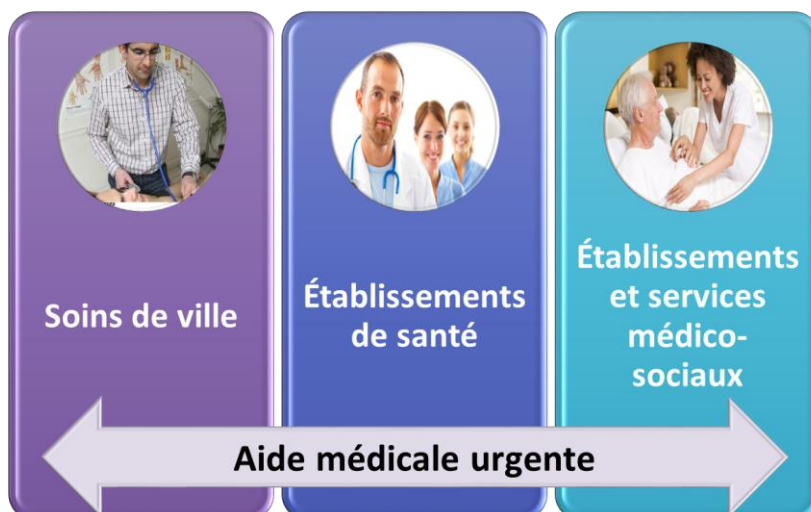
Chaque plan opérationnel de réponse ORSAN identifie les professionnels de santé et les opérateurs de soins concernés par la situation sanitaire exceptionnelle et organise leur participation à la réponse sanitaire (adaptation ou le cas échéant, montée en puissance).

L'élaboration du dispositif ORSAN nécessite donc de bien identifier le rôle de ces opérateurs de soins afin de répondre aux objectifs généraux d'organisation suivants :

- Assurer la prise en charge sanitaire des blessés ou des malades en adaptant l'offre de soins en conséquence ;
- Anticiper les conséquences de l'événement en terme d'impact sur la permanence et la continuité des soins des patients non directement affectés par la situation sanitaire exceptionnelle ;
- S'assurer, par un pilotage structuré, du fonctionnement optimal du système de santé pendant l'événement (mise en œuvre des plans de gestion des situations sanitaires exceptionnelles des opérateurs de soins et conduite de crise) ;
- Permettre un retour à la normale dans les meilleurs délais.

Le rôle des acteurs du système de santé et de ceux concourant à la prise en charge des blessés et malades lors des SSE est décrit dans les fiches acteurs en annexe 3.

INTERACTION DES SECTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ



Exemples de mobilisation des acteurs du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

- Une urgence collective (ex. attentats, accident de transport collectif, etc.) va nécessiter l'articulation synergique entre les acteurs du plan ORSEC NOVI et du plan ORSAN AMAVI avec initialement la mobilisation conjointe des SAMU et des SMUR, des services d'incendie et de secours et des forces de sécurité intérieure puis des structures de soins et des établissements de santé pour assurer l'accueil et la prise en charge des patients dans le système de santé. Le secteur de la médecine de ville et le secteur médico-social seront en appui pour faciliter l'accueil et la prise en charge des patients hospitalisés dans les établissements de santé en fluidifiant la sortie des patients ou en limitant l'arrivée de nouveaux patients ;
- Une épidémie de grippe saisonnière ou un évènement climatique extrême vont mobiliser, dans le cadre du plan ORSAN EPI-CLIM, en première ligne le secteur de la médecine de ville et médico-social mais aussi les établissements de santé pour la prise en charge des formes graves.

Ces exemples démontrent le caractère indissociable des secteurs de l'offre de soins quelle que soit la SSE qui nécessite *de facto* une approche globale en intégrant tous les acteurs lors de l'élaboration des plans.

C. Structuration et élaboration

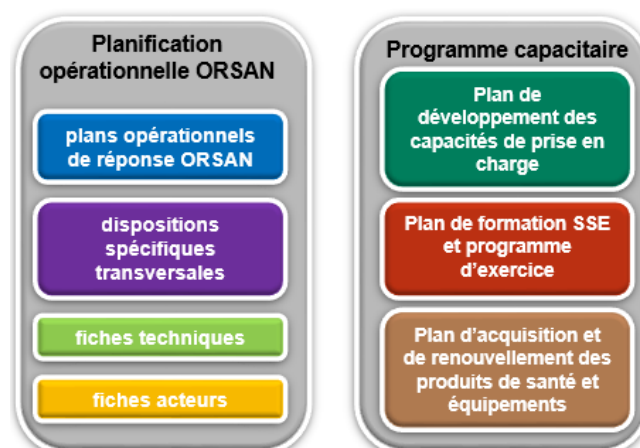
Le dispositif ORSAN régional est structuré en 2 composantes complémentaires :

- 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 plusieurs exercices ou entraînements associant les acteurs du système de santé, permettant d'évaluer le caractère opérationnel du dispositif ORSAN.

En pratique, le dispositif ORSAN est constitué d'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 mobilisable en tant que de besoin ;
- Un cadre de formation des professionnels de santé et autres personnels des opérateurs de soins aux SSE.

STRUCTURATION DU DISPOSITIF ORSAN



L'élaboration du dispositif ORSAN régional revient à chaque ARS, à partir notamment des effets à obtenir exprimés par les Préfets dans les différents plans de réponse dont ils ont la responsabilité. L'ARS veille à leur articulation avec les autres dispositifs territoriaux de gestion de crise (ex. dispositif ORSEC). Le dispositif ORSAN est arrêté par le Directeur général de l'ARS après avis des préfets de département. Il est révisé annuellement.

Le dispositif ORSAN constitue le cadre de préparation et de réponse opérationnelle du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles. Il est élaboré dans chaque région par l'ARS.

Il a pour objectif d'assurer la montée en puissance du système de santé. À ce titre, il organise de façon coordonnée la mobilisation des structures de soins et des professionnels de santé. Il définit notamment les parcours de soins des patients victimes de l'événement et structure leurs filières de prise en charge.

Ce dispositif transversal concerne tous les acteurs de l'offre de soins et à ce titre implique toutes les composantes de l'ARS. Son élaboration constitue *de facto* un enjeu majeur garant de la qualité et de l'efficacité de la réponse du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles.

D. PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ ET DISPOSITIF ORSAN

Le projet régional de santé (PRS) est construit dans une dimension transversale qui concerne l'ensemble des activités et secteurs de la santé au sens large afin d'assurer la fluidité de l'organisation des parcours de santé : prévention et promotion de la santé, offre de soins, offre médico-sociale, veille et sécurité sanitaire. Le PRS se décline désormais en un unique schéma régional de santé (SRS) intégrant l'évaluation des besoins et de l'offre de services de santé, y compris dans un contexte de situation sanitaire exceptionnelle. Ainsi, le PRS a vocation à prendre en compte la gestion et l'anticipation des risques sanitaires qui en constitue un axe important.

Le SRS permet de planifier l'organisation du système de santé dans son ensemble dans un but de transversalité et de complémentarité des acteurs avec une logique de parcours. L'élaboration du dispositif ORSAN s'inscrit naturellement dans cette démarche en organisant les parcours de soins en situation sanitaire exceptionnelle. Il convient donc :

- D'une part, de s'appuyer sur les travaux de construction du SRS pour la prise en compte des objectifs opérationnels de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (objectifs déclinés dans les 5 plans opérationnels) ;
- D'autre part, d'intégrer dans le SRS ces objectifs opérationnels fixés aux opérateurs de soins dans le cadre du dispositif ORSAN.

Par ailleurs, il convient pour chacun des plans opérationnels de réponse ORSAN, d'identifier les points de rupture territoriaux au-delà desquels les opérateurs de soins ne peuvent plus répondre à la demande de soins malgré leur mobilisation maximale. Une attention particulière sera portée sur les capacités de prise en charge pédiatrique notamment en termes de chirurgie et de réanimation mais aussi pour la prise en charge des pathologies induites par les agents NRBC.

L'identification des points de rupture prend en compte l'évaluation des risques et des menaces et s'appuie sur 2 logiques :

- La **logique de filière de soins** dont les points de rupture doivent être identifiés lors du diagnostic organisationnel pour répondre à des événements caractérisés par :
 - Une augmentation importante du nombre de personnes nécessitant une évaluation ou une prise en charge en établissement de santé ;
 - Une cinétique initiale d'évolution rapide ;
 - Un niveau de gravité clinique moyen potentiellement ou réellement élevé.

L'enjeu porte principalement sur les établissements de santé en particulier sur des aspects organisationnels (coordination, régulation, adaptation) et capacitaires (plateaux techniques, lits et places, professionnels de santé spécialisés), à dimension régionale, voire suprarégionale. Les filières « premier recours et urgences », « traumatologie adultes et pédiatriques », « soins critiques adultes et pédiatriques », « infectiologie » et « médico-psychologique » sont particulièrement sollicitées.

Les plans opérationnels de réponse ORSAN les plus spécifiquement concernés sont : AMAVI, MÉDICO-PSY, NRC et REB. Une articulation est nécessaire entre niveau régional et national pour ces deux derniers plans en particulier pour la prise en charge de patients cas confirmés d'infection par des agents infectieux

du groupe IV, des intoxications complexes ou des irradiation/contamination sévères ;

- La **logique de proximité** dont l'organisation spécifique à la région doit être identifiée notamment pour assurer la réponse à des événements caractérisés par :
 - L'aspect communautaire de la gestion et le maintien à domicile ;
 - Une cinétique d'évolution plus lente ;
 - Une gravité de l'impact prévalant en cas de facteurs de risque individuels ou comorbidités associés.

Le plan thématique ORSAN relevant de cette logique de proximité est : EPI-CLIM. L'enjeu concerne principalement le secteur des soins primaires et porte sur la coordination des professionnels de santé libéraux du secteur ambulatoire, avec les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Les filières « gériatrie », « soins critiques » et « pédiatrie » sont les plus sollicitées pour les cas les plus graves. L'outil privilégié pour coordonner au mieux les acteurs des différentes filières est le service d'accès aux soins (SAS) des SAMU.

Dans certaines situations, et pour certaines populations à risque, les réflexions conduites par ailleurs dans le cadre des logiques précitées de parcours et de gradation des soins peuvent contribuer utilement à la définition des objectifs opérationnels.

Les **objectifs opérationnels figurant dans le SRS** peuvent, pour chaque plan opérationnel de réponse ORSAN, indiquer à l'échelle géographique pertinente :

- **Sur un plan quantitatif**, en termes d'effets à obtenir, les capacités globales de réponse des secteurs hospitalier (disponibilité des plateaux techniques, cinétique d'adaptation et de renforcement des lits et places, professionnels de santé mobilisables) et ambulatoire (nombre de patients susceptibles d'être pris en charge par des centres de santé ou par des professionnels libéraux, capacités de visites à domicile et de coordination des soins primaires cinétique d'adaptation et de renforcement du secteur ambulatoire) ;
- **Sur un plan qualitatif**, les organisations, relations et coordinations à mettre en place localement pour garantir l'effet à obtenir en termes de volume et de flux de patients, en intégrant si besoin plusieurs modalités en fonction de « seuils de rupture » pré-identifiés.

Ainsi, les objectifs opérationnels figurant dans le dispositif ORSAN doivent être bien pris en compte dans l'élaboration du SRS notamment le programme annuel ou pluriannuel identifiant les actions à mener par l'ARS et les opérateurs de soins pour maintenir ou développer les capacités nécessaires afin d'assurer la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle. Pour cela, ils convient d'identifier les actions attendues à l'échelle régionale pour faire face aux points de rupture de chacun des plans opérationnels de réponse ORSAN. Ces actions peuvent être de quatre ordres :

- La compensation des faiblesses capacitaires identifiées lors du diagnostic organisationnel de l'offre de soins ;
- La réorganisation de l'offre de soins en cas de rupture capacitaire notamment sur les établissements de santé de première voire de deuxième ligne (mobilisation le cas échéant, de lignes supplémentaires) ;
- Le renforcement des flux (transport des patients, logistique des produits de santé, etc.) en cas de désorganisation ;

- L'anticipation de la gestion des risques particuliers (pédiatrie, NRBC, brûlés, ...) en termes notamment d'activation des renforts nationaux.

E. Articulation avec le dispositif ORSEC

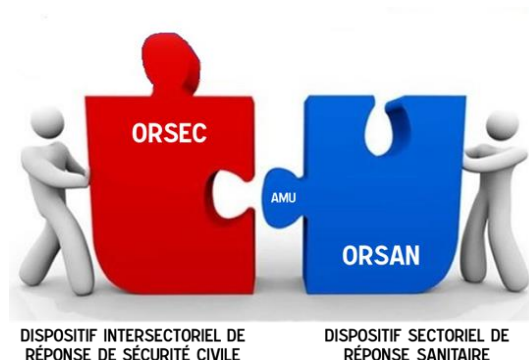
Le dispositif ORSEC (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile) détermine, en fonction des risques identifiés soit au niveau zonal soit au niveau départemental, l'organisation générale des secours et recense l'ensemble des moyens publics et privés susceptibles d'être mis en œuvre³. En cas de catastrophe ou d'événement grave, il permet une mise en œuvre rapide et efficace de tous les moyens nécessaires sous l'autorité du préfet. Ce dispositif prévoit des :

- Dispositions générales applicables en toutes circonstances (ex. plan ORSEC NOVI) ;
- Dispositions propres à certains risques particuliers ou liées au fonctionnement d'installations déterminées (plans particuliers d'intervention notamment).

Le dispositif ORSEC sert à organiser la réponse intersectorielle de sécurité civile à différentes situations d'urgence, notamment en matière de secours à personnes (plan ORSEC NOVI).

Le dispositif ORSEC et le dispositif ORSAN sont complémentaires et s'articulent, notamment pour garantir la continuité des parcours de soins. Les mesures prises au titre du dispositif ORSEC ou du dispositif ORSAN peuvent ainsi être mises en œuvre séparément ou concomitamment.

Complémentarité des dispositifs ORSEC et ORSAN



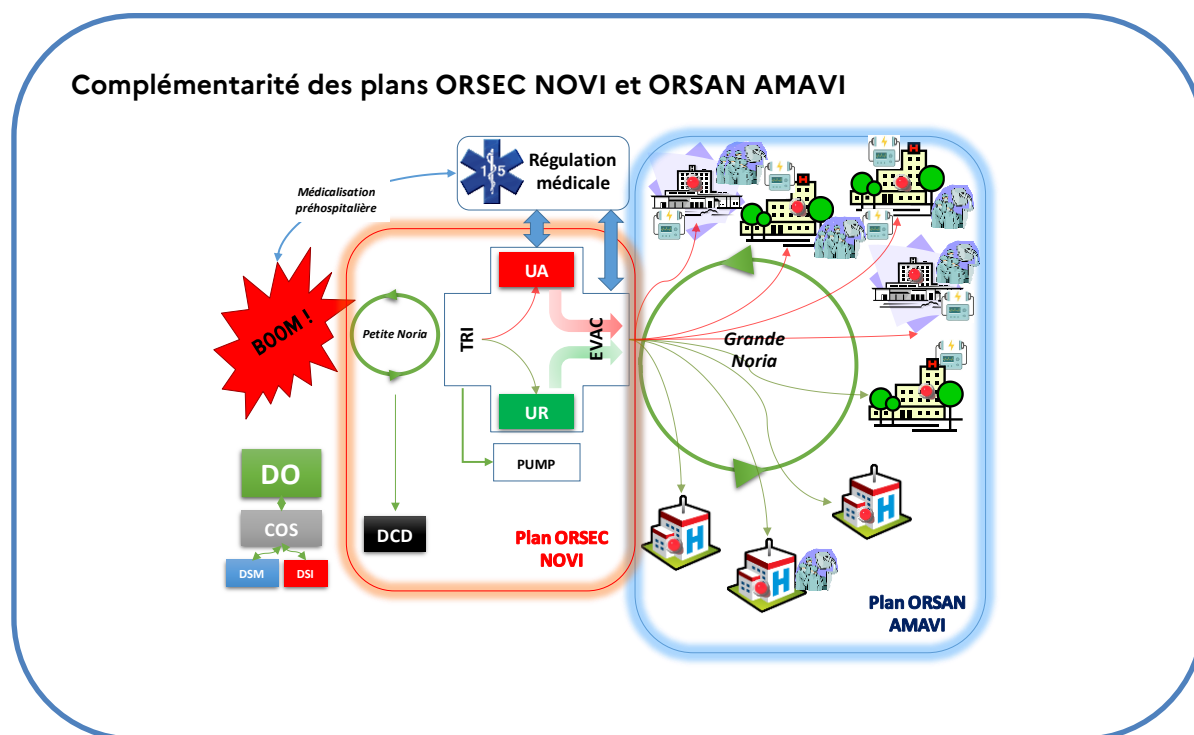
Le **plan ORSAN AMAVI** s'inscrit dans la complémentarité du plan ORSEC NOVI déclenché par le Préfet et permet la prise en charge rapide des blessés dans les établissements de santé après régulation médicale par le SAMU territorialement compétent. Il en est de même pour le plan ORSAN MÉDICO-PSY qui permet la prise en charge rapide des blessés psychiques par les cellules d'urgence médico-psychologique.

Par exemple, lorsqu'il s'agit de prendre en charge de nombreuses victimes, le plan ORSAN AMAVI s'articule immédiatement avec le plan ORSEC NOVI pour assurer la prise

³ Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L741-1 à L741-5 du code de la sécurité intérieure

en charge médicale des victimes dans le système de santé. L'aide médicale urgente (AMU), compte tenu de sa mission et de son rôle d'initiation du parcours de soins dans le système de santé, assure l'interface entre les 2 dispositifs. L'AMU est une ressource du système de santé qui contribue au dispositif ORSEC pour la prise en charge préhospitalière des victimes sur le terrain, puis initie le dispositif ORSAN en orientant par la régulation médicale les patients dans les filières de soins d'aval adaptées à leur état.

Le **plan ORSAN MÉDICO-PSY** s'inscrit dans la complémentarité du plan ORSEC NOVI, il permet la prise en charge rapide des blessés psychiques par les cellules d'urgence médico-psychologique.



Le **plan ORSAN NRC** permet de répondre aux enjeux sanitaires dans le cadre de la doctrine nationale de réponse aux risques et menaces chimique et radionucléaire. Il contribue ainsi au plan C et NR de déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC pour ce qui concerne la prise en charge médicale des victimes. Il s'inscrit dans la continuité du dispositif ORSEC en particulier du plan particulier d'intervention (PPI) et des dispositions prises au titre du « plan national de réponse à un accident nucléaire ou radiologique majeur ».

Le **plan ORSAN REB** permet quant à lui de répondre aux enjeux sanitaires de la déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC-E pour le risque « biologique » et des plans et guides thématiques biologiques notamment le plan national de préparation et de réponse à une pandémie.

Le **plan ORSAN EPI-CLIM** ne s'inscrit pas systématiquement dans la suite d'un dispositif ORSEC. Toutefois, en cas d'épidémie en particulier d'arbovirose, le recours au dispositif ORSEC peut être nécessaire notamment pour la lutte antivectorielle. Il en est de même en cas d'événement climatique majeur.

En complément, la réponse aux crises sanitaires (ou à impact sanitaire) nécessite une mobilisation et coordination intersectorielle. À ce titre, le dispositif ORSEC permet cette mobilisation avec notamment l'activation des plans suivants :

- ORSEC eau ;
- ORSEC iode ;
- ORSEC électro-secours (dans le cadre des patients à hauts risques vitaux notamment) ;
- ORSEC vague de chaleur (ex. plan canicule) et vague de froid (ex. plan grand froid) ;
- ORSEC arboviroses (ex. plan chikungunya/dengue, ...) ;
- ORSEC vaccination (en cas de vaccination exceptionnelle en dehors des structures sanitaires).

F. Déclinaison du protocole pluriannuel Santé-Défense-Budget

Le protocole pluriannuel Santé-Défense-Budget mentionné à l'article L. 6147-11 du code de la santé publique a été signé le 11 avril 2022 entre le ministre de la défense et les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Ce protocole définit les relations et les engagements réciproques de ces ministères, dans le but de mieux répondre aux besoins de santé, notamment aux besoins spécifiques de la défense dans le domaine de la santé. Il précise les missions réalisées par le service de santé des armées dans le cadre du service public hospitalier et sa contribution à toute autre mission relevant de la politique de santé notamment en situation sanitaire exceptionnelle. Il prévoit aussi la contribution des acteurs du système de santé au soutien sanitaire des forces armées notamment en situation d'engagement majeur en réponse aux besoins spécifiques de la défense.

Le dispositif ORSAN constitue le cadre de préparation et de mise en œuvre de l'appui du système de santé au Service de santé des armées en situation d'engagement majeur des forces armées. Les attendus de cette planification sont définis dans la note technique de cadrage « soutien au Service de santé des armées en situation d'engagement majeur des forces armées ».

G. Organisation de la recherche en situation sanitaire exceptionnelle

La crise COVID a permis d'objectiver le fait qu'il était essentiel et critique, dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle, d'avoir une coordination de la recherche en lien étroit avec le reste des acteurs et actrices de la gestion de cette crise. La recherche est indispensable à la gestion de crise sanitaire, elle peut être activable de façon nécessaire : i) pour tout type de crise (infectieux ou infectieux émergent, chimique, nucléaire, les menaces biologiques et chimiques malveillantes ou accidentelles) ou ii) avec un dispositif évolutif selon les types de crise et leur ampleur. Les résultats de ces recherches, qu'elles soient *in vitro* ou *in vivo*, diagnostique, biologique et clinique, serviront en temps réel à la gestion de crise. Cette coordination générique, autant que possible, pour tout type de crise, est encore en cours de structuration. Un des acteurs majeurs en est le ministère en charge de la recherche en articulation étroite avec le ministère en charge de la santé.

En fonction du type de crise, la coordination de la recherche doit avoir une relation privilégiée avec le ou les ministère(s) en charge du pilotage de la gestion de crise (Santé,

Intérieur, Armées, Environnement, etc...), conjointement avec le Ministère en charge de la recherche.

Dans ce cadre, plusieurs enjeux doivent être intégrés à toutes les étapes du processus de gestion de crise (période inter crise, montée en puissance, conduite et redescente) : mise en place éventuelle d'un « fast-track » pour la recherche clinique avec une priorisation le cas échéant, élaboration de priorités scientifiques, flux d'information descendants, ascendants et transversaux pour les décideurs publics, mobilisation des acteurs et opérateurs du financement de la recherche, sélection des projets et suivi des financements, indicateurs et mesures d'impact durant et après la crise (RETEX), éthique et respect des bonnes pratiques expérimentales et cliniques.

Que la crise ait une envergure nationale ou qu'elle soit circonscrite au niveau local ou régional, les ARS devront s'articuler au mieux avec les acteurs nationaux mobilisés et le plus souvent pilotes dans leur domaine d'intervention. La coordination régionale est assurée par les DRARI, DREETS, et des acteurs hospitalo-universitaires avec le Comité de recherche biomédicale et santé publique (CRBSP). Les interfaces et l'organisation régionale en matière de recherche en situation de crise reste à définir. De manière spécifique, elle doit faire intervenir et s'articuler avec les :

- Acteurs étatiques : DGS, DGOS et DGCS au MSP, DGRI au MESR, SGDSN, ministère intérieur et, le cas échéant, ministère en charge de l'environnement, de l'agriculture ou de l'industrie• les hautes autorités en expertise : HCSP, HAS et COVARIS (Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires) ;
- Sociétés savantes ;
- Entités de gestion de crise nationale : la cellule interministérielle de crise et la future direction de crise (mission de préfiguration en cours) ;
- Agences concernées par le périmètre de la crise (ANSM, SPF, ANRS|MIE, Anses, IRSN, INRS, ASN etc...) ;
- Agence de l'Innovation en Santé ;
- Financeurs de la Recherche (ANR, EPST : INSERM, CNRS, ANRS|MIE, IReSP, Anses, DGOS pour PHRC et autres AAP, SGPI & Bpifrance ainsi que les stratégie d'accélération France 2030 concernées ;
- Acteurs territoriaux concernés ARS et ceux de la recherche : les universités, pôles de compétitivité, RHU et IHU le cas échéant ainsi que les préfets, auxquels sont rattachés les DRARI (délégation régionale académique à la recherche et à l'innovation), DREETS, etc. ;
- Chercheurs : INSERM, CNRS, Universités, EPST et EPA, CEA, IRSN, DGA etc. ;
- Industriels (prévention, contre-mesures, diagnostic, traitements) ;
- Acteurs européens et internationaux : commission européenne, HERA, OMS, CIRC etc... ;
- Acteurs des données et du numérique en santé : PariSantéCampus, HDH, SNDS, Cépide INSERM, DREES et INSEE, EPIPHARE ;
- Associations et les représentants de la démocratie en santé (CNS, CRSA côté santé).

H. Veille et promotion des innovations locales »

En complément des dispositifs de réponses aux SSE faisant l'objet des présentes mesures de planification, les différents acteurs doivent s'attendre à traiter des cas de non-conformité aux scénarii préétablis. A la planification et gestion de crise s'ajoute une mission d'innovation partagée par tous. Une posture de promotion de mesures

innovantes portées par des individus ou structures doit alors devenir la règle à tous les niveaux. Ainsi, il s'agit pour les structures de tutelles (direction des établissements de santé, ARS) de se doter d'outils de veille des innovations sur le terrain, d'en assurer l'évaluation et la diffusion si jugées pertinentes.

I. Mise en œuvre opérationnelle en conduite de crise

Selon la nature de la situation sanitaire exceptionnelle, le Directeur général de l'ARS peut déclencher le ou les plans opérationnels du dispositif ORSAN adaptés. Il déclenche également ce ou ces plans à la demande du Préfet de département ou du Ministre chargé de la santé.

Les modalités de mise en œuvre opérationnelle sont décrites au § VIII

III. Planification opérationnelle ORSAN

La planification ORSAN constitue le cœur du dispositif dans la mesure où elle détermine, 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 humains et matériels. Elle repose sur des :

- **Plans opérationnels de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;**
- **Dispositions spécifiques transversales complétant en tant que de besoin les plans opérationnels de réponse.**

A. Les plans opérationnels de réponse

Cadre général

Les plans opérationnels de réponse ORSAN constituent le corpus de la **planification opérationnelle de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle**.

Ces plans sont destinés à **assurer la réponse opérationnelle du système de santé** pour faire face à ces situations en identifiant les mesures organisationnelles et la mobilisation des ressources sanitaires disponibles au niveau régional. Dans un objectif de cohérence avec l'organisation classique des soins, ces plans sont élaborés à partir du schéma régional de santé (SRS) en cohérence avec le projet régional de santé (PRS). Ils ne constituent donc pas un simple recensement de moyens à l'échelle régionale mais ils ont pour objet de planifier l'organisation de la montée en puissance progressive et coordonnée du système de santé au cours d'événements exceptionnels dans le cadre d'un pilotage mis en œuvre par l'ARS (conduite de crise).

Dans cette optique, les plans opérationnels de réponse ORSAN structurent la réponse correspondant aux différentes situations exceptionnelles susceptibles d'impacter le système de santé et répondent aux « effets à obtenir » sanitaires exprimés par le Préfet dans le cadre de la déclinaison ou de la mise en œuvre des plans intersectoriels (terrorisme par armes de guerre ou NRBC, pandémie grippale, réponse à un accident nucléaire ou radiologique majeur, arboviroses, canicule, ...).

Ainsi chaque plan opérationnel de réponse ORSAN, sur la base d'objectifs quantifiés, organise la réponse du système de santé en termes de :

- Mobilisation de tout ou partie du système de santé (opérateurs de soins) pour adapter voire renforcer l'offre de soins ;
- Mobilisation des moyens (ressources humaines, matériel médical et produits de santé, antidotes, lots PSM, EPI) ;
- Parcours de soins des patients et de structuration des filières de prise en charge (coordination entre les différents intervenants du système de santé pour répondre aux situations envisagées et aux spécificités des patients) ;
- Gestion de la réponse opérationnelle (déclenchement du plan et conduite de crise).

Dans ce cadre, **5 plans opérationnels de réponse correspondant aux grandes situations pouvant concerner le système de santé doivent être élaborés**. Il est essentiel que ces 5 plans soient interopérables.

Ces plans répondent, de facto, aux enjeux sanitaires des plans de défense et de sécurité des préfets en décrivant les parcours de soins des patients dans le département concerné et en organisant leur prise en charge dans le système de santé.

Dispositions spécifiques aux régions ultra-marines

Certaines régions en particulier ultra-marines sont soumises à des risques majeurs susceptibles de provoquer une catastrophe naturelle (ex. cyclone, éruption volcanique, tremblement de terre, inondation, ...) qui imposent pour l'ARS de disposer, en complément des 5 plans opérationnels de réponse ORSAN, d'un cadre intégré de préparation et de réponse aux enjeux sanitaires de ces catastrophes afin notamment de contribuer aux plans de gestion intersectoriel ORSEC élaborés par le Préfet. Dans les régions soumises à des risques majeurs l'élaboration d'un volet « catastrophe naturelle » est recommandée. Ce volet doit permettre de regrouper :

- Les mesures préparatoires à une catastrophe naturelle, et la gestion dans le domaine sanitaire des décisions telles que l'interdiction de circulation quelques heures avant la catastrophe.
- Les mesures réactives complémentaires à celle des plans opérationnels de réponse ORSAN AMAVI et MÉDICO-PSY mais aussi de la disposition spécifique transversale EVAC.

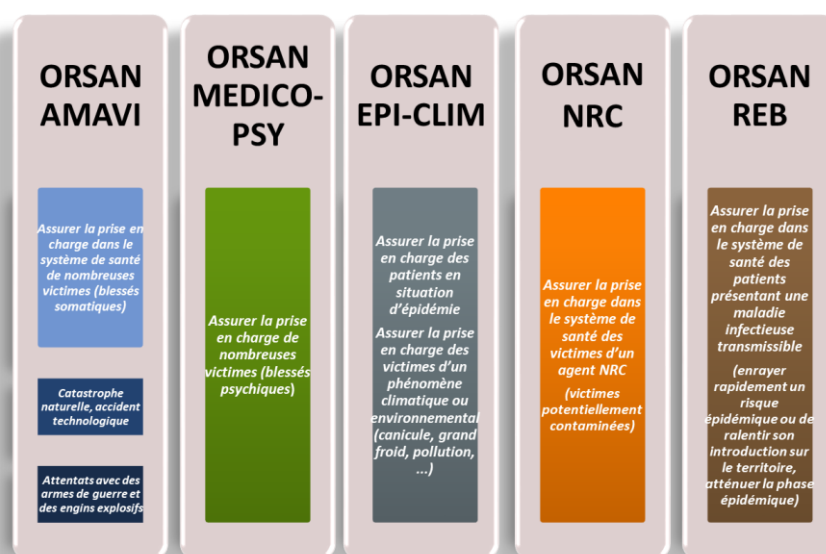
Système d'information d'aide à l'évaluation et au suivi du capacitaire (SI-ORSAN)

- Le SI-ORSAN est un système d'information développé par le CHU de Caen avec le soutien de l'ARS Normandie et de la Direction générale de la santé, destiné à évaluer les capacités de prise en charge dans les établissements de santé. Ce système d'information, fondé sur la doctrine d'évaluation du capacitaire ORSAN est mis à la disposition des ARS, des SAMU et des établissements de santé pour étayer la planification régionale de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (dispositif ORSAN) et en déclinaison, celle des établissements de santé en fonction de leur positionnement (première ligne, deuxième ligne, troisième ligne).
- Le SI-ORSAN contribue au travail de planification ORSAN (évaluation du capacitaire de prise en charge) mais aussi à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles réelles, ou des exercices, en mettant à disposition un « tableau de bord » pour la conduite de crise de type AMAVI avec potentiellement le recours à des filières de prise en charge complexes (grands brûlés, irradiés,

intoxiqués graves), mais aussi l'orientation des patients en cas d'évacuations d'établissements de santé ou d'établissements médico-sociaux. Ce tableau de bord concourt à l'anticipation et au suivi des capacités d'accueil en établissement de santé, à l'identification des renforts et à leur projection en condition réelle de circulation sur tout point du territoire national.

- SI-ORSAN permet en outre de faciliter les exercices et entraînements en disposant d'une base de données portant sur 30 ans de retour d'expérience de SSE survenue en Europe.

PLANS OPÉRATIONNELS DE RÉPONSE ORSAN



1. Plan de prise en charge d'un afflux massif de blessés dans les établissements de santé (plan ORSAN AMAVI)

Contexte et enjeux

La prise en charge d'un afflux de blessés dans le cadre d'une urgence collective est un enjeu majeur pour le système de santé et tout particulièrement les établissements de santé. Cet afflux de blessés peut être la conséquence :

- D'un **accident** (accident collectif de circulation, explosion, incendie, catastrophe naturelle, ...) ;
- D'une **action terroriste** (agression collective par armes de guerres, explosion, ...) ;
- D'un **conflit armé** en situation d'engagement majeur des forces armées.

La typologie des blessés va dépendre de la nature de l'événement causal et nécessiter pour chacun d'eux une prise en charge adaptée en mobilisant le cas échéant, des ressources et compétences spécialisées régionales voire nationales (ex. traumatologie pédiatrique, brûlures, etc.).

Objectif du plan

L'objectif du plan ORSAN AMAVI consiste à **définir l'organisation de la réponse du système de santé à un événement provoquant un nombre important de blessés somatiques** (non contaminés), dépassant la capacité habituelle de prise en charge des établissements de santé du territoire concerné.

Le plan ORSAN AMAVI s'inscrit dans la complémentarité du plan ORSEC NOVI déclenché par le Préfet et permet la prise en charge rapide des blessés dans les établissements de santé après régulation médicale par le SAMU territorialement compétent.

Les attendus de la prise en charge somatique de militaires blessés dans les établissements de santé civils en complément des hôpitaux des armées (HA) sont définis dans la note technique de cadrage « soutien au Service de santé des armées en situation d'engagement majeur des forces armées ».

Description du plan

Le plan ORSAN AMAVI doit ainsi :

- Préciser les modalités d'alerte des opérateurs de soins et le circuit de l'information ;
- Définir la stratégie régionale de prise en charge des blessés en fonction de la nature de l'évènement et de sa cinétique, de leur âge (enfants, adultes), de leur typologie (polytraumatisés, lésions balistiques, brûlés, blastés, etc.) et des territoires considérés au sein de la région (département, agglomération, zone rurale, site à risque saisonnier identifié : station balnéaire ou de sports d'hiver, festival important, ...) ;
- Prévoir l'articulation avec les régions limitrophes (interopérabilité des plans opérationnels de réponse ORSAN), les pays frontaliers (menaces transfrontalières) et avec l'ARS de zone pour le déploiement des renforts zonaux (PZMRS) ;
- Prévoir les modalités de coopération avec les services compétents pour la réalisation des processus suivants :
 - Bilan victimaire (selon les termes de l'instruction interministérielle du 21 décembre 2022)
 - Identification des victimes (remontée de la localisation des victimes inconscientes ou décédées via SI-VIC, échanges réguliers avec les services de l'unité d'identification des victimes de catastrophes, retour d'information des commissions d'identification aux établissements)
 - Information et accompagnement des familles de victimes (Articulation avec la cellule d'information du public ouverte par la préfecture, consignes de saisie dans SI-VIC, etc.) ;
- Identifier les opérateurs de soins concernés (établissements de santé de première ligne et de deuxième ligne) et fixer pour chacun d'entre eux, les objectifs opérationnels de prise en charge des blessés graves (urgences absolues) et légers (urgences relatives) à décliner dans le volet AMAVI de leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Prendre en compte la réponse minimale attendue des autres établissements de santé (établissements de troisième ligne) pour la prise en charge des blessés se présentant spontanément (volet AMAVI du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles) ;

- Spécifier les modalités d'adaptation de la régulation médicale (SAMU territorialement compétent) et définir les parcours de soins des blessés en fonction des lésions présentées en renforçant en conséquence les filières de prise en charge (traumatologie adulte, pédiatrique, brûlés, ...) ;
- Recenser les ressources sanitaires (équipes SMUR, équipes chirurgicales ...) et les moyens tactiques à mobiliser à l'échelle régionale et définir leur condition de mobilisation et d'acheminement (PSM 1 et/ou 2, PSM pédiatrique, PSM DOM) ;
- Déterminer les points de rupture des filières de prise en charge « AMAVI » (adultes et enfants) et anticiper le recours aux renforts zonaux voire nationaux ;
- Décrire 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 : mobilisation, coordination et suivi de la réponse des opérateurs de soins (déclenchement du plan blanc des établissements de santé) ;
- Organiser la phase de post-crise en anticipant le suivi des blessés et les conséquences sanitaires et sociales liées à la nature de leurs séquelles en termes de : rééducation, réadaptation, réhabilitation, etc.
- Prévoir l'appui aux opérateurs de soins impactés notamment en termes de prise en charge médico-psychologique des équipes mobilisées ;
- Planifier les formations requises et la réalisation d'exercices du plan pour les intégrer dans le programme annuel ou pluriannuel capacitaire ;
- Prendre en compte le retour d'expérience des événements et exercices pour l'amélioration continue du plan.

La prise en charge des impliqués blessés psychiques est prise en compte dans le plan ORSAN MEDIC-PSY.

2. Plan de prise en charge médico-psychologique de nombreuses victimes blessées psychiques (plan ORSAN MÉDICO-PSY)

Contexte et enjeux

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. Il convient de prévenir, réduire et traiter ces blessures rapidement sous peine de voir s'installer des pathologies psychiatriques chroniques. L'intervention rapide de personnels et de professionnels de l'urgence médico-psychologique permet la prise en charge immédiate et post-immédiate adaptée des victimes et de préparer les relais thérapeutiques ultérieurs.

Les urgences collectives médico-psychologiques peuvent être la conséquence :

- D'un **accident** (accident collectif de circulation, explosion, incendie, catastrophe naturelle, etc.) ;
- D'une **action terroriste** (agression collective par armes de guerres, explosion, ...) ;
- D'une **épidémie** importante (ex. Covid-19) ;
- D'un **conflit armé** en situation d'engagement majeur des forces armées.

Identifiés comme impliqués dans le plan ORSEC NOVI en l'absence de lésions somatiques, ces victimes sont des blessés psychiques imposant des soins médico-psychologiques immédiats et le cas échéant, une prise en charge spécialisée dans la durée. Le nombre et l'âge des blessés psychiques va dépendre de la nature de

l'événement causal et nécessiter des prises en charge adaptées en mobilisant, le cas échéant, des renforts régionaux, zonaux voire nationaux (ex. mobilisation du réseau national de l'urgence médico-psychologique). La prise en charge médico-psychologique concerne également les familles et proches des victimes mais aussi les intervenants des différents services et des associations agréées de sécurité civile mobilisées lors de l'événement.

Objectif du plan

L'objectif du plan ORSAN MÉDICO-PSY consiste à **définir l'organisation de la réponse du système de santé face à un événement provoquant un nombre important de blessés psychiques**, dépassant la capacité habituelle de prise en charge des cellules d'urgence médico-psychologique et établissements de santé concernés.

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 par les cellules d'urgence médico-psychologique. Il est *de facto* associé au plan ORSAN AMAVI qu'il complète pour la prise en charge médico-psychologique des victimes et des équipes d'intervention, mais il est également associable aux autres plans ORSAN.

Les attendus de la prise en charge médico-psychologique de militaires blessés dans les établissements de santé civils en complément des hôpitaux des armées (HA) sont définis dans la note technique de cadrage « soutien au Service de santé des armées en situation d'engagement majeur des forces armées ».

Description du plan

Le plan ORSAN MÉDICO-PSY doit ainsi :

- **Définir la stratégie régionale de prise en charge des blessés psychiques** en fonction de la nature de l'évènement, de leur âge (enfants, adultes), de leur tableau clinique et des territoires considérés au sein de la région (département, agglomération, zone rurale, ...);
- **Identifier les opérateurs de soins concernés** en particulier les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), les établissements de santé de première ligne et de deuxième ligne et déterminer pour chacun d'entre eux les **objectifs opérationnels de prise en charge des patients** nécessitant une hospitalisation à décliner dans le volet MÉDICO-PSY de leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles;
- **Prendre en compte la réponse minimale attendue des autres établissements de santé (établissements de troisième ligne)** pour la prise en charge des victimes se présentant spontanément (volet MÉDICO-PSY du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles);
- **Spécifier les modalités d'adaptation de la régulation médicale** (SAMU/CUMP territorialement compétents) et **définir les parcours de soins des blessés psychiques** en fonction de la clinique en **renforçant en conséquence les filières de prise en charge**;
- **Associer les professionnels de santé de ville à la détection des troubles psychiques post-traumatique** et à l'initiation des parcours de soins adaptés des patients;
- **Identifier dans chaque département, en lien avec les services de l'État et des collectivités territoriales, des locaux** pouvant servir de poste d'urgence médico-

psychologique (PUMP) et l'organisation de la logistique associée (aménagement, secrétariat, ...);

- **Prévoir la constitution d'une cellule de coordination du dispositif médico-psychologique chargée de l'organisation des renforts issus de la région et de la logistique associée** (transport, hébergement, ...) et les modalités d'articulation de l'urgence médico-psychologique avec les dispositifs d'aide et de soutien des collectivités territoriales, des associations d'aide aux victimes et des associations agréées de sécurité civile ;
- **Déterminer les points de rupture** de la filière de prise en charge « MÉDICO-PSY » et anticiper le recours aux renforts zonaux voire nationaux ;
- **Recenser les moyens tactiques à mobiliser à l'échelle régionale et leur condition de mobilisation et d'acheminement** (logistique CUMP) ;
- **Décrire la mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN MÉDICO-PSY** (déclenchement, conduite de crise, suivi des victimes), la mobilisation, la coordination et le suivi de la réponse des opérateurs de soins (déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé) en complémentarité du plan ORSEC NOVI ;
- **Organiser le dispositif médico-psychologique de post-urgence** pour assurer le suivi des patients le nécessitant et en anticipant les conséquences sanitaires et sociales liées des troubles psychiques post-traumatique en termes de prise en charge médico-psychologique.

La prise en charge des impliqués blessés somatiques est prise en compte dans le plan ORSAN AMAVI.

3. Plan de gestion des tensions dans l'offre de soins liées à une épidémie ou un phénomène climatique et/ou environnemental (plan ORSAN EPI-CLIM)

Contexte et enjeux

Les **épidémies saisonnières** (grippe, bronchiolite, etc.) ou **ponctuelles** (rougeole, dengue, chikungunya, zika, ...) et les **phénomènes climatiques extrêmes** (canicule, vague de froid) et **environnementaux** (pollution atmosphérique importantes, fumées d'incendie de forêt, etc.) touchent principalement les populations fragiles (personnes âgées notamment polypathologiques, jeunes enfants, femmes enceintes, personnes en précarité matérielle, etc.) qui vont souvent nécessiter une prise en charge ambulatoire spécifique voire hospitalière en raison de la décompensation d'une pathologie chronique préexistante (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, diabète, ...) ou d'une impossibilité de maintien à domicile ou en institution. Ces situations sanitaires exceptionnelles ont un impact souvent fort sur l'ensemble des secteurs de l'offre de soins (soins de ville, établissements de santé et établissements médico-sociaux) en provoquant des tensions importantes parfois pendant plusieurs semaines. Elles peuvent nécessiter le recours à une vaccination exceptionnelle (ex. épidémie de rougeole) et dans le cas d'épidémie liées à des arbovirus nécessiter des mesures environnementales associées (lutte antivectorielle).

Objectif du plan

L'objectif du plan ORSAN EPI-CLIM consiste à **définir l'organisation de la réponse du système de santé face à un événement saisonnier, récurrent, voire ponctuel, provoquant**

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 concernés, 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.

Description du plan

Le plan ORSAN EPI-CLIM doit ainsi :

- **Définir l'organisation régionale permettant d'assurer la prise en charge des personnes touchées 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 troisième ligne, 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 réanimation adulte, pédiatrique et néo-natale 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 EPI-CLIM** (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.

Les mesures de gestions sont en grande partie identiques lors de tensions dans l'offre de soins liées à un phénomène épidémique ou climatique. Cependant, en complément des mesures génériques, ce plan peut être utilement complété par une annexe dédiée aux spécificités de l'événement causal (épidémie, canicule, vague de froid, épisode de

pollution, ...) responsable de la situation sanitaire exceptionnelle. Ainsi, les annexes spécifiques suivantes peuvent être élaborées :

- **Annexe épidémie** prenant en compte la gestion des spécificités de la prise en charge des patients dans le cadre d'une épidémie notamment celles liées au risque infectieux transmissible (mesures barrières, isolement, cas groupés en collectivité, ...), la mise en œuvre de thérapeutiques particulières (antiviraux, antibiotiques, ...), de l'organisation d'une campagne de vaccination, en s'appuyant sur les instructions et/ou recommandations professionnelles existantes ;
- **Annexe événement climatique et/ou environnemental** pour prendre en compte les particularités de ces situations sanitaires exceptionnelles en particulier leurs conséquences sanitaires et sociales, directes et indirectes (hyperthermie, déshydratation, hyperhydratation avec hyponatrémie, intoxications au monoxyde de carbone, hypothermie, traumatismes dus aux chutes, ...) en s'appuyant là aussi sur les instructions et/ou recommandations professionnelles existantes.

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

Les territoires ultra-marins ont vocation à utiliser le plan ORSAN EPI-CLIM pour organiser la réponse aux épidémies récurrentes d'arboviroses et de toute situation susceptible de provoquer des tensions dans l'offre de soins.

4. Plan de gestion d'un risque épidémique et biologique connu ou émergent dans le système de santé (plan ORSAN REB)

Contexte et enjeux

L'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 est un enjeu important. Il s'agit notamment d'assurer la prise en charge sécurisée des patients atteints de pathologies hautement contagieuses et/ou graves (fièvres hémorragiques virales, coronavirus, virus grippaux émergents, Mpox, tuberculoses multirésistantes MDR ou XDR, etc.) ou liées à des agents du bioterrorisme à potentiel épidémique (variole, peste pulmonaire, etc.) en assurant la protection de l'établissement de santé, de ses personnels (équipements de protection individuelle) et de la communauté (mesures de protection et de biosécurité).

La prise en charge de ces patients dépend principalement de la nature de l'agent infectieux et de sa transmissibilité interhumaine. Elle requiert la mobilisation des capacités de prise en charge assurant un niveau de biosécurité adapté et des compétences régionales spécialisées (établissements de santé de référence régionaux REB) et, le cas échéant, nationales (établissements de santé de référence nationaux REB).

Cette réponse s'inscrit dans les objectifs définis dans le plan national de préparation et de réponse à une pandémie et le contrat capacitaire interministériel (CCI) élaborés sous l'égide du Secrétariat général à la défense et à la sécurité nationale (SGDSN). Le plan

ORSAN REB constitue la déclinaison sanitaire du plan national de préparation et de réponse à une pandémie.

Objectif du plan

Le plan ORSAN REB a pour objectif global de couvrir les stratégies de réponse à différents types de risques épidémiques et biologiques notamment ceux à potentiel pandémique. Il permet l'organisation de la réponse du système de santé en coordonnant la mobilisation des différents établissements de santé de la région face à ces risques. Ce plan générique intègre une déclinaison spécifique au regard du type de pathogène en particulier de sa transmissibilité et de l'existence de contre-mesures spécifiques. Il a pour but de définir l'augmentation du niveau capacitaire de prise en charge des patients et de diagnostic et de prise en charge des différents prélèvements biologiques, par la mobilisation des opérateurs de soins à l'échelon régional.

Les objectifs opérationnels de ce plan sont :

- D'assurer la prise en charge des patients atteints d'infection liée à des agents infectieux connus ou émergents, notamment ceux présentant un risque épidémique, de même que la protection des structures de soins (établissement et services médico-sociaux, centres de santé, structures de soins de ville), des professionnels de santé et des personnels de ces structures, et de la communauté (mesures de protection et de biosécurité). En cas d'infection liée à un agent infectieux émergent non identifié, d'appliquer les mesures de prise en charge, ...
- D'endiguer l'introduction, puis la propagation de l'agent infectieux en mettant en œuvre les mesures de détection et de biosécurité requises pour la prise en charge des patients et celle des personnes contact ou co-exposées en cas de maladie à transmission interhumaine. Il s'agit également d'assurer la gestion rapide des « cluster » ;
- D'atténuer les effets de l'épidémie par la mise en œuvre des mesures barrières populationnelles pour limiter la circulation du virus (distanciation physique et limitations des rassemblements, confinement, gestes barrières tel que le port de masque et le lavage des mains), par la mise en œuvre, le cas échéant, de mesures de protection et de contrôle épidémiques (stratégie « tester, alerter, protéger » (TAP), séquençage et suivi des mutations, contact-tracing, isolement des malades, vaccination, ...) et protéger les personnes fragiles (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, etc.) tout en assurant la prise en charge des patients atteints par des formes sévères et graves dans les établissements de santé de référence régional REB (ESRR REB) et les établissements de santé de première ligne et le cas échéant, de deuxième ligne. En fonction du niveau de diffusion épidémique, la prise en charge des formes mineures et modérées peut être assurée en médecine de ville et la prise en charge de patients ne présentant pas ou plus de risque épidémique et biologique, dans la mesure du possible, par les établissements de troisième ligne. Cette action nécessite la montée en puissance du système de santé notamment des soins critiques (adultes et le cas échéant, pédiatriques) et l'optimisation du parcours de soins des patients ainsi que la coordination des différents établissements de santé ;
- D'organiser la phase post-vague épidémique (stade 3 bis et 4) par le maintien, le cas échéant, de mesures de protection et de contrôle épidémiques (stratégie « tester, alerter, protéger » (TAP), séquençage et suivi des mutations, contact-tracing, isolement des malades, vaccination...), et la prise en charge des éventuelles pathologies induites ;

- D'adapter le système de santé à la prise en compte du risque lié à la circulation active virale dans l'organisation des soins (préparation au rebond épidémique) ;
- D'assurer une remontée rapide d'informations à travers les plateformes dédiées et d'assurer au niveau territorial l'information sanitaire du public en lien avec les préfets.

Le plan ORSAN REB s'inscrit dans la complémentarité des plans de déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC-E pour le risque « biologique » déclenché par le Préfet. Ce plan prend en compte le volet capacitaire du CCI « pandémie ».

Les attendus de la prise en charge de militaires exposés à des agents biologiques dans les établissements de santé civils en complément des hôpitaux des armées (HA) sont définis dans la note technique de cadrage « soutien au Service de santé des armées en situation d'engagement majeur des forces armées ».

Description du plan

Le plan ORSAN REB doit ainsi :

- **Définir la stratégie régionale de prise en charge des patients suspects d'infection** ou confirmés en fonction de la nature de l'agent infectieux, de leur âge (enfants, adultes, personnes âgées) et des territoires considérés au sein de la région (territoire de santé, région, ...), ainsi que l'identification des personnes dites « à risque » ;
- **Identifier les opérateurs de soins concernés** : établissements de santé de première ligne, en particulier les ESRR REB, et déterminer pour chacun d'entre eux les objectifs opérationnels de prise en charge de ces patients à décliner pour le volet REB de leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, ainsi que planifier l'organisation de formations continues et exercices réguliers au sein des ESRR, telles que des formations spécialisées transversales (formation réanimateurs, formation urgentistes, etc.) ;
- **Parallèlement, réviser les capacités de renforts affichées** en professionnels de santé mobilisables en cas de crise sanitaire (mobilisation du vivier territorial de professionnels de santé, et si besoin, les étudiants, les retraités, etc. dont les modalités sont prévues dans la DST « ressources humaines ») ainsi que pour les produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, équipements biomédicaux, etc.) ;
- **Prendre en compte la réponse minimale attendue des autres établissements de santé (établissements de troisième ligne)** pour la prise en charge des patients se présentant spontanément (volet REB du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles), de même que l'éventuelle prise en charge de patients ne présentant pas ou plus de risque épidémique et biologique afin de soulager les flux tendus dans les différents services (ex. service de réanimation...) des établissements de première ligne voire de deuxième ligne ;
- **Spécifier les modalités d'adaptation de la régulation médicale** (SAMU territorialement compétent) pour assurer l'identification, la coordination entre les médecins concernés, initier le parcours de soins et organiser le transport des patients suspects et confirmés en fonction de la classification de l'agent infectieux concerné. Il s'agit également d'organiser les évacuations sanitaires en cas de saturation de l'offre de soins ;

- **Renforcer en conséquence les filières de prise en charge pour le REB et déterminer les points de rupture** afin d'anticiper le recours aux renforts zonaux voire nationaux, tel que les ESRN REB, et leur coopération avec les établissements de santé régionaux concernés ;
- **Recenser les moyens tactiques à mobiliser à l'échelle régionale et leur condition de mobilisation et d'acheminement** (produits de santé, équipements de protection individuels, équipements biomédicaux notamment les respirateurs, moyens de transport biosécurisés), ainsi que les moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une collecte de données (identification des indicateurs nécessaires à la conduite de la crise, montée en puissance des capacités de diagnostic biologique, etc.) et leur communication aux différents échelons de référence et au public, en lien avec le CORRUSS-CCS ;
- **Décrire la mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN REB** (déclenchement, conduite de crise, suivi des victimes), la mobilisation, la coordination et le suivi de la réponse des opérateurs de soins ;
- **Mettre en œuvre la vaccination en déclinaison de la stratégie nationale dès lors qu'un vaccin autorisé par l'ANSM est disponible.** La mise en place d'une campagne de vaccination exceptionnelle est détaillée dans la DST « Vaccination exceptionnelle » ;
- **Améliorer la communication et l'accessibilité aux données**, d'une part sur l'information scientifique (autour de la maladie, son mode de transmission, ses risques d'évolution et ses traitements) et la promotion des gestes barrières auprès du grand public, et d'autre part l'accessibilité à l'information scientifique professionnelle centralisée et évolutive auprès des professionnels de santé. Il s'agit d'organiser la communication de ces données au public, entre les ES et les ESMS, ainsi qu'entre les professionnels de santé, en temps réel. Il est de même nécessaire de faciliter la communication entre professionnels du secteur, par des moyens adaptés, entre autres, d'un système de mailing sécurisé. Le but est de maintenir une indépendance de l'information scientifique, hors contexte politique ;
- **Parallèlement, aménager une filière gériatrique de coopération** entre les EHPAD et les hôpitaux de proximité, et ainsi développer la communication entre les ES et les ESMS concernant les personnes âgées à risque ;
- **Identifier une filière pédiatrique de prise en charge avec une attention particulière sur les unités de soins critiques et de leur capacité de montée en puissance ;**
- **Organiser la phase de post-crise** en anticipant les conséquences sanitaires et sociales liées à la situation ;
- **Le cas échéant, organiser la prise en compte des éléments spécifiques dans le plan ORSAN EPI-CLIM** une fois l'agent pathogène devenu saisonnier ;
- **Prendre en compte le retour d'expérience** pour l'amélioration continue du plan, particulièrement compte tenu des contrôles sanitaires aux frontières (et la question de la mise en place d'un isolement strict) ainsi que l'enjeu d'accès aux tests. En outre, il s'agit de rendre compte des conséquences architecturales observées durant la pandémie de SARS-Cov-2 concernant les chambres d'hospitalisation à deux lits ou seules.

5. Plan de gestion du risque NRC dans le système de santé (plan ORSAN NRC)

Contexte et enjeux

La prise en charge médicale des personnes exposées à un agent chimique, nucléaire et radiologique constitue un enjeu important pour le système de santé.

L'exposition de personnes à ces agents peuvent être la conséquence :

- D'un **accident** (industrie chimique, industrie nucléaire, équipements de radiothérapie, ...);
- D'une **action terroriste** (attentat avec dispersion de produits chimique ou de toxines, agent explosif avec dispersion de matières radioactives, exposition à une source scellée, ...);
- D'un **conflit armé** en situation d'engagement majeur des forces armées.

La typologie de ces patients dépend de la nature de l'événement causal, ou de son mode opératoire pour les actes terroristes (ex. utilisation d'explosifs pour la dispersion des agents toxiques ou radiologiques avec pour conséquences des blessés complexes : blessés, brûlés, blastés, intoxiqués et contaminés ou radiocontaminés). Ces patients nécessitent des prises en charge adaptées et la mobilisation le cas échéant, des ressources et compétences spécialisées régionales (ESRR) voire nationale (ESRN ex. intoxications, radiocontaminations, brûlures, pédiatrique, ...). Il convient également d'éviter le risque de transfert de contamination dans les établissements de santé par la mise en œuvre de mesures de décontamination appropriées.

Les mesures de gestions sont en grande partie identiques lors d'un événement mettant en jeu des agents chimique ou radiologiques. Cependant, en complément des mesures génériques, ce plan peut être utilement complété par une annexe dédiée aux spécificités de l'agent causal (toxiques chimiques et toxines, matières et sources radioactives) responsable de l'événement. Ainsi, les annexes spécifiques suivantes peuvent être élaborées :

- **Annexe toxiques chimiques et toxines** prenant en compte la diversité des agents chimiques conduit à de multiples tableaux cliniques (toxidromes) d'expression immédiate ou différée qu'il est nécessaire d'identifier pour mettre en œuvre le plus rapidement possible la décontamination et la prise en charge thérapeutique (traitement symptomatique et le cas échéant, administration d'antidotes).
- **Annexe matières et sources radioactives** pour les agents NR qui ont une expression clinique le plus souvent différée nécessitant une surveillance clinique et biologique rapprochée. La recherche d'une contamination interne par anthroporadiométrie ou par techniques de radiotoxicologie est réalisée en cas d'exposition avérée à des radionucléides.

Objectifs du plan

L'objectif de ce plan consiste à organiser la réponse du système de santé pour assurer la prise en charge médicale des personnes exposées à un agent chimique, nucléaire et radiologique.

Le plan ORSAN NRC s'inscrit dans la complémentarité des plans ORSEC (déclinaison départementale du plan gouvernemental NRBC et du plan NOVI) déclenchés par le Préfet et permet la prise en charge rapide des patients dans les établissements de santé après régulation médicale par le SAMU territorialement compétent 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 chimiques⁴ ou radioactives⁵.

Les attendus de la prise en charge de militaires exposés à des agents NRC dans les établissements de santé civils en complément des hôpitaux des armées (HA) sont définis dans la note technique de cadrage « soutien au Service de santé des armées en situation d'engagement majeur des forces armées ».

Description du plan

Le plan ORSAN NRC doit ainsi :

- **Définir la stratégie régionale de prise en charge** des personnes exposées à un agent chimique, nucléaire et radiologique potentiellement blessées ;
- **Identifier les opérateurs de soins concernés**, principalement les établissements de santé de première ligne en particulier les ESRR assurant la mission NR et/ou C et déterminer pour chacun d'entre eux les objectifs opérationnel de prise en charge de ces patients potentiellement blessés graves (urgences absolues) et/ou légers (urgences relatives) à décliner dans le volet NRC du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ;
- **Prendre en compte la réponse minimale attendue des autres établissements de santé (établissements de troisième ligne)** pour la prise en charge des victimes se présentant spontanément (volet NRC du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles) ;
- **Spécifier les modalités d'adaptation de la régulation médicale** (SAMU territorialement compétent) **et définir les parcours de soins des patients graves et légers** en fonction des intoxications ou radiocontaminations présentées **en renforçant en conséquence les filières de prise en charge** par la mobilisation du vivier territorial voire national ;
- **Déterminer les points de rupture de la filière de prise en charge « NRC » et anticiper le recours aux renforts zonaux voire nationaux ;**
- **Recenser les moyens tactiques à mobiliser à l'échelle régionale et leur condition de mobilisation et d'acheminement** (antidotes, équipements de protection individuels, unité de décontamination hospitalière, ...) ;
- **Décrire la mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN NRC** (déclenchement, conduite de crise, suivi des victimes), la mobilisation, la coordination et le suivi de la réponse des opérateurs de soins (déclenchement du plan blanc des établissements de santé) en complémentarité du plan de déclinaison départementale du plan gouvernemental NRBC et le cas échéant, du plan ORSEC NOVI ;
- **Organiser la phase de post crise** en anticipant le suivi des patient et blessés notamment les conséquences sanitaires et sociales liées à la nature de leurs séquelles résiduelles ;
- **Prendre en compte le retour d'expérience** pour l'amélioration continue du plan ;
- **Assurer une remontée rapide d'informations** à travers les plateformes dédiées et d'assurer au niveau territorial l'information sanitaire du public en lien avec les préfets.

⁴ Circulaire n° 700/SGDSN/PSE/PSN du 2 octobre 2018 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques.

⁵ Circulaire n° 800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives.

En présence de nombreuses victimes le plan ORSAN NRC est complété par le plan ORSAN AMAVI et le cas échéant, par le plan ORSAN MÉDICO-PSY.

Les cahiers détaillés présentant les objectifs et le contenu des 5 plans opérationnels de réponse sont proposés en annexe 1

DÉCLINAISON DES PLANS OPÉRATIONNELS DE RÉPONSE ORSAN PAR LES OPÉRATEURS DE SOINS

Pour s'adapter à la nature de l'événement et aux besoins en soins de la population, chaque plan opérationnel de réponse est décliné au niveau des opérateurs de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux, soins de ville, aide médicale urgente).

Il s'agit pour chaque opérateur de tenir compte du rôle et des objectifs de prise en charge de patients qui lui ont été donnés dans les plans opérationnels de réponse du dispositif ORSAN et d'intégrer dans leur plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles, plan bleu ou contrat d'objectifs et de moyens des maisons pluridisciplinaires de santé, les dispositions permettant leur mise en œuvre opérationnelle.

Le rôle attribué à l'établissement de santé dans les plans opérationnels de réponse ORSAN fait également l'objet d'une mention dans la fiche interface HAS/ARS établie dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé.

B. Les dispositions spécifiques transversales

Les plans opérationnels de réponse ORSAN sont complétés par des dispositions spécifiques transversales (DST) pouvant être activées par le Directeur général de l'ARS, le cas échéant, en complément des plans pour répondre à un besoin spécifique.

En réponse à la crise du COVID-19, de nouvelles DST visent à compléter les outils disponibles sur les thématiques transversales des plans ORSAN en identifiant des besoins de montées en charge et de déploiements spécifiques. Le tableau ci-dessous liste les dispositions spécifiques transversales et les ARS concernées.

N°	Disposition Spécifique Transversale	ARS concernées
1	DST mobilisation des ressources humaines	ARS métropolitaines et ultramarines
2	DST montée en puissance de l'offre de soins critiques	ARS métropolitaines et ultramarines
3	DST organisation des évacuations sanitaires (EVASAN)	ARS métropolitaines et ultramarines
4	DST organisation d'une vaccination exceptionnelle	ARS métropolitaines et ultramarines
5	DST dépistage massif d'agent infectieux	ARS métropolitaines et ultramarines
6	DST évacuation des ES et ESMS	ARS métropolitaines et ultramarines
7	DST coordination de la sécurisation des ES	ARS métropolitaines et ultramarines
8	DST cybersécurisation des établissements sanitaires	ARS métropolitaines et ultramarines
9	DST accueil et gestions des renforts projetés	ARS ultramarines (recommandé pour les ARS métropolitaines)

1. Mobilisation des ressources humaines (DST « Mobilisation des ressources humaines »)

L'épidémie de la Covid-19 a montré que les moyens humains étaient l'un des facteurs limitants dans la montée en charge du système de santé. La montée en puissance du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle nécessite que des professionnels de santé ou travaillant dans le champ sanitaire en activité, en formation voire en retraite soient réaffectés ou mobilisés. Cette mobilisation impose la préparation en amont d'un outil de gestion d'un vivier de soignants au niveau des structures de soins et mutualisable aux différents échelons du territoire pour assurer la réponse du système de santé. L'anticipation et la coordination de la montée en charge des ressources humaines par l'ARS est primordiale.

Cette disposition spécifique transversale a vocation à capitaliser les organisations qui ont été mises en œuvre pendant la pandémie de Covid-19. Elle repose sur les axes suivants :

- Pérenniser et structurer les dispositifs qui ont permis la mobilisation au niveau local puis au niveau régional de renforts. L'engagement de ces professionnels doit également être valorisé et pérennisé par un cadre contractuel et des formations afin de maintenir leurs compétences ;
- Identifier et cartographier les viviers mobilisables ;
- Rendre les viviers attractifs auprès des jeunes retraités ;
- Rendre les viviers mobilisables à tout moment.

Ce travail de préparation doit conduire à l'élaboration d'une disposition spécifique transversale relative à l'organisation de la montée en charge des ressources humaines pour assurer la montée en puissance du système de santé pouvant être mis en œuvre en complément des 5 plans ORSAN.

2. Organisation de la montée en charge de l'offre de soins critiques adultes et pédiatriques (DST « montée en puissance de l'offre de soins critiques »)

L'épidémie de Covid-19 a montré la nécessité d'assurer de façon graduée et coordonnée la montée en puissance de l'offre de soins critiques par la mobilisation des établissements de santé publics et privés fondée sur :

- L'optimisation du parcours de soins des patients requérant une hospitalisation dans une logique de juste soin ;
- L'ouverture de lits supplémentaires en hospitalisation conventionnelle et en soins critiques (réanimation éphémères) nécessitant la mobilisation des ressources humaines issues des dispositifs de mobilisation des professionnels préalablement identifiés et formés dans les établissements de santé concernés (vivier professionnel de renfort en soins critiques) voire de la déprogrammation d'activités non urgentes et du déploiement de moyens (équipement biomédicaux, produit de santé, ...) ;
- La solidarité entre établissements de santé coordonnée par l'ARS : mutualisation des équipes soignantes et des équipements biomédicaux (respirateurs, moniteurs de surveillances, produit de santé, équipements de protection individuelle, ...).

Au-delà d'une situation sanitaire exceptionnelle comme l'épidémie de la Covid-19, l'augmentation des capacités de prise en charge en réanimation doit être envisagée pour des événements à cinétique rapide comme un accident, une catastrophe naturelle ou un

attentat de grande ampleur avec de nombreuses victimes (adultes et enfants) qu'il s'agisse de blessés graves, de grands brûlés ou d'intoxiqués.

Les établissements de santé doivent être préparés individuellement à un afflux massif de patients en soins critiques. Cette préparation doit être réalisée selon le principe de modularité, d'extensibilité et de réversibilité. Dans un premier temps, les établissements de santé devront établir leurs capacités maximales d'accueils en soins critiques. Ensuite, une analyse des locaux potentiellement transformables en unités de soins critiques éphémères est nécessaire. Un inventaire du matériel biomédical nécessaire en cas de crise sanitaire exceptionnelle doit également être exécuté. Enfin, les établissements de santé évalueront les besoins de renforts humains et matériels nécessaires pour atteindre le capacitaire maximal de prise en charge. Ces éléments seront transmis à l'ARS qui sera en mesure d'établir le capacitaire maximal du territoire avec et sans renforts.

Dans le cas où une maladie infectieuse serait à tropisme pédiatrique, il convient alors d'organiser une montée en charge des soins critiques pédiatriques afin de faire face à un afflux massif d'enfants. Il est alors nécessaire d'établir et pérenniser un lien de coopération entre les soins critiques adultes et les soins critiques pédiatriques afin de favoriser la modularité entre les soins critiques adultes et pédiatriques en cas de montée en charges des soins critiques adultes.

Dans ce cadre, l'ARS est en charge de l'élaboration de la disposition spécifique transversale relative à l'organisation de la montée en puissance de l'offre de soins critique afin de répondre à cet enjeu dans le cadre des plans ORSAN AMAVI, ORSAN NRC et ORSAN REB. En complément et dans une logique de parcours de soins, les capacités de prises en charge d'aval doivent être identifiées et prise en compte dans la DST.

3. Organisation des évacuations sanitaires (DST « EVASAN »)

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. Les opérations d'EVASAN permettent ainsi d'éviter la saturation des établissements de santé et d'accueillir de nouveaux patients. L'épidémie de Covid-19 a donné lieu à l'organisation de vagues d'évacuations sanitaires sans précédent et a permis de mettre en valeur les enjeux autour de l'identification des patients bénéficiant d'une EVASAN, du choix de vecteur et de la volumétrie. L'objectif est de capitaliser l'expérience acquise lors de l'épidémie de Covid-19.

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 infrarégionale ;
- 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 spécificités des transferts sanitaires dans les territoires ultra-marins
- Anticiper l'accompagnement médico-psychologiques des familles et le cas échéant, identifier les structures associatives susceptibles de leur apporter une aide.

Les évacuations sanitaires s'opèrent à trois niveaux : infrarégional, inter-régional et transfrontalier. L'ARS est en charge de l'organisation interne à la région ou à la zone dans le cas de l'outre-mer. En cas de transfert inter-régionaux, le niveau national (CORRUSS)

est en charge de l'arbitrage et de la coordination des EVASAN. L'ARS peut alors être en position d'ARS de départ ou d'ARS d'accueil, les deux devant être anticipées par la DST.

Cette disposition spécifique transversale a aussi vocation à être activée pour organiser des évacuations médicales (MEDEVAC) civiles de blessés militaires en appui du service de santé des armées. Les attendus de cette planification sont définis dans la note technique de cadrage « soutien au Service de santé des armées en situation d'engagement majeur des forces armées ».

4. Organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle dans le système de santé (DST « vaccination exceptionnelle »)

Les maladies infectieuses transmissibles connues ou émergentes représentent une menace importante pour la santé publique et peuvent conduire à des situations sanitaires exceptionnelles. 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, l'anticipation de la mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle en cas de foyers d'hyper-endémies, d'épidémies ou de pandémies est nécessaire.

Les récentes campagnes de vaccination exceptionnelles locales comme celles mises en œuvre contre des foyers d'hyper-endémie de méningocoque ou de rougeole et la campagne de vaccination massive contre la COVID-19 démontrent la nécessité de se préparer en amont et de définir les organisations pertinentes pour atteindre les objectifs vaccinaux et ainsi protéger au mieux la population. La montée en charge de la vaccination exceptionnelle repose sur la mobilisation de tous les acteurs : professionnels de santé, professionnels médico-sociaux et professionnels du secteur sanitaire.

Le dispositif ORSAN prend en compte ce risque, à travers les plans ORSAN REB pour les maladies infectieuses émergentes ou réémergentes et ORSAN EPI-CLIM pour des infections saisonnières qui définissent les mesures de gestion à mettre en œuvre pour assurer la prise en charge des patients atteints par un agent infectieux mais aussi limiter la propagation de la maladie notamment par la prise en charge des personnes contacts ou exposées. La vaccination constitue une réponse efficace pour protéger la population et bloquer la transmission de l'agent infectieux responsable.

Dans ce cadre, l'ARS est en charge de l'élaboration de la DST relative à l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle dans le système de santé afin de répondre à cet enjeu dans le cadre des plans ORSAN REB et ORSAN EPI-CLIM.

Cette DST « vaccination exceptionnelle » doit aussi permettre à l'autorité sanitaire locale de contribuer pour le volet sanitaire à la mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle en dehors du système de santé qui se décline en :

- **Vaccination dite « de masse »** : pour atteindre rapidement une haute couverture vaccinale de la population des centres de vaccination dédiés notamment les « vaccinodromes » peuvent être mis en place en lien avec le préfet au titre du dispositif ORSEC et les collectivités territoriales. L'ARS est en charge des aspects sanitaires : nombre de centres de vaccination, répartition des doses de vaccins en fonction de la population susceptible d'être vaccinée, mobilisation des professionnels de santé pour assurer la vaccination ;
- **Vaccination dite « ciblée »** : en cas d'identification de cluster ou d'évènement de super-propagation notamment impliquant des mutations préoccupantes, la

vaccination ciblée peut être mise en place pour augmenter rapidement la couverture vaccinale d'une population cible sur le territoire.

La vaccination exceptionnelle peut aussi s'inscrire dans **l'objectif de « l'aller vers »** pour faciliter la vaccination des populations prioritaires au regard de la cible vaccinale et dans l'incapacité ou en grande difficulté de se déplacer vers un centre, en raison de leur état de santé, de leur situation de précarité, ou de leur éloignement géographique. La mise en place d'un transport de la personne, d'un appui à la prise de rendez-vous sur des créneaux dédiés de vaccination, la vaccination à domicile et le déploiement d'équipes mobiles (vaccination hors-les-murs) sont des modalités identifiées pour cet objectif.

Enfin, la réussite de la campagne vaccinale peut impliquer l'élaboration de stratégies visant à faciliter l'acceptation du vaccin et la couverture vaccinale. Ces démarches mobilisent une multitude d'acteurs du champ sanitaire et plus largement de la société civile, pour comprendre les croyances, inquiétudes et attentes des individus et des communautés vis-à-vis du vaccin, et le cas échéant adapter les messages de santé publique. Une cartographie des acteurs à mobiliser est nécessaire avant de déployer ce type de démarche.

L'objectif de ce volet consiste à être en mesure de déployer à l'échelon régional un dispositif de vaccination adapté pour répondre à une situation sanitaire donnée nécessitant la mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle. La réalisation de cet objectif doit s'inscrire dans une démarche opérationnelle à partir des orientations définies au niveau national, tout en intégrant les spécificités propres du niveau local et régional (zone d'afflux touristique par exemple).

Ce travail de préparation doit conduire à l'élaboration d'une disposition spécifique transversale relative à l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle dans le système de santé pouvant être mis en œuvre en complément du plan ORSAN EPI-CLIM ou REB.

5. Organisation d'un dépistage massif d'agent infectieux (DST « Dépistage massif d'agent infectieux »)

En cas de situation sanitaire exceptionnelle liée à la propagation d'une maladie infectieuse transmissible, la capacité de réaliser massivement des tests biologiques diagnostics est cruciale pour le suivi de l'épidémie et la prise de décision de santé publique. La montée en charge coordonnée de cette capacité de tests biologiques repose sur une séquence de déploiement préétablie au niveau national et la mise en place au niveau régional du déploiement des capacités de tests. Il s'agit également d'assurer l'analyse des autres tests de biologie courante nécessaires dans la prise en charge des patients REB confirmés ou suspects.

L'enjeu de cette disposition spécifique transversale (DST) repose sur la mise en œuvre d'une campagne massive de tests, en complément des dispositions du plan ORSAN REB. Elle a vocation à s'inscrire dans une approche opérationnelle, à partir des orientations définies au niveau national, tout en intégrant les spécificités propres du niveau local. Ainsi, l'efficacité de la campagne de dépistage, quel que soit le type de test (PCR, séquençage, antigénique, sérologique, etc.), repose sur la transmission rapide des résultats sur les plateformes dédiées, aux patients et aux autorités sanitaires.

Dans ce cadre, l'élaboration d'une disposition spécifique transversale relative à la montée en puissance des capacités biologiques diagnostiques doit être réalisée et doit permettre d'établir :

- L'identification des personnes ressources dans les laboratoires et autres structures compétentes ;
- La coordination des opérateurs mobilisés sur les tests biologiques (ARS, ESRN REB, ESRR REB, ES, laboratoires santé et hors santé, le centre national de référence concerné le cas échéant) ;
- La stratégie de montée en puissance reposant sur les capacités des laboratoires publics et privés de la région et les spécificités du territoire (isolement du territoire, fréquentation touristique) en cas de campagne massive de tests.

La prise en compte des capacités de tests des laboratoires de biologie médicale publics et privés voire d'autres laboratoires (vétérinaires, environnementaux, ...) est primordiale pour l'anticipation de la montée en puissance de réalisation des tests biologiques. Ainsi, selon les capacités de régionales, l'ARS peut établir des conventions⁶ avec des laboratoires privés. Tout comme les laboratoires publics, ils sont soumis à une obligation de remontée des données des tests.

6. Organisation de la continuité de la prise en charge médicale des patients en cas d'évacuation d'un ou plusieurs établissements de santé et/ou établissements médico-sociaux (DST « Évacuation établissements sanitaires »)

L'évacuation d'établissements sanitaires en raison d'une menace sur l'infrastructure liée à une catastrophe naturelle (ex. inondation, éruption volcanique, etc.) ou industrielle (ex. exposition à des fumées toxiques, accident de centrale nucléaire, etc.) nécessite une mobilisation intersectorielle sous l'autorité du Préfet dans le cadre du dispositif ORSEC⁷. L'ARS est en charge de l'organisation de la continuité de la prise en charge médicale des patients évacués du ou des établissements de santé concernés.

Les inondations de 2016 en Île-de-France ou l'incendie du CHU de Pointe à Pitre en 2017 témoignent de la nécessité de se préparer à ces risques dont l'impact sanitaire est important.

L'organisation de la continuité de la prise en charge médicale des patients évacués nécessite un travail de préparation en amont, afin d'envisager sur la base de l'analyse des risques la répartition des patients évacués des établissements identifiés comme à risque vers des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux d'accueil. Il s'agit également de prendre en compte la nécessaire réorganisation de l'offre de soins en conséquence notamment le renforcement des établissements d'accueil par la répartition des personnels issus des établissements évacués.

Ce travail de préparation doit conduire à l'élaboration d'une disposition spécifique transversale relative à l'organisation de la continuité de la prise en charge médicale des patients évacués. Cet outil opérationnel doit être élaboré selon les orientations définies par le ou les Préfets, en complément des plans opérationnel de réponse ORSAN.

⁶ Modèle de convention disponible pour le SARS-CoV-2 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/modele_convention_detection_sars-cov-2.pdf

⁷ Plan ORSEC évacuation massives.

Cette disposition spécifique transversale a aussi vocation à être activée dans les régions concernées pour assurer le report d'activité et le transfert de la patientèle des hôpitaux d'instruction des armées (HIA) dans le système de santé civil en cas de mobilisation de ces derniers au bénéfice des forces armées. Les attendus de cette planification sont définis dans la note technique de cadrage « soutien au Service de santé des armées en situation d'engagement majeur des forces armées ».

7. Renforcement de la sécurisation des établissements de santé en situation sanitaire exceptionnelle (DST « Sécurisation des établissements sanitaires »)

Le contexte de menace terroriste et les récents attentats imposent une vigilance accrue et nécessitent d'assurer, sur l'ensemble du territoire, la mise en œuvre effective de mesures particulières de sûreté au sein des établissements de santé. Les établissements de santé, pivots de la réponse du système de santé sont en première ligne en cas d'attentat terroriste. La continuité des soins étant indispensable, il est essentiel de les protéger, notamment contre les menaces de sur-attentat.

Les établissements de soins sont tenus de développer une politique globale de sécurité visant à les protéger contre toute forme de menaces (plan de sécurisation pour les établissements de santé et des mesures de sécurisation pour les établissements et services médico-sociaux). Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une politique globale et pluriannuelle de sécurité des établissements, pilotée par les ARS. Les instructions ministérielles⁸ diffusées en novembre 2016 et juillet 2017 précisent **le rôle des ARS en matière de coordination de la politique de sécurité dans les territoires et les obligations qui pèsent en matière de sécurité sur les établissements de santé et médico-sociaux.**

Cette disposition spécifique transversale « DST SECUR » a aussi vocation à coordonner la mise en œuvre par les établissements de santé des dispositions de confinement en cas d'événement industriel majeur (ex. incendie d'usine classée Seveso, accident de centrale nucléaire).

En situation sanitaire exceptionnelle, la mise en œuvre des mesures de sécurisation d'urgence notamment au titre de la posture VIGIPIRATE nécessite une coordination réalisée par l'ARS. L'objectif est d'assurer le renforcement coordonné de la sécurisation des établissements de soins en complément des plans opérationnel de réponse ORSAN. Ce travail de préparation doit conduire à l'élaboration d'une disposition spécifique transversale relative à l'organisation du renforcement de la sécurisation des établissements de soins en situation sanitaire exceptionnelle pouvant être mis en œuvre en complément du plan ORSAN AMAVI, MEDICO-PSY, NRC et REB.

⁸ Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

Instruction n° SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

8. Renforcement de la cybersécurisation des établissements de santé en situation sanitaire exceptionnelle (DST « Cybersécurisation des établissements sanitaires »)

Face au contexte de multiplication des cyberattaques et actes malveillants contre les établissements de santé, l'ensemble des acteurs de la santé doivent se préparer et s'accoutumer au risque d'un incident numérique majeur. L'utilisation à des fins malveillantes du cyberspace constitue une menace pour la sécurisation des établissements de santé avec potentiellement des conséquences néfastes sur la prise en charge médicale des patients et/ou des victimes d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE). La prise en compte du risque « cyber » à l'encontre des établissements sanitaires a été renforcée par le Ségur de la Santé.

Ainsi, dans le cadre du dispositif ORSAN, il est nécessaire que l'agence régionale de santé puisse coordonner des travaux de sécurisation de ses outils numériques internes et des outils numériques des structures sanitaires présentant sur son territoire de compétence. En cas de survenue d'une panne majeure ou d'un acte de cyber malveillance sur ces outils numériques, il est du rôle du ou des établissements concernés d'assurer la continuité de leur activité et d'engager des mesures de reprise informatique. Il est également du rôle de l'ARS d'assurer la coordination et la régulation de l'offre de soins sur son territoire, voire de manière interrégionale si nécessaire.

9. Organisation de l'accueil des renforts humains et matériels (DST « Renforts »)

En application du principe de subsidiarité, lorsque les moyens régionaux ne suffisent plus à faire face à la crise 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). Concrètement, 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.

Aussi, il est important que l'ARS concernée soit en mesure d'assurer la gestion des renforts humains et matériels mis à sa disposition. Cette préparation est d'autant plus importante en outre-mer compte tenu de l'éloignement géographique, de la faible élasticité de l'offre de soins et de capacités d'hébergement parfois réduites.

Dans ce cadre, l'élaboration d'une disposition spécifique transversale relative aux modalités d'accueil de renforts sanitaires (DST renforts) doit être réalisée de manière obligatoire par les ARS ultramarines, et de manière facultative par les ARS métropolitaines. Ce volet doit permettre de regrouper :

- L'identification des capacités d'accueil des renforts humains et l'évaluation du seuil de rupture de ces capacités (restauration, hébergement) ;
- L'identification des capacités d'accueil et de stockage des produits de santé, médicaments notamment l'oxygène, matériels et équipements médicaux et l'évaluation du seuil de rupture de ces capacités en prenant en compte les conditions de conservation ;
- La prédéfinition de l'affectation prioritaire et des missions des équipes et des professionnels de santé projetés en renforts et la prévision de leur mobilité sur le territoire (moyens de transport) ;

- Les informations spécifiques devant être délivrées aux renforts nationaux en amont et lors de leur arrivée sur le territoire pour le bon déroulement de la mission (vaccinations obligatoires, organisation du système de santé, etc.).

Cette disposition spécifique transversale doit être partagée avec le préfet de département, l'ARS responsable de la mission zonale et la Ministère chargé de la santé, afin d'être pris en compte dans les planifications intersectorielles locales (ORSEC) et les plans de renfort (PZMRS et plans nationaux de renfort).

C'est sur la base des seuils de rupture (pré-identifiés) que l'ARS impactée pourra au besoin solliciter un appui intersectoriel auprès de la préfecture de département (COD) pour accueillir la totalité des renforts acheminés, et en informer le niveau zonal (mission zonale) et/ou le niveau national (CORRUS).

IV. Programme de développement et de maintien des capacités de réponse

A. Capacités de prise en charge des patients

Le cadre de planification opérationnelle ORSAN précédemment défini est complété par un programme annuel ou pluriannuel identifiant les actions à mener par l'ARS et les opérateurs de soins pour maintenir ou développer les capacités nécessaires pour assurer la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle.

L'objectif est de déterminer si les capacités d'offre de soins sont en mesure de répondre aux enjeux de prise en charge des blessés ou malades liés à une situation sanitaire exceptionnelle en termes de nombre de patients mais aussi de spécialités médicales ou chirurgicales adultes et pédiatriques.

Il appartient à l'ARS de **confronter l'analyse capacitaire des opérateurs de soins en particulier des établissements de santé avec les effets à obtenir définis par la DGS et les Préfets** pour évaluer le niveau de réponse de l'offre de soins pour chacun des plans opérationnels de réponse ORSAN. Si des écarts entre l'organisation cible déterminée par l'ARS et les capacités des opérateurs de soins existent, l'ARS établit un « plan de développement et de maintenance des capacités de prise en charge » définissant les actions correctives à conduire et les réajustements à programmer pour développer les capacités et les modalités de réponse insuffisantes.

À ce titre, **ce plan** :

- **Fixe les objectifs opérationnels à atteindre aux opérateurs de soins et identifie les priorités d'actions ainsi que les échéances pour y parvenir.** Ces objectifs opérationnels sont pris en compte dans le cadre du SRS en termes de capacité d'offre de soins. Dans le cadre des soins critiques par exemple, il s'agit d'identifier et de recenser la capacité en soins critiques (en tenant compte du potentiel de dilatation) afin de permettre une montée en charge rapide et graduée en cas de SSE. Pour cela, il faut pérenniser les collaborations entre les établissements privés / publics et mettre en place un système d'information permettant de suivre l'activité et la montée en puissance des soins critiques.
- **Établit le programme de maintenance des capacités** de prise en charge de l'offre de soins en particulier celles liées aux missions de référence mise en œuvre par les établissements de santé de référence (ex. chambres d'isolement à pression

négative pour le risque épidémique et biologique, laboratoires de diagnostic microbiologique, ...).

B. Formation des professionnels de santé aux SSE

1. Cadre général de formation

La formation des professionnels du secteur sanitaire (quel que soit leur mode d'exercice) publics et privés constitue un élément important de la préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Durant leur formation initiale, les professionnels de santé bénéficient d'un enseignement ou d'une initiation aux situations sanitaires exceptionnelles qui peuvent être complétés par les différents enseignements universitaires existants en médecine d'urgence, de catastrophe et en gestion des urgences sanitaires. Ces formations universitaires constituent le socle de la formation des professionnels de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Ce socle de connaissance est complété par la formation aux gestes et soins d'urgence (FGSU) qui s'inscrit dans un objectif opérationnel, adapté et contextualisé au mode d'exercice de chaque professionnel de la santé sur la base d'objectifs pédagogiques nationaux.

La FGSU, dont le programme de formation est défini par arrêté du ministre chargé de la santé, donne lieu à la délivrance d'une attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU). Cette formation est dispensée par les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU), les unités de formation et de recherche de médecine ou de santé et l'École du Val-de-Grâce.

La FGSU a pour objectif l'acquisition par les professionnels de santé et les autres acteurs de santé des connaissances théoriques et pratiques nécessaires à :

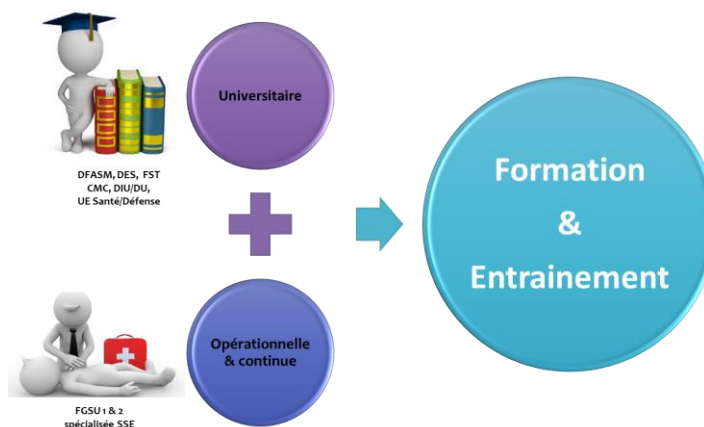
- La prise en charge, seul ou en équipe, d'une personne en situation d'urgence mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel ;
- La mise en œuvre des mesures appropriées face aux urgences collectives et aux situations sanitaires exceptionnelles.

La formation des professionnels de santé aux gestes et soins d'urgence (FGSU 1, 2 et spécialisée) est inscrite au plan de formation des établissements de santé⁹ et participe au développement professionnel continu (DPC) pour les professionnels de santé concernés par ce dispositif¹⁰. Elle est prise en compte dans la certification des établissements de santé au titre de la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

⁹ Note d'information n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2019/160 du 8 juillet 2019 relative aux orientations retenues pour 2020 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

¹⁰ Arrêté fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années : orientation n°44 « Préparation et organisation coordonnée, civile et militaire, de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) et prise en charge somatique et psychique des victimes induites ».

ORGANISATION DE LA FORMATION AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES



2. Cadre de formation spécialisé

En complément de la formation de base aux situations sanitaires exceptionnelles (module « urgences collectives et situations sanitaires exceptionnelles » de la FGSU 1 ou 2) certains professionnels de santé et autres acteurs doivent bénéficier d'une formation spécialisée complémentaire, opérationnelle et contextualisée à leur établissement (ex. structures de médecine d'urgence, centre de traumatologie, services de maladies infectieuses et tropicales, ...).

Cette formation, appelée « **formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence en situations sanitaires exceptionnelles** » (FGSU spécialisée SSE), est dispensée par des « formateurs pour les situations sanitaires exceptionnelles », qui sont eux-mêmes formés par les experts des établissements de santé de référence régionaux (ESRR). Dans le cadre du plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles de la médecine de ville, les médecins n'exerçant pas en établissement de santé ont vocation à bénéficier de cette formation.

La FGSU spécialisée est constituée de plusieurs modules pouvant être enseignés et délivrés séparément en fonction des missions confiées au personnel ou au professionnel de santé notamment dans le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles et de la place de l'établissement dans le dispositif ORSAN (première ligne ou deuxième ligne) ou dans le cadre des activités d'aide médicale urgente (SAMU/SMUR).

La FGSU spécialisée SSE permet la formation des professionnels de santé mais aussi des autres personnels des établissements de santé à :

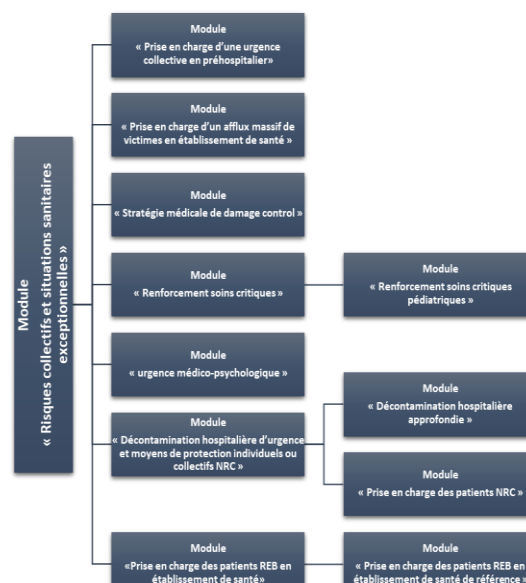
- L'accueil, le triage et la prise en charge préhospitalière et hospitalière des blessés somatiques d'accidents collectifs ou d'attentats en particulier la mise en œuvre des gestes et soins d'urgence, les techniques de « damage control » médicales et chirurgicales et les soins spécifiques aux brûlés dans ces contextes particuliers ;

- La montée en puissance des soins critiques adultes et pédiatriques pour assurer la prise en charge d'un afflux de patients nécessitant ce type de prise en charge ;
- Les risques et prises en charge des patients victimes d'un agent nucléaire, radiologique, biologique et chimique (activités du complexe militaro-industriel, menace terroriste, etc.), y compris les techniques de décontamination et l'administration des thérapeutiques spécifiques ;
- L'intervention médico-psychologique préhospitalière et hospitalière auprès des blessés psychiques et la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques ;
- La prise en charge des patients atteints d'infection liée à un risque épidémique et biologique et leur diagnostic biologique ;
- La gestion des conséquences sanitaires des événements climatiques ;
- L'organisation de la réponse du système de santé et la montée en puissance du secteur de la ville, des établissements de santé ou médico-sociaux (plan de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles en ville, plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé ou des plans bleus des établissements médico-sociaux) prévues dans le dispositif ORSAN et les principes de la médecine d'urgence.

Les objectifs pédagogiques sont définis dans l'arrêté du 30 décembre 2014 modifié relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.

La formation aux situations sanitaires exceptionnelles s'appuie sur les organisations et les parcours de formation existants. Il s'agit d'une action conséquente au regard du nombre de professionnels de santé à former qui s'inscrit nécessairement dans la durée. Cette formation aux situations sanitaires exceptionnelles a vocation à être organisée au plus près des acteurs concernés et dans une approche pragmatique suivant une logique pluriannuelle.

ORGANISATION DE LA FGSU SPÉCIALISÉE



La formation aux situations sanitaires exceptionnelles s'inscrit dans le programme de développement et de maintien des capacités de réponse. Elle est à ce titre coordonnée par l'ARS qui définit les objectifs de formation notamment de formateurs, en lien avec les opérateurs de soins dans le cadre d'un plan régional de formation aux situations sanitaires exceptionnelles et donne lieu à l'élaboration dans chaque région, d'un plan de formation aux situations sanitaires exceptionnelles des professionnels de santé et autres professionnels du champ sanitaire. Sa mise en œuvre, notamment en fonction des besoins en formateurs, est déterminée en fonction des priorités, dans chaque région, à partir de l'analyse des risques et du recensement des besoins des opérateurs de soins.

En complément, des actualisations des connaissances et des mises en situation à l'initiative des établissements de santé et de leurs services de soins ont vocation à renforcer en tant que de besoin l'enseignement délivré dans le cadre de la FGSU spécialisé SSE pour familiariser les équipes aux procédures de prises en charge.

La note technique de cadrage relative à la formation des professionnels du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles précise le cadre et les modalités de mise en œuvre.

C. Attribution des moyens opérationnels

Les moyens de réponse positionnés dans les établissements de santé pour les situations sanitaires exceptionnelles, dits « moyens territoriaux tactiques », sont des moyens mobiles mobilisables et projetables très rapidement qui visent notamment à renforcer les dispositifs d'aide médicale urgente. Il s'agit, entre autres, des :

- Postes sanitaires mobiles (PSM1 et 2, PSM PED, PSM DOM, PSM Wallis et Futuna) comprenant une dotation de contre-mesures permettant de traiter des victimes d'un agent NRBC ;
- Équipements de protection individuelle dédiés aux intervenants SMUR et aux personnels des établissements de santé disposant d'une capacité de décontamination approfondie (unité de décontamination hospitalière) ;
- Respirateurs mobiles ;
- Lots biomédicaux dont ceux destinés à la prise en charge d'urgences absolues et ceux destinés aux transports de patients en soins critiques ;
- Unités mobiles de décontamination hospitalière ;
- Détecteurs chimiques (AP2C/AP4C) ;
- Spectromètres, radimètres et dosimètres.

Pour assurer la gestion de ces moyens opérationnels, les ARS disposent :

- D'une dotation de mission d'intérêt général, codée MIG 003 : « acquisition et maintenance des moyens pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles », destinée au financement de leur acquisition et leur maintenance ;
- D'un système d'information permettant de faciliter leur gestion par les établissements de santé et leur suivi par les ARS (SIGESSE), afin d'avoir une réelle visibilité sur l'opérationnalité des moyens tactiques.

Ainsi, elle élabore un « plan pluriannuel d'acquisition ou de renouvellement des produits de santé et équipements », en établissant, le cas échéant, des priorités à l'échelle régionale et en respectant l'enveloppe globale de financement (MIG) attribuée pour cette mission.

Elle s'assure également du suivi de la gestion de ces moyens par les établissements de santé sièges de SAMU, via leurs contrats d'objectif et de performance, en l'espèce le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Elle veille aussi à l'opérationnalité de ces matériels et équipements par l'intermédiaire d'une politique d'inspection ciblée, établie dans le cadre des programmes d'inspection-contrôle.

En complément et en fonction de l'analyse des risques élaborée par le Préfet de zone de défense et de sécurité et de l'organisation de l'offre de soins en situation sanitaire exceptionnelle (SSE) définie par l'ARS dans le cadre du dispositif ORSAN, il appartient aux ARS d'attribuer les moyens tactiques sur leur territoire en lien avec les ARS de zone, en fonction notamment des objectifs du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZMRS). Les modalités de gestion des moyens opérationnels tactiques sont décrites en annexe.

DOCTRINE D'EMPLOI DES MOYENS TERRITORIAUX TACTIQUES

Les moyens territoriaux tactiques sont mis à disposition des professionnels de santé de première ligne notamment les SAMU-SMUR et les structures d'accueil des urgences qui les utilisent en tant que de besoin pour assurer la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle

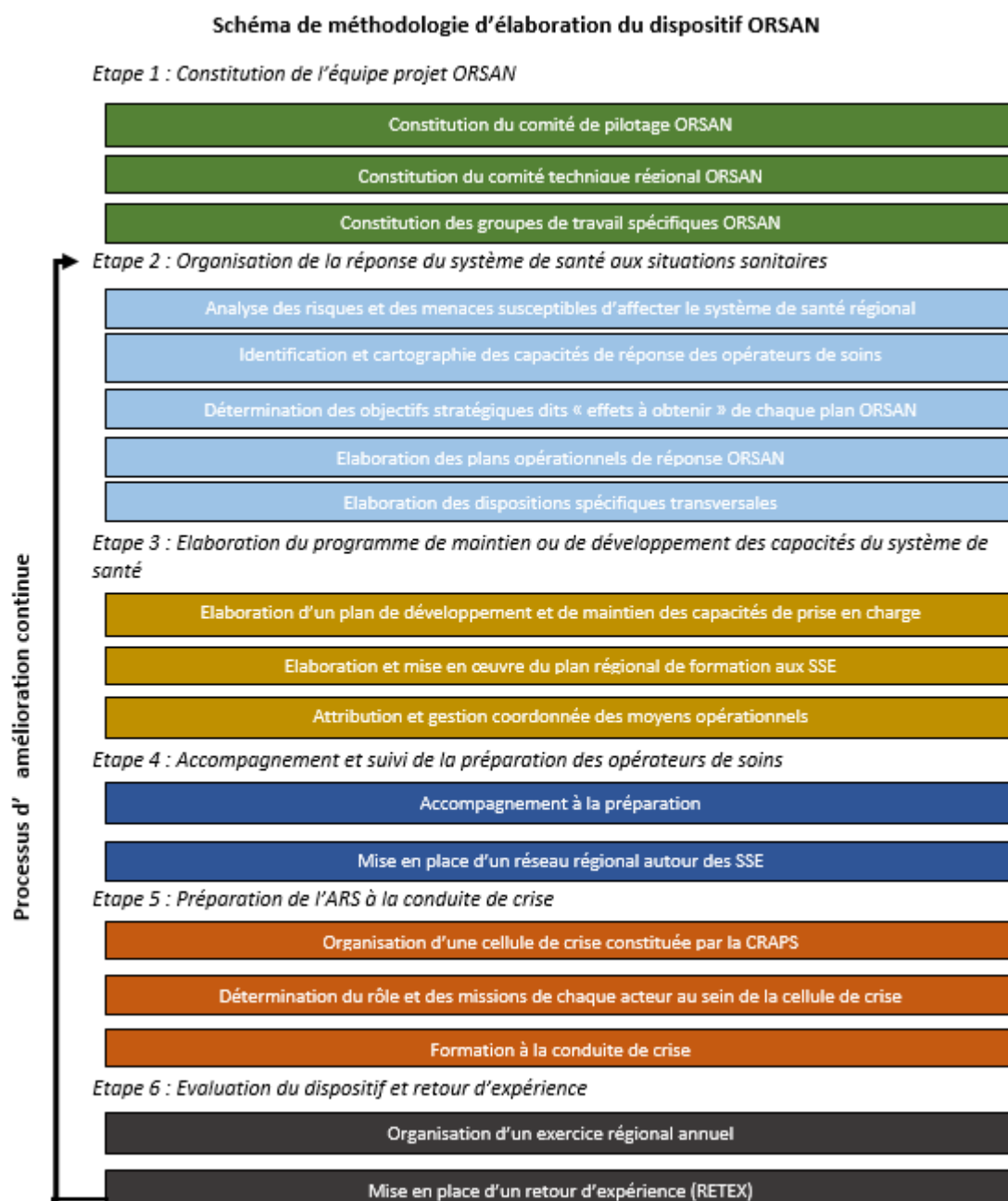
Les établissements de santé dans lesquels ils sont positionnés assurent leur maintien en compétence opérationnelle sous le contrôle des ARS. En cas d'utilisation de ces moyens (ex. mobilisation d'un PSM1), l'établissement de santé pourvoit sans délais à leur reconstitution. La maintenance est financée au titre d'une mission d'intérêt général (MIG) dont le bon usage est suivi par l'ARS.

S'agissant des PSM1 et 2, PSM pédiatrique, PSM maritime et PSM DOM, dotations de contre-mesures médicales (malles CGI), leurs compositions sont établies au niveau national et doivent être impérativement respectées.

Le suivi de ces moyens à l'échelon régional, zonal et national est réalisé via le système d'information « SIGESSE ». A ce titre, les établissements de santé doivent impérativement renseigner en temps réel les informations relatives aux moyens dont ils sont les gestionnaires.

V. METHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU DISPOSITIF ORSAN

La méthodologie d'élaboration des plans opérationnels de réponse peut être structurée en 6 étapes :



A. Étape 1 : Constitution de l'équipe projet ORSAN

L'élaboration du dispositif ORSAN nécessite une démarche en mode projet, structurée et participative associant l'ensemble des acteurs majeurs impliqués dans sa mise en œuvre opérationnelle. L'équipe projet est constituée par un comité de pilotage et un

comité technique régional ORSAN qui s'appuie en tant que de besoin sur des groupes de travail.

1. Le comité de pilotage ORSAN

Dans la mesure où cette démarche concerne tous les secteurs de l'offre de soins y compris le médico-social mais aussi la veille et la sécurité sanitaire, il est **nécessaire que l'ensemble des directions métiers et la direction de la communication de l'ARS soient impliquées** en particulier l'offre de soins et la santé publique qui en constituent les acteurs principaux.

La constitution d'un **comité de pilotage rattaché fonctionnellement au Directeur général de l'ARS** est indispensable pour impliquer ces différentes directions métiers et de la communication **et impulser cette démarche structurante** pour l'organisation de la réponse régionale aux situations sanitaires exceptionnelles.

Le comité de pilotage a pour objet de valider l'ensemble des travaux élaborés par le comité technique régional et de veiller à leur cohérence avec le schéma régional de santé (SRS) et les orientations nationales. Le comité de pilotage permet de tenir compte des effets à obtenir fixés dans ORSAN dans l'élaboration des CPOM.

2. Le comité technique régional ORSAN

Il est indispensable que les opérateurs de soins et les professionnels de terrain impliqués dans la gestion de crise soient associés à la construction du dispositif ORSAN en particulier aux travaux de planification afin de s'approprier les objectifs et le cadre de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. La structuration par l'ARS de la méthode d'élaboration du dispositif ORSAN autour de ce principe d'association/participation des acteurs est la condition pour aboutir à un document complet et opérationnel. Plus encore les travaux ORSAN représentent, avec les exercices régionaux, l'outil de préparation à la crise le plus optimal, dans la mesure où ils permettent la connaissance partagée des enjeux, de la doctrine de réponse et du rôle et du périmètre de compétences de chacun. La gestion de crise doit ainsi s'en trouver fluidifiée. Il est aussi important d'inscrire les travaux d'élaboration du dispositif ORSAN dans une démarche prenant en compte la démocratie en santé en associant les représentants des associations de patients.

À ce titre, la mise en place d'un comité technique régional chargé de l'élaboration du dispositif ORSAN coordonné par un cadre de l'ARS désigné par le Directeur général permet de formaliser l'implication de tous les acteurs et permettre ainsi une démarche participative structurée.

Le ou les établissements de santé de référence régionaux (ESRR) apportent une expertise et une assistance technique à l'agence régionale de santé pour l'élaboration du dispositif ORSAN notamment de ses plans opérationnels. Ils ont vocation à contribuer pleinement aux travaux du comité technique régional en appui du cadre de l'ARS désigné pour coordonner l'élaboration du dispositif ORSAN. Le ou les ESRR proposent notamment à l'agence régionale de santé une organisation de la prise en charge médicale des patients et des examens biologiques, radiologiques ou toxicologiques par les établissements de santé de la région.

Le comité technique régional ORSAN a pour mission d'élaborer les plans de réponse opérationnels ORSAN avec pour chaque plan, les objectifs suivants :

- Déterminer l'organisation de la réponse du système de santé notamment la montée en puissance des opérateurs de soins concernés ;
- Définir et structurer, dans une logique régionale, les parcours de soins des patients adaptés et renforcer les filières de prise en charge ;
- Assurer l'adéquation des capacités requises de prise en charge des patients avec l'offre de soins existante ;
- Recenser les besoins de formation pour les acteurs concernés ;
- Identifier des moyens tactiques à mobiliser le cas échéant ;
- Définir les modalités de conduite de crise.

Pour atteindre ces objectifs, le comité technique régional doit :

- Analyser les risques pouvant affecter le système de santé régional (état des lieux) ;
- Déterminer, à partir de cette analyse et du projet régional de santé (PRS), les objectifs stratégiques de chaque plan ORSAN et décliner les réponses opérationnelles ;
- Identifier pour chaque plan ORSAN, les opérateurs de soins concernés et leur fixer les objectifs de réponse (effets à obtenir) ;
- Proposer les objectifs de formation des acteurs du système de santé en vue de l'élaboration du plan régional de formation aux situations sanitaires exceptionnelles et des exercices permettant l'évaluation de chacun des plans.

Dans cette démarche, le comité technique régional prend en compte :

- La nécessité d'articuler ce schéma stratégique avec le SRS ;
- L'expertise et les recommandations sur la coordination technique fournies par le ou les établissements de santé de référence régionaux (ESRR).
- La structuration territoriale notamment issue des groupements hospitaliers de territoires (GHT).
- Pour les plans ORSAN AMAVI, MEDICO-PSY, NRC et REB, la nécessité d'articuler ce schéma stratégique avec le dispositif ORSEC.

En tant que de besoin, des groupes de travail spécifiques par plan ORSAN et/ou dispositions spécifiques transversales sont créés pour faciliter leur élaboration.

MISSION DU COORDINATEUR DU COMITÉ TECHNIQUE RÉGIONAL ORSAN

Le coordinateur du comité technique régional ORSAN est garant de la bonne réalisation du projet de planification. Il est rattaché fonctionnellement au Directeur général de l'ARS et bénéficie de l'appui opérationnel des différentes directions métiers et de la communication de l'agence. À ce titre, pour chacun des plans ORSAN envisagés, il s'assure du respect de la doctrine nationale et des orientations stratégiques régionales.

Il a pour principales fonctions :

- La conduite de projet pour la rédaction de chacun des plans du dispositif ORSAN ;
- La préparation et l'animation des sessions du comité technique régional ;
- L'identification et répartition des acteurs de santé associés au comité technique régional, au sein des différents groupes de travail spécifiques à chaque plan opérationnel de réponse ;
- Le portage de la transversalité nécessaire entre l'ensemble des groupes de travail afin d'éviter toutes stratégies ou principes antithétiques ;
- La rédaction du contenu des plans du dispositif ORSAN ;
- La retro-information de l'avancée de l'écriture du plan au comité de pilotage ORSAN.

3. Les groupes de travail spécifiques ORSAN

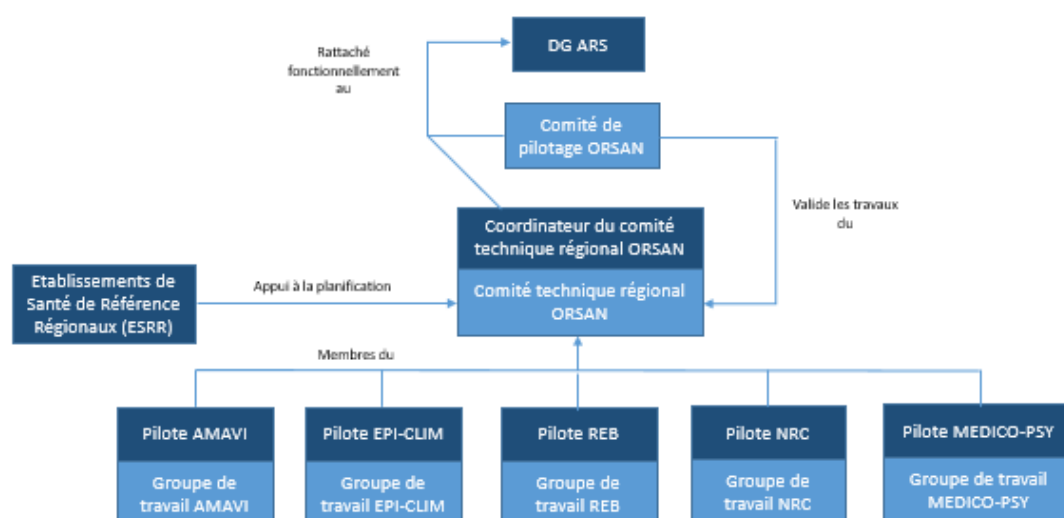
Chacun des plans du dispositif ORSAN présente des spécificités qu'il convient de prendre en compte dans le processus d'élaboration. À ce titre, la constitution d'un groupe de travail par plan présente un réel intérêt. Le cas échéant, en fonction de la complexité de certains plans, des sous-groupes de travail peuvent être constitués pour traiter des problématiques particulières.

Les pilotes des groupes de travail sont membres du comité technique régional ORSAN et assurent la coordination du travail d'élaboration des plans. Ils réunissent autour d'eux, les personnes ressources de la région sur la thématique du groupe. Ils déterminent, avec les membres des groupes de travail, la stratégie de réponse et les modalités de gestion afin d'en proposer une approche commune notamment sur :

- Les parcours de soins et filières de prise en charge générales et spécifiques ;
- La coordination entre les différents opérateurs de soins ;
- Les principes de gestion à appliquer entre les différents secteurs de l'offre de soins.

Les pilotes des groupes de travail proposent des échéances de travail aux autres membres du groupe, informent périodiquement, lors des sessions du comité technique régional ORSAN de l'avancée ou des difficultés posées par le sujet traité et travaillent en étroite collaboration avec le pilote de projet à la rédaction des éléments constitutifs des plans opérationnels de réponse ORSAN.

Schéma de constitution et de fonctionnement de l'équipe projet ORSAN



Des groupes de travail spécifiques peuvent également être créés pour l'élaboration des DST.

B. Étape 2 : Organisation de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles

Cette étape est essentielle car elle constitue le cœur de la planification opérationnelle ORSAN en permettant l'élaboration des plans opérationnels de réponse et des dispositions spécifiques transversales à partir d'une analyse préalable des risques et des menaces, de l'identification des capacités de réponse des opérateurs de soins et de la détermination des « effets à obtenir » régionaux à partir des objectifs nationaux.

1. Analyse des risques et des menaces

Il s'agit dans un premier temps pour l'ARS de synthétiser, à l'échelle régionale, les risques susceptibles d'impacter le système de santé. Il ne s'agit pas de présenter ces risques en détails mais d'obtenir une liste ou une cartographie des différents risques pouvant impacter l'offre de soins.

Cette synthèse est à effectuer à partir des documents source déjà existants :

- Le schéma régional de prévention, le volet spécifique consacré à la veille, l'alerte et la gestion des situations d'urgence sanitaire VAGUSAN du schéma régional de prévention dresse un état des lieux des différents risques sanitaires pouvant impacter l'offre de soins au niveau des territoires de santé ;
- Le CoTRRiM réalise un inventaire des risques et des effets potentiels des menaces en les analysant au regard d'objectifs de sécurité précisant les effets à obtenir. Il distingue ainsi les risques courants et les risques complexes (ou spécialisés). Il permet en outre une identification des synergies existantes entre les acteurs de la gestion des crises et une vision partagée des capacités territoriales de réponse des acteurs par le recensement de leurs moyens disponibles et une analyse des renforts nécessaires pour répondre à la crise ;

- Les plans nationaux, (le plan NRBC, pandémie grippale, Ébola, chikungunya/dengue, canicule...) qui prennent en compte les problématiques et les risques propres au champ sanitaire, en particulier ceux susceptibles de provoquer un recours important au système de santé ;
- Le processus de planification ORSEC : il est demandé à chaque Préfet de département et à chaque préfet de zone d'élaborer un dispositif opérationnel basé sur un inventaire et une analyse des risques ;
- Le dossier départemental sur les risques majeurs naturels et technologiques (DDRM) ;
- Le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR) élaboré par le service départemental d'incendie et de secours, ou tout autre document de nature à apporter des informations utiles en cas de risques majeurs et de menaces graves, en particulier les documents relatifs à la protection des secteurs d'activités d'importance vitale ;
- Le plan communal de sauvegarde (PCS), qui détermine en fonction des risques recensés à l'échelle communale, les mesures de sauvegarde et de protection des personnes. Ces plans, si les communes de la région en disposent, peuvent utilement compléter le recensement des risques obtenus à partir des plans ORSEC départementaux et zonal.

À partir de cette cartographie des risques pouvant toucher le système de santé, il convient d'identifier les aléas les plus lourds de conséquences pour le système de santé en région afin de les cibler dans les travaux de planification des différents plans du dispositif¹¹.

Face à ces risques sanitaires majeurs, il convient de réaliser une synthèse des « effets à obtenir » définis par les préfets dans la déclinaison des plans de défense et de sécurité.

2. Identification et cartographie des capacités de réponse des opérateurs de soins

Afin de déterminer les modalités de réponse qui serviront à développer l'ossature des plans opérationnels de réponse ORSAN, les risques et les effets à obtenir répertoriés sont confrontés aux capacités d'offre de soins régionales. L'objectif est de disposer d'une vision globale et d'un outil partagé par l'ARS, les préfets et les acteurs du système de santé pour répondre de manière efficiente aux événements.

Dans un premier temps, l'ARS réalise un état des lieux des capacités d'offre de soins régionales (ambulatoire de ville, établissements de santé, établissements médico-sociaux) susceptibles d'être mobilisées en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Les ressources existantes de transport sanitaire font aussi l'objet d'un recensement. Elle s'appuie sur le schéma régional de santé (SRS), le répertoire opérationnel des ressources (ROR) et le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) pour les professionnels de santé susceptibles de participer à la réponse aux SSE.

Le SI-ORSAN contribue au travail de planification ORSAN (évaluation du capacitaire de prise en charge) mais aussi à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

¹¹ Risque majeur : croisement d'un aléa (danger à l'état brut) avec des enjeux (pour le domaine sanitaire, dans l'ordre de priorité : populations, biens structurant le système de santé, environnement)

réelles, ou des exercices, en mettant à disposition un « tableau de bord » pour la gestion des situations exceptionnelles de type AMAVI avec potentiellement le recours à des filières de prise en charge complexes (grands brûlés, irradiés, intoxiqués graves), mais aussi l'orientation des patients en cas d'évacuations d'établissements de santé ou d'établissements médico-sociaux. Ce tableau de bord concourt à l'anticipation et au suivi des capacités d'accueil en établissement de santé, à l'identification des renforts et à leur projection en condition réelle de circulation sur tout point du territoire national. À partir du lieu de survenue d'une SSE et du bilan victimaire (nombre d'adultes/enfants, UA/UR), le tableau de bord permet notamment :

- L'affichage des capacités d'accueil dans les établissements de santé estimée à T0 (capacités ORSAN AMAVI consolidées dans les plans régionaux par les ARS), puis mises à jour en temps réel avec la montée en puissance des établissements (enquête flash aux établissements et décompte des orientations) pour faciliter l'orientation des patients par le médecin régulateur du SAMU (places disponibles selon le délai d'arrivée du patient, le plateau technique de l'établissement de santé, filière bloc/urgence adulte/enfant jour/nuit-WE, places restantes) ;
- L'évaluation du dimensionnement et la disponibilité des renforts en équipes médicales (SMUR, CUMP, équipes chirurgicales, ...), en produits de santé et autres moyens territoriaux tactiques (PSM, ...) pour les prochaines heures avec leur délai d'acheminement (pour l'ARS et le SAMU zonal). Il constitue ainsi une aide à la décision pour l'engagement des moyens (liste et délais d'arrivée de chaque SMUR, PSM, HéliSMUR).

Ensuite, un travail doit être conduit entre l'ARS et les établissements de santé susceptibles d'être les plus concernés (établissements de santé de 1^{ère} ligne et de 2^{ème} ligne) afin d'évaluer « à froid » la marge d'ajustement de leur offre de soins dès lors que le niveau 2 « plan blanc » du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est déclenché. Il s'agit de **l'évaluation des capacités d'offre de soins dites « adaptées »**. Le nombre de patients (blessés graves ou légers) pouvant être immédiatement pris en charge dans un établissement de santé à T0 d'une urgence collective constitue sa « **capacité structurelle** ». Après déclenchement du plan blanc et montée en puissance, l'établissement de santé va atteindre à T+2 voire T+3 sa « **capacité de prise en charge plancher** » correspondant à l'effet à obtenir. Ce travail doit conduire à établir avec chacun de ces établissements¹² un **contrat opérationnel** définissant les capacités de prise en charge notamment lors de SSE à cinétique rapide : patients pris en charge à T0 (capacité structurelle), T+1 (capacité intermédiaire), T+2/+3 (capacité plancher). Dans la mesure où ces capacités de prise en charge peuvent être variables en fonction du jour ou de l'heure de survenue (ex. occupation des blocs opératoires en journée), il convient de définir *a minima* par établissements de santé des « seuils plancher de prise en charge » à T+1, T+2/+3 correspondant à la capacité plancher réelle de prise en charge quel que soit le jour et l'heure de survenue de l'événement.

Pour effectuer cette évaluation des **capacités d'offre de soins adaptées avec l'estimation des capacités plancher de prise en charge**, l'ARS peut s'appuyer, si besoin en complément des établissements de santé concernés, sur les SAMU de sa région.

¹² A l'exception des hôpitaux des armées

Exemples

- En cas d'événement provoquant de nombreuses victimes, il s'agira d'évaluer avec les établissements de santé l'augmentation des capacités de prise en charge chirurgicale (ex. « damage control » chirurgical), d'accueil en réanimation adulte et pédiatrique par réorganisation interne de l'établissement, ou encore, il s'agira de veiller à ce que le SAMU dispose d'une organisation visant à renforcer ses moyens de régulation ;
- En cas de risque biologique émergent, il s'agira d'estimer avec les laboratoires, et en lien avec l'ARSZ, les possibilités d'augmentation de leurs capacités d'analyse. Il s'agira également d'évaluer, en lien avec les URPS, les possibilités de mobilisation renforcée des médecins libéraux en cas d'installation de l'épidémie.

Les objectifs de ce processus sont, d'une part d'avoir une image synthétique de l'état de l'offre de soins dans la région, et d'autre part de mettre en évidence les phénomènes de tension.

En situation de crise, la structure de gestion de crise (CRAPS) de l'ARS va avoir besoin de connaître les capacités de réponse effectives du territoire. Aussi l'ARS doit s'assurer en amont de pouvoir disposer de ces données, en s'appuyant notamment sur les différents outils existants. L'enjeu réside donc autant dans la constitution d'un recensement en amont de l'offre de soins que dans la mise à jour des listes et annuaires, ainsi que la constitution de listes de diffusions avec les boîtes à lettre d'alertes. Cette mise à jour est un élément essentiel de l'opérationnalité de la réponse. Aussi, les différentes capacités répertoriées n'ont pas vocation à être mobilisées de manière systématique. Elles doivent l'être de manière raisonnée, adaptée à l'ampleur de la situation, à son caractère évolutif ou non, et à la typologie des patients, en prenant en compte notamment les spécificités liées aux enfants et aux personnes âgées.

Au cours d'une situation sanitaire exceptionnelle, la vigilance doit être renforcée pour que la montée en puissance de l'offre de soins et la coordination des établissements de santé, assurée sous l'égide de l'ARS, garantisse un juste équilibre entre les disponibilités en lits et les besoins. Il est donc souhaitable qu'une **cartographie opérationnelle des capacités du système de santé soit réalisée en temps réel**. Pour cela, l'ARS dispose notamment : des fichiers des professionnels de santé, des serveurs informatiques relatifs aux disponibilités des lits, des données issues des répertoires opérationnels des ressources (ROR) lorsqu'elles sont dynamiques et, le cas échéant, des observatoires régionaux des urgences (ORU) pour assurer un suivi des disponibilités en lits hospitaliers d'aval (par discipline) et des décès survenus dans les établissements de santé.

Les informations sur les capacités de prise en charge (capacités structurelles et capacité plancher) doivent être communiquées au SAMU, de façon à faciliter la régulation médicale. Ces données sont également importantes pour l'ARS pour assurer le pilotage de la crise (mise en adéquation des moyens avec les besoins).

Il est également important de tenir compte des indicateurs fournis par le secteur de la médecine de ville via les URPS, tel que l'indicateur d'activité des maisons de santé pluridisciplinaires, qui peuvent être pertinents en situation de tension. En outre, l'ARS

bénéficie de la remontée informatisée de l'activité des services d'urgence et prochainement des données issues du système d'information des SAMU.

FOCUS SUR LE RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL DES RESSOURCES (ROR)

Dans ce cadre, la démarche capacitaire des établissements de santé doit être envisagée dans une logique dynamique en termes de flux de prise en charge et d'effet à obtenir. Cette démarche s'appuie sur le répertoire opérationnel de ressources (ROR) dont l'objet est de faciliter l'orientation des patients au sein des différentes filières de prises en charge. Cet objectif passe par une connaissance des ressources de l'offre de soins au sein d'un territoire donné. Le ROR offre des services pour les acteurs de l'offre de soins et pour les ARS :

- Les services d'aide à l'orientation permettent aux acteurs de l'offre de soins d'accéder aux ressources de l'offre de soins sur un territoire donné. Un des premiers usages du ROR est la recherche d'informations pour faciliter l'orientation des patients dans leurs parcours de soins. Par ailleurs, le ROR permet de suivre les disponibilités en lits hospitaliers d'aval : il fournit notamment les disponibilités des lits pour les unités opérationnelles des petits et grands brûlés, et dans ce cadre permet de répondre à des situations exceptionnelles ou de tension ;
- Proposant une information exhaustive de l'offre de soins régionale, le ROR offre des services de pilotage et de suivi de l'offre de soins aux ARS. Ces services portent par exemple sur la gestion des ressources nécessaires à l'aide médicale urgente comme la permanence des soins ambulatoires ou encore la gestion des transports sanitaires d'urgence.

3. Détermination des « effets à obtenir »

La stratégie de réponse de chacun des plans opérationnels ORSAN doit être conçue sur la base « **d'effets à obtenir** ».

Issu d'un concept de stratégie militaire et appliqué au domaine des situations sanitaires exceptionnelles, le concept « d'effets à obtenir » se définit comme les **manifestations concrètes d'un objectif**, défini et énoncé par le Directeur des opérations (Préfet territorialement compétent) à l'autorité sanitaire subsidiaire (Directeur général de l'ARS). Ainsi, dans le cadre de la préparation du système de santé aux SSE, des effets à obtenir sont fixés pour chaque plan opérationnel de réponse ORSAN au regard des orientations et demandes du Préfet, ainsi que du bassin de population ou des données épidémiologiques locales.

La définition des « effets à obtenir » régionaux doit tenir compte de la réalité des risques ou menaces et de la limite des capacités opérationnelles des territoires concernés. Ces éléments sont réels et donnés à titre indicatif. Pour aider l'ARS dans ce travail de détermination des « effets à obtenir », la DGS fournit à titre indicatif des objectifs quantifiés.

La prise en compte des « effet à obtenir » peut-être déclinée par département au sein de la région, dans la mesure où pour la majorité des situations le dispositif ORSAN s'inscrit en complémentarité du dispositif ORSEC.

4. Élaboration des plans opérationnels de réponse ORSAN

Une fois le tableau de synthèse de typologie des risques et des capacités de réponse préparé, les plans opérationnels de réponse ORSAN doivent être élaborés pour définir l'organisation de la réponse du système de santé. Il s'agit, pour chaque conséquence sanitaire (AMAVI, MEDICO-PSY, EPI-CLIM, NRC et REB), de définir les modalités d'adaptation ou de renforcement de l'offre de soins correspondant au type de situation.

L'élaboration des 5 plans opérationnels de réponse (AMAVI, MEDICO-PSY, EPI-CLIM, NRC et REB) est obligatoire. Toutefois, des plans spécifiques peuvent être, le cas échéant, élaborés par l'ARS en fonction des risques particuliers identifiés dans la région (ex. cyclones, risque sismique, etc.).

Chaque plan doit faire l'objet d'une réflexion concernant :

- La nature de l'événement, sa fréquence prévisible et les conséquences à traiter : *mécanisme, gravité, cinétique, durée* ;
- La typologie des patients à prendre en charge : *dominante médicale ou chirurgicale, pédiatrique, gériatrique, prises en charge spécifiques (ex. décontamination)* ;
- L'alerte et le circuit de l'information ;
- Le rôle des différents acteurs et en particulier les missions spécifiques qui pourront leur être confiées (catégorisation établissements de santé définie avec les SAMU sur des critères d'activités et de plateaux techniques) ;
- L'état des moyens et ressources sanitaires nécessaires et disponibles ;
- Les outils à mobiliser.

En fonction des ressources sanitaires régionales et des situations susceptibles d'être rencontrées, les plans opérationnels de réponse **identifient les points de rupture régionaux et les éléments de renfort susceptibles d'être demandés à l'échelon zonal et/ou national** (équipes médicales, stocks de produits de santé, logistique), dont la répartition et les modalités de mobilisation sont définies dans les plans de renforts définis au § VIII.

CAHIERS D'AIDE À L'ÉLABORATION DES PLANS OPÉRATIONNELS DE RÉPONSE ORSAN (ANNEXE 1)

Les cahiers d'aide à l'élaboration des plans opérationnels de réponse ORSAN proposés en annexe n°1 ont pour objet de fournir le cadre commun pour permettre aux ARS d'élaborer leurs propres plans. Ils ont donc vocation à être détaillés et adaptés au regard des particularités et des contingences locales, en lien avec les acteurs du système de santé.

Chaque cahier prend en compte à la fois la phase de :

- Préparation ;
- Mise en œuvre opérationnelle ;
- Conduite de crise.

Dans ce cadre, les mesures et les procédures permettant d'articuler la prise en charge des patients entre les différents acteurs et de mobiliser les ressources y sont déclinées de manière opérationnelle (renforcement de certaines filières de soins à privilégier selon le contexte, adaptation des moyens de régulation,

5. Élaboration des dispositions spécifiques transversales

En compléments des plans opérationnels de réponse, les volets transversaux sont élaborés à partir des objectifs et indications figurant dans les fiches descriptives de l'annexe n°2.

Il convient de s'assurer de leur complémentarité avec les plans opérationnels de réponse ORSAN en tant qu'outil de gestion d'une action spécifique visant à la conduite de crise.

Leur élaboration peut, le cas échéant, nécessiter la constitution d'un groupe de travail spécifique.

FICHES D'AIDE À L'ÉLABORATION DES DISPOSITION SPÉCIFIQUE TRANSVERSALE (ANNEXE 2)

Les fiches d'aide à l'élaboration des dispositions spécifiques transversales proposées en annexe n°2 ont pour objet de fournir le cadre commun pour permettre aux ARS d'élaborer leurs propres plans. Ils ont donc vocation à être détaillés et adaptés au regard des particularités et des contingences locales, en lien avec les acteurs du système de santé.

Chaque fiche prend en compte à la fois :

- Les enjeux et les objectifs stratégiques ;
- La méthodologie d'élaboration ;
- Les modalités d'évaluation.

C. Étape 3 : Élaboration du programme de maintien ou de développement des capacités du système de santé

Cette étape vise à élaborer le programme annuel ou pluriannuel identifiant les actions à mener par l'ARS et les opérateurs de soins pour maintenir ou développer les capacités nécessaires. Elle garantit la réalité de la réponse opérationnelle.

Le programme repose principalement sur l'élaboration du plan de formation des professionnels de santé aux SSE et sur l'attribution et la gestion coordonnées des moyens opérationnels.

ÉLABORATION DU PLAN DE DÉVELOPPEMENT ET DE MAINTENANCE DES CAPACITÉS DE PRISE EN CHARGE

La prise en compte des ressources sanitaires et la confrontation de l'analyse capacitaire régionale avec les effets à obtenir pour déterminer le niveau d'adaptation de l'offre de soins et sa répartition entre les opérateurs est une démarche indispensable. Elle doit conduire à enrichir le cas échéant le plan de développement et de maintenance des capacités de prise en charge pour mettre en perspective les capacités détenues et les organisations ciblées afin d'envisager les actions correctives à conduire et les réajustements à programmer pour développer les capacités et modalités de réponse nécessaires.

1. Plan régional de formation aux situations sanitaires exceptionnelles

Élaboration

La formation aux SSE est organisée par l'ARS dans chaque région en s'appuyant sur le ou les ESRR (experts des missions de référence exercées par les ESRR et les formateurs du CESU du ou des ESRR) en lien avec les CESU des autres établissements de santé, notamment les CESU.

À partir des orientations nationales définies par le ministère chargé de la santé, l'ARS, en lien avec les opérateurs de soins, prépare un plan annuel de formation et d'entraînement aux SSE définissant les objectifs de formations des personnels et professionnels de santé. Il s'agit tout particulièrement de former les référents pour les SSE des établissements de santé et les formateurs chargés de dispenser la FGSU spécialisée SSE (formateurs FGSU SSE).

Le plan régional de formation aux SSE a pour objectif de répondre au besoin de formation des opérateurs de soins aux SSE. Ce plan de formation élaboré au regard des orientations nationales, s'adresse aux opérateurs de soins et contient notamment :

- Les priorités de formation de la région (thématiques et/ou couverture géographique) ;
- Le calendrier des entraînements et exercices régionaux ;
- Le programme annuel des formations de formateurs et de référents pour les situations sanitaires exceptionnelles organisées par les ESRR ;
- Le programme annuel des modules de la FGSU spécialisée SSE proposé par les CESU.

Mise en œuvre

L'ARS est en charge de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan annuel de formation et d'entraînement aux SSE définissant les objectifs de formations des personnels et professionnels de santé dans la région.

La mise en œuvre du plan de formation s'inscrit dans une démarche pluriannuelle. Ainsi, l'ARS détermine les priorités de formation de formateurs et de référents en fonction du besoin des établissements de santé, mais aussi de la capacité annuelle de formation du ou des ESRR, des CESU et des unités de formation et de recherche de médecine ou de santé. Ces priorités de formation, en particulier le choix des établissements à cibler, sont établies en fonction de la place de l'établissement de santé dans le dispositif ORSAN (première ligne, deuxième ligne, troisième ligne). Ce plan prend également en compte les besoins de formation des établissements et services médico-sociaux et du secteur ambulatoire de ville au titre de leurs plans respectifs de montée en puissance (plan bleu et plan SSE de ville). Pour mettre en œuvre ce plan, les ARS s'appuient sur le ou les CESU du ou des ESRR en lien avec les CESU des autres établissements de santé et les unités de formation et de recherche de médecine ou de santé.

Au-delà de la FGSU spécialisée SSE, il est possible de compléter l'offre de formation dès lors que ces formations sont cohérentes avec les objectifs, le cadre et les référentiels établis au niveau national¹³ et identifiées dans le plan de formation du dispositif ORSAN (ex. formation au transport et aux soins des patients à haut risque épidémique et biologique, ...)

Ce cadre général peut être modulé localement pour tenir compte du fonctionnement et de l'organisation des formations dans les différentes régions pour notamment s'appuyer sur les dispositifs actuellement opérationnels. L'objectif consiste à développer les synergies entre les ESRR, des unités de formation et de recherche de médecine ou de santé et les CESU pour répondre aux besoins de formation des établissements de santé identifiés par les ARS dans le cadre de la préparation et la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.

2. Attribution et gestion coordonnée des moyens opérationnels

L'ARS élabore un programme pluriannuel d'acquisition ou de renouvellement des moyens opérationnels de réponse. Les moyens de réponse positionnés dans les établissements de santé pour les situations sanitaires exceptionnelles, dits « moyens tactiques », sont des moyens mobiles mobilisables et projetables très rapidement qui visent notamment à renforcer les dispositifs d'aide médicale urgente ou le cas échéant, les établissements de santé en particulier les établissements de santé de référence.

Pour assurer la gestion de ces moyens opérationnels, les ARS disposent :

- D'une dotation de mission d'intérêt général, codée MIG 003 : « acquisition et maintenance des moyens pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles », attribuée aux établissements de santé détenteurs de ces moyens et destinée au financement de leur acquisition et leur maintenance ;
- D'un système d'information permettant de faciliter leur gestion par les établissements de santé et leur suivi par les ARS (SIGESSE), afin d'avoir une réelle visibilité sur l'opérationnalité des moyens tactiques.

¹³ Référentiel COREB : <https://www.coreb.infectiologie.com/fr/referentiels-procedures.html>

Dans ce cadre, chaque ARS élabore le plan pluriannuel en lien avec les établissements de santé concernés et l'appui du ou des ESRR, en établissant, le cas échéant, des priorités à l'échelle régionale en lien avec le ministère chargé de la santé et dans le respect de l'enveloppe globale de financement (MIG) attribuée pour cette mission. L'animation par l'ARS d'un réseau des référents « moyens territoriaux tactiques » des établissements de santé notamment les pharmaciens peut constituer un outil facilitant la gestion de ces moyens.

L'ARS s'assure également du suivi de la gestion de ces moyens par les établissements de santé détenteurs, via leurs contrats d'objectif et de performance, en l'espèce le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Elle veille aussi à l'opérationnalité de ces matériels et équipements par l'intermédiaire d'une politique d'inspection ciblée, établie dans le cadre des programmes d'inspection-contrôle. L'attribution des financements au titre de la MIG O03 est assujettie à cette opérationnalité. L'utilisation du système d'information dédié au suivi des moyens doit systématiquement être utilisé et actualisé en temps réel par les établissements de santé sous le contrôle de l'ARS. Un état des lieux des moyens tactiques territoriaux est transmis au ministère chargé de la santé au plus tard le 31 décembre de chaque année pour servir de base aux délégations des financements de maintenance.

En complément et en fonction de l'analyse des risques élaborée par le Préfet de zone de défense et de sécurité et de l'organisation de l'offre de soins en situation sanitaire exceptionnelle (SSE) définie par l'ARS dans le cadre du dispositif ORSAN, il appartient aux ARS de zone en lien avec le SAMU de zone de veiller à l'adéquation des moyens tactiques territoriaux avec les objectifs du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZMRS).

D. Étape 4 : Accompagnement et suivi de la préparation des opérateurs de soins

1. Accompagnement à la préparation

Le dispositif ORSAN et ses plans opérationnels de réponse reposent sur les capacités de mobilisation et de réponse des opérateurs de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux, structure de soins ambulatoire). Il s'agit pour chacun de ces opérateurs de tenir compte du rôle et des objectifs de prise en charge de patients qui lui ont été donnés dans les plans opérationnels de réponse du dispositif ORSAN et d'intégrer dans leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, plan bleu ou contrat d'objectifs et de moyens des maisons pluridisciplinaires de santé, les dispositions permettant leur mise en œuvre opérationnelle.

L'association de ces établissements de santé à l'élaboration des plans opérationnels de réponse ORSAN est importante afin de favoriser l'appropriation et la déclinaison opérationnelle. Le cas échéant, un accompagnement peut être organisé notamment pour l'élaboration des plans nécessitant une expertise technique (ex. ORSAN NRC, ORSAN REB) avec l'appui des établissements de santé de référence.

L'ARS s'assure de la prise en compte des objectifs opérationnels assignés à chaque opérateur de soins dans le cadre du contrat d'objectif et de performance dans leurs plans respectifs de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.

Les établissements de santé identifiés en première ligne et seconde ligne doivent faire l'objet d'une attention particulière sur le travail de préparation (planification et formation des professionnels de santé) mais aussi sur l'évaluation des capacités opérationnelles (exercices et retour d'expérience).

2. Mise en place d'un réseau régional autour des situations sanitaires exceptionnelles

Il revient à l'ARS le rôle d'animer le réseau des situations sanitaires exceptionnelles au sein de son territoire. Cette mission d'animation est indispensable dans la mesure où elle permet de créer une dynamique autour de cette thématique. Celle-ci servira à tous les niveaux la préparation et la réponse du système de santé aux SSE :

- Faciliter la mobilisation des acteurs, au stade de la préparation comme au stade de la gestion de crise ;
- Fluidifier la réponse grâce à une connaissance mutuelle des acteurs, de leur rôle et du périmètre de leur compétence ;
- Valoriser les efforts déployés par chaque acteur dans le domaine des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Poursuivre l'acculturation continue des professionnels et des institutions aux situations sanitaires exceptionnelles et inscrire dans le long terme les efforts déployés ;

Cette animation du réseau des situations sanitaires exceptionnelles peut prendre plusieurs formes :

- Organisation de réunions pour diffuser le retour d'expérience à l'issue de chaque exercice de grande ampleur mené au sein du territoire ;
- Organisation d'une journée annuelle des référents SSE des établissements de santé ;
- Organisation régulière d'une journée régionale regroupant l'ensemble des acteurs ;
- Organisation d'animation plus spécifique des acteurs des réseaux (ex. réseau REB élargie à la médecine de ville, aux microbiologistes, aux hygiénistes, réanimateurs, ...)
- Le ou les ESRR sont notamment en charge d'apporter une expertise technique aux établissements de santé sur toute question relative à la prise en charge des patients relevant des missions de référence, à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Ils assurent par ailleurs, l'animation du réseau constitué par les acteurs de la prise en charge des patients (filiales de prise en charge ville-ES-ESR)

E. Étape 5 : Préparation de l'ARS à la conduite de crise

Le déclenchement d'un plan opérationnel de réponse ORSAN impose la mise en œuvre d'une conduite de crise adaptée à la situation dont les principes et modalités sont définies au § IX. La conduite de crise ne s'improvise pas et doit donc se préparer en amont. Cette étape est importante pour permettre de disposer d'une cellule de crise opérationnelle, organisée et armée par des personnels formés.

La fiche 8 de l'instruction ministérielle relative au renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles et à

l'organisation territoriale de leurs gestions cadre l'ensemble des principes de planification et d'organisation devant régir la gestion des situations sanitaires exceptionnelles en ARS.

Chaque ARS doit disposer d'un plan de gestion de crise interne précisant notamment l'organisation de la cellule de crise, les fiches de poste et les principes de conduite de crise.

1. La cellule de crise de l'ARS

Chaque ARS doit disposer d'une structure de gestion de crise adaptée et en tant que de besoin d'une cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) qui constitue l'organe de décision et de conduite de crise en cas de situation sanitaire exceptionnelle notamment avec le déclenchement d'un plan opérationnel de réponse ORSAN. Cette structure assure les fonctions d'appui et de pilotage du secteur sanitaire sous l'autorité du directeur général de l'ARS ou de l'ARS de zone via la Cellule zonale d'appui (CZA) et en lien avec les préfectures concernées.

Le rôle de pilotage implique, à chacune des phases de la gestion de l'événement, aux objectifs suivants :

- Analyse, appréciation et suivi de la situation sanitaire ;
- Organisation de la réponse du système de santé pour assurer la prise en charge des patients ;
- Élaboration et/ou mise en œuvre de mesures de santé publique ;
- Anticipation des évolutions possibles de la situation à chaque phase et en particulier lors de la phase « conduite de crise » afin d'envisager les conséquences à court, moyen et long terme pour les prévenir dans la mesure du possible et d'en préparer leur gestion ;
- Organisation de la continuité des soins ;
- Gestion des moyens sanitaires (ressources humaines et produit de santé) ;
- Interface avec ses partenaires (sanitaires et autres, dont préfet(s) concerné(s), communication).

L'organisation de la structure de gestion de crise adaptée peut être envisagée en termes de fonctions/missions avec un noyau central comprenant les 2 fonctions indispensables que sont les fonctions décisions et situation/coordination complétées le cas échéant, par les fonctions « communication », « expertise » « anticipation » et « supports ».

Les différentes cellules de la structure de gestion de crise et leurs modalités de fonctionnement sont définies en annexe.

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

Il est recommandé d'élaborer des fiches de poste pour chaque mission/fonction identifiée au sein de la structure de gestion de crise de l'ARS mais aussi au COD. Il pourra être ainsi identifié un ou plusieurs agents dans chacune des cellules.

L'élaboration des fiches de poste par agent doit permettre à chaque membre de la structure de gestion de crise de connaître précisément son rôle, ses responsabilités et ses interlocuteurs privilégiés en cas de déclenchement d'un plan opérationnel de réponse ORSAN. Ces fiches sont validées par le Directeur général de l'ARS, diffusées

à l'ensemble des personnes susceptibles d'occuper une des fonctions de la structure de gestion de crise et sont facilement accessibles.

3. Formation à la conduite de crise

Les agents participant à la structure de gestion de crise doivent être formés pour être pleinement opérationnels lors de l'activation de la cellule. Il convient également d'assurer la formation des agents pouvant être mobilisés au centre opérationnel départemental (COD). Pour cela, l'ARS définit un plan de formation pluriannuel de ces agents.

Des exercices sont indispensables afin que les équipes susceptibles d'intégrer la structure de gestion de crise puissent pleinement s'approprier leur fonction.

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

- Les procédures d'alerte et de rappel des agents ;
- Le délai de constitution de la structure de gestion de crise ;
- L'appropriation des outils nationaux (ex. SI-VIC) ou régionaux.

Le Directeur général de l'ARS fixe annuellement le nombre et le type d'exercices qui seront réalisés au sein de son agence. Cela comprend les exercices réalisés à son initiative ou dans le cadre de la participation de l'ARS à des exercices organisés par le niveau départemental voire zonal (Préfet de département ou de zone) et le niveau national (CORRUSS/CCS, CIC).

F. Étape 6 : Évaluation du dispositif et retour d'expérience

L'évaluation du dispositif ORSAN en particulier de ses plans opérationnels de réponse est une étape essentielle dans le processus d'amélioration de la préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Son objectif est d'en tester l'efficacité et l'opérationnalité. Cette évaluation s'appuie sur les :

- Exercices et les entraînements organisés, notamment par les préfetures ;
- Retours d'expérience des situations exceptionnelles qui ont impacté la région voire d'autres territoires.

Cette démarche est mise en œuvre par l'ARS avec les opérateurs de soins et s'inscrit dans une politique d'efficience et d'amélioration continue de l'organisation de la réponse du système de santé.

1. Exercices

En complément de la participation aux exercices nationaux initiés par la DGS, l'organisation d'au moins un exercice régional annuel mobilisant l'ensemble des acteurs de santé, en y associant les acteurs du SSA (hôpitaux des armées et, sous réserve de l'accord du ministère des armées, les centres médicaux des armées) présents dans la région est indispensable. L'objectif est de tester la mise en œuvre des plans opérationnels de réponse ORSAN en particulier les modalités de la réponse des

opérateurs de soins et l'organisation de la conduite de crise. Il s'agit notamment de vérifier :

- L'opérationnalité du dispositif de gestion de crise de l'ARS et l'activation dans l'heure de la structure de gestion de crise et le cas échéant, de la CRAPS H24 y compris les weekends ;
- La chaîne de réponse des opérateurs de soins dans les différents secteurs du système de santé (SAMU/SMUR, secteur ambulatoire, établissements de santé, établissements médico-sociaux) et les circuits d'information entre l'ARS et ces derniers ;
- Les dispositifs de mobilisation des effecteurs de soins : plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles pour les établissements de santé, plan bleu par les établissements médico-sociaux et dispositifs de mobilisation des professionnels de santé libéraux.

Ces exercices peuvent s'inscrire en complémentarité des exercices organisés par les préfets afin de tester l'articulation avec le dispositif ORSEC (ex. plan ORSAN AMAVI en complément d'un plan ORSEC NOVI).

La capacité à mobiliser les moyens tactiques positionnés dans les établissements de santé doit aussi faire l'objet d'une politique d'exercice, coordonnée par l'ARS de zone en lien avec les ARS de la zone. À ce titre, la mise en œuvre du PZMRS doit faire l'objet d'exercices réguliers en particulier sur les capacités de projection des PSM organisés par l'ARS de zone. Il est aussi conseillé de tester au niveau de chaque région avec les établissements de santé, les capacités de mobilisation de la logistique médicale (produits de santé, dispositifs médicaux, stérilisation, ...) et d'approvisionnement en gaz médicaux pour vérifier les capacités des industriels à honorer leur contrat en cas de sollicitation massive.

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

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

GRANDS PRINCIPES D'ÉLABORATION D'UN EXERCICE

Définir les caractéristiques de l'exercice

- Contexte, enjeux et objectifs de l'évaluation (principaux et secondaires) ;
- Nature (ex : test, entraînement, exercice global ou partiel, inopiné, etc.) ;
- Cadre et périmètre de l'exercice : lieu, date, horaires, convention d'exercice.

Concevoir le scénario

- Déterminer qui seront les joueurs, les animateurs, les évaluateurs, les observateurs et les éventuels autres participants (autorités, médias, etc.) ;
- Définir la « cadence » de l'exercice (temps compressé ou non) et le moment du déclenchement ;
- Définir le dossier d'exercice à destination des acteurs en définissant le cadre contextuel et les éléments de communication qui leurs seront diffusés ;
- Préparer les « injects » et lister les actions attendues.

Déterminer les moyens nécessaires :

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

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

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

2. Retour d'expérience

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

L'évaluation permet de vérifier les procédures et d'évaluer l'implication des personnels et des moyens engagés. Elle doit donc être menée à l'issue d'un exercice ou d'une situation réelle et donner lieu ensuite à un processus d'amélioration continue associant, dans la mesure du possible, l'ensemble des opérateurs de soins concernés.

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

VI. ACTIVATION DU DISPOSITIF ORSAN ET CONDUITE DE CRISE

A. Principes d'organisation nationale et territoriale de la gestion de crise

La gestion nationale et territoriale des SSE s'insère dans un cadre défini qui fait intervenir différentes autorités et structures compétentes sur un territoire donné et avec des missions déterminées.

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

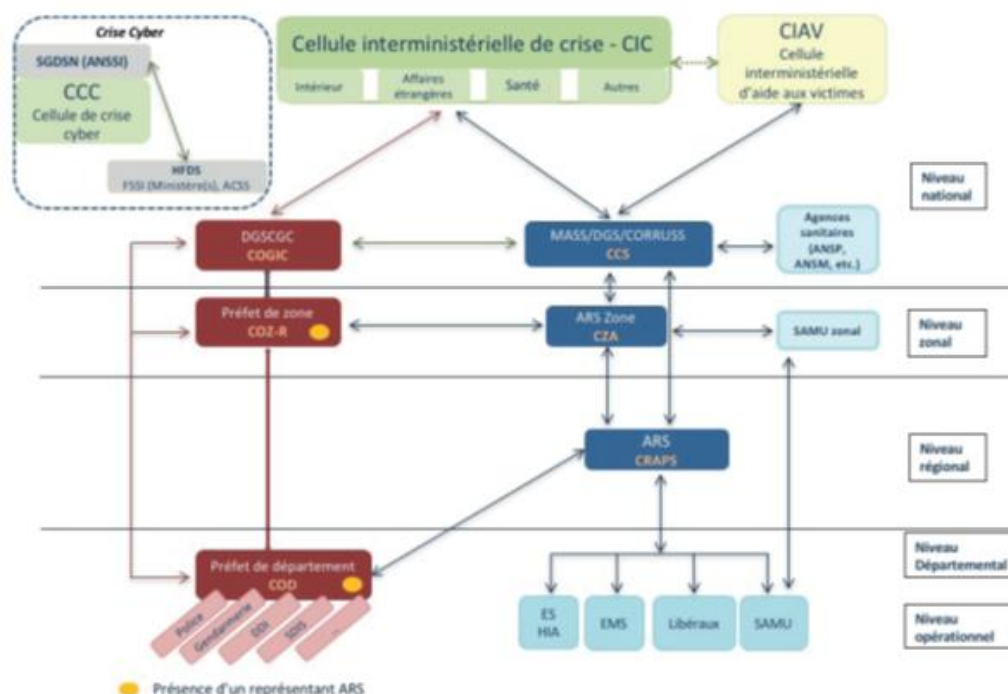
- Niveau national : ministère chargé de la santé avec l'appui des agences sanitaires (ASN, ANSP, ANSM, EFS, ABM, ASIP Santé), ministère de l'intérieur, ministère des armées, les autres ministères en fonction de la nature de l'événement) ;
- Niveau zonal (Préfet de zone, ARS de zone et SAMU zonal) ;
- Niveau régional (ARS) ;
- Niveau départemental : préfet de département, SAMU, SDIS et associations agréées de sécurité civile.

L'organisation de la réponse aux crises, mise en place conformément aux orientations du livre blanc sur la défense et la sécurité nationale, prévoit un pilotage par le Premier Ministre, en lien avec le Président de la République avec l'appui du Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale. La conduite opérationnelle de la crise peut être confiée à un ministre désigné par le Premier Ministre en fonction de la nature des événements, du type de crise ou de l'orientation politique qu'il entend donner à son action¹⁴. Elle est confiée en principe au Ministre de l'intérieur lorsque la crise a lieu sur le territoire national ou au ministre des affaires étrangères pour les crises extérieures.

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

¹⁴ Circulaire relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures du 2 janvier 2012

ÉCHELONS D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE



Également placée sous l'autorité du Premier Ministre, la Cellule interministérielle d'information du public et d'aide aux victimes (CIIPAV), créée en janvier 2020¹⁵ et composée, notamment, de représentants des ministères de la justice, de l'intérieur, de la santé, des affaires étrangères, permet de centraliser en temps réel l'ensemble des informations concernant le lieu de prise en charge des victimes d'actes de terrorisme et ainsi de renforcer leur accompagnement et celui de leurs proches.

Le pilotage opérationnel de la réponse aux situations d'urgence et de crises sanitaires est confié au Centre de crises sanitaires, service de la DGS¹⁶. Ce pilotage est assuré par le CORRUS, chargé de centraliser l'ensemble des alertes et d'assurer la gestion des situations d'urgence sanitaire, en lien avec les autres directions des ministères et institutions concernées.

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

¹⁵ Instruction interministérielle n°6141/SG du 21 janvier 2020, abrogée par la circulaire n°6262/SG du 26 avril 2021, relative à l'information du public et à l'aide aux victimes en cas de crise majeure sur le territoire national.

¹⁶ La « sous-direction Veille et Sécurité Sanitaire » anciennement dénommée « département des Urgences Sanitaires ». Article R. 1421-1 du code de la santé publique

Dans chaque zone de défense et de sécurité (7 zones métropolitaines et 5 zones Outre-mer), l'État est représenté par un préfet de zone de défense et de sécurité qui, en liaison avec les préfets de département, prépare et met en œuvre les mesures concourant à la sécurité nationale, notamment en matière de sécurité civile et de gestion de crise¹⁷. Il dispose pour cette activité d'un État-major interministériel de zone auquel l'ARS de zone participe pour le champ de la santé.

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

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

L'ARS de zone exerce, le cas échéant, des redéploiements ou la projection des moyens tactiques, ressources rares et/ou de ressources humaines de proximité, dans le cadre du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires¹⁸ (PZMRS).

B. Mise en œuvre opérationnelle du dispositif ORSAN

Le Directeur général de l'ARS est responsable de la réponse du système de santé confronté à une situation sanitaire exceptionnelle. Il dispose pour cela du dispositif ORSAN. À ce titre, il peut décider, en fonction de la situation, de déclencher les plans opérationnels de réponse ORSAN, le cas échéant à la demande du Ministre chargé de la santé ou du Préfet. La mise en œuvre des mesures d'adaptation de l'offre de soins prévues dans les plans peut être totale ou partielle, suivant la nature, l'étendue géographique et la gravité de l'événement considéré.

Dans tous les cas, le Directeur général de l'ARS tient informé le ou les Préfets de département concernés, l'ARS de zone et le Ministre chargé de la santé de la mise en œuvre de tout ou partie des mesures prises au titre d'un plan opérationnel de réponse ORSAN.

C. Conduite de la montée en puissance du système de santé

1. Pilotage de la mise en œuvre du dispositif ORSAN

Principes généraux

La gestion des SSE implique une adaptation du système de santé qui doit être conduite de manière structurée. Dans ces situations, la qualité de la prise en charge des blessés ou des malades est directement dépendante des mesures de gestion qui seront mises en œuvre par l'ARS pour organiser la réponse du système de santé.

¹⁷ Article R. 1311-26 du code de la défense

¹⁸ Le PZMRS est arrêté par le préfet de zone de défense, après avis du comité de défense de zone mentionné à l'article R.*1311-25 du code de la défense

Aussi, il est indispensable que l'ARS s'organise en interne pour assurer le pilotage du déclenchement d'un ou de plusieurs plans ORSAN en impliquant l'ensemble de ses directions afin d'assurer une réponse globale et, le cas échéant, dans la durée. Cette organisation doit être conçue pour assurer la conduite de la crise sans toutefois gêner la gestion courante des alertes. Cela implique que l'ARS dispose d'un cadre robuste de conduite de crise définissant l'organisation et le fonctionnement de la cellule de crise en période de SSE. L'activation rapide par le Directeur général de l'ARS d'une cellule de crise permet d'optimiser la mise en œuvre des mesures de gestion et le suivi de la situation. Elle permet de graduer la réponse mais aussi d'anticiper les mesures d'adaptation du système de santé.

Une attention particulière doit être portée sur la dimension communication pendant la gestion d'une SSE, à la fois en interne, pour une bonne information des parties prenantes (personnels et membres de la cellule) et en externe en lien avec le niveau national et sans préjudice de la communication des préfectures concernées.

Les principes de communication en gestion de crise sont mentionnés en annexe.

Organisation de la conduite de crise

En cas de situation sanitaire exceptionnelle, le Directeur général de l'ARS assure le pilotage de la réponse sanitaire et dispose à ce titre, d'une cellule de crise constituée au niveau du siège de l'ARS. Celle-ci doit être en capacité d'assurer les fonctions suivantes :

- Fonctions métiers : élaboration et/ou mise en œuvre de mesures de santé publique, organisation de la permanence des soins, gestion des moyens sanitaires ;
- Fonctions transverses : suivi et analyse de la situation sanitaire, interface avec ses partenaires sanitaires et autres, dont le ou les préfets concernés, communication).

Pour optimiser la conduite de la crise un **guide de gestion de crise en structure de gestion de crise notamment en CRAPS** doit être élaboré par l'ARS, et comprendre :

- La liste des principes applicables en CRAPS pour gérer au mieux la crise ;
- Des documents opérationnels, à savoir :
 - Un protocole d'activation de la CRAPS (démarrage des ordinateurs, disposition des tables, rappel de renforts, etc.) ;
 - Un schéma d'organisation de la cellule de crise ;
 - Pour chaque fonction en CRAPS une fiche de poste détaillée ;
 - Un tableau ou schéma rappelant la répartition des rôles entre les acteurs (ARS vis-à-vis : des ES / COD / CZA / CORRUSS) ;
 - Un annuaire des correspondants interne et externe actualisé ;
 - Un schéma représentant le flux d'informations interne/externe ;
 - Une fiche d'aide à la détermination du niveau de gestion qu'il faut adopter (CVAGS, renforcée, CRAPS) ;
 - Un protocole d'utilisation rapide du SI-VSS (codes de connexion, ...) ;
 - Le modèle du point de situation qu'ils comptent envoyer au CORRUSS.

Le niveau du pilotage de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles est proportionné aux événements considérés. Ainsi, la montée en puissance de l'ARS à

partir du niveau de veille opérationnelle (niveau 1), est structurée en 2 niveaux d'organisation :

- Un niveau 2 « renforcé » : ce niveau est destiné à répondre aux situations dépassant le cadre de la gestion courante des alertes. Il s'appuie sur la plateforme de veille et d'urgence sanitaire (PVUS). Il est renforcé, en tant que de besoin par des personnels des différentes directions de l'ARS ;
- Un niveau 3 « crise » : ce niveau a pour objectif de répondre aux situations de crise. Ce niveau nécessite l'activation d'une cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS). Il impose la mobilisation des personnels des différentes directions de l'ARS, selon les besoins identifiés.

2. Rôle de l'ARS de zone

Si, par ailleurs, un évènement dépasse, par sa gravité ou son intensité, le cadre d'une seule ARS ou que les capacités de réponse du niveau régional sont insuffisantes, le niveau zonal peut assurer une fonction de coordination des moyens sanitaires. L'ARS de zone assure, en lien avec la ou les ARS concernées et avec l'appui du SAMU de zone, la coordination de la mobilisation des moyens pour toute situation dépassant le cadre départemental en cohérence avec le Plan Zonal de Mobilisation des Ressources Sanitaires (PZMRS). A ce titre, l'ARS de zone assure, la mobilisation des moyens sanitaires et/ou de ressources humaines propres à la zone de défense ainsi que des redéploiements ou mouvements des moyens tactiques afin de réorganiser la couverture opérationnelle du territoire et anticiper de nouveaux évènements. De même, elle procède à la coordination et au déploiement des moyens de l'État disponibles éventuellement engagés par le niveau national (stocks stratégiques, mise à disposition de ressources humaines, réserve sanitaire).

Pour toute crise à composante sanitaire dépassant le cadre régional, de par sa dimension géographique ou par les moyens nécessaires à sa résolution, l'ARS de zone est également amené à assurer la coordination de la remontée d'information à la préfecture de zone et à y représenter l'ARS de zone le cas échéant.

Ces missions sont assurées par le service zonal de défense et de sécurité (SZDS) qui met en place, selon les nécessités, une organisation particulière et dédiée pour répondre à l'évènement considéré.

3. Interactions avec les centres opérationnels préfectoraux

Au niveau départemental

L'article R. 1435-4 du code de la santé publique prévoit que le protocole départemental établi entre le préfet et le directeur général de l'ARS doit préciser les modalités de participation de l'ARS au Centre opérationnel Départemental (COD). Ainsi, la représentation du secteur sanitaire en COD est assurée par un agent de l'ARS. Cet agent, prioritairement de catégorie A et/ou disposant d'une vision globale des missions de l'ARS, aura préalablement été formé à la gestion de crise et à la participation en COD. Il assure l'interface entre l'autorité préfectorale et la structure de conduite de crise mise en place par l'ARS (PVUS Renforcée ou CRAPS), en vue d'apporter une aide à la décision au préfet. Sa présence est requise dans un délai prévu par les dispositions de chacun des protocoles signés entre l'ARS et les préfectures de la région.

Au niveau zonal

L'article R. 1435-8 du code de la santé publique prévoit que le protocole zonal établi entre le préfet et le directeur général de l'ARS de zone précise les modalités de participation de l'ARS de zone au Centre opérationnel zonal renforcé (COZ-R) de l'état-major interministériel de zone de défense et de sécurité (EMIZDS). Afin que cette participation soit organisée de manière la plus effective possible, il convient qu'elle intervienne dans un délai prévu par les dispositions du protocole signé entre l'ARS de zone et la préfecture de zone de défense et de sécurité.

Les ARS sont susceptibles d'utiliser tout type d'outil mis à disposition par le Ministère de l'intérieur (Synergi 2, Synapse). La responsabilité de remonter les informations au niveau national via le système d'information idoine relève par principe de l'autorité du préfet. Aussi, dès qu'un COD est activé en préfecture et qu'un évènement Synergi est créé, il appartient à l'autorité préfectorale d'assurer et d'organiser la remontée d'informations. L'information relative au domaine sanitaire lui est fournie par le représentant de l'ARS en COD.

Afin de faciliter le suivi et le pilotage sanitaire à l'échelon régional, les agents des ARS et ARS de zone se voient attribuer un accès en lecture à l'application Synergi 2 sur l'ensemble de la zone.

4. Interaction avec le niveau national

Interaction avec le Ministère chargé de la santé

Lors de la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle, la Direction générale de la santé, adapte son organisation selon les événements considérés, en vue d'assurer les fonctions suivantes :

- Suivi et analyse de la situation sanitaire (notamment sur la base des remontées d'informations des ARS) : édition de points de situation nationale ;
- Demande d'expertise pour évaluation de la situation : saisine des agences sanitaires, HCSP ou autres expertises ;
- Édition d'instructions et de conduites à tenir ;
- Anticipation des évolutions possibles et des réponses à mettre en œuvre en prévision de ces évolutions ;
- Aide à la gestion en région : réponse aux sollicitations des agences, tenues de réunions téléphoniques ou de visioconférences de coordination et d'appui, etc.,
- Conduites d'opérations d'envergure nationale ;
- Élaboration d'une stratégie et mise en œuvre des actions de communication : information et communication aux différents publics (grand public, victimes, professionnels de santé) via des communiqués de presse, questions/réponses, campagnes de communication, etc.) ;
- Contribution à la réponse interministérielle.

Le format « centre de crise sanitaire ou CCS » représente le niveau maximal de l'organisation du CORRUSS pour la gestion d'une SSE.

Conformément à la circulaire du Premier ministre du 1^{er} juillet 2019 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures, « le Premier ministre confie en principe la conduite opérationnelle de la crise » soit au ministre de l'Intérieur lorsque la crise a lieu sur le territoire national, soit au ministre des affaires étrangères pour les crises extérieures. Cependant, le Premier Ministre peut confier cette

conduite à un autre ministre « qu'il désigne, en fonction de la nature des événements, du type de crise, ou de l'orientation politique qu'il entend donner à son action ». Aussi, le ministère en charge de la santé pourra se voir confier la conduite opérationnelle de la gestion interministérielle de la crise.

La constitution de la CIC suppose ainsi la participation de l'ensemble des ministères concernés par la mise en commun de points de situation sectoriels et de propositions d'actions ayant des conséquences interministérielles. L'arbitrage et les positions arrêtées en « CIC décision » font ensuite l'objet d'une déclinaison dans chacun des secteurs ministériels concernés. En l'espèce, pour le ministère en charge de la santé, ces orientations et décisions stratégiques sont transmises aux ARS, ARS de zone et agences sanitaires pour être déclinées par chacune, dans son domaine d'action respectif.

Remontées d'informations du champ sanitaire

Pour un pilotage efficient de la gestion du champ sanitaire de la crise au niveau national, il convient d'assurer vers la DGS une remontée d'informations structurée et coordonnée, afin qu'elle assure sa mission d'aide à la décision sur la base d'une vision complète et précise de la situation du terrain. En lien avec le ministère en charge de la gestion interministérielle de la crise, le CORUSS détermine, en concertation avec les ARS, les indicateurs et analyses du niveau local nécessaires à son champ de compétence.

Cette remontée s'effectue par l'intermédiaire d'un système d'information dédié à la gestion et au pilotage des alertes et crise mis en place par le ministère chargé de la santé. Toutes les données entrées dans ce système d'information seront mises à disposition, à tout moment, à chacun des utilisateurs (ARS, ARS de zone), en vue de réaliser une synthèse et d'assurer l'information de leurs partenaires respectifs. Cette remontée d'informations ciblée s'effectue sans préjudice de l'information de l'autorité préfectorale. Aussi, les ARS et ARS de zone assureront l'information de leurs préfets respectifs par l'intermédiaire de la synthèse.

L'environnement de gestion SSE est constitué de plusieurs outils métiers santé :

- Système d'information-SAMU (SI-SAMU) permettant la régulation médicale, et une interopérabilité entre SAMU ;
- Système d'information pour le suivi des Victimes (SI-VIC) permettant d'établir la traçabilité des victimes et de leur parcours de soins ;
- Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) assurant le recensement des lits d'aval.

Lors de la survenue d'une SSE générant un afflux de victimes, il revient à la chaîne santé, à partir de SI-VIC, d'assurer le dénombrement, l'aide à l'identification ainsi que le suivi des victimes prises en charge dans le système de soins. Dans le cadre de ses missions de réponse aux SSE, l'ARS assure l'élaboration d'une liste unique des victimes d'une SSE.

Communication de crise

Dans un contexte de fortes attentes de transparence de la part de l'opinion publique et d'accélération de la diffusion de l'information, il est impératif que la fonction communication soit associée et intégrée dans chacune des structures de gestion des situations sanitaires exceptionnelles (niveau 2 et 3) et participe, dès le début de l'alerte, à la gestion de ces situations.

Toute stratégie d'information et de communication de crise doit se faire en coordination avec l'ensemble des acteurs concernés (services de l'État, collectivités locales et territoriales, associations partenaires, professionnels de santé, etc.), afin de garantir une communication harmonisée et cohérente, notamment si plusieurs départements ou régions sont concernés.

Si le niveau national coordonne ou pilote une situation exceptionnelle, la stratégie de communication de crise nationale doit être relayée et déclinée par le niveau local, afin de garantir l'harmonisation et la cohérence de la parole de l'État.

Dans le cadre des échanges entre le niveau local et le niveau national, le circuit d'information requis est la diffusion des messages officiels par le biais de la structure dédiée mise en place (PVUS renforcée ou CRAPS), sans préjudice des échanges d'information, en parallèle, entre les communicants de l'ARS et ceux des partenaires concernés (locaux ou nationaux).

5. Formation et exercices

Afin, de maintenir la capacité opérationnelle des ARS et ARS de zone à répondre aux situations sanitaires exceptionnelles, il est important qu'elles participent aux exercices de crise à dominante sanitaire organisés notamment par les préfetures départementales et zonales. Aussi, afin de permettre aux ARS et ARS de zone de préparer leur participation dans les meilleures conditions, le préfet organisateur sera vigilant à avertir la ou les ARS au plus tôt, en vue de leur participation à l'exercice et, le cas échéant, de leur intervention dans sa préparation. A ce titre, il communique un calendrier des exercices à la/aux ARS concernée(s). Cette communication peut être organisée dans le cadre des protocoles mentionnés dans la présente instruction.

Les ARS, quant à elles, veilleront à la tenue d'exercices récurrents afin de tester leurs procédures et les outils indispensables à leur action et de maintenir leur capacité à activer une structure de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. A ce titre, elles veilleront à activer la CRAPS a minima 3 fois par an au titre d'exercices.

De plus, les ARS se verront proposer, à destination de leurs agents, une formation à la gestion des situations exceptionnelles et à la réalisation d'exercices, par un acteur compétent des domaines de la gestion de crise et/ou de la santé : l'École des hautes études en santé publique (EHESP), Institut des Hautes Études du Ministère de l'Intérieur ou encore le Centre national civil et militaire de formation et d'entraînement (CNCMFE) notamment.

VII. LES PLANS DE MOBILISATION DES OPÉRATEURS DE SOINS

A. Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé

Les établissements de santé sont au cœur de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles. Ainsi chaque plan opérationnel de réponse ORSAN est décliné au niveau des établissements de santé dans le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE) à partir des objectifs de prise en

charge des patients qui lui ont été donnés par l'ARS en fonction de son positionnement en première ligne, deuxième ligne ou troisième ligne.

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

Au sein de chaque plan opérationnel de réponse ORSAN sont définis le rôle et les objectifs de prise en charge assignés par l'ARS à chaque établissement de santé en fonction, notamment, de leur plateau technique. Dans ce cadre, une hiérarchisation fonctionnelle à 3 niveaux est définie pour les établissements de santé pour les situations de crise :

- **Établissements de « première ligne »** : établissements de santé disposant d'une structure d'accueil des urgences et d'un plateau technique chirurgical (activable H24). Cette catégorie intègre des établissements dits « experts » dont les établissements de santé de référence qui disposent d'un plateau technique hautement spécialisé pour les patients nécessitant une prise en charge spécialisée (neurochirurgie, chirurgie cardio-thoracique, traumatologie pédiatrique, brûlés graves, etc.) ;
- **Établissements de « deuxième ligne »** : établissements de santé disposant d'un plateau technique médico-chirurgical mais sans structure d'accueil des urgences. Ces établissements, mobilisables en seconde intention, contribuent à l'augmentation de la capacité de prise en charge des établissements de première ligne ;
- **Établissements de santé de « troisième ligne »**.

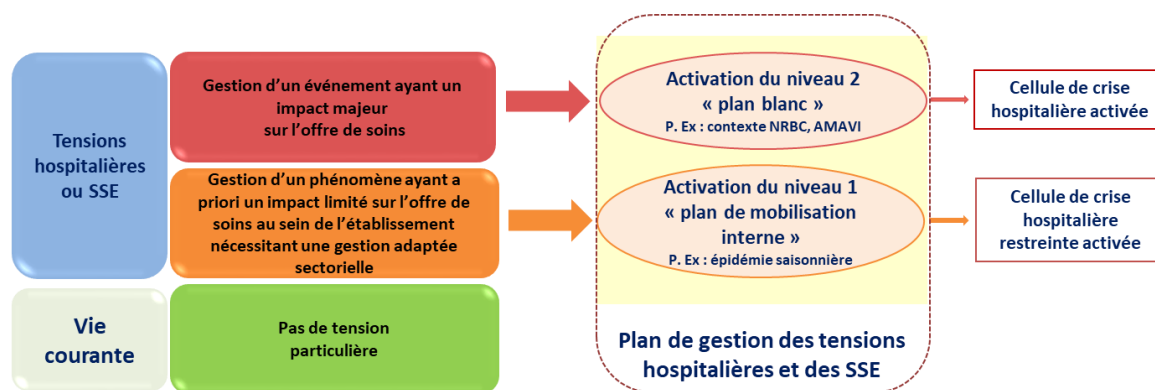
Cette hiérarchisation fondée sur les capacités de prise en charge des établissements de santé et de leur plateau technique, permet de faciliter la régulation par le SAMU des patients vers les établissements de santé et de structurer le parcours de soins dans une logique de filière. Les patients sont ainsi orientés prioritairement vers les établissements de « première ligne » pour le risque considéré, plus particulièrement vers les établissements « experts » pour les prises en charge spécialisées (orientation directe ou secondaire). Enfin, les établissements dits de « deuxième ligne » sont susceptibles de prendre en charge secondairement des patients transférés depuis un autre établissement.

À partir des objectifs de prise en charge fixés par l'ARS pour chaque situation exceptionnelle considérée dans le plan opérationnel de réponse ORSAN correspondant, l'établissement décline dans son plan de réponse les dispositions permettant leur mise en œuvre opérationnelle.

Les établissements de santé non identifiés dans les plans opérationnels de réponse comme établissement de première ou seconde ligne ont toutefois un rôle à jouer. Ces établissements de santé doivent être considérés comme des **établissement de « troisième ligne »**. A ce titre, ils doivent envisager dans leurs PGTHSSE la possibilité d'accueillir et de prendre en charge des victimes ou patients non régulés se présentant spontanément, avant que ceux-ci ne soient orientés vers les établissements adaptés à leur état de santé après régulation par le SAMU. En effet, tout établissement peut finalement se retrouver en

première position si l'événement se déroule à proximité et que les patients se présentent spontanément aux urgences. Il peut en outre être mobilisé par l'ARS en tant que de besoin pour accueillir des patients issus des établissements de santé de première voire de deuxième ligne afin de libérer des places dans ces derniers.

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



Le guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé¹⁹ détaille l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles et le cadre de préparation des établissements de santé. Il définit les principales étapes à conduire pour l'élaboration de son plan de gestion de crise qui repose d'une part, sur la connaissance précise de l'environnement et des limites capacitaires et d'autre part, sur l'organisation de la fonction de pilotage de crise.

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

Le PGTHSSE doit être complété par un plan de sécurisation d'établissement (PSE) qui précise les mesures de sécurisation complémentaire en situation d'attentat ou de crise locale.

Le plan de continuité d'activité complète également le PGTHSSE pour assurer la continuité des activités (PCA) de l'établissement de santé.

Enfin, le volet numérique du plan blanc est destiné à renforcer la résilience des établissements de santé aux risques cyber. À ce titre, le guide d'aide à la préparation au volet numérique du plan blanc fournit une aide méthodologique aux établissements de santé qui sont engagés dans la mise en œuvre d'un plan de réponse aux incidents numériques et notamment des cyberattaques²⁰.

¹⁹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_situation_sanitaire_exceptionnelle.pdf

²⁰ <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2023/2023.12.sante.pdf#page=341>

RÉPONSE MINIMALE ATTENDUE DE LA PART DE TOUT ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

- **Pour le risque AMAVI :**
 - Accueillir et prendre en charge un nombre important de blessés non régulés avant éventuellement leur transfert vers des établissements spécialisés.
- **Pour le risque MEDICO-PSY**
 - Accueillir et prendre en charge des blessés psychiques et des proches en initiant, en tant que besoin, une prise en charge médico-psychologique.
- **Pour le risque EPI-CLIM**
 - Gérer l'aval des urgences et les ressources humaines pour l'accueil et la prise en charge aux urgences en adaptant les capacités d'hospitalisation dans les services de médecine polyvalente et de gériatrie et dans les services spécialisés d'infectiologie ;
 - Assurer la prise en charge de patients présentant des signes de gravité (USC, réanimation) ;
 - Mettre en œuvre les mesures d'isolement adéquates pour éviter la contagion dans un contexte épidémique.
- **Pour le risque REB**
 - Accueillir, détecter et prendre en charge les cas suspects non régulés ;
 - Mettre en œuvre des mesures d'isolement, en particulier aux urgences ;
 - Protéger son infrastructure, son personnel, les patients et visiteurs ;(si non contenu dans l'item précédent « mesures d'isolement ».
- **Pour le risque NRC**
 - Détecter par l'interrogatoire un événement inhabituel de nature NRC ;
 - Alerter par un circuit prédéfini le Directeur et les structures chargées de la sécurité de l'établissement, le SAMU territorialement compétent et l'ARS ;
 - Protéger son infrastructure, son personnel, les patients et visiteurs en procédant à la fermeture et à la sécurisation des accès ;
 - Assurer l'orientation des personnes se présentant à l'entrée de l'établissement vers une zone prédéfinie et leur permettre de réaliser de façon autonome une décontamination d'urgence.

LE PLAN DE SÉCURISATION DES ÉTABLISSEMENTS (PSE)

Le plan de sécurisation d'établissement (PSE) définit la politique et l'organisation globale pour sécuriser l'établissement y compris sur le volet « cyber ». Conçu comme un véritable document structurant pour la sécurité et la sûreté de l'établissement, le PSE constitue un document pratique et doit permettre ainsi à la direction de l'établissement de s'interroger sur des scénarios (tant quotidiens qu'exceptionnels) et d'élaborer des réponses adaptées à la nature des activités et de l'environnement. La réponse à ces scénarios peut conduire à repenser certains dispositifs : qu'ils soient humains, organisationnels ou techniques.

Tous les établissements de santé sont assujettis à l'élaboration d'un PSE qui a vocation à être élaboré en coordination avec les autorités préfectorales et les forces de sécurité intérieure, ces dernières pouvant apporter leur concours à l'élaboration du plan.

LE VOLET NUMERIQUE DU PLAN BLANC

Le document de référence des ES pour la préparation et la gestion du risque cyber est le guide d'aide à la préparation du volet numérique du plan blanc en établissement de santé du Ministère de la santé et de la prévention (2023). L'établissement de santé est tenu d'élaborer un plan blanc numérique relatif à la sécurité de ses infrastructures informatiques. Cette démarche, complémentaire à celle de l'élaboration et de la mise à jour du PGTHSSE, peut être incluse dans le PGTHSSE de l'établissement.

LE PLAN DE CONTINUITÉ D'ACTIVITÉ

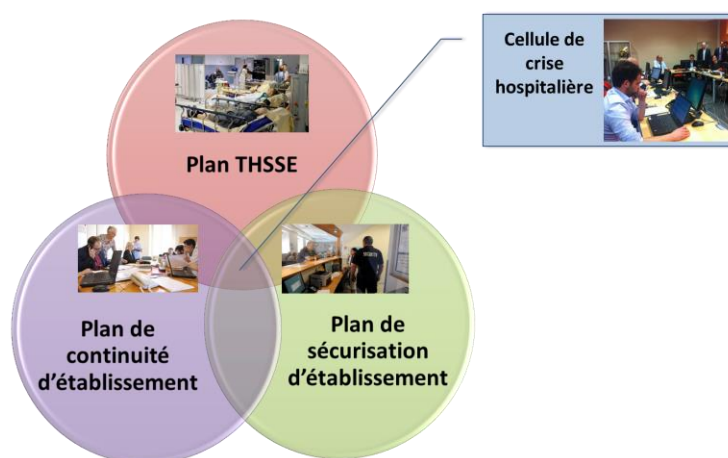
Le plan de continuité d'activité (PCA) a pour objet de garantir à une organisation la reprise et la continuité de ses activités à la suite d'un sinistre ou d'un événement perturbant gravement son fonctionnement normal. En situation de crise REB le PCA doit pouvoir prendre aussi en compte l'offre de soins ambulatoire.

Il doit permettre à l'organisation de répondre à ses obligations externes (législatives ou réglementaires, contractuelles) ou internes (risque de perte de marché, survie de l'entreprise, image...) et de tenir ses objectifs face à des scénarii identifiés et mesurables (rupture électrique, inondation, défaillance des SI, approvisionnements perturbés, etc.).

Il prévoit les mesures visant à assurer, selon divers scénarios de crises, y compris face à des chocs extrêmes, le maintien, le cas échéant, de façon temporaire selon un mode dégradé, des missions opérationnelles essentielles ou importantes, puis la reprise planifiée des activités.

Le plan de continuité d'activité est un outil complémentaire au PGTHSSE. À ce titre, le PCA peut être inclus dans le PGTHSSE ou individualisé. Le PCA doit notamment tenir compte des perturbations sur l'activité pouvant survenir à la suite d'une cyberattaque afin d'assurer la continuité des soins. Il s'agit d'assurer concomitamment la continuité d'activité et la gestion des tensions ou de la SSE

Articulation PTHSSE, PSE et PCA



B. Le plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles des établissements médico-sociaux (plan bleu)

Les établissements médico-sociaux en raison des personnes fragiles qu'ils accueillent constituent des acteurs importants de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles notamment dans le cadre du plan de gestion des tensions dans l'offre de soins liées à une épidémie saisonnière ou un phénomène climatique et/ou environnemental (plan ORSAN EPI-CLIM).

Élaboré sous la responsabilité du directeur de l'établissement médico-social, le plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles des établissements médico-sociaux (plan bleu) est un plan d'organisation permettant la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature.

La mise en place d'un plan bleu permet aux établissements médico-sociaux de s'inscrire dans une démarche qualité opérationnelle en réalisant un bilan exhaustif de leurs capacités de fonctionnement usuelles et en évaluant leur réactivité face à une situation exceptionnelle voire en situation de crise.

Cet outil de gestion permet :

- D'anticiper les conséquences d'un risque qui a été identifié ;
- D'améliorer la réactivité en cas d'alerte ;
- De réfléchir aux dispositions à prévoir pour adapter au mieux son organisation et préserver ainsi de façon optimale le bien-être et la santé des résidents.

Au-delà de la démarche qualité qu'il permet d'initier, le plan bleu doit être un véritable outil de travail à partager avec l'ensemble des agents de l'établissement médico-social afin de développer la culture du risque au sein de l'établissement. Un guide dédié a été mis à disposition des établissements sociaux et médico-sociaux.

C. Le plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles de l'aide médicale urgente

Les missions des Services de l'Aide Médicale Urgente (SAMU-Centre 15), prévues par les articles R. 6311-1 à R. 6311-5 du code de santé publique, incluent une écoute médicale permanente par le SAMU Centre 15 et si nécessaire et en fonction de l'état du patient, le transport dans un établissement public ou privé

En situation sanitaire exceptionnelle, les services d'aide médicale urgente et leurs partenaires sont au cœur du dispositif ORSAN et constitue le pivot de la réponse opérationnelle du système de santé. Les SAMU-Centre 15 sont fortement sollicités pour assurer la régulation médicale des appels et la prise en charge des patients. Les missions des Services de l'Aide Médicale Urgente (SAMU), prévues par les articles R. 6311-1 à R. 6311-5 du code de santé publique, incluent une écoute médicale permanente par le SAMU-Centre 15 et si nécessaire et en fonction de l'état du patient, sa prise en charge secouriste ou médicale, puis son transport dans un établissement public ou privé.

Le SAMU-Centre 15 est le plus souvent à l'origine de l'alerte lors d'une situation sanitaire exceptionnelle. Face à une situation sanitaire exceptionnelle, le ou les SAMU-Centre 15 territorialement compétents assurent la mise en œuvre et la régulation de la réponse médicale d'urgence avec, le cas échéant, l'appui de l'ARS. Ils doivent pour cela s'adapter

pour répondre aux nombreux appels et assurer la régulation médicale des patients. Ce dispositif de montée en puissance doit également prendre en compte les organisations et les ressources en proximité, en particulier le réseau des professionnels de santé correspondant du SAMU et les services d'incendie et de secours (SIS) dans le cadre des conventions SAMU-SIS. En tant que de besoin le SAMU-Centre 15 territorialement compétent est appuyé par la mobilisation des SAMU périphériques et du SAMU de zone.

De par sa mission de prise en charge préhospitalière, l'AMU assure l'interface entre le dispositif ORSEC (dont il assure la médicalisation préhospitalière) et le dispositif ORSAN (en orientant par la régulation médicale les patients dans les filières de soins d'aval adaptées à leur état). Les SAMU-Centre 15 sont particulièrement mobilisés lors des situations sanitaires exceptionnelles à cinétique rapide tel qu'un attentat ou accident provoquant un accueil massif de victimes (AMAVI). Les SAMU effectuent alors la régulation médicale, les premières actions de prise en charge médicale, et organisent les flux d'évacuation des victimes vers les établissements de santé en capacité de poursuivre la stratégie de réanimation pré hospitalière ou, en tant que de besoin, de « damage control » initiée dès le terrain. Les SAMU jouent également un rôle clé dans la continuité de la prise en charge des patients lors de la mise en œuvre d'évacuations sanitaires.

Au vu du rôle central dans la prise en charge du patient au niveau préhospitalier, la participation de services d'aide médicale urgente (SAMU-Centre 15) et des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) lors des travaux régionaux de préparation aux situations sanitaires exceptionnelles est essentielle.

Sur des situations sanitaires exceptionnelles à cinétique lente comme la pandémie de Covid-19, le retour d'expérience a objectivé le rôle essentiel pour la réalisation des évacuations sanitaires infrarégionales comme interrégionales et la nécessité d'une coordination des SAMU-Centre 15 à l'échelon régional assurée par un SAMU de coordination régionale.

Ces situations sanitaires exceptionnelles mettent en évidence la nécessité d'anticiper ces organisations de crise et de capitaliser sur le retour d'expérience des crises. C'est dans ce cadre que l'intérêt d'un plan de mobilisation de l'aide médicale urgente en situation sanitaire exceptionnelle a été identifié, afin d'organiser sa montée en puissance à l'échelon départemental et assurer sa coordination à l'échelon régional. Désormais, chaque SAMU-Centre 15, doit élaborer sous l'égide de l'ARS en lien avec les établissements de santé concernés, un plan spécifique de mobilisation en situations sanitaires exceptionnelles associant les SMUR, les professionnels de santé correspondants du SAMU et les structures concourant à l'aide médicale urgente.

D. Le plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles des soins de ville

Composante essentielle en amont et en aval du système hospitalier, les professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ...) assurent la continuité du parcours de soins du patient depuis la prise en charge initiale jusqu'au suivi en sortie d'hospitalisation mais aussi au sein des établissements et services médico-sociaux. L'intervention de ces professionnels de santé dans le champ de la veille et de la sécurité sanitaire est prévue par l'article L. 4001-1 du code de la santé publique. Les missions de la médecine de ville sont fondamentales et doivent être renforcées pour consolider la protection de la population face aux situations sanitaires exceptionnelles. Il s'agit notamment de :

- La prise en charge initiale des patients et leur orientation le cas échéant, vers les filières spécialisées (ex. des maladies infectieuses émergentes, blessés psychiques lors de catastrophes, ...);
- La participation à des actions de prophylaxie collective : campagnes de vaccination exceptionnelles, campagnes de dépistage, suivi d'expositions environnementales. Dans ce cadre, notamment par le biais d'une contractualisation préalable avec l'ARS, les professionnels de santé libéraux peuvent par exemple être amenés à participer à des campagnes de vaccination exceptionnelle, au suivi de patients hospitalisés à domicile dans le cadre de situations nécessitant de conserver des lits disponibles ou de faciliter un isolement des patients en cas d'épisode épidémique, à la réalisation d'analyses biologiques, à l'information de la population, ou encore à participer au dispositif de veille sanitaire ;
- La participation à des actions d'information, de sensibilisation, de surveillance (ex. : la délivrance d'informations aux patients sur les principales recommandations de prévention et de protection individuelles face aux risques sanitaires ou la participation à des actions de surveillance sanitaire) ;
- La participation à des dispositifs exceptionnels de soins ou de renfort (ex. : déploiement du dispensaire tempête IRMA, renfort au sein des établissements de santé, etc.) ;
- Le maintien de la prise en charge des patients atteints d'affections chroniques ou aiguës et si nécessaire le rattrapage des actes médicaux de soins, de dépistage ou de diagnostic ayant accumulé un retard à l'issue d'une situation sanitaire exceptionnelle de longue durée ou ayant compliqué l'accès aux soins. L'épidémie de COVID-19 a montré la nécessité de démarches de type « aller vers » pour maintenir un lien avec des publics qui sont restés éloignés du soin.

Le développement des organisations d'exercice coordonné territoriales (MSP, CDS, CPTS, ESP, ou autres) qui se composent de professionnels de santé regroupés et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé sont autant d'opportunités pour développer la participation de ces professionnels à la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. De même, la structuration et le déploiement progressif des dispositifs d'appui à la coordination (structures territoriales d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médicaux sociaux pour l'accompagnement des parcours de santé complexes) en font un levier à mobiliser en cas de situation critique. Concernant les CPTS, la nouvelle mission socle sur la réponse aux crises sanitaires graves et consacré par l'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) du 20 décembre 2021 en constitue l'un des fondements. Pour ce faire, les CPTS doivent adapter une trame nationale élaborée par la CNAM avec l'appui du Ministère de santé et de la prévention et concertée avec les syndicats.

Dans ce cadre et pour mieux coordonner la mobilisation des professionnels de santé de ville, un « plan SSE des soins de ville » a vocation à être élaboré aux échelons territoriaux adaptés en s'appuyant notamment sur les structures d'exercice coordonné pluri professionnel.

VIII. LES PLANS DE RENFORT

A. Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires

Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZMRS) est défini à l'article L. 3131-11 du code de la santé publique. Il complète les mesures prises dans le cadre du dispositif

ORSAN afin de les renforcer. Il s'articule avec le plan ORSEC de zone mentionné à l'article L. 741-3 du code de la sécurité intérieure. Il a pour objectif de permettre le suivi et la mobilisation des moyens territoriaux tactiques zonaux pour faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins à l'échelle de la zone de défense et de sécurité.

Le directeur général de l'ARS de zone prépare le PZMRS en concertation avec les ARS de la zone de défense et de sécurité et le Préfet de zone de défense et de sécurité. Ce plan est arrêté par le préfet de zone de défense et il est transmis, pour information, aux Directeurs généraux des agences régionales de santé de la zone de défense et de sécurité et aux Préfets de département. Il est révisé chaque année selon les modalités prévues à l'article R. 3131-13 du code de la santé publique.

Ce plan comprend :

- La cartographie des moyens mobilisables au profit d'une ARS ;
- Les modalités de mobilisation et d'acheminement des moyens territoriaux tactiques au sein de la zone ainsi que les ressources humaines propres à la zone pouvant être mobilisées en renfort au bénéfice d'une région touchée par une situation sanitaire exceptionnelle ;
- Les modalités de déclenchement et de mise en œuvre du PZMRS.

Ce plan assure la répartition et les modalités de mobilisation des moyens territoriaux tactiques au sein de la zone (PSM1 et 2, PSM PED, etc.), ainsi que les ressources humaines propres à la zone pouvant être mobilisées en renfort par le SAMU zonal. Il s'agit de tout type de ressources médico-chirurgicales nécessaires à la montée en puissance de l'offre de soins du territoire impacté par la situation sanitaire exceptionnelle. En particulier, il identifie dans ce cadre, les modalités de la mobilisation des :

- SMUR de la zone pour des interventions de renfort déclenchées et coordonnées par le SAMU de zone à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé de zone (article R. 6123-15-1 du code de la santé publique) :
 - Lorsque la mobilisation des moyens de la région impactée par l'événement ne permet pas de répondre aux besoins de prise en charge des soins de médecine d'urgence de la population ;
 - Dans le cadre d'un événement porteur d'un risque sanitaire susceptible de constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.
- CUMP de la zone en constituant le volet médico-psychologique du plan zonal de mobilisation (article R. 6311-31 du code de la santé publique) : la mobilisation urgente des CUMP en cas de situation sanitaire exceptionnelle peut intervenir au sein de la zone pour assurer le renfort d'une CUMP départementale impactée ou en appui d'une autre zone. Cette mobilisation doit faire l'objet d'une préparation spécifique dans le cadre du PZMRS. À ce titre, l'ARS de zone élabore le volet médico-psychologique du PZMRS en s'appuyant sur la CUMP zonale. Ce volet comprend notamment les éléments suivants :
 - Le recensement par région des capacités de mobilisation des CUMP de la zone de défense et de sécurité ;
 - La procédure de mobilisation des CUMP de la zone en renfort d'une région ou d'une zone impactée ;
 - Les modalités de recensement des surcoûts liés à la mobilisation des CUMP de la zone en lien avec les ARS de la zone.

B. Le dispositif ORSAN national

Le dispositif ORSAN national définit la doctrine nationale de réponse face à une crise sanitaire majeure et constitue le cadre intégré de préparation et de réponse du système de santé à l'échelon national. Il a pour objectif de définir l'organisation nationale de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles et notamment à une crise majeure en mettant en cohérence la réponse sanitaire de l'échelon national jusqu'à l'échelon opérateur. Il permet la mobilisation des moyens sanitaires nationaux pour faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins et dépassant les capacités de réponse de la région et de la zone de défense et de sécurité.

Le dispositif ORSAN national comprend un plan national de mobilisation des ressources sanitaires (PNMRS). Ce PNMRS établit la répartition et les modalités de mobilisation des moyens matériels nationaux, dits « stratégiques », ainsi que les ressources humaines au profit d'une région fortement impactée par une SSE. Il formalise par ailleurs la mise en place de dispositifs spécifiques pour lesquels une coordination nationale de la réponse est nécessaire notamment :

- La mobilisation et la régulation nationale des ressources rares : soins aux grands brûlés, réanimation pédiatrique, prises en charge de patients hautement contagieux, toxicologiques et radiologiques complexes, etc. ;
- Les modalités opérationnelles de projection d'équipes médicales nationales sur le territoire (ex. équipe biologique (EN REB) dans le cadre du plan national de préparation et de réponse à une pandémie, CUMP, équipes chirurgicales notamment pédiatriques...);
- Les dispositions d'appui et de régulation pour les évacuations sanitaires massives interrégionales en cas de SSE et les transferts transfrontaliers ;
- Les dispositions d'appui spécifiques aux outre-mer (ORSAN DOM) ;
- L'organisation sanitaire nationale pour les grands événements.

Annexe 1

***Cahiers d'aide
à l'élaboration
des plans ORSAN***

Plan ORSAN AMAVI

Prise en charge d'un afflux massif de blessés dans les établissements de santé



PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DU PLAN ORSAN AMAVI

DÉFINITIONS

Plan de prise en charge d'un afflux massif de blessés (non contaminés) dans les établissements de santé (plan ORSAN AMAVI).

OBJECTIFS ET ENJEUX

Contexte et enjeux

La prise en charge d'un afflux de blessés dans le cadre d'une urgence collective est un enjeu majeur pour le système de santé et tout particulièrement les établissements de santé. Cet afflux de blessés peut être la conséquence :

- D'un **accident** (accident collectif de circulation, explosion, incendie, catastrophe naturelle, ...);
- D'une **action terroriste** (agression collective par armes de guerres, explosion, ...);
- D'un conflit armé potentiellement de haute intensité.

La typologie des blessés va dépendre de la nature de l'événement causal et nécessiter pour chacun d'eux une prise en charge adaptée en mobilisant le cas échéant, des ressources et compétences spécialisées régionales voire nationale (ex. traumatologie pédiatrique, brûlures, etc.).

Objectifs du plan

L'objectif du plan ORSAN AMAVI consiste à **définir l'organisation de la réponse du système de santé à un événement provoquant un nombre important de blessés somatiques** (non contaminés), dépassant la capacité habituelle de prise en charge des établissements de santé du territoire concerné.

Description du plan

Le plan ORSAN AMAVI doit ainsi :

- Préciser les modalités d'alerte des opérateurs de soins et le circuit de l'information ;
- Définir la stratégie régionale de prise en charge des blessés en fonction de la nature de l'événement et de sa cinétique, de leur âge (enfants, adultes), de leur typologie (polytraumatisés, lésions balistiques, brûlés, blastés, etc.) et des territoires considérés au sein de la région (département, agglomération, zone rurale, site à risque saisonnier identifié : station balnéaire ou de sports d'hiver, festival important, ...);
- Prévoir l'articulation avec les régions limitrophes (interopérabilité des plans opérationnels de réponse ORSAN), les pays frontaliers (cadre européen des menaces transfrontalières) et avec l'ARS de zone pour le déploiement des renforts zonaux (PZMRS) ;
- Identifier les opérateurs de soins concernés (établissements de santé de première ligne et de deuxième ligne) et fixer pour chacun d'entre eux, les objectifs opérationnels de prise en charge des blessés graves (urgences absolues) et légers (urgences relatives) à décliner dans le volet AMAVI de leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Prendre en compte la réponse minimale attendue des autres établissements de santé (établissements de troisième ligne) pour la prise en charge des blessés se présentant spontanément (volet AMAVI du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles)
- Spécifier les modalités d'adaptation de la régulation médicale (SAMU territorialement compétent) et définir les parcours de soins des blessés en fonction des lésions présentées en renforçant en conséquence les filières de prise en charge (traumatologie adulte, pédiatrique, brûlés, ...);

- Recenser les ressources sanitaires (équipes SMUR, équipes chirurgicales ...) et les moyens tactiques à mobiliser à l'échelle régionale et définir leur condition de mobilisation et d'acheminement (PSM 1 et/ou 2, PSM pédiatrique, PSM DOM) ;
- Déterminer les points de rupture des filières de prise en charge « AMAVI » (adultes et enfants) et anticiper le recours aux renforts zonaux voire nationaux ;
- Prévoir les modalités de coopération avec les services compétents pour la réalisation des processus suivants :
 - Bilan victimaire (selon les termes de l'instruction interministérielle du 21 décembre 2022)
 - Identification des victimes inconscientes ou décédées (en cas de protocole IVC) ;
 - Information et accompagnement des familles de victimes (en cas d'activation d'une cellule de réponse téléphonique- CIP ou C2IPAV) ;
- Décrire 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 : mobilisation, coordination et suivi de la réponse des opérateurs de soins (déclenchement du plan blanc des établissements de santé) ;
- Organiser la phase de post-crise en anticipant le suivi des blessés et les conséquences sanitaires et sociales liées à la nature de leurs séquelles en termes de : rééducation, réadaptation, réhabilitation, etc.
- Prévoir l'appui aux opérateurs de soins impactés notamment en termes de prise en charge médico-psychologique des équipes mobilisées ;
- Planifier les formations requises et la réalisation d'exercices du plan pour les intégrer dans le programme annuel ou pluriannuel capacitaire ;
- Prendre en compte le retour d'expérience des événements et exercices pour l'amélioration continue du plan.



La prise en charge des victimes impliqués, blessés psychiques, est prise en compte dans le plan ORSAN MEDICO-PSY.

En situation NRBC, les plans ORSAN NRC voire ORSAN REB peuvent être déclenchés conjointement pour la mise en œuvre des prises en charge spécifiques liées à ces agents.

CHAMP D'APPLICATION

Le plan ORSAN AMAVI s'inscrit dans la continuité du plan ORSEC NOVI déclenché par le Préfet et permet la prise en charge rapide des blessés dans les établissements de santé après régulation médicale par le SAMU territorialement compétent. Le plan ORSAN MÉDICO-PSY est complémentaire du plan ORSAN AMAVI dès lors qu'il est aussi nécessaire d'assurer la prise en charge médico-psychologique des victimes.

Le plan ORSEC NOVI est un plan d'urgence destiné à définir l'organisation permettant de faire face à un événement, quelle qu'en soit l'origine, engendrant de nombreuses victimes et dès lors que l'accomplissement ordinaire des missions des acteurs de terrain n'est plus adapté. L'objectif de ce plan est notamment d'assurer le triage des victimes au plus près de l'évènement (priorisation de la prise en charge), d'assurer leur prise en charge médicale nécessaire à leur stabilisation, jusqu'à leur prise en charge en établissement de santé.

La typologie des blessés va dépendre de la nature de l'événement causal et nécessiter pour chaque blessé une prise en charge adaptée en mobilisant le cas échéant, des ressources et compétences

spécialisées régionales voire nationale (ex. traumatologie pédiatrique, brûlures, etc.). 3 situations peuvent être envisagées :

- **Situation avec de nombreuses victimes traumatiques** (ex. : catastrophes naturelles, accidents de transports, accidents industriels ...)

Cette situation est caractérisée par un nombre important de victimes à prendre en charge rapidement dans les établissements de santé dans la continuité de la prise en charge préhospitalière. Les blessés présentent des lésions traumatiques variées en fonction de la nature de l'événement (réparties classiquement en environ 20% de blessés graves et 40% de blessés légers) qui ont un impact potentiellement important sur l'offre de soins à l'échelle départementale, voire régionale.

Cette situation présente une faible occurrence de survenue mais elle a une forte potentialité de gravité avec parfois persistance du danger (ex. accident industriel, catastrophe naturelle).

Une attention particulière doit être apportée à la prise en charge des victimes dans les filières de traumatologie pédiatrique et à la structuration de ces filières.

- **Situation avec de nombreuses victimes balistiques (armes de guerre et explosifs)**

Cette situation se caractérise à la fois par la typologie particulière et la gravité des blessures ainsi que par le contexte terroriste dans lequel elle survient.

Cette situation présente un risque de récurrence (attaques multisites) et/ou de sur attentat qui doit nécessiter une vigilance sur le caractère potentiellement très évolutif de la situation (ex. lors de l'attentat de Strasbourg, le terroriste n'a pu être neutralisé que 48 heures après la commission des faits).

Les blessures provoquées par les armes de guerre utilisées par les terroristes (fusils d'assaut et explosifs) sont en général graves (plaies des organes vitaux avec hémorragies massives, lésions neurotraumatiques, des délabrements musculo-squelettiques majeurs, avec risque de décès rapide le plus souvent par hémorragie). Elles nécessitent pour les blessés graves (urgences hémorragiques) une filière de soins adaptée avec mise en œuvre des techniques de « damage control » à chaque étape de leur prise en charge.

- **Situation avec de nombreuses victimes grand-brûlés**

Cette situation se caractérise par la typologie particulière et la gravité des blessures ainsi que par la rareté des capacités de prise en charge en centre de traitement des brûlés (CTB).

La prise en charge des victimes est réalisée en deux temps : dans un premier temps, une prise en charge des blessés dans les filières de prise en charge traumatologiques ; dans un second temps, la prise en charge des blessés les plus graves en CTB.

Compte-tenu des blessures spécifiques liées aux brûlures et des capacités de prise en charge nationales, ce type d'événement nécessite une régulation nationale des victimes ainsi qu'une coordination nationale par le CORRUSS, ou le cas échéant par le CCS. Un soutien au triage des victimes pourra être mis en place par le Ministère en charge de la santé.

Les brûlures d'origines chimique ou radiologique sont prises en charge dans le cadre du plan ORSAN NRC.

La gestion de ce type d'événement répond aux dispositions du plan national pour la gestion de nombreuses victimes grand-brûlés, annexe du plan ORSAN National.



La notion d'acte terroriste n'est pas toujours facilement identifiable par les premiers acteurs de terrain (ex. lors de l'attentat du 14 juillet 2016 à Nice, les premières informations évoquaient un accident de camion). La vigilance doit être renforcée notamment sur le risque de « sur attentat » jusqu'à la levée de doute effective par les Forces de l'ordre.

ÉLÉMENTS DE DOCTRINE POUR L'ACCUEIL MASSIF DE VICTIMES

Lors d'urgences collectives, la stratégie de réponse sanitaire inscrit la prise en charge des victimes dans une logique collective qui nécessite de prioriser les blessés par un triage. La pratique du triage est issue de la médecine militaire au combat. La médecine de catastrophe s'en est saisie pour répondre au besoin qui caractérise toutes les urgences collectives : identifier rapidement la gravité de chaque victime pour déterminer la priorité de traitement entre elles. À partir de ce tri de l'avant, la régulation médicale réalisée par la SAMU doit organiser les flux d'évacuation des victimes vers les établissements de santé en capacité de poursuivre la stratégie de soins critiques préhospitalière ou en tant que de besoin, de « damage control » initiée dès le terrain.

Dans ce contexte, les principes essentiels à prendre en compte sont les suivants :

- **Régulation médicale :** face à une urgence collective, 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 du parcours de soins spécialisé notamment du damage control. La régulation médicale doit donc s'adapter en passant d'une logique individuelle à une logique collective.
- **Organisation préhospitalière :** en dehors de très grandes agglomérations, la limitation et la dispersion relatives des moyens sanitaires de réponse (ex. : SMUR) imposent une réflexion stratégique sanitaire s'appuyant sur un découpage territorial à l'échelon du département. La mise en œuvre de la réponse sanitaire préhospitalière à une urgence collective sous la direction du Préfet, s'inscrit dans une logique de coopération avec les Services de secours et les Forces de l'ordre dans le seul but « d'éviter les morts évitables ». La projection tactique des moyens sanitaires extrahospitaliers doit être envisagée en fonction :
 - Des particularités du terrain et du lieu de l'accident ;
 - Du type de victimes potentielles et 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 possibilité de poser des hélicoptères sur site ;
 - De la distance du lieu de l'accident par rapport à un établissement de première ligne.
- **Subsidiarité et priorité de l'orientation pour les blessés les plus gravement atteints :** La nécessité d'adéquation entre les lésions des patients et l'offre de soins territoriale de proximité conditionne l'orientation par le SAMU. Cette dernière doit être fonction de la localisation du sinistre, du nombre de victimes à prendre en charge, du plateau technique et de la compétence des équipes hospitalières requis pour assurer la prise en charge des victimes. L'objectif est d'assurer la prise en charge des blessés graves dans le ou les établissement(s) de santé adaptés dans l'heure qui suit l'événement. Ainsi, les blessés graves doivent bénéficier d'une prise en charge en priorité dans les établissements de santé de première ligne situés au plus près de l'événement. Afin d'éviter la saturation de ces établissements, les blessés plus légers peuvent quant à eux, être orientés et transportés vers des établissements de santé de première ligne plus éloignés voire des établissements de santé de deuxième ligne. Une pré alerte du CORRUSS peut être effectuée lorsqu'un doute survient concernant la disponibilité effective des capacités de prise en charge en cas d'événement.
- **Transport et organisation de l'accueil des victimes :** La prise en charge des blessés graves dans les établissements de santé disposant des compétences énoncées *supra*, ne peut s'effectuer que si les moyens de transports préhospitaliers sont suffisants pour permettre le transport rapide médicalisé de ces blessés graves. Dès la survenue de l'événement, les établissements de santé de première ligne doivent se préparer à accueillir des patients et à réaliser dès leur arrivée un triage.

Le triage est un acte médico-organisationnel dynamique qui s'inscrit tout au long de la chaîne visant à établir les priorités de traitement lors de la prise en charge d'un afflux de blessés. La catégorisation est l'outil qui permet de répartir les victimes en groupes homogènes selon le

niveau d'urgence chirurgicale pour préserver au mieux le pronostic vital et fonctionnel du plus grand nombre.

- **Optimisation de la prise en charge médico-chirurgicale en établissement de santé :** les victimes (régulées ou non) doivent être prises en charge, dès leur arrivée dans un établissement de santé et dans les meilleurs délais impartis (en fonction de la gravité de leurs blessures), par les professionnels dont la compétence est la plus adaptée et sur les plateaux techniques appropriés.

La prise en charge optimale d'un blessé grave (traumatique ou balistique) nécessite une équipe médicale multidisciplinaire (urgentiste, anesthésiste réanimateur, chirurgiens, radiologue) et paramédicale entraînée à cette pratique, couplée à un plateau technique complet et disponible H24 (bloc opératoire d'urgence, imagerie, laboratoire, disciplines chirurgicales multiples, en particulier chirurgie cardio-thoracique et vasculaire). Des équipes hospitalières, de 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 des blessés graves dans de tels centres de traumatologie, est à privilégier, dans la limite de leurs capacités de prise en charge. Toutefois, seuls certains établissements de santé possèdent l'ensemble des capacités d'un centre de traumatologie. Il est donc nécessaire de faire correspondre le besoin avec l'offre disponible. En conséquence, sont classés établissements « première ligne » l'ensemble des établissements autorisés à assurer, H24, une activité d'urgence, et disposant d'une activité de chirurgie H24, et d'une activité de soins critiques (adossée aux blocs) et/ou de soins intensifs.

En cas d'afflux massif de patients, l'organisation médicale opérationnelle aux urgences et au niveau du plateau technique médico-chirurgical, doit-être placée sous la responsabilité d'un médecin préalablement identifié et formé qui assure les fonctions de Directeur médical de crise (DMC). Cette fonction doit impérativement être mise en place dans les établissements identifiés comme étant de première ligne. Le DMC assure le pilotage opérationnel de la réponse médicale, en lien avec le Directeur de l'établissement et le président de CME. Le président de CME mobilise les ressources médicales de l'établissement pour répondre aux demandes du DMC en lien avec le Directeur de l'établissement et la CCH. En complément, une fonction de cadre de santé de crise (CSC) positionnée en appui du DMC a vocation à être identifiée et mise en œuvre dans les établissements de santé de première ligne notamment les établissements de santé de référence.

En situation d'urgences collectives traumatiques, la capacité de prise en charge chirurgicale dans les établissements de santé doit être envisagée en termes de flux et 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, les techniques de « damage control chirurgical » doivent être appliquées, lorsque le profil des blessures le nécessite, pour permettre de prendre en charge le plus grand nombre de victimes. Ce principe est encore plus prégnant lors d'une situation avec de nombreuses victimes balistiques. Les patients avec des lésions hémorragiques doivent être, dès leur arrivée à l'hôpital, immédiatement orientés au bloc opératoire afin de bénéficier d'une chirurgie d'hémostase rapide de « damage control chirurgical » pour éviter la défaillance multi-organes dans l'attente d'une reprise chirurgicale complète dans les 48 heures.

La saturation des capacités de prise en charge médicochirurgicale et d'hospitalisation d'un établissement de santé de première ligne, notamment en soins critiques, ne doit pas compromettre la réalisation de la prise en charge chirurgicale des blessés les plus gravement atteints. L'établissement de première ligne 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 qui lui sont fixés par l'ARS.

La mise en œuvre d'une fonction d'appui et de réorientation inter hospitalière par l'ARS à l'issue de phase initiale pour mieux répartir les patients entre les établissements de santé les plus impactés et les autres établissements est particulièrement pertinente. Il s'agit de soulager les établissements en tension mais aussi d'optimiser la prise en charge des patients dans une

logique de juste soin. Cette fonction s'appuie naturellement sur le réseau des établissements de santé des professionnels concernés en lien avec le SAMU territorialement compétent avec l'appui le cas échéant, du SAMU de zone.

La notion de victime en urgence dépassée doit être intégrée dans la stratégie médicale. Une prise en charge palliative doit être organisée en tant que de besoin dans les établissements de santé de première ligne.

- **Conditions d'emploi des moyens hélicoptérés :** 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 ou les SAMU impacté et limitrophes 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.
- **Mobilisation des renforts :** L'ARS organise le recensement des moyens humains, produit de santé (médicaments dont l'O₂) et des matériels disponibles dans la région à des fins de renforts des établissements de santé assurant la prise en charge des blessés. En cas de dépassement des capacités de renfort de la région, l'ARS sollicite l'ARS de zone pour la mobilisation des renforts zonaux dans le cadre du PZMRS.

La DST Ressources humaines détaille les orientations pour le plan de montée en charge en ressources humaines au niveau régional.

Les modalités d'approvisionnement en urgence des établissements de santé en produits sanguins labiles (PSL) doit être définis en amont entre l'EFS et l'ARS.

En parallèle de ces organisations territoriales, des renforts nationaux et des expertises spécifiques peuvent être mobilisés par le CORRUS-CCS (dispositif ORSAN national) potentiellement en lien avec la Sécurité civile :

- Télé-expertise afin d'apporter un appui à la prise en charge d'urgences pédiatrique ou de grands brûlés auprès d'équipes non spécialisées confrontées à ce type d'urgence ;
- Projection d'équipes médicales (SMUR, équipe chirurgicales, CUMP, ...) ou de produit de santé et autres équipements ;
- Mobilisation de capacités d'évacuation sanitaires exceptionnelles : train, avion, ...

Les moyens du ministère des armées ne peuvent être mobilisés qu'après demande et autorisation de l'État-major des armées (CPCO).

- **Préparation de l'après « prise en charge immédiate » :** les blessés graves sont des traumatisés à la fois physiques et psychiques. Les blessures sont souvent responsables de lésions graves pouvant entraîner de lourdes séquelles (amputations de membre, traumatismes crâniens ou vertébro-médullaires, brûlures graves...). Il est nécessaire d'envisager le parcours de soins dans une logique globale, dès sa prise en charge initiale jusqu'à son retour à la vie la plus normale possible, malgré l'existence de séquelles ou de handicaps.

La prise en charge des blessés après un attentat par armes de guerre est un parcours global qui intègre les soins et la réhabilitation dans un contexte médico-légal. Pour cela, elle doit être pilotée par un groupe multidisciplinaire d'acteurs médicaux et institutionnels. Les équipes de médecine physique et de réadaptation interviennent auprès de ces blessés dès la phase postcritique pour débiter la « rééducation initiale » et les accompagner tout au long de la « réadaptation-réinsertion ». Les établissements de santé, les institutions et les associations d'aide aux victimes peuvent préparer la sortie de l'hôpital et proposer un suivi juridique, social et psychologique.

La préservation des droits des victimes doit être une préoccupation permanente des professionnels de santé, la qualité de leurs constatations certifiées étant essentielle pour la reconnaissance des préjudices subis par les victimes. Lors de la prise en charge initiale, un certificat médical initial doit évaluer le dommage corporel de manière exhaustive, complète et prudente dans ses conclusions.

ÉVOLUTIONS DE LA VERSION 2023 DU PLAN

La transformation du volet ORSAN AMAVI en plan ORSAN AMAVI impose d'en renforcer la logique opérationnelle.

Initialement conçu pour répondre à la prise en charge de nombreux blessés « conventionnels » liés à un accident catastrophique à effet limité (ACEL), il se transforme en un plan de prise en charge des blessés somatiques (non contaminés) et prend en compte la spécificité des soins requis par les blessés par armes de guerre notamment les urgences hémorragiques nécessitant la mise en œuvre des techniques de « damage control » aux étapes successives de prise en charge.

METHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PLAN ORSAN AMAVI

CONSTITUTION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail d'élaboration du plan ORSAN AMAVI doit s'appuyer sur l'expertise des personnels de direction et des professionnels de santé des établissements de santé de première et deuxième lignes impliqués dans la prise en charge des blessés graves notamment des représentants des :

- Directeurs d'établissement en charge de la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- Urgentistes des SAMU, des SMUR et des structures d'accueil des urgences adultes et pédiatriques ;
- Chirurgiens des différentes spécialités sollicitées par la prise en charge de ces blessés (chirurgie viscérale, thoracique, orthopédiques, vasculaire, neurochirurgie, chirurgie pédiatrique, ...) ;
- Anesthésistes-réanimateurs, réanimateurs, ... ;
- Radiologues notamment interventionnels, ... ;
- Référents des CUMP en particulier de la CUMP régionale ;
- Référent SI-VIC de l'ARS ;
- Cadres de santé ;
- Professionnels de santé de ville ;
- Service de santé des armées ;
- Acteurs de la Sécurité civile.
- Représentants des associations de patients.
- ...

STRUCTURATION DU PLAN

Analyse préalable des risques et des menaces

- L'analyse des risques et des menaces à réaliser pour le plan ORSAN AMAVI doit s'appuyer sur celle menée au sein de chaque département pour l'élaboration du plan ORSEC NOVI ;
- Elle s'appuie sur le schéma départemental d'analyse et de couverture du risque (SDACR) et l'état de la menace apprécié à l'échelon du département.

Prise en compte des objectifs fixés par le préfet et la DGS

- Le plan est élaboré sur la base des objectifs de prise en charge déterminés par le Préfet lors de l'élaboration du plan ORSEC NOVI et des orientations définies par la DGS ;
- Ces objectifs sont déterminés au niveau de chaque département et pris en compte dans une logique de parcours de soins et de filières de prise en charge au niveau régional voire extrarégional en fonction de la typologie des territoires susceptibles d'être impactés et de l'offre de soins disponible.

Identification et cartographie des capacités de réponse des opérateurs de soins

- L'identification et la cartographie des capacités de réponse des opérateurs de soins sont réalisés sur la base du SRS notamment des activités de médecine d'urgence et des plateaux techniques des établissements de santé (soins critiques, bloc opératoire, imagerie interventionnelle, ...) et du ROR.
- Ce travail permet d'identifier les établissements de santé de première ligne, de première ligne experts et de deuxième ligne.
- Les critères suivants sont fournis à titre indicatif pour assurer le classement mais ce dernier a vocation à tenir compte des spécificités de l'offre de soins régionale dans une logique d'optimisation des parcours de soins des patients.

NB : La méthodologie d'évaluation du capacitaire AMAVI est décrite ci-après. Sur cette base, le SI-ORSAN permet de disposer d'un « tableau de bord » pour la gestion des situations exceptionnelles de

type AMAVI avec potentiellement le recours à des filières de prise en charge complexes (grands brûlés, irradiés, intoxiqués graves).

CRITÈRES CAPACITAIRES DE CLASSEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

Établissements de première ligne et experts

Il s'agit des établissements de santé disposant d'une structure d'accueil des urgences H24 et d'un plateau technique chirurgical activable en urgence. Les établissements « experts » notamment l'ESRR AMAVI disposent en outre d'un plateau technique hautement spécialisé pour les patients nécessitant une prise en charge spécifique (centre de traumatologie, soins critiques de mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant » ou de mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires », chirurgie cardio-thoracique, neurochirurgie, chirurgie et soins critiques pédiatrique de mention 1, 2 ou 3, chirurgie cardio-thoracique, neurochirurgie, chirurgie et soins critiques pédiatrique, centre de traitement des brûlés, etc.) dans une logique de filière spécialisée.

Les établissements de première ligne doivent être en capacité :

- D'accueillir et de prendre en charge des blessés (UA et UR) régulés par le SAMU voire un afflux de blessés se présentant spontanément (non régulés) ;
- D'assurer, en tant que de besoin pour les blessés le nécessitant, une prise en charge intégrant le recours au « damage control » chirurgical et la stabilisation des patients avant leur transfert éventuel vers un autre établissement pour une prise en charge chirurgicale et réanimatoire complète (soins critiques de mention 1) ;
- D'assurer une prise en charge spécialisée pour les patients qui le nécessitent (établissements « experts »).

Les établissements de santé de première ligne experts doivent disposer des capacités spécifiques suivantes :

- Une organisation structurée d'accueil et de prise en charge des blessés graves avec un plateau technique médico-chirurgical (adultes et enfants, uniquement adultes pour les hôpitaux des armées), radiologique diagnostique et interventionnel avec le recours possible en permanence à un anesthésiste-réanimateur, un chirurgien et un radiologue interventionnel ;
- Une structure d'accueil des urgences et une salle d'accueil des urgences vitales permettant de prendre en charge plusieurs patients simultanément ;
- Un bloc opératoire permettant de disposer en urgence de plusieurs salles d'opération, du matériel opératoire adaptés ainsi que d'une procédure permettant la récupération et la stérilisation en continu des boîtes d'instruments chirurgicaux ;
- Une unité réanimation polyvalente ou chirurgicale ;
- Un laboratoire de biologie clinique en mesure de réaliser en permanence les examens biologiques urgents ;
- L'accès en permanence à des produits sanguins labiles en quantité nécessaire pour répondre aux objectifs de prise en charge des patients de l'établissement de santé ;

L'établissement de santé de référence régional AMAVI (ESRR AMAVI) dispose en outre d'une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des établissements de santé dans le cadre du plan « ORSAN AMAVI » notamment en télé-expertise ou en projection d'équipe médicale en lien avec le service d'aide médicale urgente de l'établissement ou pour les hôpitaux des armées, du service d'aide médicale urgente territorialement compétent.

Établissements de deuxième ligne

Il s'agit des établissements de santé disposant d'un plateau technique sans structure d'accueil des urgences H24. Il s'agit 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.

Les établissements de deuxième ligne 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.

Établissements de santé de 3^e ligne

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.



La classification des établissements de santé en première ou deuxième ligne concerne aussi bien les établissements publics que privés

Rédaction du plan opérationnel de réponse ORSAN

- Le plan ORSAN AMAVI doit être conçu dans une logique opérationnelle de façon à en faciliter sa mise en œuvre (fiches par opérateurs de soins et autres acteurs mobilisés) ;
- Une trame type est proposée à titre indicatif pour en guider sa rédaction et pour permettre d'assurer une cohérence nationale entre les plans.

ACCOMPAGNEMENT ET SUIVI DE LA PRÉPARATION DES OPÉRATEURS DE SOINS

- L'ARS s'assure de la prise en compte des objectifs opérationnels de prise en charge assignés à chaque établissement de santé de première et de deuxième ligne dans le cadre du contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et dans leurs plans respectifs de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- Les différentes catégories d'établissements de santé doivent faire l'objet d'une attention particulière sur le travail de préparation (planification et formation des professionnels de santé) mais aussi sur l'évaluation des capacités opérationnelles (exercices et retour d'expérience) ;
- Les capacités logistiques doivent aussi être régulièrement testées et évaluées (maintenance des PSM, logistique de mobilisation, stock fixes et mobiles en O₂, capacités de stérilisation ...).

ÉVALUATION DU PLAN ET RETOUR D'EXPÉRIENCE

- Cette étape essentielle dans le processus d'amélioration de la préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles a pour objectif de tester l'efficacité et l'opérationnalité du plan ;
- Cette évaluation s'appuie sur les :
 - Les exercices et les entraînements organisés, notamment par les préfectures ;
 - Le retour d'expérience des situations exceptionnelles qui ont impacté la région voire d'autres territoires.

FOCUS SUR L'APPUI AU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES EN SITUATION D'ENGAGEMENT MAJEUR DES FORCES ARMÉES

Le protocole pluriannuel Santé-Défense-Budget du 11 avril 2022 prévoit le soutien du ministère chargé de la santé au ministère des armées pour la prise en charge d'un afflux de militaires blessés ou malades. En situation de conflit, la prise en charge de ces militaires depuis le théâtre d'opération jusqu'aux hôpitaux des armées est de la responsabilité du ministère de la défense. Néanmoins, compte tenu du caractère contraint des capacités hospitalières militaires, et face à la possibilité d'afflux massifs et répétés de militaires blessés ou malades, le concours du système civil de santé publique, notamment via ses établissements de santé pourrait être nécessaire.

OBJECTIFS

Le soutien assuré par le système de santé civil au SSA reposerait dans un premier temps sur la facilitation de la réorganisation du SSA par le report d'activité et le transfert de la patientèle des hôpitaux d'instruction des armées (HIA) dans le système de santé civil afin que le SSA dispose du capacitaire maximum pour la prise en charge des militaires blessés ou malades. Cette opération doit être planifiée dans les régions sièges d'un HIA et prise en compte dans la DST « évacuation des ES et ESMS ».

Dans un second temps, la mobilisation du système de santé civil notamment des établissements de santé de première ligne AMAVI serait activée dans le cadre d'une régulation nationale civilo-militaire des destinations hospitalières adaptées aux besoins des militaires blessés ou malades (primo prise en charge, reprise après « damage control », soins de suite et réadaptation, ...) opérée par les centres opérationnels des ministères chargés de la santé et des armées. Une attention particulière doit être portée sur la filière de rééducation et de réadaptation en poste soins aigus.

L'organisation de la prise en charge de combattants blessés ou malades est prise en compte dans la planification ORSAN en particulier dans les plans ORSAN AMAVI et MÉDICO-PSY avec pour objectifs :

- Adapter le parcours de soins aux enjeux et spécificités de la prise en charge militaire sur la base d'un cahier des charges national ;
- Assurer le suivi du parcours de soins des militaires blessés ou malades (SI-VIC) ;
- Partager le dossier médical des militaires blessés ou malades durant le parcours de soins dans les structures de soins civiles ;
- Maintenir la continuité des soins au bénéfice de la population civile.

La potentielle composante NRBC a vocation à être prise en compte dans les plans ORSAN NRC et REB en complément du plan AMAVI.

La spécificité de ces prises en charge impose toutefois une planification dédiée Une note technique de cadrage relative à l'appui au SSA en situation d'engagement majeur est mise à disposition des ARS. Cette note a pour objectif de définir le cadre de doctrine et sa déclinaison opérationnelle en décrivant dans une logique de gradation de la réponse en cohérence avec les stades de défense les effets à obtenir, l'organisation de la réponse, et les formations identifiées comme nécessaires au profit des professionnels de santé civils ainsi que la méthodologie de planification. Elle a notamment vocation à définir l'organisation pour assurer les 3 actions suivantes décrites dans les fiches :

- Reporter l'activité et transférer la patientèle des HIA dans le système de santé civil;
- Organiser la prise en charge de militaires blessés ou malades dans le cadre d'un conflit armé au sein du système de santé ;
- Compléter, le cas échéant, les capacités d'évacuations médicales (MEDEVAC) par des moyens civils de blessés militaires, en appui du SSA ;

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION DU CAPACITAIRE AMAVI

La proposition ci-dessous de méthodologie d'évaluation du capacitaire AMAVI a été élaborée par les équipes du CHU de Caen²¹ en lien avec l'ARS Normandie et un recueil sur 300 établissements. Elle fournit un référentiel pour l'évaluation des capacités de prise en charge AMAVI des établissements de santé.

Le processus d'élaboration d'une modélisation nationale du capacitaire AMAVI de chaque établissement se décompose en sept étapes successives, communes au plan d'élaboration du plan de gestion des SSE. Cette démarche a impliqué dans sa construction l'ensemble des professionnels concernés par ces situations : professionnels de spécialités, référents d'établissements de santé, de SAMU, d'ARS, de SAMU et ARS zonaux, et de référents nationaux. Elle concerne les capacitaires AMAVI en soins aigus (prise en charge chirurgicales au bloc opératoire, prise en charge aux urgences), et en hospitalisation (en soins critiques ou MCO). Elle comprend deux étapes d'évaluation capacitaire : la capacité maximale à partir des ressources et activités de chaque établissement recensé annuellement par la DREES, et la capacité disponible à partir de relevés coordonnées sur des panels d'établissements. Cette démarche permet d'aider ARS et établissements sur la construction de leurs objectifs planchers à T0 et à atteindre à T+3h selon son rang de mobilisation ORSAN en première, deuxième ou troisième ligne. Pour la planification, elle permet d'évaluer les points de rupture pour chaque filière de soins. En cas d'événement réel, l'envoi d'une enquête flash aux ES permet d'intégrer les capacités réelles du jour.

Établir ces repères permet d'évaluer l'impact sur les vecteurs de transport nécessaires ou le taux de recours aux établissements du secteur. Elle permet de planifier des stratégies de seconde intention pour les filières identifiées comme difficiles (AMAVI traumatisés pédiatriques, AMAVI grands brûlés, etc.). Cette approche permet de tester l'impact de différentes stratégies de gestion de crise, pour la planification ou l'utilisation en situation réelle.

Le SI-ORSAN facilite la mise en œuvre de cette méthodologie d'évaluation du capacitaire AMAVI en mettant à disposition un « tableau de bord » pour la gestion des situations exceptionnelles de type AMAVI avec potentiellement le recours à des filières de prise en charge complexes (grands brûlés, irradiés, intoxiqués graves).

IDENTIFICATION ET CARTOGRAPHIE DES CAPACITES DE REPONSE DES OPERATEURS DE SOINS

Capacité ressource (Tmax)

Elle constitue la référence pour les capacités théoriques maximales (Tmax) pour chaque établissement. Elle définit le nombre théorique de patients pouvant être pris en charge si toutes ses ressources matérielles et humaines étaient présentes et disponibles. Elle est donc fixe et représente 100% des capacités de réponse de l'établissement. Elle est évaluée selon les ressources propres de l'établissement renseignées dans l'enquête annuelle de la DREES (Statistique Annuelle des Établissements – SAE)

Capacité structurelle immédiate (T0)

Le nombre de patients (blessés graves ou légers) pouvant être immédiatement pris en charge dans un établissement de santé à T0 d'une urgence collective constitue sa « **capacité structurelle T0** ». Celle-ci dépend à la fois des ressources humaines et matérielles disponibles de l'établissement, et de l'activité en cours. Dans la mesure où ces capacités de prise en charge peuvent être variables en fonction du jour ou de l'heure de survenue, il convient de définir a minima par établissement de santé un « objectif plancher » de prise en charge à T0.

Capacité structurelle de montée en puissance (T3)

Après déclenchement du PTHSSE et montée en puissance, l'établissement de santé va atteindre à T+2h voire T+3h sa « capacité de prise en charge plancher » correspondant à l'effet à obtenir. Ces capacités de prise en charge étant variables en fonction du jour et de l'heure de survenue (ex : déprogrammation d'actes chirurgicaux), il convient de définir a minima des « objectifs à atteindre » de prise en charge à T+1h, T+2h/+3h correspondant à la capacité de montée en puissance quel que soit le jour et l'heure de survenue de l'événement.

²¹ Dr Antoine Aubrion, Dr Lauriane Hardel, Pr Eric Roupie

Définition des objectifs « plancher » pour T0 et « à atteindre » pour T3h par établissement de santé

L'estimation de la variabilité des indicateurs « capacité structurelle T0 et T3h » selon le jour et l'heure, et en fonction du type d'établissement, permet de fixer les objectifs plancher T0 et à atteindre T3h pour chacun d'eux.

	Repères index (fixes)	Capacité Tmax (avec ressources totales)	Moyens mobilisables par le plan PTHSSE de l'établissement
	Indicateurs (variables)	Capacité structurelle T0 (Immédiate)	Capacité structurelle T+3h (après montée en puissance)
	Objectifs (planifiés)	Objectif plancher T0	Objectif à atteindre T+3h

ETAPE 1 : CONSTITUTION DE L'EQUIPE PROJET

Un panel de 30 référents ARS, SAMU, ARS zonale et SAMU zonal a été rencontré sur une période de trois mois afin de recueillir leurs méthodes et problématiques sur la constitution d'un capacitaire AMAVI territorial. Trois groupes de travail ont ensuite été constitués afin de construire un panel de référents d'établissements et de professionnels concernés par l'organisation de la réponse sanitaire de leur établissement en cas d'afflux de victimes, adultes et pédiatriques. Ces professionnels sont issus de centres experts, de première et deuxième ligne, d'établissements publics et privés. Les spécialités représentées étaient la médecine d'urgence, l'anesthésie réanimation, la chirurgie et l'encadrement de bloc opératoire, la pédiatrie, la réanimation pédiatrique, la pharmacie et stérilisation.

ETAPE 2 : PREPARATION DU PILOTAGE

Une enquête préliminaire auprès de l'ensemble des référents ARS et SAMU de la zone de défense et sécurité a identifié les difficultés d'évaluation et l'hétérogénéité des résultats. La construction d'une méthode homogène permettrait d'accompagner les établissements et de consolider les évaluations des points de rupture par les ARS. **Le groupe de travail pluriprofessionnel** a travaillé selon la méthode Delphi structurant la consultation d'un groupe d'experts. Quatre tours d'analyses ont permis d'établir une méthode d'évaluation du capacitaire AMAVI.

En situation d'afflux massif de blessés, le parcours de soins des patients dépend de la gravité des blessures selon l'échelle de triage française, issue du service de santé des armées françaises [EU (critique), U1 (urgence absolue), U2 (urgence relative), U3 (minimale), UD (urgence dépassée). Cette échelle est très proche de celle utilisée par l'OTAN [T1 (immédiate), T2 (différée), T3 (minimale), T4 (expectative)] (Figure 1).

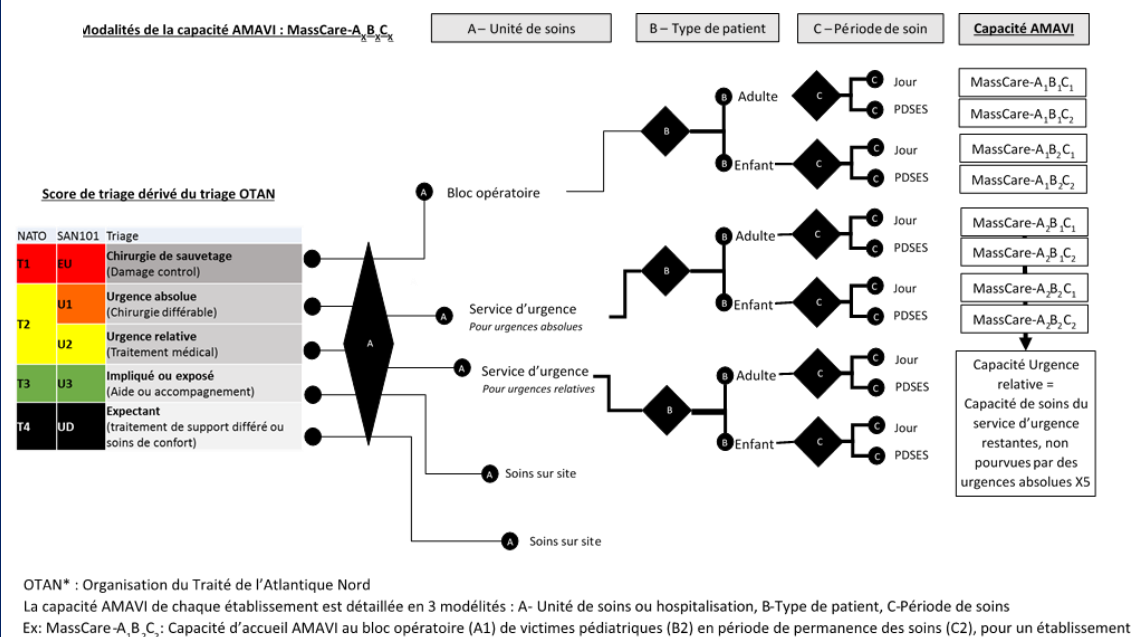
1. Les 3 modalités du capacitaire AMAVI (Figure 1)

Pour chaque type de victime les experts ont distingué 3 déterminants de la capacité AMAVI :

- **A = Unité de prise en charge :**
 - Soins primaires (1. Bloc opératoire, 2. Urgences, 3. Soins sur site)
 - Hospitalisation (4. Réanimation, 5. Soins continus, 6. MCO)
- **B = Type de patient (1. Adulte, 2. Pédiatrique, 3. Néonatal)**
- **C = Période de soins (1. heures ouvrables, 2. heures non ouvrables : nuit, week-end et fériés).**

Ainsi, pour chaque établissement de santé, la capacité AMAVI est symbolisée par l'indice MassCare-A_xB_xC_x selon chaque modalité. Par exemple, MassCare-A₁B₂C₂ représente la capacité d'accueil AMAVI au bloc opératoire (A₁) pour des victimes pédiatriques (B₂) pendant les heures de permanence des soins (nuit ou week-end, C₂) de l'établissement considéré.

Figure 1: Modalités de la capacité AMAVI « MassCare »



2. Les capacités dépendent des ressources matériels et humaines des ES (figure 2)

Pour chaque modalité le nombre de patients admissibles est évalué selon les ressources minimales de prise en charge pour chaque patient :

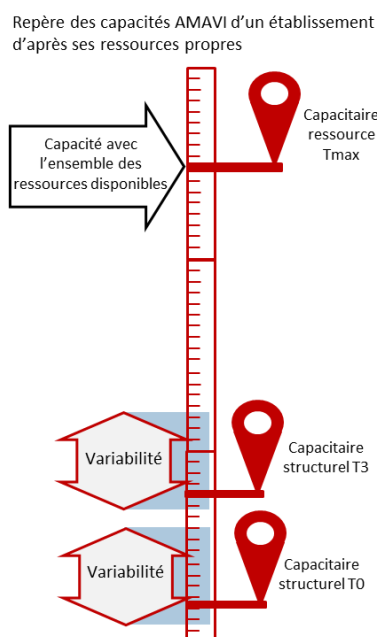
- **Au bloc** : pour chaque patient au minimum 1 salle de bloc opératoire, 1 chirurgien, 1 anesthésiste ou infirmier anesthésiste, 1 infirmier de bloc opératoire ;
- **Aux urgences** : 1 médecin et 2 infirmiers pour 2 patients en urgence absolue, ou pour 5 patients en urgence relative sur les places restantes ;
- **En hospitalisation** : chaque lit disponible est associé à son environnement humain et matériel nécessaire.

3. Évaluation selon le délai de crise (figure 2)

Pour chaque modalité de la capacité MassCare, le niveau de réponse de l'hôpital dépend de sa propre capacité en fonction du délai de crise (Figure 2) :

- **Capacité ressources** : Le niveau maximal de ressources pour chaque hôpital. Elle constitue la référence pour les capacités théoriques maximales (Tmax) si toutes ses ressources matérielles et humaines étaient présentes et disponibles. Elle est donc fixe et représente 100% des capacités de réponse de l'établissement. Elle est évaluée selon les ressources propres de l'établissement renseignées dans l'enquête annuelle de la DREES (Statistique Annuelle des Établissements – SAE).
- **Capacité structurelle** : La capacité structurelle est la capacité réelle disponible immédiatement (T0), puis après la mise en place du plan de gestion de crise de l'établissement (T3). Elle correspond à un pourcentage de la capacité Tmax de l'établissement. Elle prend en compte la part des ressources humaines et matérielles disponibles selon les présences et l'activité en cours (T0), puis les renforts et les réorganisations d'activité (T3). Elle est évaluée par un relevé ponctuel des ressources disponibles auprès des établissements. De plus un recueil coordonné sur un panel d'établissements de plusieurs ARS sur une semaine permet de constituer une photographie précise des capacités disponibles et de leur variabilité (jours, heures). En période de permanence de soins des ES, le groupe de travail définit que les capacités de soins correspondent au nombre de lignes postées de garde ou d'astreinte dans chaque filière (absence d'activité programmée).

Figure 2: Conclusions du groupe de travail ARS après 4 tours d'échange Delphi:



ETAPE 3 : ORGANISATION DE LA REPONSE : CALCUL DES CAPACITES Tmax ET T0

Cette première étape d'évaluation des capacités AMAVI utilise la dernière version disponible de l'enquête annuelle obligatoire de la DREES (enquête SAE 2021 publiée par la DREES en septembre 2022).

1. Évaluation pour un établissement de santé

La mise en œuvre de la méthode est détaillée dans chacune des modalités définies, pour un établissement de santé. **Pour prendre un exemple**, le Centre Hospitalier Universitaire de Caen est défini d'après les objectifs fixés dans ORSAN comme établissement expert, par la présence d'un service d'urgence et plateau chirurgical 24/24, associé aux plateaux techniques spécifiques de neurochirurgie, chirurgie cardio thoracique, chirurgie pédiatrique, radio-embolisation. Le nombre de praticiens exerçant dans l'établissement, et les moyens matériels participant à l'activité sont référencés dans les données SAE de la DREES.

Concernant les ressources chirurgicales, l'établissement dénombre 42 ETP chirurgiens (ETP-équivalents temps plein), 34,9 ETP anesthésistes, 75,68 ETP infirmier anesthésiste, 52,03 ETP infirmier de bloc opératoire ; et 20 salles de bloc opératoire installées. Donc si l'ensemble des moyens humains et matériels de l'établissement étaient disponibles, le nombre maximum de prise en charge simultanées serait de :

$$T_{\max}\text{-MassCareA}_1\text{B}_1\text{C}_1 = \min(\text{chir} ; (\text{anes} + \text{iade}) ; \text{ibode} ; \text{bloc}) = \min(42 ; (34,9 + 75,68) ; 52 ; 20) = 20$$

L'établissement pourrait prendre en charge 24 patients simultanés avec pour chacun les ressources chirurgicales humaines et matérielles minimales. L'estimation des ressources réellement disponibles immédiatement (T0) puis après mise en place du plan de gestion de crise de l'établissement (T3) est testé à différents moments et rapporté à ce capacitaire maximum théorique.

Concernant les services d'urgences, le nombre de médecins et infirmiers postés est constant selon les jours ouvrés et renseigné dans la SAE en heures de présence hebdomadaires et lignes de garde. Les agents partagés avec l'activité SMUR ne sont pas comptabilisés comme présents, car seraient engagés en préhospitalier en cas de SSE importante. Cet établissement dispose aux urgences de 580h médecin et 1088 heures infirmières hebdomadaires, soit $580 \times 2/3/12/7 = 4,6$ médecins et $1088 \times 2/3/12/7 = 8,6$ infirmières postées en journée. Aucun n'a d'activité partagée avec le SMUR. Les

capacités AMAVI sont de 2 UA pour 2 IDE et 1 médecin, soit $T_{max} = \min(\text{med}; \text{ide}/2) \times 2 = \min(4.6; 8,6/2) \times 2 = 8,6$ UA simultanées.

Concernant les capacités d'hospitalisations, le T_{max} est directement évalué par les lits installés dans chaque catégorie d'unité (Réanimation, soins intensifs, soins continus, MCO) et chaque catégorie d'âge (adulte, pédiatrique, néonatalogie). Pour la planification, le T_0 sera estimé directement d'après le taux d'occupation annuel de chaque type d'unité. Par exemple un établissement ayant 10 lits de réanimation avec un taux d'occupation annuel de 80%, le nombre de lits disponible immédiatement est en moyenne de $10 \times (1-0.8) = 2$ lits. En cas d'événement réel les capacités immédiates d'hospitalisation sont remontées via le ROR.

2. Évaluation pour un territoire ARS

La même règle est appliquée pour l'ensemble des établissements du territoire, classés par niveau d'expertise selon leur catégorie ORSAN.

i. Prise en compte des établissements à données manquantes

Un travail complémentaire a été réalisé concernant les capacités AMAVI au bloc opératoire, en raison de l'absence de personnels renseignés sur certains établissements malgré une activité opératoire annuelle importante. En effet pour ces établissements le calcul strict du minimum de ressource amènerait à écarter ces établissements de la répartition des victimes AMAVI (capacité calculée à 0).

Le travail statistique de modélisation en imputation multiple chaînée a montré que pour ces établissements la capacité AMAVI était prévisible à 86% à partir de l'activité chirurgicale annuelle de l'établissement, qui est une donnée fiable et sans donnée manquante, par 1 patient admissible pour 1460 actes annuels (résultats identiques sur 3 années différentes).

Ce travail permet de prendre en compte ces établissements à données manquantes dans l'évaluation des capacités AMAVI. Leur capacité AMAVI est alors évaluée à partir de leur activité chirurgicale réelle annuelle.

Exemple : pour le CHU de Caen, si le nombre de chirurgiens de l'établissement était manquant dans la SAE, malgré 25132 actes chirurgicaux annuels : La capacité de l'établissement n'est alors pas comptabilisée comme nulle, mais évaluée à partir de l'activité annuelle en hospitalisation complète à $T_{max} = \text{MassCare-A1B1C1} = 25132 / 1460 = 17.2$ patients simultanés si l'ensemble des ressources étaient disponibles.

ii. Capacités de chirurgie pédiatrique : identifier les établissements de la stratégie de 2^e intention

La capacité AMAVI de chirurgie pédiatrique est définie par le nombre de chirurgiens pédiatriques, anesthésistes pédiatriques, infirmières de bloc et salles de bloc opératoires. Le référentiel ORSAN définit qu'en cas d'événement impliquant de nombreuses victimes pédiatriques un seuil de 30kg (voire 20kg) peut être défini pour orienter certaines victimes sur les établissements de première ligne. Dans les deux cas les capacités régionales sont restreintes ($T_0=6$ patients sur 3 établissements) indiquant un point de rupture rapidement atteint en volume de victimes comme en distance de transferts.

Pour anticiper la réponse à un AMAVI de traumatisés graves pédiatriques, le groupe de travail propose d'identifier certains ES de première ligne plus à même de répondre à ces orientations le cas échéant.

En 1^{ère} intention : les victimes chirurgicales pédiatriques sont orientées vers les centres experts disposant d'un plateau technique spécialisé en chirurgie pédiatrique

En 2^{ème} intention, en cas de surcharge des centres de référence : l'orientation des victimes pédiatriques et >30kg s'appuie sur certains établissements de première ligne identifiés selon 2 conditions :

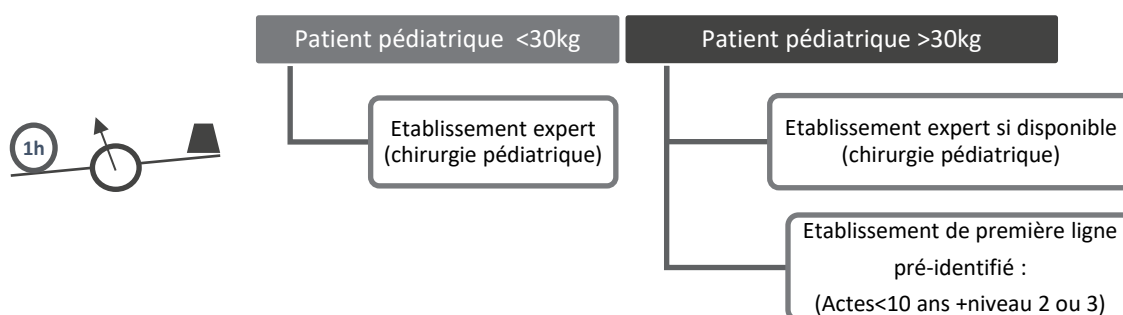
- **Ayant pratiqué des actes de chirurgie en hospitalisation complète sur des enfants de moins de 10 ans (seuil de 30kg), d'après l'activité renseignée dans le PMSI.**

- **Appartenant au réseau d'établissements disposants d'une autorisation de maternité de niveau 2 ou 3** (plateau technique chirurgical et **pédiatre néonatalogiste 24h/24**).

Le premier critère identifie la **compétence en anesthésie générale d'enfants de moins de 30kg** sur l'établissement au vu de sa pratique courante. Le second critère identifie la présence d'un bloc chirurgical, chirurgien, anesthésiste, et pédiatre néonatalogiste disponibles sur place 24h/24. Ils renseignent la **présence permanente d'une capacité de chirurgie et de réanimation nourrisson spécialisée** (en praticien présent, en expérience, et en matériel). Chacun de ces établissements serait amené en seconde intention à prendre en charge 1 patient pédiatrique au sein de son plateau technique chirurgical adulte. Cette capacité serait déduite de la capacité AMAVI bloc adulte de la structure.

Sur notre territoire régional, cette stratégie permet de définir une stratégie de première intention pour **6 patients sur 3 établissements experts**, et en stratégie de seconde intention **9 patients supplémentaires répartis sur 9 établissements de première ligne pré-identifiés**. Elle complète les difficultés en volume de patient et assure un maillage territorial et des délais de transports plus resserrés. Elle permet de pré-identifier les établissements concernés et de l'intégrer à leurs objectifs de réponse AMAVI.

SITUATION AMAVI A COMPOSANTE PEDIATRIQUE – ETABLISSEMENTS DE 2^e INTENTION



- iii. **Évaluation multirégionale de la capacité immédiatement disponible (T0) et après plan de gestion de crise (T3), rapportée aux ressources totales (Tmax) de chaque établissement**

Afin de déterminer pour chaque établissement la part de ressources disponibles sous 30min par rapport à ses ressources totales, pour prendre en charge un afflux massif de victimes, **une enquête « pilote » a été réalisée sur la région Normandie en juin 2021**. Cette enquête « un jour donné » a observé que pour le bloc opératoire la capacité immédiate T0 relevée correspondait à **29.5%** de la capacité Tmax disponible (moyenne sur 37 ES répondants). La capacité, après mise en place du plan de gestion de crise des établissements à T+3h était évaluée à 65,3% de leur propre capacité ressource Tmax.

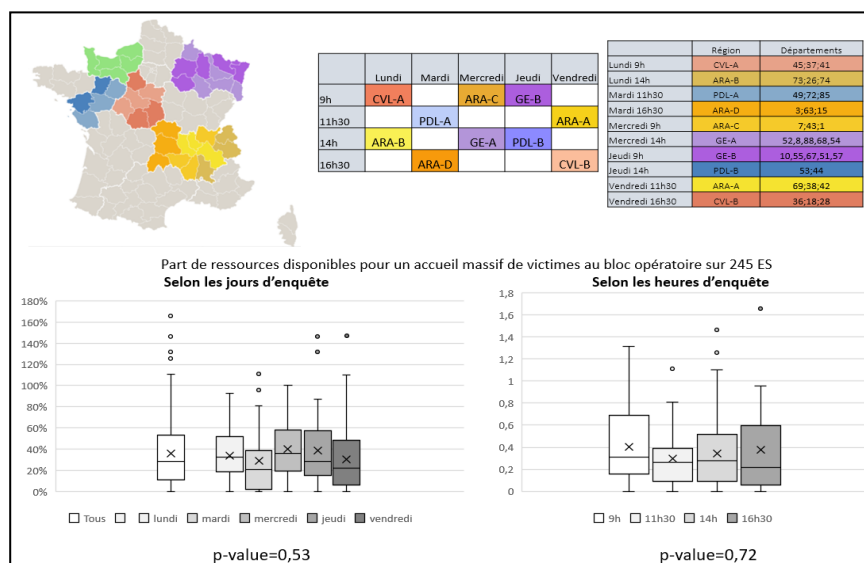
En juin 2022, une seconde enquête coordonnée sur 4 autres ARS était envoyée à 253 ES, répartis sur 5 jours et 4 horaires. Elle recueillait au moment de l'enquête les ressources mobilisables pour l'accueil au bloc opératoire et urgences sous 30 min. Sur 245 ES répondants, la capacité d'accueil AMAVI au bloc sous 30 min des ES représentait **en moyenne 36% et médiane 28% de leur capacité maximale**, et ne montrait pas de différence selon l'heure ou le jour de l'enquête ($p=0.72$; $p=0.53$; moy 1.5 patient). Pour ces 245 ES, l'écart entre leur capacité observée, et capacité calculée d'après 28% de leurs ressources était de 0.38 patient par ES ($sd=2$).



Ce relevé coordonné permet d'estimer les **capacités AMAVI au bloc opératoire à 1/3 des capacités disponibles immédiatement (T0)**, et 1/3 supplémentaire après mise en place de leur plan de gestion de crise (T3), par rapport aux ressources totales de chaque établissement (Tmax).

Reporter ce taux à l'ensemble des établissements permet de fixer un objectif de réponse homogène pour les établissements, et correspondant aux ressources propres à chacun.

Figure 3: Enquête nationale capacité AMAVI T0 sur 253 établissements, 4 ARS, 5 jours, 4 horaires (2022)



Pour la région Normandie, la capacité AMAVI T0 estimée correspond à 66 places immédiates de bloc opératoire en journée (22 en PDSes) pour les victimes adultes ; 6 places en chirurgie pédiatrique, puis 9 en seconde intention (respectivement 3 et 9 en PDSes).

Figure 4: Estimation des capacités AMAVI T0 d'après le taux de ressources disponibles observé : au bloc T0=28% Tmax ; résumé des capacités ARS Normandie (totaux par niveau d'expertise et par filière)

	CAPACITE DE SOINS AIGUS														CAPACITES D'HOSPITALISATION					
	EN JOURNEE (de 8h A 18h)							EN PERMANENCE DE SOINS (nuits, week-end et fériés)							EN JOURNEE OU PDS-ES					
ORSAN (selon ressources)	Bloc >30kg	Bloc <30kg 1ere intention	Bloc <30kg 2e intention	Urgences adultes UA	Urgences pédiatriques UA	Urgences adultes UR	Urgences pédiatriques UR	Bloc >30kg PDS	Bloc <30kg 1ere intention PDS	Bloc <30kg 2e intention PDS	Urgences adultes UA PDS	Urgences pédiatriques UA PDS	Urgences adultes UR PDS	Urgences pédiatriques UR PDS	REA Ad ou >16 ans	REA PED <16 ans	REA NEO <30j	USC Ad ou >16 ans.	USC PED <16 ans.	USC NEO <30j.
Experts	12	6	3	22	10	55	24	8	3	3	11	5	27	12	21	6	3	26	8	9
1ere L	16		6	42		127		14		6	24		63		12		2	36		10
2° L	38			6		16							8							
Total	66	6	9	70	10	183	24	22	3	9	35	5	91	12	33	6	5	62	8	19

3. Évaluation des capacités nationales

La même méthode d'évaluation a été appliquée pour l'ensemble des établissements du territoire, classés par niveau d'expertise selon leur catégorie ORSAN. Les capacités T0 renseignées sont donc des estimations d'après les ressources propres de l'établissement (Tmax théorique, selon données DREES), et leur part disponible sous 30 min (T0 observé, sur enquête de 300 ES).



- **Ces estimations donnent un repère pour aider ARS et ES** à définir ensemble un objectif de capacité AMAVI, par filière, en fonction des particularités propres au territoire.
- **Chaque ARS peut ensuite intégrer ses objectifs T0 par établissement**, pour évaluer les points de rupture par filière pour différents sites (métropoles, grands événements, sites touristiques).
- **Ces points de rupture du territoire peuvent ensuite être confrontés** à chacun des 64 événements survenus en Europe depuis 30 ans.

En cas d'événement réel, l'envoi d'une enquête flash aux ES permet d'intégrer les capacités réelles du jour.

ETAPE 4 : STRUCTURATION DE LA REPONSE : CARTOGRAPHIE DES POINTS DE RUPTURE

1. Points de rupture statiques

La répartition des capacités d'accueil AMAVI sur le territoire a été étudiée en termes de délai d'accès à un établissement receveur, pour chaque zone du territoire national. La couverture en accès AMAVI est de 92% de la population adulte du territoire à <30min d'un bloc, et 99% d'un service d'urgences. Pour les victimes pédiatriques elle correspond à 41% de la population <11 ans (<30kg) en accès <30min à un bloc et 50% à un service d'urgences pédiatriques. La stratégie de 2^e intention permet un maillage plus fin du territoire avec un accès au bloc <30min pour 76% de la population de <11ans. Le transport hélicoptéré ramène ce taux à 88% d'accès bloc <30min pour la population de <11ans.

2. Points de rupture dynamiques

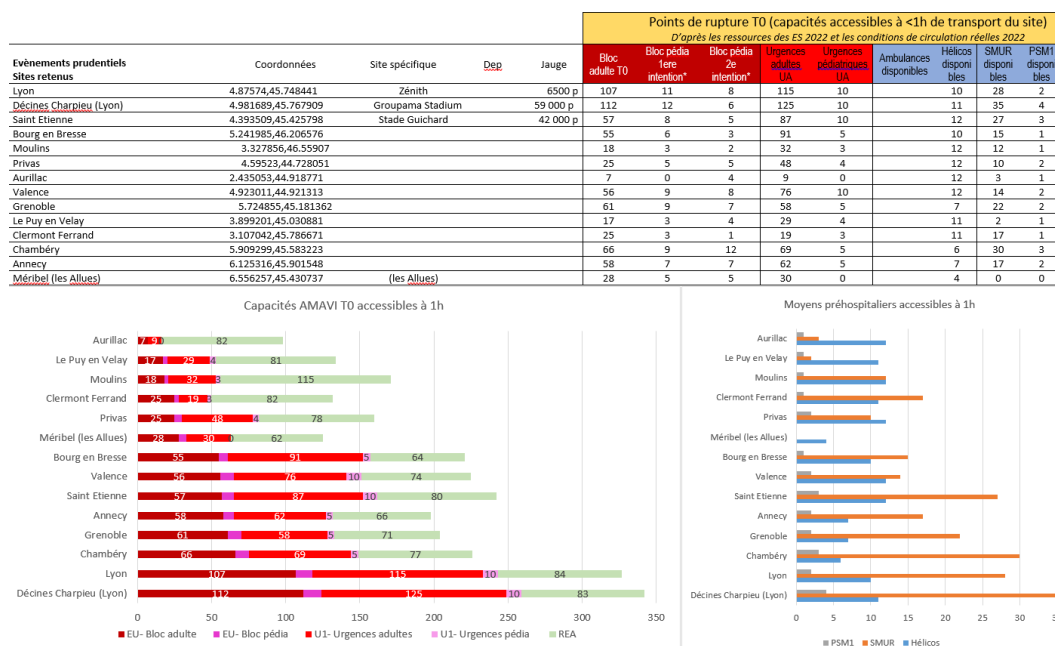
Pour la région Normandie, la capacité AMAVI T0 estimée correspond à 66 places immédiates de bloc opératoire en journée. **Cependant en fonction du lieu de l'événement, l'ensemble de ces places ne serait pas accessible** pour une prise en charge de patients graves dans des délais compatibles, et certaines orientations se feraient en dehors du périmètre régional. Le point de rupture dynamique dépend donc du site de l'événement, comme étant le **nombre de places accessibles à moins d'une heure de transport routier et hélicoptéré, indépendamment des limites administratives régionales ou zonales.**

Au sein d'une région, ces points de rupture peuvent être évalués pour différents sites prioritaires : principales agglomérations et chefs-lieux, sites de grands rassemblements, sites touristiques. Cette évaluation dresse une cartographie des moyens de réponse accessibles en moins d'une heure pour chaque site :

- Capacités AMAVI T0 au bloc et urgences accessibles à moins d'une heure du site
- Moyens SMUR, hélicos, PSM disponibles sur site en moins d'une heure

Cette évaluation a été construite pour plusieurs régions à partir des estimations T0 de chaque établissement, revue par les référents de secteur.

Figure 5: Points de rupture T0 par site prioritaire (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), places et moyens accessibles à 1 heure



Interprétation : Pour un événement majeur survenant à Aurillac, les ES situés à moins d'une heure disposent des ressources pour un accueil à T0: Au bloc opératoire de 7 patients adultes ou 0 pédiatriques (Chir ped) ou 4 pédiatriques de 2e intention (ES de 1ère ligne identifiés). Aux urgences de 9 adultes, aux urgences pédiatriques de 0 enfants. Les ES situés à moins d'une heure disposent des ressources préhospitalières en moins d'une heure sur site: d'après la SAE: 12 hélicoptères, 3 SMUR, 1 PSM1 (à ajuster selon PZM). En cas d'événement réel, les capacités de soins aigus doivent être recueillies par une enquête immédiate, et les places d'hospitalisation remontées par le ROR

3. Suivi du « tableau de bord » pour la planification, et la gestion de crise selon les ressources de chaque territoire

Sur un événement SSE, le suivi dynamique des points de rupture pour chaque filière de soins s'exerce sur 9 dimensions :

1. Les victimes (notion de volume, puis de profils particuliers) ;
2. La cinétique (notion d'impact immédiat, puis d'impact prévisible) ;
3. Les moyens (disponibles, puis nécessaires) ;
4. Les transferts (notion de distances, puis de délais) ;
5. Les capacités d'accueil AMAVI par filière (en soins, puis en hospitalisation) ;
6. Les compétences et niveaux de recours (Expert, 1ère ligne, 2° ligne, 3° ligne) ;
7. La période de recours (jour, ou PDSSES) ;
8. Le lieu (un événement, ou multisites) ;
9. Les acteurs (de soins, puis gestionnaires) ;

Chacune de ces dimensions impacte les autres, soit comme une contrainte imposée (par l'événement ex : lieu, nombre de victimes), soit comme un facteur modulable (par la stratégie ex : nombre d'équipes mobilisées). Un outil informatique prenant en compte ces paramètres permet de rechercher le point d'équilibre au fur et à mesure de la crise, pour améliorer l'efficacité de la réponse du système de santé.

L'environnement de gestion SSE est constitué plusieurs outils métiers santé:

- Si-SAMU permettant la régulation médicale, et une interopérabilité entre SAMU.
- Si-VIC permettant d'établir la traçabilité des victimes et de leur parcours de soins.
- Le ROR assurant le recensement des lits d'aval

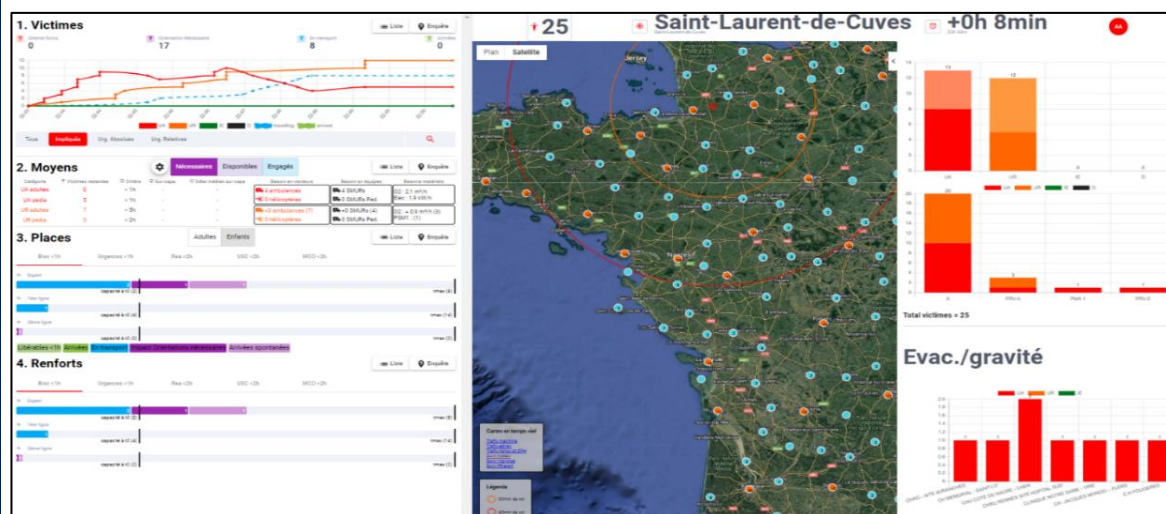
La construction d'un outil de suivi dynamique de ces points de rupture, articulé avec ces 3 outils, peut apporter des informations pour la planification comme pour la gestion de crise réelle (estimation des moyens de transfert nécessaires, anticipation de l'impact attendu sur les capacités d'accueil des établissements, prévision du volume d'arrivées spontanées, etc.).

Ce suivi des points de rupture s'appuie sur l'obtention de données fiables et structurées auprès des établissements de santé, par l'intermédiaire d'un répertoire opérationnel commun adapté aux dispositions spécifiques en SSE. On y recense dans chaque filière de soins les ressources définies comme essentielles, immédiatement disponibles (T0), libérables après la réorganisation de l'activité par le plan de crise de l'établissement (T3), ou maximale correspondant au plafond de ressources référencées sur l'établissement (Tmax).

L'utilisation d'un outil commun permet de suivre les points de rupture au-delà des frontières régionales, comme étant les capacités de recours situées dans un périmètre de 1h de transfert autour du lieu de l'événement. La mise en place d'un tableau de bord partagé entre les différents acteurs et les différents sites de prise en charge permet d'améliorer et fiabiliser le suivi et la gestion de crise. L'évaluation va s'appuyer sur les données « froides » disponibles (observations antérieures), puis progressivement s'ajuster avec des données « chaudes » (relevés immédiats) mis à jour en temps réel.

Ce suivi va permettre à la fois une phase de planification pour définir les points de rupture par filière, la mise en place d'une stratégie précoce en début d'événement, puis l'aide à la gestion de crise réelle en permettant un partage de données plus efficient. Utiliser le même outil de planification pour gérer un événement en temps réel serait un principe important pour améliorer la stratégie, la rapidité ainsi que l'efficacité de la réponse.

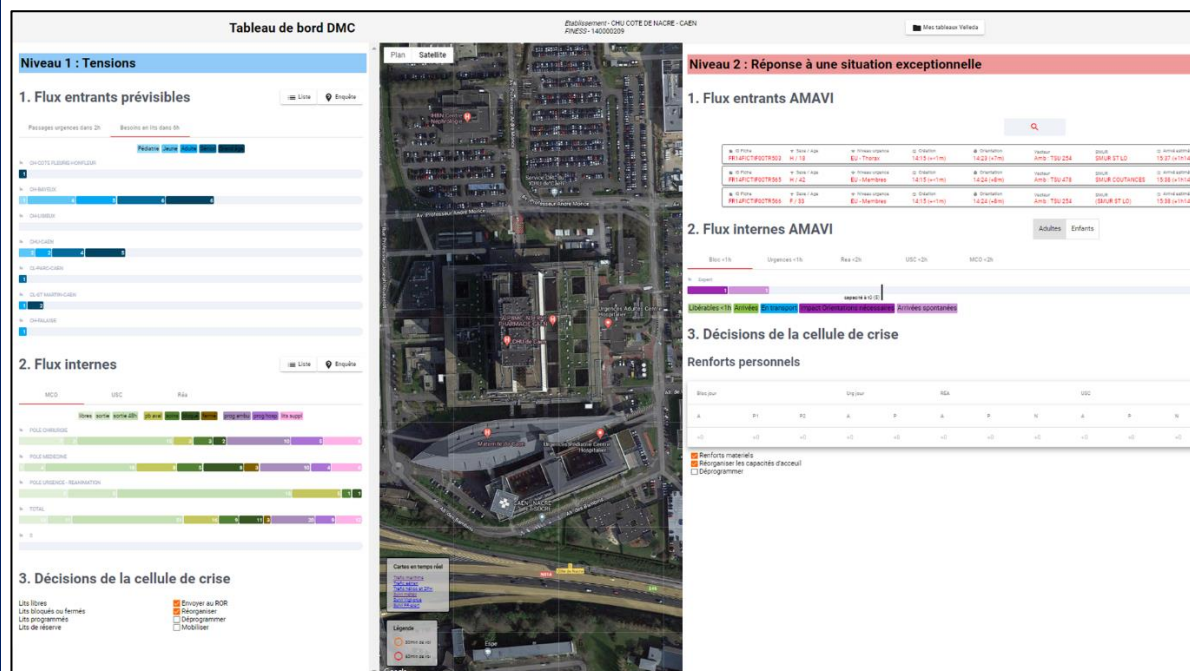
Figure 6: Exemple d'interface de suivi « Tableau de bord », pour la planification et l'aide à la gestion de crise selon les ressources de chaque territoire



Légende : Le bandeau « flux » à gauche affiche en temps réel 4 indicateurs : **Victimes**, **Moyens**, **Places**, **Renforts**. Chacun de ces indicateurs est affiché en vue graphique ou cumulée, puis en liste détaillée, puis l'enquête pour mise à jour les données.

1-Victimes : graphe des flux victimes UA ou UR sur site, en transport, arrivées. Priorisation automatique des victimes par gravité, puis lésions, puis âge. **2- Moyens :** Évaluation en temps réel des vecteurs routier ou hélicoptés, équipes SMUR, consommation d'oxygène, électrique, et PSM nécessaires pour les victimes sur site (moyens nécessaires, disponibles, ou engagés). **3-Places :** Le graphique représente le cumul des capacités T0 accessibles en 1h de transport, par filière, par niveau d'expertise ORSAN, et les capacités T0 estimées, devenant réelles dès la réponse à l'enquête flash des ressources bloc-urgences. **Le graphique représente l'impact des victimes sur les capacités T0 du secteur :** 1/ dès le début d'événement : l'impact attendu de la prise en charge de toutes les victimes sur les capacités accessibles, et l'impact prévisible des arrivées spontanées. 2/ au fur et à mesure des orientations le décompte des patients en transport, arrivés (en soins), place libérable <1h. **4-Renforts :** En cas de dépassement du point de rupture, l'outil affiche pour chaque ES, combien de places de soins sont à constituer en supplément pour les prochaines heures, pour prendre en charge les victimes excédentaires dans les délais (mesure des renforts à solliciter par filière, dès le début d'événement). **5- Bilan cumulé par gravité, par site, par destination.** **6- Enquête capacitaire vers les ES selon leur accès <1h ou <2h du site, et selon leur niveau d'expertise. Recensement des ressources immédiates (T0) et après plan de crise (T3) pour bloc, urgences. B- Profils spécifiques :** Terrain, SAMU, ARS, Établissements de Santé.

Figure 7: Exemple d'affichage « Tableau de bord » de suivi pour un établissement et son directeur médical de crise



Légende : selon le niveau de mobilisation de l'établissement : Niveau 1 (bandeau à gauche): suivi des tensions et mobilisation interne,

Niveau 2 (bandeau à droite): réponse à une situation sanitaire exceptionnelle. Chaque bandeau permet le suivi en temps réel des flux entrants (flux de régulation SAMU), flux internes (SI-bed manager), et principales décisions de la cellule de crise.

ETAPE 5: ELABORATION D'UN PLAN DE FORMATION

La formation des professionnels du secteur sanitaire (quel que soit leur mode d'exercice), publics et privés, constitue un élément important de la préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Celle-ci associe formation initiale et développement personnel continu au travers de la formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU 1, 2 et spécialisée). La formation aux situations sanitaires exceptionnelles s'inscrit dans le programme de développement et de maintien des capacités de réponse. Elle est à ce titre coordonnée par l'ARS qui définit les objectifs de formation notamment de formateurs, en lien avec les opérateurs de soins dans le cadre d'un plan régional de formation aux situations sanitaires exceptionnelles.

ETAPE 6 : REALISATION D'EXERCICES - Panels tests de RETEX européens

Chaque situation entraînant l'afflux massif de patient est par définition exceptionnelle en fonction des typologies d'événement (accident ferroviaire, explosion), des profils de victimes (adultes ou pédiatriques), ou de son ampleur (nombre d'urgence absolues, ou d'impactés). L'offre de soin du territoire ne sera pas impactée de la même manière ce qui rend la planification difficile. L'impact de la SSE sur l'offre de soin hospitalière AMAVI est directement lié au nombre de transferts total et en urgence absolue. Au sein d'une région l'impact peut également être très différent en fonction du lieu de l'événement SSE.

La connaissance des capacités AMAVI par filière de chaque établissement de santé permet de tester l'impact d'une situation SSE en différents lieux du territoire. Ces tests de planification permettent d'évaluer en fonction du site de l'événement l'impact sur les délais de transfert, sur la mobilisation des équipes, et donc l'efficacité attendue des prises en charge (proportion d'UA avec accès <1h à un établissement de santé).

L'utilisation de panels de victimes issus des situations SSE réellement survenues permet d'évaluer la réponse attendue d'un territoire à une situation réaliste (même nombre de victimes, lésionnels, gravités, délais de présentation à la régulation). Elle permet de comparer la réponse d'un territoire à différentes situations (accident ferroviaire, brûlés multiples, etc.), ou de comparer la réponse de différents territoires à une même situation (accident ferroviaire en métropole ou en territoire rural). Elle permet d'entraîner les professionnels des SAMU à la régulation de multiples victimes sur leur propre territoire.

Une revue des situations exceptionnelles majeures survenues sur le sol européen depuis 20 ans avec impact sanitaire de plus de 20 victimes et/ou admissions hospitalières est présenté ci-dessous.

Figure 7: Situations sanitaires exceptionnelles, accidentelles ou attentat, survenues en Europe ces vingt dernières années (si >20 victimes et/ou >20 transferts) *Note : le bilan victimes est considéré à l'exclusion des assaillants, le cas échéant. Le décompte est considéré en début de situation et non au bilan définitif (décès hospitaliers comptabilisés dans les transferts). Le recueil ne prend pas en compte les événements climatiques (suivi des transferts indisponible) et n'est pas exhaustif pour les accidents routiers.*

Type d'événement	Total Victimes n	Décès sur site		Transferts vers ES		Dont transferts Urgences absolues	
		n	%	n	%	n	%
Somme	9343	897	10%	3949	42%	540	6%
Moyenne	374	39	10%	165	44%	26	7%
Ecart type	363	34	9%	156	43%	18	5%
Moyenne balistique ou explosion	643	79	12%	292	45%	41	6%
Moyenne attaque véhicule bélier	189	28	15%	132	69%	40	21%
Moyenne accident transport	169	25	15%	60	36%	12	7%
Moyenne accident industriel	1312	18	1%	425	32%	28	2%

Interprétation : Depuis 20 ans les principales situations sanitaires en Europe ayant fortement impacté l'offre de soins ont généré le **transfert hospitalier de 165 victimes dont 26 urgences absolues, avec de fortes disparités selon les types d'événements. Les attaques balistiques ou explosives représentent en moyenne 292 admissions dont 41 UA, les attaques par véhicule bélier 132 transferts dont 40 UA (21%).**

Un travail plus détaillé sur 296 000 articles avec bilan victimaire des bases scientifiques (Pubmed), attentat (GTD), accidents de transport (BEA), et industriels (BARPI), a retenu 120 articles et rapports détaillant le bilan initial de 64 SSE survenues en Europe depuis 1995. **L'événement SSE moyen européen correspond à la prise en charge de 310 victimes dont 103 hospitalisations, dont 21 UA (14%).** L'événement médian correspond à 71 victimes dont 49 hospitalisations dont 13 UA (12%). L'analyse par type d'événement définissait sept panels moyens distincts : attaque balistique, explosif, véhicule-bélier, incendie, accident industriel ou transport, mouvements de foule.

Ces panels SSE européen moyen et médian identifient deux repères à confronter aux points de rupture de chaque territoire. Les 64 panels individuels constituent un outil d'entraînement sur situations réelles transposable dans chaque territoire.

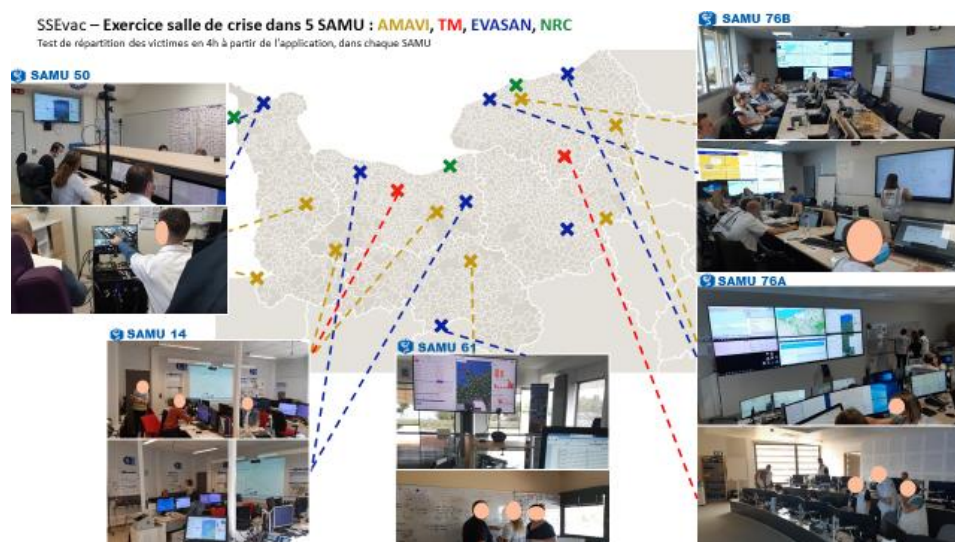


Ces différents éléments doivent permettre de définir le seuil de rupture capacitaire départemental et régional des différentes filières de prise en charge AMAVI, pour permettre en tant que de besoin d'anticiper le recours aux renforts zonaux, voire nationaux.

La réalisation d'entraînements spécifiques de répartition de très nombreuses victimes en salles de crises SAMU – CRAPS permet d'entraîner les équipes sur la gestion du même événement dans leur territoire, et d'observer la réponse possible propre à chaque secteur en respectant les délais d'engagement, de transport, et les places disponibles du secteur.

Cet événement moyen des 310 victimes a été appliqué dans chaque SAMU normand, par un exercice de crise sur un site isolé de son territoire (nœud ferroviaire, festival, site touristique). Ces cinq tests en sites isolés (limites de secteurs) ont permis d'observer les délais attendus :

- **D'arrivée de l'ensemble des SMUR** nécessaires en temps de route réels (médian 64 min, max 128 min) ;
- **De départ possible des 21 patients UA** (médian 102 min, max 188min)
- **D'arrivée possible des 21 patients UA** dans un ES du secteur selon sa capacité AMAVI T0 (médian 200min max 309min)



ETAPE 7 : EVALUATION DU DISPOSITIF : Évaluations multirisques et dispositifs prudentiels

Le suivi des points de rupture s'appuie sur l'obtention de données fiables et structurées auprès des établissements de santé et leur recueil coordonné en exercice comme en cas d'événement réel (figure 7).

Ce suivi va permettre à la fois une phase de planification pour définir les points de rupture par filière, la mise en place d'une stratégie précoce en début d'événement, puis l'aide à la gestion de crise réelle. Utiliser le même outil de planification pour gérer un événement en temps réel est un principe important pour améliorer la stratégie et l'efficacité de la réponse.

Le dispositif ORSAN régional est évalué au regard des 9 modalités prises en compte : Les victimes (notion de volume, puis de profils particuliers), la cinétique (notion d'impact immédiat, puis d'impact prévisible), les moyens (disponibles, puis nécessaires), les transferts (notion de distances, puis de délais), les capacités d'accueil AMAVI par filière (en soins puis en hospitalisation), les compétences et niveaux de recours (Expert, 1^{ère} ligne, 2^e ligne), la période de recours (jour, ou PDSSES), le lieu (un événement, ou multisites), les acteurs (de soins, puis gestionnaires).

A celles-ci s'ajoute différents choix stratégiques dont l'intérêt dépend de chaque territoire (orientations liées, organisation de convois, transfert d'équipes chirurgicales, etc). Le bénéfice de chacune de ces stratégies doit être évalué en planification en fonction de l'offre de soins AMAVI du territoire, des distances de transfert, et des différents risques SSE. Le bénéfice est évalué en terme d'intérêt individuel et collectif (délai de prise en charge des patients les plus graves), ou de moyens engagés (transports secondaires induits).

Exemple 1 : Réalisation d'orientations liées : orientation des victimes sur une place de soins (bloc ou urgences) uniquement si place d'hospitalisation disponible sur le même établissement (en soins critiques ou MCO). Cette stratégie limite le nombre de transferts secondaires médicalisés, au prix d'un transfert primaire plus long avant accès au bloc opératoire.

Exemple 2 : Organisation de convois sanitaires de 2 patients par équipe SMUR, 1 médicalisé et 1 paramédicalisé. Cette stratégie limite le nombre d'équipes mobilisées et accélère les évacuations médicalisées du site, mais contraint l'orientation sur un même établissement des 2 victimes.

Il doit également prendre en compte la survenue d'un même risque sur plusieurs sites, ou l'association de plusieurs risques sur un même événement :

Exemple 1 : Intempéries entraînant un péril structurel sur plusieurs établissements, avec évacuation de leurs patients vers d'autres structures

Exemple 2 : Incendie sur un établissement de santé entraînant la prise en charge de victimes traumatisées graves, grands brûlés, intoxiquées, et l'évacuation des autres patients non blessés mais en soins dans la structure.

Cette évaluation multirisques est particulièrement intéressante dans le cas de la rédaction des plans de gestion SSE de chaque établissement de santé, et pour la préparation des dispositifs prudentiels (festivals, événements sportifs, cérémonies officielles, etc.). Elle peut être réalisée en planification pour établir les points de rupture et plans de réponses dans une interface de suivi, et y intégrer la gestion de crise en cas d'événement réel.

Plan ORSAN AMAVI : Objectifs à atteindre pour un établissement				Capacité structurelle		Capacité ressource
Plan ORSAN AMAVI : Objectifs à atteindre pour un établissement de première ligne				T0 sous 30 min (ressources présentes mobilisables)	T3 sous 3 heures (ressources après renforts et déprogrammation)	Tmax
						ressources totales de l'établissement, repère théorique
	Période	Filière de soins	Critères d'évaluation de la capacité dans cette filière de soins			
CAPACITE DE SOINS AIGUS	En journée (de 8h à 18h)	Bloc adulte	Le nombre de patients est déterminé par les ressources mobilisables, L'objectif à atteindre correspond à un tiers des ressources totales de l'établissement sous 30min, deux tiers à 3h, Ces seuils correspondent à la part observée disponible sur un relevé de 300 ES sur 5 ARS en 2022	30% du Tmax	60% du Tmax	Tmax = Minimum de (A,B,C,D) employés par l'ES, avec A: nombre total d'Anesthésistes ou IADE, B: nombre total de salles de bloc, C: nombre total de chirurgiens, D: nombre total d'Ibodes
		Bloc pédiatrique	1 ^{ère} intention En 1ere intention : - Les victimes chirurgicales pédiatriques sont orientées vers les centres experts disposant d'un plateau technique spécialisé en chirurgie pédiatrique	50% du Tmax	80% du Tmax	Tmax = Minimum de (A,B,C,D) employés par l'ES, avec A: nombre total d'Anesthésistes ou IADE pédiatriques, B: nombre total de salles de bloc, C: nombre total de chirurgiens pédiatriques, D: nombre total d'Ibodes
		Bloc pédiatrique	2 ^{ème} intention En 2e intention, en cas de surcharge des centres de référence : - L'orientation des victimes pédiatriques et >30kg s'appuie sur certains établissements de première ligne identifiés selon 2 conditions : o Ayant pratiqué des actes de chirurgie en hospitalisation complète sur des enfants de moins de 10 ans (seuil de 30kg), d'après l'activité renseignée dans le PMSI. o Appartenant au réseau d'établissements disposants d'une autorisation de maternité de niveau 2 ou 3 (plateau technique chirurgical et pédiatre néonatalogiste 24h/24).	1 enfant >10 ans	1 enfant >10 ans	Si l'établissement remplit les 2 critères (Maternité 2-3 et chirurgie sur enfant) Tmax= 1 patient de 10 à 16 ans (>30 kg) , déduit des capacités adultes
	En permanence de soins (de 18h à 8h, week ends et fériés)	Bloc adulte	Le nombre de patients est déterminé par les ressources mobilisables en période de permanence des soins (nuit, week end, fériés), L'objectif à atteindre correspond à l'ensemble des lignes d'astreinte ou garde postées référencées sur l'établissement (absence d'activité programmée).	100% du Tmax	100% du Tmax	Tmax = Minimum (A,B,C,D) de personnels d' astreinte ou garde : A: nombre total d'Anesthésistes ou IADE , B: nombre total de salles de bloc ouvrables en nuit ou week end , C: nombre total de chirurgiens d'astreinte ou garde, D: nombre total d'Ibodes d'astreinte ou garde
		Bloc pédiatrique	1 ^{ère} intention En 1ere intention : - Les victimes chirurgicales pédiatriques sont orientées vers les centres experts disposant d'un plateau technique spécialisé en chirurgie pédiatrique. L'objectif à atteindre correspond à l'ensemble des lignes d'astreinte ou garde postées référencées sur l'établissement pour la chirurgie pédiatrique.	100% du Tmax	100% du Tmax	Tmax = Minimum (A,B,C,D) de personnels d'astreinte ou garde : A: nombre total d'Anesthésistes ou IADE pédiatriques, B: nombre total de salles de bloc, ouvrables en nuit ou week end ,

Plan ORSAN AMAVI : Objectifs à atteindre pour un établissement					Capacité structurelle		Capacité ressource
Plan ORSAN AMAVI : Objectifs à atteindre pour un établissement de première ligne				Délai de mise en œuvre (ressources mobilisables)	T0	T3	Tmax
					sous 30 min (ressources présentes mobilisables)	sous 3 heures (ressources après renforts et déprogrammation)	ressources totales de l'établissement, repère théorique
							C: nombre total de chirurgiens pédiatriques, D: nombre total d'Ibodes
		Bloc pédiatrique	2e intention	En 2e intention, en cas de surcharge des centres de référence : - L'orientation des victimes pédiatriques et >30kg s'appuie sur certains établissements de première ligne identifiés selon 2 conditions (identiques à celles en journée)	1 patient	1 patient	Tmax= 1 patient de 10 à 16 ans (>30 kg) si conditions remplis par l'ES, déduit des capacités adultes
	En journée (de 8h à 18h)	Urgences adultes UA		Nombre de patients en urgence absolue, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Selon personnels postés en journée aux urgences, (hors personnel partagé avec le SMUR) Tmax= 1 médecin et 2 infirmiers pour 2 patients UA
		Urgences pédiatriques UA		Nombre de patients en urgence absolue, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Selon personnels postés en journée aux urgences pédiatriques, (hors personnel partagé avec le SMUR) Tmax= 1 médecin et 2 infirmiers pour 2 patients UA
		Urgences adultes UR		Nombre de patients en urgence relative, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Selon personnels postés en journée aux urgences, (hors personnel partagé avec le SMUR) Tmax= 1 médecin et 2 infirmiers pour 5 patients UR
		Urgences pédiatriques UR		Nombre de patients en urgence relative, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Selon personnels postés en journée aux urgences pédiatriques, (hors personnel partagé avec le SMUR) Tmax= 1 médecin et 2 infirmiers pour 5 patients UR
	En permanence de soins (de 18h à 8h, week ends et fériés)	Urgences adultes UA		Nombre de patients en urgence absolue, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Selon personnels en garde ou postés en période PDS aux urgences, (hors personnel partagé avec le SMUR) Tmax= 1 médecin et 2 infirmiers pour 2 patients UR
		Urgences pédiatriques UA		Nombre de patients en urgence absolue, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Selon personnels en garde ou postés en période PDS aux urgences pédiatriques, (hors personnel partagé avec le SMUR)

Plan ORSAN AMAVI : Objectifs à atteindre pour un établissement				Capacité structurelle		Capacité ressource
Plan ORSAN AMAVI : Objectifs à atteindre pour un établissement de première ligne				T0	T3	Tmax
				sous 30 min (ressources présentes mobilisables)	sous 3 heures (ressources après renforts et déprogrammation)	ressources totales de l'établissement, repère théorique
						Tmax= 1 médecin et 2 infirmiers pour 2 patients urgences absolues
		Urgences adultes UR	Nombre de patients en urgence relative, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Tmax=1 médecin et 2 infirmiers pour 5 patients en UR
		Urgences pédiatriques UR	Nombre de patients en urgence relative, déterminé selon nombre de lignes postées de médecins et infirmiers	70% du Tmax	100% du Tmax	Tmax=1 médecin et 2 infirmiers pour 5 patients en UR
CAPACITES 'HOSPITALISATION	EN JOURNEE OU PDS-ES	REA Adulte ou >16 ans	Repère des lits accessibles à T0 selon le taux d'occupation annuel	5% du Tmax	7% du Tmax	Tmax = nombre de lits installés en réanimation adulte
		REA Pédiatrique <16 ans	Repère des lits accessibles à T0 selon le taux d'occupation annuel	18% du Tmax	30% du Tmax	Tmax = nombre de lits installés en réanimation pédiatrique
		REA Néonatale <30j	Repère des lits accessibles à T0 selon le taux d'occupation annuel	10% du Tmax	15% du Tmax	Tmax = nombre de lits installés en réanimation néonatale
		USC Adulte ou >16 ans.	Repère des lits accessibles à T0 selon le taux d'occupation annuel	30% du Tmax	50% du Tmax	Tmax = nombre de lits installés en unité de soins continus adultes
		USC Pédiatrique <16 ans.	Repère des lits accessibles à T0 selon le taux d'occupation annuel	10% du Tmax	15% du Tmax	Tmax = nombre de lits installés en unité de soins continus pédiatriques
		USC Néonatal <30j.	Repère des lits accessibles à T0 selon le taux d'occupation annuel	25% du Tmax	30% du Tmax	Tmax = nombre de lits installés en unité de soins continus néonataux

Plan ORSAN AMAVI : Enquête capacitaire type

☐ EXERCICE ☐ EVENEMENT REEL

Nom de l'établissement : _____ (contact tel /mail : _____)
☐ Relevé effectué le __/__/__ à __: __ par _____ (contact tel /mail : _____)

☐ Envoyé à l'établissement : le __/__/__ à __: __ ☐ Reçu du retour ES : le __/__/__ à __: __

Capacités AMAVI au bloc opératoire	Capacité structurelle	
	Sous 30 minutes (T0 immédiate)	Dans 3 heures (T3 montée en puissance)
Anesthésie (A)		
• Infirmiers anesthésistes (IADE)		
• Médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR)		
• Médecins anesthésistes ou réanimateurs pédiatriques		
Bloc (B)		
• Salles de bloc disponibles		
Chirurgiens (C)		
• Orthopédistes		
• Viscéraux		
• Thoraciques		
• Neurochirurgiens		
• Pédiatriques		
• Autres spécialités		
Dispositif chirurgicaux (D)		
• Matériel stérilisé de bloc opératoire : boîtes disponibles pour blessures multiples		
Donc, capacité AMAVI au bloc (minimum de l'ensemble (A,B,C,D)) :	___ UA	___ UA
A part : Embolisation : Capacités radio-interventionnelles (praticiens, salles et équipements spécialisés disponibles)	___ UA	___ UA

Capacités AMAVI aux Urgences	Capacité structurelle	
	Sous 30 minutes (T0 immédiate)	Sous 30 minutes (T0 immédiate)
Urgences adultes		
• Urgentistes présents		
• Infirmiers présents		
• Box monitorés/SAUV		
Donc, nombre de patients adultes en AMAVI (par trinôme médecin+2 IDE = prise en charge de 2 UA ou 5 UR) :	__ UA ou __ UR	__ UA ou __ UR
Urgences pédiatriques		
• Pédiatres urgentistes présents		
• Infirmiers présents		
• Box monitorés/SAUV		
Donc, nombre de patients adultes en AMAVI (par trinôme médecin+2 IDE = prise en charge de 2 UA ou 5 UR) :	__ UA ou __ UR	__ UA ou __ UR
Plateau technique imagerie et biologie		
• Radiologues présents		
• Manipulateurs d'électroradiologie présents		
• Biologistes présents		
• Techniciens de laboratoire présents		
Capacités AMAVI en lits d'hospitalisation	Capacité structurelle	
	Sous 30 minutes (T0 immédiate)	Sous 30 minutes (T0 immédiate)
MCO et soins critiques adultes		
• Hospitalisation conventionnelle en chirurgie		
• Hospitalisation conventionnelle en obstétrique		
• Hospitalisation conventionnelle en médecine		
• Soins critiques : réanimation		
• Soins critiques : unité soins intensifs		
MCO et soins critiques pédiatriques		
• Hospitalisation conventionnelle chirurgie		
• Hospitalisation conventionnelle médecine		
• Soins critiques : réanimation		
• Soins critiques : unité soins intensifs		

MISSIONS DES OPÉRATEURS DE SOINS

<i>Opérateurs de soins</i>	<i>Missions</i>	<i>Dispositif de réponse</i>
SAMU territorialement compétent & SMUR associés	• Montée en puissance et adaptation de la régulation médicale (CRRRA) pour la gestion de la crise • Mobilisation des SMUR pour assurer la prise en charge initiale des blessés • Régulation médicale des blessés (initiation du parcours de soins en fonction des lésions) • Mobilisation des SAMU périphériques (appui solidaire immédiat)	• Procédure spécifique de montée en puissance et de gestion de crise des SAMU et des SMUR
SAMU de zone	• Mobilisation des renforts SMUR de la zone/PSM dans le cadre du PZMRS	• Procédure spécifique de montée en puissance du SAMU de zone et de gestion de crise
Établissements de santé de 1 ^{ère} ligne	• Prise en charge des blessés graves et légers	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet AMAVI)
Établissements de santé de 1 ^{ère} ligne experts	• Prise en charge des blessés graves et légers • Prise en charge des blessés graves requérant une prise en charge spécialisée (neurochirurgie, chirurgie cardio-thoracique, ...)	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet AMAVI)
Établissements de santé de 2 ^{ème} ligne	• Prise en charge en différé de patients pour augmenter les capacités des établissements de santé de première ligne	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet AMAVI)
Tous les établissements de santé situés à proximité de l'événement	• Réponse minimale de tout établissement de santé : accueillir et prendre en charge un nombre important de blessés non régulés avant éventuellement leur transfert vers des établissements spécialisés	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet AMAVI)
Médecine de ville	• Sans impact à l'exception de l'appui le cas échéant, au dispositif d'aide médicale urgente (MCS, MSPV) • Assurer une prise en charge secondaire /suivi des patients à la sortie de l'hôpital	• Dispositifs spécifiques de mobilisation
Établissements médico-sociaux	• Sans impact à l'exception le cas échéant, de la sortie anticipée de patients pour un retour en établissement médico-social dans un objectif de libération de place dans les établissements de santé de première ligne voire de deuxième ligne ou de l'accueil temporaire de patients	• Plan bleu

TRAME TYPE DU PLAN ORSAN AMAVI

ÉLÉMENTS DE DOCTRINE

CONTEXTE REGIONAL ET OBJECTIFS OPERATIONNELS

Décrire le contexte, les enjeux et les objectifs opérationnels propres à la région

CHAMP D'APPLICATION DU PLAN AMAVI

Décrire les types de situation d'urgences collectives (NOVI) : NOVI traumatiques/NOVI tuerie de masse

Préciser l'articulation ORSEC NOVI/ORSAN AMAVI

ORGANISATION DE LA RÉPONSE SANITAIRE REGIONALE

Décrire : - les principes généraux de cette organisation

- la cinétique d'organisation de la réponse sanitaire
- le classement des établissements de santé
- les parcours de soins et les filières de prise en charge

MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DU PLAN ORSAN AMAVI

SCHEMA D'ORGANISATION CIBLE DU PLAN ORSAN AMAVI

Réaliser un schéma décrivant l'organisation de la réponse à mettre en œuvre (logigramme) et intégrant les principales agglomérations de la région

SCHEMA DE COORDINATION INTER-ACTEURS

Élaborer un schéma décrivant la coordination/articulation entre les acteurs (DGS, Préfecture, ARS, SAMU, SDIS, établissements, etc.)

FICHES ACTEURS

Élaborer des fiches décrivant le rôle et les missions de chaque acteur impliqué dans la réponse

• ARS territorialement concernée • ARS de zone • EFS • ...	• SAMU territorialement compétent • SMUR • SAMU de zone • Établissements de santé de première ligne • Établissements de santé de première ligne experts • Établissement de santé de deuxième ligne

FICHES TECHNIQUES

Élaborer des fiches techniques sur les thématiques suivantes :

Régulation médicale - transport

Tri et prise en charge chirurgicale

Stock tactiques

Approvisionnement PSL

Logistique O₂

SINUS/SI-VIC

Accueil des familles et des proches

Communication

Bases de données et indicateurs

...

ANNEXES

Élaborer les annexes suivantes :

Carnet de suivi du plan

Glossaire / Lexique

Cartographie des opérateurs de soins

Bibliographie

Outil de recensement de l'offre de

...

DÉCLENCHEMENT DU PLAN ORSAN AMAVI ET CONDUITE DE CRISE

CONDITION DE DÉCLENCHEMENT

L'opportunité du déclenchement du plan ORSAN AMAVI s'apprécie au cas par cas en fonction de l'événement et de son impact potentiel sur le système de santé en particulier sur les établissements de santé de première ligne (nombre et gravité des blessés à prendre en charge). Le plan ORSAN AMAVI s'inscrit dans la continuité du plan ORSEC NOVI en organisant la prise en charge des blessés dans les établissements de santé concernés après leur gestion préhospitalière (régulation médicale par le SAMU et prise en charge médicale des blessés par les SMUR).

Le déclenchement du plan ORSAN AMAVI doit donc être envisagée dès lors qu'un Préfet de département déclenche la plan ORSEC NOVI. Il sera ainsi déclenché pour répondre à **un événement provoquant un nombre important blessés somatiques non contaminés, dépassant la capacité courante de prise en charge des établissements de santé du territoire concernés et nécessitant l'adaptation de l'offre de soins.**

MODALITÉS DE DÉCLENCHEMENT

Le plan ORSAN AMAVI est déclenché par le Directeur général de l'ARS.

Le Directeur général de l'ARS déclenche également ce plan à la demande du Préfet de département ou du Ministre chargé de la santé.

ACTIVATION DE LA CRAPS

Le déclenchement du plan ORSAN AMAVI impose l'activation immédiate de la CRAPS selon la procédure interne à l'ARS.

CONDUITE DE CRISE

L'objectif est d'assurer la prise en charge optimale des blessés dans les établissements de santé adaptés.

À ce titre, l'ARS doit :

- S'assurer de la mobilisation effective des établissements de santé de première ligne et le cas échéant, de deuxième ligne (déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé : niveau 2 « plan blanc » (volet AMAVI) ;
- Mobiliser les établissements de santé pour actualiser les capacités d'accueil dans les établissements de santé via le SI-ORSAN avec mise à jour en temps réel avec la montée en puissance des établissements (enquête flash aux établissements et décompte des orientations) pour faciliter l'orientation des patients par le médecin régulateur du SAMU (places disponibles selon le délai d'arrivée du patient, le plateau technique de l'établissement de santé, filière bloc/urgence adulte/enfant jour/nuit-WE, places restantes) ;
- Assurer le pilotage Santé pour l'élaboration du bilan victimaire, en lien avec la préfecture et les services de secours (Décès en établissements de santé, arrivées spontanées, etc.) ;
- Assurer la coordination et le suivi de la réponse des établissements de santé en particulier en particulier l'identification des victimes, le suivi des victimes, ainsi que l'information des familles (via SI-VIC) ;
- Mobiliser les moyens nécessaires à la prise en charge des blessés au bénéfice des établissements de santé impactés ;
- Coordonner en appui des établissements de santé, leur mise en sécurité ;
- Solliciter le cas échéant, des moyens de renfort auprès de l'ARS de zone ;

- ...

Les différentes phases de la crise sont définies ci-après en précisant à titre indicatif les actions à mettre en œuvre par l'ARS et les opérateurs de soins.

OUTILS COMPLÉMENTAIRES POUR LA CONDUITE DE CRISE

- Plan ORSAN MEDICO-PSY
- Plan ORSAN NRC
- DST ORSAN « Montée en puissance de l'offre de soins critique »
- DST ORSAN « Mobilisation des ressources humaines »
- DST ORSAN « Sécurisation des établissements de santé »
- DST ORSAN « Cybersécurisation des établissements de santé »
- DST ORSAN « Organisation des évacuations sanitaires »

1. Phase d'alerte et de réponse immédiate

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Analyse de la situation interservices (SAMU/CODIS/COGN ou COPN) • Engagement des SMUR et des moyens tactiques (PSM) • 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 • Déclenchement d'un événement SI-VIC • Déclenchement de la procédure de montée en puissance du SAMU et des SMUR • Alerte du SAMU de zone et des SAMU limitrophes (renfort SMUR solidaire) • Alerte des établissements de santé de proximité et de première ligne : filière AMAVI et spécialisées (ex. traumatologie pédiatrique) Établissement de santé en proximité de l'événement • Prise en charge des victimes se présentant spontanément • Déclenchement du plan blanc de l'établissement (niveau 2 plan SSE) et activation de la CCH • Activation du plan de sécurité d'établissement • Alerte SAMU et ARS Établissement de santé de première ligne • Déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé : niveau 2 « plan blanc » (volet AMAVI) et activation de la CCH dès réception de l'alerte du SAMU et/ou de l'ARS • Activation du plan de sécurité d'établissement	ARS territorialement compétente • Activation de la CRAPS dès réception de l'alerte du SAMU et/ou de la Préfecture • Évaluation de la situation avec le SAMU • Mobiliser l'expertise médicale AMAVI de l'ESR • Déclenchement du plan ORSAN AMAVI et le cas échéant, activation de la DST ORSAN SECUR • Déclenchement d'un événement SI-VIC (si non encore fait par la SAMU) • Mobilisation des officiers de liaison pour le COD et le SAMU • Alerte du CORRUS

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Activation de la CZA dès réception de l'alerte par l'ARS • Détermination des besoins et définition de la stratégie de renfort avec le SAMU de zone et l'ARS SAMU de zone • Renforcement de la régulation médicale (procédure de montée en puissance) dès réception de l'alerte du SAMU territorialement compétent et/ou ARS de zone • Alerte des SAMU de la zone	CORRUSS - CCS • Suivi spécifique de l'événement dès réception de l'alerte de l'ARS • Activation le cas échéant, du CORRUSS renforcé ou du CCS • Mobiliser le cas échéant, l'expertise médicale nationale sur des spécialités rares (brûlés, traumatologie pédiatrique, ...) pour un appui à la réponse • Alerte EFS (niveau national) • Information le cas échéant, des centres opérationnels des autres ministères concernés

2. Phase de montée en puissance

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Renforcement de la régulation médicale (régulation de crise identifiée) • Renforcement des capacités SMUR (gestion de l'événement et du quotidien) • Premier point de situation avec le DSM et/ou le Directeur médical du SAMU présent sur site • Régulation des premiers blessés graves vers les établissements de santé de première ligne précédemment alertés (liaison avec les DMC) • Transmission des besoins de renfort au SAMU de zone • Participation à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUSS Établissement de santé en proximité de l'événement • Poursuite de la prise en charge des victimes se présentant spontanément • Saisie des patients pris en charge dans SI-VIC • Conduite du plan blanc (CCH) et point de situations réguliers avec l'ARS Établissement de santé de première ligne • Prise en charge des premiers blessés graves régulés par le SAMU • Saisie des premiers patients pris en charge dans SI-VIC Établissement de santé de deuxième ligne • Mise en place d'une organisation permettant l'accueil de patients stabilisés, transférés depuis un ou des établissement(s) de première ligne voire déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé : niveau 1 « plan de mobilisation interne » ou 2 « plan blanc » (volet AMAVI)	ARS territorialement compétente • Constitution effective de la CRAPS : conduite de crise • Premier point de situation avec les officiers de liaison ARS présent au SAMU et au COD • Alerte des établissements de santé de deuxième ligne • Alerte de l'EFS (local/régional) • Point de situation avec l'ARS de zone : anticipation des besoins de renfort • Transmission au CORRUSS d'un premier point rapide de situation • Participation à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUSS : ARS et SAMU

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Identification, en lien avec le SAMU de zone, des renforts SMUR et des moyens tactiques (PSM) mobilisables • Transmission au CORRUSS d'un point rapide de situation sur les renforts disponibles SAMU de zone • 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 ARS de zone (hors zone concernée) • Mise en place d'un dispositif de suivi dès réception de l'alerte du CORRUSS-CCS • Identification en lien avec le SAMU de zone des renforts SMUR et les moyens tactiques (PSM) mobilisables	CORRUS - CCS • Mobilisation du CORRUSS (CORRUS renforcé/CCS) • Mobilisation le cas échéant, d'officier de liaison en CIC et en CNRT/CIAB • Organisation d'une première conférence téléphonique : premier point de situation (ARS, SAMU territorialement compétents, ...) • Alerte des ARS de zone (hors zone concernée) pour l'identification des renforts SMUR, CUMP et les moyens tactiques (PSM) mobilisables • Suivi de la mobilisation de l'EFS • Identification des moyens nationaux mobilisables (sanitaires et vecteurs) • Activation, le cas échéant, d'une solution de télé-expertise (appui à la prise en charge d'enfants traumatisés, de grands brûlés, ...) • Pré-alerte de SpF pour une mobilisation éventuelle de réservistes sanitaires en renfort en post-crise immédiate

3. Phase de conduite de crise

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Conduite de crise : régulation médicale des blessés vers les établissements de santé de première ligne (contact DMC) : information des SAMU compétents si orientation vers des établissements de santé hors département • Points de situation réguliers avec l'ARS : capacités de prise en charge, nécessité le cas échéant, de recourir aux établissements de santé de deuxième ligne • Points de situation réguliers avec la cellule de crise de l'établissement de santé siège du SAMU • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS Établissement de santé en proximité de l'événement • Organisation le cas échéant, en lien avec le SAMU du transfert des blessés pris en charge spontanément vers des établissements de santé de première ou de deuxième ligne Établissement de santé de première ligne • Accueil et prise en charge des blessés régulés par le SAMU • Saisie des patients pris en charge dans SI-VIC • 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	ARS territorialement compétente • Conduite de crise • Points de situation réguliers avec le COD (officier de liaison COD) • Points de situation réguliers avec le SAMU (officier de SAMU) • Organisation d'une conférence téléphonique avec les établissements de santé impactés pour identifier les points de rupture dans l'offre de soins • Transmission au CORRUSS-CCS d'un premier point rapide de situation • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS

Établissement de santé de deuxième ligne

- Accueil et prise en charge des blessés régulés par le SAMU ou transférés à partir des établissements de santé de première ligne
- Saisie dans SI-VIC des patients pris en charge
- 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

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Mobilisation, le cas échéant, en lien avec le SAMU de zone, de renforts SMUR et de moyens tactiques (PSM) • Transmission au CORRUSS de points de situation réguliers sur les renforts disponibles • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS SAMU de zone • Mobilisation à la demande de l'ARS de zone de renforts SMUR et de moyens tactiques (PSM) • Recueil des besoins de renfort complémentaires du SAMU territorialement compétent ARS de zone (hors zone concernée) • Mobilisation, le cas échéant, en lien avec le SAMU de zone de renforts SMUR et de moyens tactiques (PSM) • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS	CORRUS - CCS • Conduite de crise (CORRUS renforcé/CCS) • Organisation d'une seconde conférence téléphonique nationale sur l'organisation des renforts : ARS, ARS de zone territorialement compétentes • Déclenchement en tant que de besoin, d'un plan ORSAN national (ex. traumatologie pédiatrique, grands brûlés, ...) avec mise en œuvre d'une télé-expertise • Mobilisation le cas échéant des moyens nationaux (SMUR, équipes chirurgicales spécialisées, moyens stratégiques) en complément des moyens zonaux

4. Phase de post-crise

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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 Établissement de santé en proximité de l'événement • Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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 Établissement de santé de première ligne • Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SI-VIC) • Mise en œuvre de la prise en charge médico-psychologique et médico-sociale des blessés dans un objectif de réhabilitation • Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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	ARS territorialement compétente • Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SI-VIC) • Coordination de la mise en œuvre des mesures médico-sociale de prise en charge et de réhabilitation des blessés (CLAV) • Organisation en lien avec la CUMP régionale, en appui des structures de soins impactées, d'une offre de prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels • Organisation d'un retour d'expérience avec les différents acteurs mobilisés (SAMU, SMUR, établissements de santé) et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations

Établissement de santé de deuxième ligne

- Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SI-VIC)
- Mise en œuvre la prise en charge médico-psychologique et médico-sociale des blessés dans un objectif de réhabilitation
- Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Organisation d'un retour d'expérience avec le SAMU de zone et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations SAMU de zone • 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 ARS de zone (hors zone concernée) • Organisation d'un retour d'expérience avec le SAMU de zone et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations	CORRUSS - CCS • Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SI-VIC) • Coordination de la mise en œuvre des mesures médico-sociale de prise en charge et de réhabilitation des blessés (COIAY) • Organisation d'un retour d'expérience avec les différents acteurs mobilisés et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations

FICHES TECHNIQUES POUR LA CONDUITE DE CRISE

Dossier capacitaire des opérateurs de soins

Annuaire des opérateurs de soins

Un annuaire exhaustif des opérateurs de soins est constitué et maintenu à jour.

Il comprend les coordonnées des structures et de leur responsable notamment des :

- SAMU des départements composant la région ;
- SAMU de zone ;
- Établissements première ligne ;
- Établissements première ligne expert ;
- Établissement deuxième ligne ;
- Établissement français du sang ;
- Toutes autres structures utiles à la conduite de crise.

Fiche de synthèse capacitaire de l'offre de soins par département

Le plan opérationnel de réponse ORSAN AMAVI s'inscrit dans la continuité du plan ORSEC NOVI. À ce titre, sa déclinaison par département est particulièrement pertinente. Dans ce cadre, il convient de disposer en conduite de crise d'une synthèse des capacités des opérateurs de soins après montée en puissance (plan SSE) par département comportant notamment :

- Capacité de montée en puissance du SAMU ;
- Nombre d'équipes SMUR de jour et de nuit en routine et nombre d'équipes mobilisables en situation de crise (véhicules terrestres et aériens disponibles)
- Capacités de prise en charge des blessés adultes et enfants (graves et légers) assignées aux établissements de première ligne et de deuxième ligne à T0 (capacité structurelle), et après activation du plan blanc à T+3 heures (capacité plancher) en particulier :
 - Les capacités inhérentes aux plateaux techniques pour le « damage control » chirurgical et l'imagerie interventionnelle ;
 - Les capacités d'hospitalisation (adultes et enfants) en soins critiques : unité de soins critiques (USC)) et des possibilités d'extension des capacités de prise en charge réanimatoire en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ;
 - Les capacités d'hospitalisation conventionnelle (médecine et chirurgie) et leurs modalités de renforcement.
- Ressources en spécialités médicales et chirurgicales mobilisables pour le renforcement des capacités des établissements de santé de première ligne voire de deuxième ligne ;
- Capacité de stérilisation des établissements de santé de première et de deuxième ligne et de suppléance le cas échéant ;
- Ressources en O2 médical (évaporateur, bouteilles) ;
- Les moyens tactiques disponibles dans les établissements et leurs capacités de projection (vecteurs de transport) ;
- ...

La fiche de synthèse par département est complétée par une fiche capacitaire pour chaque établissement de santé de première et de deuxième ligne (cf. *infra*).

NB : Ces différents éléments doivent permettre de définir le seuil de rupture capacitaire du département et par extension au niveau régional.

Fiche capacitaire des établissements de santé de première ligne et première ligne experts

Il s'agit de disposer d'une **fiche signalétique par établissement de santé de première ligne** mentionnant :

- Les coordonnées de l'établissement, de son directeur et de la cellule de crise hospitalière ;
- Les capacités d'offre de soins de l'établissement (SAU, plateau technique, USI/soins critiques, spécialités médicales et chirurgicales, ...) ;
- Les capacités de prise en charge des blessés adultes et enfants (graves et légers) assignées à l'établissement de première ligne à T0 (capacité structurelle), T1, T+3h (capacités plancher) ... en particulier :
 - Les plateaux techniques notamment pour le « damage control » chirurgical et l'imagerie interventionnelle ;
 - Les capacités d'hospitalisation (adultes et enfants) en unité de soins critiques (USC) et des possibilités d'extension des capacités de prise en charge réanimatoire en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ;
 - Les capacités d'hospitalisation conventionnelle (médecine et chirurgie) et leurs modalités de renforcement
- Les capacités de stérilisation : besoin quotidien moyen ($m^3/24$ heures) et capacité maximales ($m^3/24$ heures) ;
- Les ressources en O₂ médical (évaporateur, bouteilles) ;
- Les capacités de décontamination approfondie ;
- Les moyens tactiques disponibles et leurs capacités de projection ;
- ...

Pour les **établissements de santé de première ligne experts**, la fiche capacitaire sera complétée par les capacités spécialisée de prise en charge des blessés adultes et enfants (graves et légers) assignées à l'établissement de première ligne à T0 et T+3h notamment : chirurgie thoracique et vasculaire, neurochirurgie, chirurgie pédiatrique, unités de prise en charge de grands brûlés, soins critiques pédiatriques, ...

Fiche capacitaire des établissements de santé de deuxième ligne

Il s'agit de disposer d'une **fiche signalétique par établissement de santé de deuxième ligne** mentionnant :

- Les coordonnées de l'établissement, de son directeur et de la cellule de crise hospitalière ;
- Les capacités d'offre de soins de l'établissement (SAU, plateau technique, USI/soins critiques, spécialités médicales et chirurgicales, ...) ;
- Les capacités de prise en charge des blessés adultes et enfants (graves et légers) assignées à l'établissement en complément des établissements de santé de première ligne notamment :
 - Les capacités inhérentes aux plateaux techniques ;
 - Les capacités d'hospitalisation (adultes et enfants) en unité de soins critiques (USC), et des possibilités d'extension des capacités de prise en charge réanimatoire en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ;
 - Les capacités d'hospitalisation conventionnelle (médecine et chirurgie) et leurs modalités de renforcement.
- Les capacités de stérilisation : besoin quotidien moyen ($m^3/24$ heures) et capacité maximales ($m^3/24$ heures) ;
- Les ressources en O₂ médical (évaporateur, bouteilles) ;
- Les spécialités chirurgicales rares : chirurgie thoracique et vasculaire, neurochirurgie, chirurgie pédiatrique, ... ;
- ...

Fiche capacitaire pédiatrique régionale

Cette fiche a pour objectif de recenser les ressources et les capacités régionales de prise en charge spécifiques à la pédiatrie afin d'élaborer le parcours de soins des enfants blessés et d'organiser le cas échéant, le renforcement des établissements de santé de première ligne par des ressources médicales et paramédicales issues des établissements de santé de première ligne experts.

Il s'agit notamment d'identifier les ressources en professionnels de santé et capacités de prise en charge pédiatriques suivantes :

- Chirurgie pédiatrique viscérale, orthopédique, neurochirurgie, ... ;
- Anesthésie pédiatrique ;
- Soins critiques pédiatriques ;
- ...

Fiche capacitaire grands brûlés régionale

Cette fiche a pour objectif de recenser les ressources et capacités régionales de prise en charge spécifiques aux brûlés graves afin d'élaborer leurs parcours de soins, d'organiser le cas échéant, le renforcement des établissements de santé de première ligne par des ressources médicales et paramédicales issues des centres de brûlés.

Fiche capacitaire des ressources de transport sanitaire départementale et régionale

La réponse du système de santé définie par le plan opérationnel de réponse ORSAN AMAVI peut conduire à transporter des patients d'un établissement de santé de première ligne vers un établissement de santé de deuxième ligne voire le cas échéant, vers d'autres établissements. Il convient donc d'assurer le recensement des capacités des transporteurs sanitaires privés afin de les mobiliser voire de les réquisitionner si besoin.

Compte-tenu de l'organisation départementale des transports sanitaires, cette fiche a vocation à être élaborée par département. Les données sont ensuite agrégées à l'échelon régional.

Fiche capacitaire de la médecine de ville régionale

Hormis leur participation au plan ORSEC NOVI au titre de l'aide médicale urgente notamment pour les médecins correspondants du SAMU voire les médecins volontaires du service de santé et de secours médical des Services d'incendie et de secours, la médecine de ville est peu impactée par le plan opérationnel de réponse ORSAN AMAVI. Toutefois, les médecins, infirmiers et autres professionnels de santé libéraux sont susceptibles d'être mobilisés pour assurer la prise en charge de patients dont l'hospitalisation serait écourtée pour permettre la libération de lits hospitaliers avec un retour à domicile ou en établissements médico-sociaux.

Dans ce cadre, il est intéressant de disposer d'une cartographie des professionnels de santé libéraux afin d'être en mesure de les mobiliser en tant que de besoin.

Fiche capacitaire des centres médico-sociaux régionale

De même que pour la médecine de ville, le secteur médico-social est peu impacté par le plan opérationnel de réponse ORSAN AMAVI. Toutefois, certains établissements médico-sociaux sont susceptibles d'être mobilisés pour assurer la prise en charge de patients dont l'hospitalisation serait écourtée pour permettre la libération de lits hospitaliers.

Dans ce cadre, il est intéressant de disposer d'une cartographie des établissements médico-sociaux afin d'être en mesure de les mobiliser en tant que de besoin.

Plan ORSAN MÉDICO-PSY

Prise en charge médico-psychologique de nombreuses victimes blessées psychiques



PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DU PLAN

DÉFINITIONS

Plan de prise en charge médico-psychologique de nombreuses victimes, blessées psychiques (plan ORSAN MÉDICO-PSY).

OBJECTIFS ET ENJEUX

Contexte et enjeux

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. Il convient de prévenir, réduire et traiter ces blessures rapidement sous peine de voir s'installer des pathologies psychiatriques chroniques. L'intervention rapide de personnels et de professionnels de l'urgence médico-psychologique permet la prise en charge immédiate et post-immédiate adaptée des victimes, de leur familles et proches et de préparer les relais thérapeutiques ultérieurs.

Les urgences collectives médico-psychologiques peuvent être la conséquence :

- D'un **accident** (accident collectif de circulation, explosion, incendie, catastrophe naturelle, etc.) ;
- D'une **action terroriste** (agression collective par armes de guerres, explosion, ...) ;
- D'une **épidémie** importante (ex. du Covid-19) ;
- D'un conflit armé potentiellement de haute intensité.

Identifiés comme impliqués dans le plan ORSEC NOVI en l'absence de lésions somatiques, ces victimes sont des blessés psychiques imposant des soins médico-psychologiques immédiats et le cas échéant, une prise en charge spécialisée dans la durée. Le nombre et l'âge des blessés psychiques va dépendre de la nature de l'événement causal et nécessiter des prises en charge adaptées en mobilisant le cas échéant, des renforts régionaux, zonaux voire nationaux (ex. mobilisation du réseau national de l'urgence médico-psychologique). La prise en charge médico-psychologique concerne également les familles et proches des victimes mais aussi les intervenants des différents services et des associations agréées de sécurité civile mobilisées lors de l'événement.

Objectif du plan

L'objectif de ce plan consiste à **définir l'organisation de la réponse du système de santé face à un événement provoquant un nombre important de blessés psychiques**, dépassant la capacité habituelle de prise en charge des cellule d'urgence médico-psychologique et établissements de santé concernés.

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 par les cellules d'urgence médico-psychologique. Il est *de facto* associé au plan ORSAN AMAVI qu'il complète pour la prise en charge médico-psychologique des victimes.

Description du plan

Le plan ORSAN MÉDICO-PSY doit ainsi :

- **Définir la stratégie régionale de prise en charge des blessés psychiques** en fonction de la nature de l'évènement, de leur âge (enfants, adultes), de leur tableau clinique et des territoires considérés au sein de la région (département, agglomération, zone rurale, ...) ;
- **Identifier les opérateurs de soins concernés** en particulier les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), les établissements de santé de première ligne et de deuxième ligne et déterminer pour chacun d'entre eux les **objectifs opérationnels de prise en charge des patients** nécessitant une hospitalisation à décliner dans le volet MÉDICO-PSY de leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ;
- **Prendre en compte la réponse minimale attendue des autres établissements de santé (établissements de troisième ligne)** pour la prise en charge des victimes se présentant

spontanément (volet MÉDICO-PSY du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles) ;

- **Spécifier les modalités d'adaptation de la régulation médicale** (SAMU/CUMP territorialement compétents) et **définir les parcours de soins des blessés psychiques** en fonction de la clinique en **renforçant en conséquence les filières de prise en charge** ;
- **Associer les professionnels de santé de ville à la détection des troubles psychiques post-traumatique** et à l'initiation des parcours de soins adaptés des patients ;
- **Identifier dans chaque département, en lien avec les services de l'État et des collectivités territoriales, des locaux** pouvant servir de poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) et l'organisation de la logistique associée (aménagement, secrétariat, ...) ;
- **Prévoir la constitution d'une cellule de coordination du dispositif médico-psychologique chargée de l'organisation des renforts issus de la région et de la logistique associée** (transport, hébergement, ...) et les modalités d'articulation de l'urgence médico-psychologique avec les dispositifs d'aide et de soutien des collectivités territoriales, des associations d'aide aux victimes et des associations agréées de sécurité civile ;
- **Déterminer les points de rupture** de la filière de prise en charge « MÉDICO-PSY » et anticiper le recours aux renforts zonaux voire nationaux ;
- **Recenser les moyens tactiques à mobiliser à l'échelle régionale et leur condition de mobilisation et d'acheminement** (logistique CUMP) ;
- **Décrire la mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN MÉDICO-PSY** (déclenchement, conduite de crise, suivi des victimes), la mobilisation, la coordination et le suivi de la réponse des opérateurs de soins (déclenchement du plan blanc des établissements de santé) en complémentarité du plan ORSEC NOVI ;
- **Organiser le dispositif médico-psychologique de post-urgence** pour assurer le suivi des patients le nécessitant et en anticipant les conséquences sanitaires et sociales liées des troubles psychiques post-traumatique en termes de prise en charge médico-psychologique.

En outre et conformément à 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, le plan ORSAN MÉDICO-PSY doit comprendre :

- Les capacités de réponse de chaque CUMP départementale au sein de la région et le point de rupture régional pour la prise en charge des victimes ;
- La procédure de mobilisation et d'organisation de la montée en puissance du dispositif d'urgence médico-psychologique ;
- L'identification dans chaque département, en lien avec les services de l'État et des collectivités territoriales, des locaux pouvant servir de PUMP et l'organisation de la logistique associée (aménagement, secrétariat, ...) ;
- Les modalités de la constitution d'une cellule de coordination du dispositif médico-psychologique chargée de l'organisation des renforts issus de la région et de la logistique associée (transport, hébergement, ...) ;
- Les modalités d'articulation de l'urgence médico-psychologique avec les dispositifs d'aide et de soutien des collectivités territoriales, des associations d'aide aux victimes et des associations agréées de sécurité civile ;
- L'organisation du dispositif médico-psychologique de post-urgence pour assurer le suivi des patients le nécessitant et assurer une réponse en urgence à chaque fois que surviendra un événement pathologique (rechute ou déclenchement même tardif d'un trouble psychique post-traumatique).



La prise en charge des blessés somatiques est prise en compte dans le plan ORSAN AMAVI.

CHAMP D'APPLICATION

Le plan ORSAN MÉDICO-PSY s'inscrit dans la continuité du plan ORSEC NOVI déclenché par le Préfet et permet la prise en charge rapide des blessés psychiques dans les établissements de santé après régulation médicale par le SAMU territorialement compétent. Il est conjoint du plan ORSAN AMAVI dans la plupart des situations sanitaires exceptionnelles avec de nombreuses victimes.

Le plan ORSEC MÉDICO-PSY est un plan d'urgence destiné à définir l'organisation médico-psychologique permettant de faire face à un événement, quelle qu'en soit l'origine, engendrant de nombreuses victimes blessées psychiques. L'objectif de ce plan est notamment d'assurer leur prise en charge médico-psychologique immédiate et post-immédiate mais aussi d'assurer la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge dans la durée. Ce plan a vocation à optimiser le parcours de soins des patients en impliquant les professionnels de santé de ville dans le repérage précoce des troubles psychiques post-traumatique afin de permettre leur prise en charge spécialisée.

Ce plan prend aussi en compte la prise en charge médico-psychologique des intervenants (professionnels de santé, secouristes, ...).

ÉLÉMENTS DE DOCTRINE POUR L'ACCUEIL MASSIF DE VICTIMES

Lors d'urgences collectives, la stratégie de prise en charge médico-psychologique des victimes doit s'inscrire dans une logique collective qui nécessite d'organiser la réponse immédiate, post-immédiate et le suivi à moyen voire long terme.

La prise en charge des urgences médico-psychologiques est une activité médicale qui fait partie du dispositif de l'aide médicale urgente. Le dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique est institué au profit des victimes de catastrophes, d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou d'événements susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent.

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. Il convient de prévenir, réduire et traiter ces blessures rapidement à proximité du lieu de la catastrophe ou de l'accident sous peine de voir s'installer des pathologies psychiatriques chroniques. L'intervention rapide de personnels et de professionnels de l'urgence médico-psychologique permet la prise en charge immédiate et post-immédiate adaptée des victimes et de préparer les relais thérapeutiques ultérieurs. Ces équipes ont également pour mission d'assurer, en tant que de besoin, des soins psychologiques aux équipes médicales et aux sauveteurs.

Les principes de la prise en charge des blessures psychiques imposent de garder à l'esprit le caractère éminemment subjectif de la rencontre traumatique, d'une confrontation inattendue avec la mort. L'objectif essentiel de cette prise en charge est d'inscrire le sujet en souffrance dans un parcours de soins personnalisé basé sur :

- Le repérage précoce et systématique du stress post-traumatique chez les personnes exposées à un événement potentiellement traumatique ;
- Une prise en charge continue, immédiatement après l'événement, puis sur le moyen et le long terme ;
- Un accompagnement des conséquences sociales et familiales.

De présentations diverses, avec un vécu particulier à chacun, la rencontre traumatique, définie comme l'instant fugace et violent d'un péril vital ressenti ou observé chez un tiers, est une rupture dans l'existence d'un sujet et demande une prise en charge individualisée. Dans ce contexte, les principes essentiels à prendre en compte sont les suivants :

- La prise en charge médico-psychologique des blessés psychiques s'articule en respectant 3 temps :
 - Des soins immédiats ayant pour objectif de soulager la souffrance psychique éprouvée ;

- Des soins post-immédiats consistant en un débriefing médico-psychologique débouchant sur un protocole de prise en charge individuel ;
- Une prise en charge médicale et/ou psychologique à distance, débutant par un bilan des répercussions et visant à diminuer la virulence du syndrome de répétition traumatique.
- Par sa dimension éminemment subjective, par son vécu fréquent de honte et de culpabilité, par la diversité de sa symptomatologie, la blessure psychique ne peut répondre à une prise en charge univoque et à un protocole de soins rigide. Le thérapeute doit s'adapter au temps psychique du patient, favoriser une prise en charge « sur mesure » et ne pas se limiter à appliquer des modalités thérapeutiques standardisées qui, *de facto*, ne permettent pas de prendre en considération la singularité de cette rupture dans l'existence du sujet.
- Le parcours de soins des blessés psychiques doit être complétée par un accompagnement des conséquences socio-professionnelles du traumatisme et le soutien à l'entourage (collaboration avec les associations d'aide aux victimes, structures de santé au travail, santé scolaire, ...) ;
- La prise en charge médico-psychologique des blessés somatiques en particulier ceux qui sont hospitalisés fera l'objet d'une attention particulière de la CUMP en lien avec les équipes dédiées des établissements de santé concernés.

L'objectif essentiel des soins immédiats est la réduction de l'impact psychique engendré par l'événement potentiellement traumatique ; impact individuel, mais également collectif ou institutionnel. Les événements dits « à fort impact collectif » vont engendrer une charge émotionnelle massive source de désordre et de crise qu'il va falloir impérativement prendre en compte et réduire pour ne pas renvoyer aux victimes une image de chaos très délétère pour elles. Pour cela, il est important d'offrir un cadre sécurisé permettant la prise en charge médico-psychologique. Il s'agit d'une guidance psychologique qui doit très rapidement permettre d'introduire un espace de pensée dans le désordre engendré par l'événement. C'est une action indirecte et très spécifique d'organisation, visant la réhumanisation de la scène de l'événement. Les patients en état de stress adapté, accessibles à la relation, peuvent bénéficier d'un « defusing », technique qui consiste à « désamorcer » c'est-à-dire à favoriser la décharge émotionnelle par le langage. Pour les patients en stress dépassé présentant souvent des troubles comportementaux (sidération, agitation, fuite panique voire suicidaire, actes automatiques), il convient d'être particulièrement attentif et non intrusif en les accompagnant, en les rassurant et en les apaisant.

Les soins post-immédiats consistent en des prises en charge précoces qui peuvent être collectives ou individuelles. Le « débriefing » psychologique ou l'« Intervention psychothérapique post immédiate » (IPPI), qui entre dans le champ des soins post-immédiats collectifs, ne s'effectue jamais « à chaud ». En groupe, l'IPPI concerne souvent des intervenants (sapeurs-pompiers, intervenants du SAMU, soignants d'une institution) et est indiquée pour des groupes constitués. Les soins post-immédiats individuels sont des consultations individuelles spécialisées du psychotraumatisme.

QUELQUES RÉFÉRENCES



POUR ALLER PLUS LOIN !

- RERBAL D., PRIETO N., VAUX J., GLOAGUEN A., DESCLEFS JP., DAHAN B., CESAREO E. et DUCHENNE J. Organisation et modalités d'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique. Recommandations 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 psychotraumatologie (AFORCUMP-SFP) Ann. Fr. Med. Urgence (2017) 7:410-424
- MARTINEZ LM., COLAS MD., CREMNITER D., PHILIPPE JM. Prise en charge médico-psychologique des victimes. In Agressions collectives par armes de guerre : conduites à tenir pour les professionnels de santé. DGS Situations sanitaires exceptionnelles 2018 p 169-184.

ÉVOLUTIONS DE LA VERSION 2023 DU PLAN

Le retour d'expérience des attentats de Paris et de Nice en 2015 et 2016 a objectivé la nécessité d'une organisation spécifique de l'urgence médico-psychologique en situation sanitaire exceptionnelle. Initialement créé par l'instruction du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique, le volet ORSAN MEDICO-PSY devient le plan ORSAN MÉDICO-PSY.

METHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PLAN

CONSTITUTION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail d'élaboration du plan ORSAN MÉDICO-PSY doit s'appuyer sur l'expertise des CUMP, des personnels de direction et des professionnels de santé des établissements de santé de première ligne impliqués dans la prise en charge des victimes blessées psychiques notamment des :

- Référents des CUMP en particulier de la CUMP régionale ;
- Directeurs d'établissement en charge de la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- Urgentistes des SAMU, des SMUR et des structures d'accueil des urgences adultes et pédiatriques ;
- Psychiatres, psychologues, cadre de santé des structures de santé mentale assurant la prise en charge en aval des CUMP ;
- Professionnels de santé de ville ;
- Service de santé des armées ;
- Acteurs de la Sécurité civile.
- Représentants des associations de patients.
- ...

STRUCTURATION DU PLAN

Analyse préalable des risques et des menaces

- L'analyse des risques et des menaces, menée au sein de chaque département pour l'élaboration du plan ORSEC NOVI est valable pour le plan ORSAN MÉDICO-PSY, qui est conjoint du plan ORSAN AMAVI ;
- Elle s'appuie sur le schéma départemental d'analyse et de couverture du risque (SDACR) et sur l'état de la menace apprécié à l'échelon du département.

Prise en compte des objectifs fixés par le préfet et la DGS

- Le plan est élaboré sur la base des objectifs de prise en charge déterminés par le Préfet lors de l'élaboration du plan ORSEC NOVI et des orientations définies par la DGS ;
- Ces objectifs sont déterminés au niveau de chaque département et pris en compte dans une logique de parcours de soins et de filières de prise en charge au niveau régional voire extrarégional en fonction des territoires et de l'offre de soins disponible.

Identification et cartographie des capacités de réponse des opérateurs de soins

- L'identification et la cartographie des capacités de réponse des opérateurs de soins est réalisée sur la base du SRS notamment des activités d'urgence médico-psychologique (CUMP) et de prise en charge des troubles psychiques post-traumatique (centres de psychotraumatologie) dans le cadre du projet territorial de santé mentale avec les établissements de santé autorisés en psychiatrie, l'Institution nationale des Invalides en Ile-de-France et les praticiens libéraux dans un objectif de parcours de soins personnalisé.
- Elle prend aussi en compte les activités de médecine d'urgence et de médecine légale (institut médico-légal)
- Ce travail permet d'identifier les établissements de santé de première ligne, première ligne experts et de deuxième ligne.

CRITÈRES CAPACITAIRES DE CLASSEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements siège d'une structure d'urgence disposant d'une cellule d'urgence médico-psychologique départementale. Ils doivent être en capacité :

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

Les établissements experts sont ceux disposant d'une cellule d'urgence médico-psychologique régionale et/ou zonale (ESRR MÉDICO-PSY-CUMP). Ils doivent en outre être en capacité :

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

Établissements de deuxième ligne

Il s'agit des établissements disposant d'une filière de prise en charge en santé mentale. Ils doivent être en capacité d'assurer les relais de prise en charge au-delà des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) sous la coordination de l'ARS.

Établissements de troisième ligne

Tous les établissements de santé doivent être en capacité d'assurer une réponse minimale médico-psychologique soit d'accueillir et de prendre en charge des blessés psychiques et des proches en initiant, en tant que besoin, une prise en charge médico-psychologique.



Les établissements de santé publics comme privés ont vocation à être désignés en première ou en deuxième ligne dans la mesure où ils disposent des compétences et activités requises.

Rédaction du plan opérationnel de réponse ORSAN

- Le plan ORSAN MÉDICO-PSY doit être conçu dans une logique opérationnelle de façon à en faciliter sa mise en œuvre ;
- Une trame type est proposée à titre indicatif pour en guider sa rédaction et ainsi de permettre d'assurer une cohérence nationale entre les plans.

ACCOMPAGNEMENT ET SUIVI DE LA PRÉPARATION DES OPÉRATEURS DE SOINS

- L'ARS s'assure de la prise en compte des objectifs opérationnels assignés aux CUMP et à chaque établissement de santé de première et de deuxième ligne dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et dans leurs plans respectifs de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- Les différentes catégories d'établissements de santé doivent faire l'objet d'une attention particulière sur leur travail de préparation (planification et formation des professionnels de santé) mais aussi sur l'évaluation de leurs capacités opérationnelles (exercices et retour d'expérience).

ÉVALUATION DU PLAN ET RETOUR D'EXPÉRIENCE

- Cette étape essentielle dans le processus d'amélioration de la préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles a pour objectif de tester l'efficacité et l'opérationnalité du plan.
- Cette évaluation s'appuie sur les :
 - Les exercices et les entraînements organisés, notamment par les préfetures ;
 - Les retours d'expérience des situations exceptionnelles qui ont impacté la région voire d'autres territoires.

MISSIONS DES OPÉRATEURS DE SOINS

<i>Opérateurs de soins</i>	<i>Missions</i>	<i>Dispositif de réponse</i>
SAMU territorialement compétent	Mobilisation de la CUMP départementale	Procédure spécifique de montée en puissance des SAMU et des SMUR
CUMP territorialement compétente	- Organisation de la prise en charge médico-psychologique (dimensionnement et composition de l'équipe CUMP) - Alerte le cas échéant, de la CUMP régionale en appui	Procédure spécifique de montée en puissance de la CUMP.
CUMP régionale	- Renforcement en tant que de besoin la CUMP territorialement compétente - Alerte le cas échéant, de la CUMP zonale en appui	Procédure spécifique de montée en puissance de la CUMP.
CUMP zonale	- Mobilisation des renforts CUMP dans le cadre du PZM - Alerte du psychiatre référent national pour solliciter l'appui du réseau national de l'urgence médico-psychologique	Procédure spécifique de montée en puissance de la CUMP.
Établissements de santé de 1 ^{ère} ligne	- 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. - Identifier le besoin de renfort et solliciter l'ARS le cas échéant	Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet médico-psychologique)
Établissements de santé de 1 ^{ère} ligne experts	- Mobilisation des renforts médico-psychologiques de la région au bénéfice du territoire impacté par l'événement ; - 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.	Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet médico-psychologique)
Établissements de santé de 2 ^{ème} ligne	Organisation des relais de prise en charge des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS.	Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet médico-psychologique)
Tous les établissements de santé situés à proximité de l'événement	Réponse minimale de tout établissement de santé : accueil et prise en charge des blessés psychiques et des proches en initiant, en tant que besoin, une prise en charge médico-psychologique	Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet médico-psychologique)
Médecine de ville	Identification des troubles psychiques post-traumatique et orientation vers les filières adaptées de prise en charge	Plan de gestion des situation sanitaire exceptionnelle de ville
Établissements médico-sociaux	Sans impact	

TRAME TYPE DU PLAN ORSAN MEDICO-PSY

ÉLÉMENTS DE DOCTRINE

CONTEXTE REGIONAL ET OBJECTIFS OPERATIONNELS

Décrire le contexte, les enjeux et les objectifs opérationnels propres à la région

CHAMP D'APPLICATION DU PLAN MADICO-PSY

Décrire les types de situations d'urgences collectives (NOVI) et leur impact médico-psychologique

ORGANISATION DE LA RÉPONSE SANITAIRE REGIONALE

Décrire : - les principes généraux de cette organisation

- la cinétique d'organisation de la réponse sanitaire

- le classement des établissements de santé

- les parcours de soins et les filières de prise en charge

MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DU PLAN ORSAN AMAVI

SCHEMA D'ORGANISATION CIBLE DU PLAN ORSAN MÉDICO-PSY

Réaliser un schéma décrivant l'organisation de la réponse à mettre en œuvre (logigramme)

Préciser les déclinaisons spécifiques pour chaque département et les périmètres isochrones des principales agglomérations de la région

SCHEMA DE COORDINATION INTER-ACTEURS

Élaborer un schéma décrivant la coordination/articulation entre les acteurs (DGS, Préfecture, ARS, établissements de santé, CUMP zonales, régionales, départementales, etc.)

FICHES ACTEURS

Élaborer des fiches décrivant le rôle et les missions de chaque acteur impliqué dans la réponse sanitaire

- ARS territorialement concernée
- ARS de zone
- ...

- CUMP et SAMU territorialement compétent
- CUMP régionale
- CUMP et SAMU zonal
- Établissements de santé de première ligne
- Établissements de santé de première ligne experts
- Établissement de santé de deuxième ligne
- Professionnels de santé de ville
- ...

FICHES TECHNIQUES

Élaborer des fiches techniques sur les thématiques suivantes :

Prise en charge médico-psychologique

Liste des sites d'implantation de PUMP

Accueil des familles et des proches

CAF

Associations agréées de sécurité civile

SINUS/SI-VIC

Associations d'aide aux victimes

Logistique PUMP

ANNEXES

Élaborer des fiches techniques sur les thématiques suivantes :

Carnet de suivi du plan

Glossaire / Lexique

Cartographie des opérateurs de soins

Bibliographie

Outil de recensement

...

DÉCLENCHEMENT DU PLAN ET CONDUITE DE CRISE

CONDITION DE DÉCLENCHEMENT

L'opportunité du déclenchement du plan ORSAN MÉDICO-PSY s'apprécie au cas par cas en fonction de l'événement et de son impact potentiel sur le système de santé en particulier sur les CUMP, les établissements de santé de première ligne (nombre de blessés psychiques à prendre en charge). Le plan ORSAN MÉDICO-PSY s'inscrit dans la continuité du plan ORSEC NOVI en permettant d'organiser la prise en charge médico-psychologique des blessés dans les établissements de santé concernés ainsi que celle des impliqués. Il est *de facto* associé au plan ORSAN AMAVI qu'il complète pour la prise en charge des victimes blessés psychiques.

Le déclenchement du plan ORSAN MÉDICO-PSY doit donc être envisagé dès lors qu'un Préfet de département déclenche la plan ORSEC NOVI. Son déclenchement conjoint avec le plan ORSAN AMAVI est pertinent dans la mesure où les urgences collectives vont la plupart du temps engendrer de nombreuses victimes nécessitant une prise en charge médico-psychologique. Il sera ainsi déclenché pour répondre à **un événement provoquant un nombre important blessés psychiques, dépassant la capacité courante de prise en charge de la ou des CUMP du territoire concerné.**

MODALITÉS DE DÉCLENCHEMENT

Le plan ORSAN MÉDICO-PSY est déclenché par le Directeur général de l'ARS.

Le Directeur général de l'ARS déclenche également ce plan à la demande du Préfet de département ou du Ministre chargé de la santé.

ACTIVATION DE LA CRAPS

Le déclenchement du plan ORSAN MÉDICO-PSY impose l'activation immédiate de la CRAPS selon la procédure interne à l'ARS.

CONDUITE DE CRISE

L'objectif est d'assurer la prise en charge optimale des blessés psychiques sur les lieux de l'événement au sein des poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) notamment ceux installés dans les établissements de santé (PUMP hospitaliers) et dans les instituts médico-légaux (prise en charge des familles endeuillées).

À ce titre, l'ARS doit :

- S'assurer de la mobilisation des CUMP, des établissements de santé de première ligne et le cas échéant, de deuxième ligne (déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet médico-psychologique) ;
- Assurer la coordination et le suivi de la réponse des CUMP et des établissements de santé en particulier le suivi des victimes (SI-VIC) ;
- Mobiliser, le cas échéant, les moyens nécessaires à la prise en charge des blessés psychiques au bénéfice des établissements de santé impactés ;
- Associer les professionnels de santé de ville à la réponse médico-psychologique en particulier pour le repérage précoce des troubles psychiques post-traumatique ;
- Solliciter le cas échéant, des moyens de renfort auprès de l'ARS de zone ;
- ...

L'ARS assure en outre, la mise en œuvre et la coordination du dispositif d'urgence médico-psychologique. Elle désigne le psychiatre coordinateur (psychiatre référent de la CUMP

départementale impactée ou le cas échéant, de la CUMP régionale ou de la CUMP zonale) assisté d'un adjoint administratif (cadre de l'ARS) qui sont chargés :

- D'assurer l'accueil, l'information et la coordination des équipes médico-psychologiques mobilisées en renfort ;
- De mettre en place une équipe d'appui logistique (cadre de santé, logisticien, secrétaire, ...) 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 ;
- D'assurer l'interface avec l'ARS (CRAPS), la préfecture, les collectivités territoriales, l'équipe projetée sur place de la CIAV (CAF) et les associations d'aide aux victimes ;
- D'assurer la coordination des autres acteurs contribuant à la prise en charge médico-psychologique ;
- D'organiser en lien avec les établissements de santé concernés, la prise en charge médico-psychologique des personnels et professionnels de santé mobilisés dans l'événement ;
- De mettre en œuvre le dispositif de suivi médico-psychologique défini dans le volet médico-psychologique du dispositif ORSAN.

Le psychiatre coordinateur et son adjoint administratif veillent au bon fonctionnement du dispositif d'urgence médico-psychologique et procède à son ajustement en fonction des besoins avec l'appui de l'ARS. L'ARS (CRAPS) établit un point de situation quotidien sur le dispositif mis en place et le transmet à le Ministère chargé de la santé (CORRUSS/Centre de Crise Sanitaire). Le CORRUSS/CCS détermine en conséquence les renforts du réseau national de l'urgence médico-psychologique à mobiliser et les renforts logistiques à projeter en appui.

Les victimes d'attentats prises en charge dans les PUMP font l'objet d'un recensement systématique dans l'application informatique d'identification des victimes (SI-VIC). À ce titre, l'ARS s'assure que le psychiatre coordinateur du dispositif d'urgence médico-psychologique dispose des personnels et équipements nécessaires pour assurer ce recensement.

OUTILS COMPLÉMENTAIRES POUR LA CONDUITE DE CRISE

- Plan ORSAN AMAVI
- Plan ORSAN NRC
- Plan ORSAN REB
- DST ORSAN « Mobilisation des ressources humaines »
- DST ORSAN « Sécurisation des établissements de santé »
- DST ORSAN « Cybersécurisation des établissements de santé »

1. Phase d'alerte et de réponse immédiate

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Analyse de la situation interservices (SAMU/CODIS/COGN ou COPN) • Alerte du référent de la CUMP • Alerte du directeur de l'établissement de santé siège du SAMU • Alerte de l'ARS Cellule d'urgence médico-psychologique départementale • Évaluation de la situation avec le SAMU et dimensionnement de la réponse médico-psychologique (taille et profil de l'équipe) • Organisation de la réponse médico-psychologique en lien avec la réponse NOVI/AMAVI : mobilisation de l'équipe CUMP • Alerte de la CUMP régionale Établissement de santé en proximité de l'événement • 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 • 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 • Activation du plan de sécurité d'établissement le cas échéant • Alerte du SAMU et de l'ARS Établissement de santé de première ligne • 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 • Activation du plan de sécurité d'établissement le cas échéant	ARS territorialement compétente • Évaluation de la situation avec le SAMU • Mobiliser l'expertise médicale MÉDICO-PSY de l'ESRR (référent CUMP régionale) • Déclenchement du plan ORSAN MÉDICO-PSY, le cas échéant conjointement avec le plan ORSAN AMAVI • Activation de la CRAPS dès réception de l'alerte du SAMU et/ou de la Préfecture • Déclenchement d'un événement SI-VIC (si non encore fait par la SAMU) • Alerte du CORRUS Cellule d'urgence médico-psychologique régionale • Évaluation de la situation avec la CUMP territorialement compétente • Appui à l'ARS pour la mise en œuvre du plan ORSAN MÉDICO-PSY

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Activation de la CZA dès réception de l'alerte de l'ARS • Évaluation de la situation avec l'ARS • Définition si besoin de la stratégie de renfort avec la CUMP zonale Cellule d'urgence médico-psychologique zonale • Définition si besoin avec l'ARS de zone de la stratégie de renfort • Alerte des CUMP de la zone SAMU de zone • Pré-identification des moyens de projection des renforts médico-psychologique en appui de la CUMP de zone	CORRUSS - CCS • Suivi spécifique de l'événement dès réception de l'alerte de l'ARS • Activation le cas échéant, du CORRUSS renforcé ou du CCS • Alerte du psychiatre référent national ou le cas échéant, son adjoint • Information le cas échéant, des centres opérationnels des autres ministères concernés Psychiatre référent national • Définition si besoin, avec la CUMP de zone de la stratégie de renfort • Suivi de la situation avec le CORRUSS-CCS

2. Phase de montée en puissance

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Renforcement de la régulation médicale (régulation de crise identifiée) • Premier point de situation avec le DSM et/ou le référent CUMP présent sur site • Participation à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUSS Cellule d'urgence médico-psychologique départementale • Renforcement des capacités d'intervention (mobilisation des volontaires CUMP) • Appui au SAMU pour l'organisation de la réponse médico-psychologique en lien avec la réponse NOVI/AMAVI : mobilisation sur le terrain des équipes CUMP • Participation à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUSS Établissement de santé en proximité de l'événement • Poursuite de la prise en charge des victimes se présentant spontanément • Saisie des patients pris en charge dans SI-VIC • Conduite du plan blanc (CCH) et point de situations réguliers avec l'ARS Établissement de santé de première ligne • Prise en charge des blessés psychiques, des familles et des proches des blessés graves : organisation d'un PUMP hospitalier • Saisie des premiers patients pris en charge dans SI-VIC	ARS territorialement compétente • Constitution effective de la CRAPS : conduite de crise • Désigne le psychiatre coordinateur sur le territoire impacté et un adjoint administratif (cadre de l'ARS) pour constituer la cellule de coordination du dispositif médico-psychologique (CCMP) • Premier point de situation avec les officiers de liaison ARS présent au SAMU et au COD si activé • Alerte des établissements de santé de deuxième ligne • Point de situation avec l'ARS de zone : anticipation des besoins de renfort • Transmission au CORRUSS d'un premier point rapide de situation • Participation à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUSS : ARS et SAMU Cellule d'urgence médico-psychologique régionale • Mobilisation en tant que de besoin des équipes CUMP de la région au bénéfice du territoire impacté • Participation à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUSS • Appui à la mise en place de la cellule locale de coordination du dispositif médico-psychologique Cellule locale de coordination du dispositif médico-psychologique • Mise en place de la cellule locale de coordination du dispositif médico-psychologique coordonnée par un psychiatre assisté d'un adjoint administratif (cadre de l'ARS)

Établissement de santé de deuxième ligne

- Identification des ressources mobilisables dans les structures de santé mentale pour assurer le relais des CUMP afin d'assurer la prise en charge des patients le nécessitant

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Identification en lien avec la CUMP de zone des renforts CUMP mobilisables • Transmission au CORRUSS d'un point rapide de situation sur les renforts disponibles Cellule d'urgence médico-psychologique zonale • Identification en lien avec l'ARS et le SAMU de zone, des renforts CUMP mobilisables • Recueil des premiers besoins de renfort de la CUMP territorialement compétente SAMU de zone • Identification en lien la CUMP de zone des vecteurs de mobilisation des équipes CUMP ARS de zone (hors zone concernée) • Mise en place d'un dispositif de suivi dès réception de l'alerte du CORRUSS-CCS • Identification en lien avec le psychiatre référent national des renforts CUMP mobilisables (réseau national de l'urgence médico-psychologique)	CORRUS - CCS • Organisation de la conduite de crise (CORRUS renforcé/CCS) • Organisation d'une première conférence téléphonique : premier point de situation (ARS, SAMU territorialement compétents, ...) • Alerte des ARS de zone (hors zone concernée) pour l'identification des renforts CUMP mobilisables • Suivi de la prise en charge des victimes (SI-VIC) • Activation, le cas échéant, d'un PUMP téléphonique national • Évaluation avec le psychiatre référent national de la nécessité de la mobilisation du réseau national de l'urgence médico-psychologique Psychiatre référent national • Appui au CORRUS pour l'organisation de la réponse nationale • Mise en œuvre du PUMP téléphonique à la demande du CORRUS-CCS • Identification avec les référents des CUMP de zone, des effectifs mobilisables du réseau national de l'urgence médico-psychologique

3. Phase de conduite de crise

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Conduite de crise : régulation médicale des blessés psychiques nécessitant une hospitalisation 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 • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUS-CCS CUMP départementale • Points de situation réguliers avec l'ARS : capacités de prise en charge, nécessité le cas échéant, de recourir aux établissements de santé de deuxième ligne • Points de situation réguliers avec la cellule de crise de l'établissement de santé siège du SAMU Établissement de santé en proximité de l'événement • Organisation le cas échéant, en lien avec le SAMU du transfert des patients pris en charge spontanément vers des établissements de santé de deuxième ligne	ARS territorialement compétente • Conduite de crise • Points de situation réguliers avec la CUMP impactée et la CUMP régionale • Transmission au CORRUSS de points réguliers de situation • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUS-CCS • Mobilisation des professionnels de santé de ville pour le repérage précoce des troubles psychiques post-traumatique CUMP régionale • Appui au fonctionnement de la cellule locale de coordination du dispositif médico-psychologique Cellule locale de coordination du dispositif médico-psychologique • Interface avec la CRAPS, le COD, les collectivités territoriales, l'équipe projetée en CIAV (CAF) et les associations d'aide aux victimes • Accueil, information et coordination des équipes médico-psychologiques mobilisées en renfort • Constitution d'une équipe d'appui logistique (cadre de santé, logisticien, secrétaire, ...) 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 • Coordination des autres acteurs contribuant à la prise en charge médico-psychologique ; • Organisation en lien avec les établissements de santé concernés, de la prise en charge médico-psychologique des personnels et professionnels de santé mobilisés dans l'événement

Établissement de santé de première ligne

- Prise en charge des blessés psychiques, familles et des proches des blessés graves : organisation d'un PUMP hospitalier (saisie dans SIVIC)
- 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

Établissement de santé de deuxième ligne

- Accueil et prise en charge des blessés adressés depuis les établissements de santé de première ligne ou situés à proximité de l'événement
- Saisie des patients pris en charge dans SIVIC
- Transmission à l'ARS de points réguliers de situation : nombre victimes prises en charge, capacités actualisées de prise en charge, difficultés rencontrées

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Mobilisation, le cas échéant, en lien avec la CUMP et le SAMU de zone, des renforts CUMP • Transmission au CORRUSS de point de situation réguliers sur les renforts CUMP disponibles • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS CUMP zonale • Mobilisation, le cas échéant, des renforts CUMP avec le SAMU de zone • Transmission au CORRUSS de point de situation réguliers sur les renforts CUMP disponibles • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS SAMU zonal • Mobilisation à la demande de l'ARS de zone des renforts CUMP en lien avec la CUMP de zone • Recueil des besoins de renfort complémentaires du SAMU territorialement compétent ARS de zone (hors zone concernée) • Mobilisation, le cas échéant, en lien avec la CUMP et le SAMU de zone des renforts CUMP • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS	CORRUS - CCS • Organisation d'une seconde conférence téléphonique nationale sur l'organisation des renforts : ARS, ARS de zone territorialement compétentes • Mobilisation le cas échéant du réseau national de l'urgence médico-psychologique en complément des moyens zonaux Psychiatre référent national • Mobilisation du réseau national de l'urgence médico-psychologique via les CUMP de zone

4. Phase de post-crise

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent - Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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 CUMP départementale - 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) - Organisation d'un retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations Établissement de santé en proximité de l'événement - Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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 Établissement de santé de première ligne - Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SIVIC) - Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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	ARS territorialement compétente - Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SIVIC) - Coordination de la mise en œuvre des mesures médico-sociale de prise en charge et de réhabilitation des blessés (CLAV) - Organisation en appui des structures de soins impactées avec la CUMP régionale d'une offre de prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels - Organisation d'un retour d'expérience avec les différents acteurs mobilisés (SAMU, SMUR, établissements de santé) et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations CUMP régionale - Organisation de la prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels impactés notamment les personnels de la CUMP départementale - Organisation d'un retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations

Établissement de santé de deuxième ligne

- Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SIVIC)
- Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Organisation d'un retour d'expérience avec la CUMP et le SAMU zonal et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations Cellule d'urgence médico-psychologique zonale • 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 SAMU zonal • Organisation d'un retour d'expérience avec l'ARS de zone et la CUMP zonale et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations ARS de zone (hors zone concernée) • Organisation d'un retour d'expérience avec la CUMP et le SAMU de zone et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations	CORRUSS - CCS • Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SIVIC) • Coordination de la mise en œuvre des mesures médico-sociale de prise en charge et de réhabilitation des blessés (COIAV) • Organisation d'un retour d'expérience avec les différents acteurs mobilisés et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations Psychiatre référent national • Organisation d'un retour d'expérience national et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations

FICHES TECHNIQUES POUR LA CONDUITE DE CRISE

Dossier capacitaire des opérateurs de soins

Annuaire des opérateurs de soins

Un annuaire exhaustif des opérateurs de soins est constitué et maintenu à jour.

Il comprend les coordonnées des structures et de leur responsable notamment des :

- SAMU et CUMP des départements composant la région ;
- SAMU et CUMP de zone ;
- Établissements première ligne ;
- Établissements première ligne expert ;
- Établissement deuxième ligne ;
- Structures d'exercice coordonné de ville.

Fiche capacitaire des établissements de santé de première ligne et première ligne experts

Il s'agit de disposer d'une **fiche signalétique par établissement de santé de première ligne et première ligne experts** mentionnant :

- Les coordonnées de l'établissement, de son directeur et de la cellule de crise ;
- Les capacités de montée en puissance de la CUMP
- Les capacités d'offre de soins de l'établissement en santé mentale (adultes et enfants) : CMP, hospitalisation, équipes de psychiatrie de liaison, ...
- ...

Fiche capacitaire des établissements de santé de deuxième ligne

Il s'agit de disposer d'une **fiche signalétique par établissement de santé de deuxième ligne** mentionnant :

- Les coordonnées de l'établissement, de son directeur et de la cellule de crise ;
- Les capacités d'offre de soins de l'établissement en santé mentale (adultes et enfants) : CMP, hospitalisation, équipes de psychiatrie de liaison, ...
- ...

Plan ORSAN EPI-CLIM

Gestion des tensions dans l'offre de soins liées à une épidémie saisonnière ou un phénomène climatique et/ou environnemental



PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DU PLAN ORSAN EPI-CLIM

DÉFINITIONS

Plan de prise en charge des tensions dans l'offre de soins liées au nombre important de patients dans un contexte d'épidémie en particulier saisonnière et/ou lors d'un phénomène climatique voire environnemental important.

OBJECTIFS ET ENJEUX

Contexte et enjeux

Les épidémies saisonnières (grippe, bronchiolite, etc.) ou ponctuelles (rougeole, dengue, chikunguya, zika, ...) et les phénomènes climatiques extrêmes (canicule, vague de froid) touchent principalement les populations fragiles (personnes âgées notamment polypathologiques, jeunes enfants, femmes enceintes, personnes en précarité matérielle, etc.) qui vont souvent nécessiter une prise en charge ambulatoire spécifique voire hospitalière en raison de la décompensation d'une pathologie chronique préexistante (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, diabète, ...) ou d'une impossibilité de maintien à domicile ou en institution. Ces situations sanitaires exceptionnelles ont un impact souvent fort sur l'ensemble des secteurs de l'offre de soins (ambulatoire, établissements de santé et établissements médico-sociaux) en provoquant des tensions parfois pendant plusieurs semaines. Le plus souvent liées à ces populations dont l'état de santé. Elles peuvent nécessiter le recours à une vaccination exceptionnelle (ex. épidémie de rougeole) et dans le cas d'épidémie liées à des arbovirus nécessiter des mesures environnementales associées (lutte antivectorielle).

Objectifs du plan

L'objectif de ce plan consiste 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.

Description du plan

Le plan ORSAN EPI-CLIM doit ainsi :

- 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 troisième ligne, 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 (possibilité de s'appuyer sur le besoin journalier minimal en lits (BJML). 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 EPI-CLIM (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.

Les mesures de gestions sont en grande partie identiques lors de tensions dans l'offre de soins liées à un phénomène épidémique ou climatique. Cependant, en complément des mesures génériques, ce plan peut être utilement complété par une annexe dédiée aux spécificités de l'événement causal (épidémie, canicule, vague de froid, épisode de pollution, ...) responsable de la situation sanitaire exceptionnelle. Ainsi, les annexes spécifiques suivantes peuvent être élaborées :

- **Annexe épidémie** prenant en compte la gestion des spécificités de la prise en charge des patients dans le cadre d'une épidémie notamment celles liées au risque infectieux transmissible (mesures barrières, isolement, cas groupés en collectivité, ...), la mise en œuvre de thérapeutiques particulières (antiviraux, antibiotiques, ...), de l'organisation d'une campagne de vaccination, en s'appuyant sur les instructions et/ou recommandations professionnelles existantes ;
- **Annexe événement climatique et/ou environnemental** pour prendre en compte les particularités de ces situations sanitaires exceptionnelles en particulier leurs conséquences sanitaires et sociales, directes et indirectes (hyperthermie, déshydratation, hyperhydratation avec hyponatrémie, intoxications au monoxyde de carbone, hypothermie, traumatismes dus aux chutes, ...) en s'appuyant là aussi sur les instructions et/ou recommandations professionnelles existantes.

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

ÉLÉMENTS DE DOCTRINE

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 et 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, ...

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, ...);

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 découpler 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 efficaces à un échelon territorial pertinent ;

Renforcer la coordination de l'offre de soins : le plan ORSAN EPI-CLIM 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 EPI-CLIM.

QUELQUES RÉFÉRENCES



POUR ALLER PLUS LOIN !

- FEDORU, *Le BJML : retour sur les établissements pilotes (ANAP)*, 31 janvier 2020.
- Circulaire DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 sur le pacte des urgences et la mise en place d'indicateurs de flux et de gestionnaire de lit et du besoin journalier minimum en lits (BJML)

ÉVOLUTIONS DE LA VERSION 2023 DU PLAN

Les volets ORSAN EPI-VAC et CLIM ont été fusionnés en un plan unique sans obérer les spécificités propres aux épidémies (mesures barrières, thérapeutiques adaptées, ...) ou aux épisodes climatiques extrêmes.

Il s'agit de s'inscrire dans une démarche pragmatique avec une logique de réponse commune pour des événements saisonniers à cinétique lente touchant principalement des populations fragiles (ex. épidémie saisonnière de grippe ou de bronchiolite, épisode de canicule voire de grand froid). Ces événements, quelle que soit leur nature (épidémique ou climatique voire environnementale), vont générer des tensions dans l'offre de soins. Une réponse coordonnée des 3 secteurs (libéral, hospitalier et médico-social) est alors nécessaire pour mobiliser les acteurs concernés en adéquation avec le besoin de soins qui peuvent s'inscrire dans la durée (4 à 12 semaines). Ces événements sont prévisibles et peuvent donc faire l'objet de mesures de gestion anticipées (maintien d'une offre de soins suffisante

même en période de vacances scolaires, renforcement des filières de prise en charge des populations fragiles, ...).

METHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PLAN ORSAN EPI-CLIM

CONSTITUTION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail d'élaboration du plan ORSAN EPI-CLIM doit s'appuyer sur l'expertise des personnels de direction et des professionnels de santé des établissements de santé de première et deuxième lignes, des établissements médico-sociaux, de la médecine de ville, impliqués dans la prise en charge des patients lors d'épidémie ou d'épisode climatiques notamment des représentants des :

- Directeurs d'établissement en charge de la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- Directeur d'établissements médico-sociaux ;
- Urgentistes des SAMU, des SMUR et des structures d'accueil des urgences adultes et pédiatriques ;
- Gériatres, pédiatres, infectiologues, ... ;
- Cadres de santé ;
- Professionnels de santé de ville et des établissements médico-sociaux ;
- Représentants des associations de patients.
- ...

STRUCTURATION DU PLAN

Analyse préalable des risques et des menaces

- L'analyse des risques doit être menée dans le cadre du PRS et des données relatives aux populations fragiles ;
- Elle s'appuie aussi sur les retours d'expérience des épidémies saisonnières ou des épisodes climatiques majeurs réalisés dans la région.

Prise en compte des objectifs fixés par la DGS

- Le plan est élaboré sur la base des objectifs et des orientations définies par la DGS ;
- Ces objectifs de prise en charge sont déterminés au niveau de chaque territoire de santé dans une logique de parcours de soins et de filières de prise en charge au niveau local.

Identification et cartographie des capacités de réponse des opérateurs de soins

- L'identification et la cartographie des capacités de réponse des opérateurs de soins sont réalisés sur la base du SRS notamment des activités de médecine polyvalente, gériatrique, pédiatrique voire de soins critiques, ...).
- Ce travail permet d'identifier les établissements de santé de première ligne et de deuxième ligne.



Les établissements de santé publics comme privés ont vocation à être désignés en première ou en deuxième ligne dans la mesure où ils disposent de lits pour hospitaliser les patients.

Rédaction du plan opérationnel de réponse ORSAN

- Le plan ORSAN EPI-CLIM doit être conçu dans une logique opérationnelle de façon à en faciliter sa mise en œuvre (notamment via l'élaboration de fiches par opérateurs de soins et autres acteurs mobilisés ;
- Une trame type est proposée à titre indicatif pour en guider sa rédaction et permettre d'assurer une cohérence nationale entre les plans.

CRITÈRES CAPACITAIRES DE CLASSEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements disposant d'une capacité d'accueil d'urgence H24, d'hospitalisation médicale conventionnelle et en tant que de besoin d'une activité de soins critiques (mention 1 ou mention 2). Une activité de pédiatrie dans l'établissement de santé est recommandée pour la prise en charge des enfants.

Établissements de deuxième ligne

Il s'agit des établissements ne disposant pas d'une capacité d'accueil d'urgence H24 mais d'hospitalisation médicale conventionnelle et en tant que de besoin d'une activité de soins critiques (mention 1 ou mention 2). Une activité de pédiatrie dans l'établissement de santé est recommandée pour la prise en charge des enfants.

Établissements de troisième ligne

Les établissements de santé non classés en première ou en deuxième ligne, peuvent être mobilisés pour étendre les capacités de prise en charge en cas de nécessité.

Ces établissements de santé sont aussi tenus d'assurer une réponse minimale, notamment d'être en capacité :

- De gérer l'aval des urgences en adaptant les capacités d'hospitalisation dans les services de médecine polyvalente et de gériatrie et dans les unités spécialisées de soins (infectiologie, cardiologie, pneumologie, ...);
- D'assurer la prise en charge initiale des patients présentant des signes de gravité. ;

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

ACCOMPAGNEMENT ET SUIVI DE LA PRÉPARATION DES OPÉRATEURS DE SOIN

- L'ARS s'assure de la prise en compte des objectifs opérationnels de prise en charge assignés à chaque établissement de santé de première et de deuxième ligne dans le cadre du contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et dans leurs plans respectifs de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- Les différentes catégories d'établissements de santé doivent faire l'objet d'une attention particulière sur le travail de préparation (planification et formation des professionnels de santé) mais aussi sur l'évaluation des capacités opérationnelles (exercices et retour d'expérience).

ÉVALUATION DU PLAN ET RETOUR D'EXPÉRIENCE

- Cette étape importante dans le processus d'amélioration de la préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles a pour objectif de tester l'efficacité et l'opérationnalité du plan ;
- Cette évaluation s'appuie essentiellement sur le retour d'expérience des épisodes climatiques et des épidémies qui ont impacté la région voire d'autres territoires.

MISSIONS DES OPÉRATEURS DE SOINS

<i>Opérateurs de soins</i>	<i>Missions</i>	<i>Dispositif de réponse</i>
SAMU-Centre 15	- Renforcer la régulation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) en lien avec le secteur libéral ; - Identification et régulation médicale des patients nécessitant une prise en charge hospitalière (formes graves).	Procédure spécifique de montée en puissance et de gestion de crise des SAMU et des SMUR
Établissements de santé de 1 ^{ère} ligne	- Renforcer les capacités d'accueil aux urgences (circuit dédié de prise en charge, consultation spécialisée, ...) - Gérer l'aval des urgences en adaptant les capacités d'hospitalisation dans les services de gériatrie aiguë, médecine polyvalente et dans les services spécialisés d'infectiologie - Assurer la prise en charge de patients présentant des signes de gravité - Dans un contexte épidémique, mettre en œuvre les mesures d'isolement adéquates pour éviter la contagion	Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 1 « plan de mobilisation interne » (volet EPI-CLIM) voire niveau 2 « plan blanc »
Établissements de santé de 2 ^{ème} ligne	- Gérer l'aval des urgences en adaptant les capacités d'hospitalisation dans les services de gériatrie aiguë, médecine polyvalente et dans les services spécialisés d'infectiologie - Assurer la prise en charge de patients présentant des signes de gravité	Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 1 « plan de mobilisation interne » (volet EPI-CLIM) voire niveau 2 « plan blanc »
Médecine de ville	- Assurer la prise en charge des patients en ambulatoire - Orienter les patients présentant des signes de gravité vers les établissements de santé - Assurer une vigilance renforcée en particulier pour les patients vulnérables et/ou isolés et les orienter le cas échéant vers une structure adaptée pour une prise en charge médico-sociale	Dispositif spécifique de mobilisation notamment des structures d'exercice coordonné (centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, communautés professionnelles territoires de santé)
Établissements médico-sociaux	- Assurer une vigilance renforcée en particulier pour les patients vulnérables et les orienter le cas échéant vers une structure adaptée - Limiter les transferts de patients vers les établissements de santé (urgences et services d'hospitalisation) aux seuls cas graves et/ou complexes	Plan bleu

TRAME TYPE DU PLAN ORSAN EPI-CLIM

DOCTRINE

CONTEXTE ET OBJECTIFS OPERATIONNELS

Décrire le contexte, les enjeux et les objectifs opérationnels propres à la région

CHAMP D'APPLICATION DU PLAN EPI-CLIM

Décrire les épidémies (saisonnnières, arboviroses vectorielles) et les phénomènes climatiques susceptibles de générer au sein de votre région des tensions dans l'offre de soins

ORGANISATION DE LA RÉPONSE SANITAIRE REGIONALE

Décrire : - les principes généraux de cette organisation

- la cinétique de prise en charge des patients
- le classement des établissements

MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DU PLAN EPI-CLIM

SCHEMA D'ORGANISATION CIBLE DU PLAN

Élaborer un schéma décrivant la réponse régionale à mettre en œuvre (logigramme)

SCHEMA DE COORDINATION INTER-ACTEURS

Élaborer un schéma décrivant la coordination/articulation entre les acteurs (DGS, Préfecture, ARS, SAMU, établissements de santé, etc.)

FICHES ACTEURS

Élaborer des fiches décrivant le rôle et les missions de chaque acteur impliqué dans la réponse sanitaire

• SAMU-Centre 15 • ARS territorialement concernée • ARS de zone	• Établissements de santé de première ligne • Établissement de santé de deuxième ligne • Établissements et services médico-sociaux • Professionnels de santé de ville

FICHES TECHNIQUES

Élaborer des fiches techniques sur les thématiques suivantes :

Indicateurs de suivi de l'offre de soins

Articulation secteurs hospitalier/médico-social/médecine de ville

Sécurisation des échanges entre ARS et établissements de santé et médico-sociaux

ANNEXES

Élaborer les annexes suivantes :

Carnet de suivi du plan

Glossaire / Lexique

Cartographie des opérateurs de soins

Bibliographie

Outil de recensement

...

DÉCLENCHEMENT DU PLAN ORSAN EPI-CLIM ET CONDUITE DE CRISE

CONDITION DE DÉCLENCHEMENT

L'opportunité du déclenchement du plan ORSAN EPI-CLIM s'apprécie au cas par cas en fonction de l'événement, de son impact potentiel sur le système de santé et de la capacité des opérateurs de soins à répondre aux besoins.

Le plan ORSAN EPI-CLIM doit être déclenché pour répondre à **un événement provoquant un nombre important de patients et générant une tension dans l'offre de soins sur un territoire de santé voire sur la totalité de la région. Il a principalement vocation à être mis en œuvre en anticipation** dès qu'une épidémie ou un phénomène climatique potentiellement de forte intensité sont annoncés. L'enjeu est d'anticiper les tensions pour préparer les acteurs de l'offre de soins hospitalière et de ville à une période de tensions à venir. L'objectif doit être de mettre en œuvre précocement des mesures de gestion des flux de patients : fluidification des parcours de soins et développement des filières de prise en charge des populations concernées (personnes âgées, enfants, ...) pour éviter les tensions.

MODALITÉS DE DÉCLENCHEMENT

Le plan ORSAN EPI-CLIM est déclenché par le Directeur général de l'ARS.

Le Directeur général de l'ARS déclenche également ce plan à la demande du Préfet de département ou du Ministre chargé de la santé.

ACTIVATION DE LA CRAPS

Le déclenchement du plan ORSAN EPI-CLIM impose l'activation immédiate de la CRAPS selon la procédure interne à l'ARS.

Le dimensionnement de la CRAPS est adapté à la cinétique et à la dimension de l'événement

CONDUITE DE CRISE

L'objectif est d'assurer la prise en charge optimale des patients impactés par l'événement tout en assurant la continuité de la prise en charge des autres patients.

À ce titre, l'ARS doit :

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

Les différentes phases de la crise sont définies ci-après en précisant à titre indicatif les actions à mettre en œuvre par l'ARS et les opérateurs de soins.

OUTILS COMPLÉMENTAIRES POUR LA CONDUITE DE CRISE

- Plan ORSAN MÉDICO-PSY
- DST ORSAN « Montée en puissance de l'offre de soins critique »
- DST ORSAN « Mobilisation des ressources humaines »
- DST ORSAN « Organisation des évacuations sanitaires »

- DST ORSAN « Dépistage massif d'agent infectieux »
- DST ORSAN « Organisation d'une vaccination exceptionnelle »

1. Phase d'alerte et de réponse immédiate

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Vigilance renforcée de la régulation médicale sur l'impact sanitaire de l'événement annoncé • Mise en place d'une organisation de la régulation médicale adaptée à la gestion des flux d'appel en lien avec la médecine de ville (PDSA) Établissement de santé de première et deuxième ligne • Activation du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 1 « plan de mobilisation interne » (volet EPI-CLIM) • Alerte de l'ARS sur la situation de tension et les premières mesures de gestions mises en œuvre Établissements médico-sociaux • Activation du plan bleu • Renforcement des missions du médecin coordinateur • Alerte de l'ARS sur la situation de tension et les premières mesures de gestions mises en œuvre Professionnel de santé libéraux • Vigilance renforcée et mobilisation de l'offre de soins • Renforcement de l'offre de soins notamment auprès des établissements médico-sociaux	ARS territorialement compétente • Suivi épidémiologique renforcé en lien avec la CIRE • Activation de la CRAPS • Analyse des indicateurs de suivi de l'offre de soins • Alerte des opérateurs de soins du territoire impacté • Mobilisation de la lutte antivectorielle en cas d'arbovirose

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Sans objet SAMU de zone • Sans objet	CORRUSS - CCS • Mobilisation du CORRUSS (CORRUSS renforcé, CCS) en fonction de la nature et de l'ampleur de l'événement • Suivi épidémiologique national en lien avec l'ANSP (Santé publique France) • Alerte des ARS concernées par l'événement

2. Phase de montée en puissance

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Renforcement de la régulation de la PDSA en lien avec la médecine de ville ; • Régulation médicale des patients nécessitant une prise en charge hospitalière (formes graves). Établissement de santé de première et deuxième ligne • Mise en place de la cellule de crise hospitalière (CCH) • Veille renforcée des indicateurs de tensions • Identification des capacités de prise en charge adultes et enfants (chambre individuelle, surveillance continue et réanimation, chambre d'isolement à pression négative) et des points de rupture • Mise en place des premières mesures de gestion prévues dans le « plan de mobilisation interne » niveau 1 (volet EPI-CLIM) : renforcement du dispositif de gestion des lits, adaptation des effectifs soignants, mis en place des mesures d'isolement pour le risque infectieux • Mobilisation de l'équipe opérationnelle d'hygiène en cas d'épidémie Établissements médico-sociaux • Identification des capacités d'accueil et de prise en charge • Veille renforcée des indicateurs de tensions • Mise en œuvre des mesures de gestion du plan bleu (renforcement de la prise en charge médicale et paramédicale) Professionnel de santé libéraux • Renforcement de la médicalisation des établissements médico-sociaux • Vigilance renforcée des patients vulnérables et/ou isolés et orientation des patients en tant que de besoin vers des structures adaptées (établissements de santé et/ou médico-sociaux)	ARS territorialement compétente • Surveillance épidémiologique renforcée en lien avec la CIRE • Analyse des indicateurs sanitaires du bulletin de synthèse des activités et des capacités hospitalières (BACH) • Coordination des acteurs de soins • Organisation d'une conférence téléphonique avec les établissements de santé et les établissements médico-sociaux : point de situation, perspectives et mesures de gestion • Mobilisation des URPS • Mobilisation des CPIAS en cas d'épidémie • Renforcement des mesures de lutte antivectorielle en cas d'arbovirose

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Mise en place en tant que de besoin d'un dispositif de suivi pour des renforts en appui des ARS impactées SAMU de zone • Appui à l'ARS de zone	CORRUSS - CCS • Suivi épidémiologique national en lien avec l'ANSP (Santé publique France) • Sollicitation de l'expertise nationale en cas d'épidémie • Identification des éventuels renforts nationaux mobilisables (réserve sanitaire) • Information des professionnels de santé et du grand public sur l'événement en cours

3. Phase de conduite de crise

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Maintien du renforcement de la régulation médicale notamment de la PDSA en lien avec la médecine de ville • Régulation médicale des patients nécessitant une prise en charge hospitalière (formes graves) Établissement de santé de première et deuxième ligne • Suivi des indicateurs de tension et remontée d'information à l'ARS • Activation du niveau 2 « plan blanc » si les mesures de gestion mises en œuvre dans le cadre de l'activation du plan de mobilisation interne s'avèrent insuffisantes Établissements médico-sociaux • Information de l'ARS sur les capacités complémentaires de prise en charge et sur les éventuelles difficultés rencontrées • Renforcement le cas échéant, des mesures de gestion du plan bleu Professionnel de santé libéraux • Mobilisation des structures de soins (centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, cabinets, ...) • Renforcement de la médicalisation des établissements médico-sociaux • Vigilance renforcée et réorientation le cas échéant des patients vers des structures adaptées	ARS territorialement compétente • Surveillance épidémiologique renforcée en lien avec la CIRE • Analyse des indicateurs sanitaires du bulletin de synthèse des activités et des capacités hospitalières • Coordination des mesures de gestion et articulation entre les différents acteurs (conférence téléphonique en tant que de besoin) • Demande de mobilisation de renforts nationaux (réserve sanitaire) si l'offre de soins demeure insuffisante malgré les mesures mises en œuvre • Poursuite du renforcement des mesures de lutte antivectorielle en cas d'arbovirose

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Mobilisation le cas échéant de renforts à la demande de l'ARS impactée avec l'appui du SAMU de zone SAMU de zone • Appui à l'ARS de zone pour la mobilisation de renforts	CORRUSS - CCS • Suivi épidémiologique national en lien avec l'ANSP (Santé publique France) • Suivi des indicateurs sanitaires du BACH à l'échelon national • Mise en place le cas échéant, de conférence téléphonique nationales : stratégie de prise en charge (ARS, SAMU) et de mobilisation des renforts (ARS et ARS de zone) • Renforcement de l'information des professionnels de santé • Lancement en tant que de besoin d'une campagne de communication grand public (spots radio/télévision)

4. Phase de post-crise

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Levé du dispositif de renforcement • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations Établissement de santé de première et deuxième ligne • Fin d'activation du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE et levée du dispositif • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations Établissements médico-sociaux • Fin d'activation du plan bleu • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations Professionnel de santé libéraux • Retour à la normale de l'activité • Retour d'expérience	ARS territorialement compétente • Désactivation de la CRAPS • Organisation du retour d'expérience interne et avec l'ensemble des partenaires mobilisés dans la gestion de crise et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations SAMU de zone • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations	CORRUSS - CCS • Fin d'activation du CORRUSS renforcé ou du CCS (si activé) • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations

FICHES TECHNIQUES POUR LA CONDUITE DE CRISE

Dossier capacitaire des opérateurs de soins

Annuaire des opérateurs de soins

Un annuaire exhaustif des opérateurs de soins est constitué et maintenu à jour.

Il comprend les coordonnées des structures et de leur responsable notamment des :

- Établissements de santé de première ligne ;
- Établissements de santé de deuxième ligne ;
- Établissements et services médico-sociaux ;
- URPS et structures d'exercice coordonné de ville : communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles et professionnels de santé de ville ;
- Toutes autres structures utiles à la conduite de crise (DAC : Dispositifs d'Appui à la Coordination).

Fiche capacitaire des établissements de santé de première ligne et de deuxième ligne

Il s'agit de disposer d'une **fiche signalétique par établissement de santé de première et deuxième ligne** mentionnant :

- Les coordonnées de l'établissement, de son directeur et de la cellule de crise ;
- Les capacités d'hospitalisation habituelles et les capacités de renforcement dans les services suivants :
 - Service de médecine polyvalente ;
 - Service de gériatrie ;
 - Service de pédiatrie ;
 - Service de pneumologie ;
 - Service d'infectiologie ;
 - Unité de soins intensifs et de surveillance continue ;
 - Services de soins critiques adultes, pédiatriques et néo-natales ;
 - Soins de suite et de réadaptation ;
 - ...

Il est également intéressant de disposer d'une cartographie des établissements de santé par département ou par région.

Fiche capacitaire des établissements médico-sociaux

Il s'agit de disposer d'une **fiche signalétique par établissement médico-social** mentionnant :

- Les coordonnées de l'établissement, de son directeur et de la cellule de crise ;
- Les capacités d'accueil de jour et de nuit et les capacités d'hébergement permanent et temporaire (nombre de places)
- La typologie de la population accueillie (GIR, unités spécialisés, ...)
- Les effectifs de personnel non médical et médical (médecin coordonnateur, infirmier, aide-soignant, ...)
- Les équipements (présence ou non de pièces rafraichies, d'une PUI, groupes électrogènes, ...)

Il est également intéressant de disposer d'une cartographie des établissements médico-sociaux par département ou par région.

Fiche capacitaire de la médecine de ville

Lors de la survenue d'un évènement climatique ou d'une épidémie saisonnière, les professionnels libéraux (médecins, infirmiers et autres professionnels de santé libéraux) sont en première ligne pour assurer la prise en charge des patients impactés par l'évènement.

Dans ce cadre, il est intéressant de disposer :

- D'une cartographie des professionnels de santé libéraux en particulier des centres de santé, des maisons de santé pluri-professionnelles et des communautés professionnelles territoriales de santé afin d'être en mesure d'évaluer l'offre de soins et de les mobiliser en tant que de besoin ;
- D'une cartographie des DAC.

Fiche capacitaire des ressources de transport sanitaire

La réponse du système de santé définie par le plan opérationnel de réponse ORSAN EPI-CLIM peut conduire à transporter des patients d'une structure de soins vers une autre structure plus adaptée (par exemple un transfert de patient pris en charge dans un établissement médico-social vers une structure hospitalière)

Il convient donc d'assurer le recensement des capacités des transporteurs sanitaires privés afin de les mobiliser le cas échéant.

Plan ORSAN REB

Gestion d'un risque épidémique et biologique connu ou émergent dans le système de santé



PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DU PLAN ORSAN REB

DÉFINITIONS

Le plan de gestion d'un risque épidémique et biologique (plan ORSAN REB) répond à un risque épidémique et biologique lié à un agent infectieux émergent ou réémergent en France.



La prise en charge de la menace toxinique est assimilable à la prise en charge d'un agent toxique. Elle est prise en compte dans le plan ORSAN NRC.

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Contexte

L'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 est un enjeu important.

Les enjeux de la réponse au REB sont multiples et impliquent de nombreux acteurs pour :

- 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) ;
- 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 le lavage des mains...).

Les agents infectieux concernés sont :

- Les agents à l'origine de pathologies hautement contagieuses et/ou graves : fièvres hémorragiques virales, nouveaux coronavirus, virus grippaux émergents, tuberculoses MDR ou XDR, etc. ;
- Les agents du bioterrorisme à potentiel épidémique : variole, peste pulmonaire, etc. ;
- Tout agent infectieux inconnu émergent sur le territoire (« agent REB »).

Objectifs du plan

Le plan ORSAN REB a pour objectif global de couvrir les stratégies de réponse à différents types de risques épidémiques et biologique notamment ceux à potentiel pandémique. Il permet l'organisation de la réponse du système de santé en coordonnant la mobilisation des différents établissements de santé de la région face à ces risques. Ce plan générique intègre une déclinaison spécifique au regard du type de pathogène en particulier de sa transmissibilité et de l'existence de contre-mesures spécifiques. Il a pour but de définir l'augmentation du niveau capacitaire de prise en charge des patients, de diagnostic biologique par la mobilisation des opérateurs de soins à l'échelon régional.

Les objectifs opérationnels de ce plan sont :

- D'assurer à toutes les phases la prise en charge des patients atteints d'infection liée à des agents infectieux connus ou émergents, notamment ceux présentant un risque épidémique, de même que 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, et de la communauté (mesures de protection et de biosécurité). Une attention

particulière est à porter aux personnes fragiles, handicapées et précaires, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, foyers d'hébergement, ... De même, le maintien de la capacité de prise en charge des autres patients afin d'assurer le maintien de l'activité courante de soins ;

- D'endiguer l'introduction de la propagation de l'agent infectieux en mettant en œuvre les mesures de détection et de biosécurité requises pour la prise en charge des patients et celle des personnes contact en cas de maladie à transmission interhumaine ou coexposées. Il s'agit également d'assurer la gestion rapide des « clusters » ;
- D'atténuer les effets de l'épidémie 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 le lavage des mains...) et protéger les personnes fragiles (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ...) tout en assurant la prise en charge des patients atteints par des formes sévères et graves dans les établissements de santé de référence régional REB (ESRR REB) et les établissements de santé de première ligne et le cas échéant, de deuxième ligne. La prise en charge des formes mineures et modérées est assurée en médecine de ville et la prise en charge de patients ne présentant pas de risque épidémique et biologique est assurée dans la mesure du possible par les établissements de troisième ligne. Cette action nécessite la montée en puissance du système de santé notamment des soins critiques (adultes et le cas échéant, pédiatriques) et l'optimisation du parcours de soins des patients ainsi que la coordination des différents établissements de santé ;
- D'organiser la phase post vague épidémique (stades 3 bis et 4) par la mise en œuvre, le cas échéant, de mesures de protection et de contrôle épidémiques (stratégie « Tester, Alerter, Protéger » (TAP), « contact-tracing », isolement des malades, vaccination...), et la prise en charge des éventuelles pathologies induites ;
- D'adapter le système de santé à la prise en compte du risque lié à la circulation active virale dans l'organisation des soins (préparation au rebond épidémique).

Le plan ORSAN REB s'inscrit dans la complémentarité des plans de déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC-E pour le risque « biologique » déclenché par le Préfet et dans les objectifs définis dans le plan national de préparation et de réponse à une pandémie et le contrat capacitaire interministériel (CCI). Ce plan prend en compte le volet capacitaire du CCI « pandémie ».

Description du plan

Le plan ORSAN REB doit ainsi :

- **Définir la stratégie régionale de prise en charge des patients suspects d'infection ou confirmés** et des autres patients en fonction de la nature de l'agent infectieux, de leur âge (enfants, adultes, personnes âgées) et des territoires considérés au sein de la région (territoire de santé, région, ...), ainsi que l'identification des personnes dites « à risque de formes graves » ;
- **Identifier les opérateurs de soins concernés**, déterminer pour chacun d'entre eux les objectifs opérationnel de prise en charge de ces patients à décliner dans leurs plans respectifs de montée en puissance et planifier l'organisation de formations continues et exercices réguliers :
 - Établissements de santé, en fonction de leur classification ORSAN (prise en charge spécialisée, réponse minimale...) avec une attention particulière aux capacités de dilation de l'offre de soins critique ;
 - Professionnels de santé en ambulatoire (médecins, paramédicaux, pharmaciens, biologistes...) ;
 - Établissements et services médico-sociaux.
- **Parallèlement, réviser les capacités de renforts affichées en professionnels de santé mobilisables en cas de crise sanitaire** (mobilisation de la réserve territoriale de professionnels de santé, et si besoin, les étudiants, les retraités, etc. dont les modalités sont prévues dans la DST « gestion de la réserve territoriale de professionnels de santé ») ainsi que pour les produits de santé (médicaments, MD, MIV, équipements biomédicaux, etc.) ;
- **Prendre en compte la réponse minimale attendue des autres établissements de santé (établissements de troisième ligne)** pour la prise en charge des patients se présentant

spontanément (volet REB du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles), de même que l'éventuelle prise en charge de patients ne présentant pas de risque épidémique et biologique afin de soulager les flux tendus dans les différents services (ex. service de soins critiques...) des établissements de première ligne voir de deuxième ligne ;

- **Spécifier les modalités d'adaptation de la régulation médicale** (SAMU territorialement compétent) pour assurer l'identification, la coordination entre les médecins concernés, initier le parcours de soins et organiser le transport des patients suspect et confirmés en fonction de la classification de l'agent infectieux concerné. Il s'agit également d'organiser les évacuations sanitaires en cas de saturation de l'offre de soin ;
- **Renforcer en conséquence les filières de prise en charge pour le REB et déterminer les points de rupture** afin d'anticiper le recours aux renforts zonaux voire nationaux, tels que les ESRN REB, et leur coopération avec les établissements de santé régionaux concernés ;
- **Recenser les moyens tactiques à mobiliser à l'échelle régionale et leur condition de mobilisation et d'acheminement** (produit de santé, équipements de protection individuels, moyens de transport biosécurisés) ainsi que les moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une collecte de données (identification des indicateurs nécessaires à la conduite de la crise, montée en puissance des capacités de diagnostic biologique, etc.) et leur communication aux différents échelons de référence et au public, en lien avec le CORRUSS / CCS ;
- **Définir un système de suivi de l'information**, dans le but de donner une meilleure lisibilité concernant les différents moyens de diagnostic, traitements et suivis de la maladie ;
- **Décrire la mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN REB** (déclenchement, conduite de crise, suivi des patients, ...), mobilisation, coordination et suivi de la réponse des opérateurs de soins. Il s'agit notamment de définir les :
 - Modalités d'adaptation de la régulation médicale (SAMU territorialement compétent) pour assurer l'identification, la coordination entre les médecins concernés, initier le parcours de soins et organiser le transport des patients suspects et confirmés en fonction de la classification de l'agent infectieux concerné ;
 - Filières de prise en charge pour le REB et détermination des points de rupture afin d'anticiper le recours aux renforts zonaux voire nationaux.
- **Améliorer la communication et l'accessibilité aux données**, d'une part sur l'information scientifique (autour de la maladie, son mode de transmission, ses risques d'évolution et ses traitements) et la promotion des gestes barrières auprès du grand public, et d'autre part l'accessibilité à l'information scientifique professionnelle centralisée et évolutive auprès des professionnels de santé. Il s'agit d'organiser la communication de ces données au public, entre les ES et les ESMS, ainsi qu'entre les professionnels de santé, en temps réel. Il est de même nécessaire de faciliter la communication entre professionnels du secteur, par des moyens adaptés, entre autres, d'un système de mailing sécurisé. Le but est de maintenir une indépendance de l'information scientifique, hors contexte politique ;
- **Parallèlement, aménager une filière gériatrique de coopération** entre les EHPAD et les hôpitaux de proximité, et ainsi développer la communication entre les ES et les ESMS concernant les personnes âgées à risque ;
- **Organiser la phase de post-crise ou d'intercrise** en anticipant les conséquences sanitaires et sociales liées à la situation ;
- **Le cas échéant, organiser la prise en compte des éléments spécifiques dans le plan ORSAN EPI-CLIM**, une fois l'agent pathogène devenu saisonnier ;
- **Prendre en compte le retour d'expérience** pour l'amélioration continue du plan, particulièrement les capacités de montée en puissance de l'offre de soins, le contrôle sanitaire aux frontières, la mise en place d'un isolement strict ainsi que l'enjeu d'accès aux tests. En outre, il s'agit de rendre compte des conséquences architecturales observées durant la pandémie de SARS-Cov-2 concernant les chambres d'hospitalisation à deux lits ou seules

CHAMP D'APPLICATION

Le plan ORSAN REB est mis en œuvre dès lors qu'il existe un risque d'émergence d'une maladie infectieuse notamment si celle-ci a un potentiel épidémique. À ce titre, il peut être activé par l'ARS

suite à l'identification d'une alerte sur la plateforme régionale de veille ou sur décision nationale dans le cadre d'une alerte nationale ou internationale (comme pour la Covid-19). Il s'applique en cas de :

- **Risque d'émergence ou réémergence d'une maladie infectieuse**, notamment si celle-ci a un potentiel épidémique. Le potentiel épidémique pourra être envisagé dès l'apparition de cas groupés (cluster), a fortiori en situation de circulation avérée de l'agent infectieux (épidémie) ;
- **Menace liée à un agent biologique (bioterrorisme)** dans le cadre du plan gouvernemental NRBC-E, pour la partie « B » (biologique).

***NB :** la présence d'un cas isolé de patient suspect d'une maladie émergente, notamment avec un agent de catégorie 4 (type Ébola), sera traitée dans le cadre défini par ce plan même s'il ne s'agit pas d'une situation stricto sensu d'une situation épidémique.*

ÉLÉMENTS DE DOCTRINE POUR LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE ÉPIDÉMIQUE ET BIOLOGIQUE

Les principes fondamentaux de prise en charge des patients REB sont les mêmes, que l'agent infectieux émerge naturellement (émergence ou réémergence d'une maladie) ou intentionnellement (bioterrorisme).

Les particularités du risque REB par rapport aux autres risques NRBC-E sont les suivantes :

- Cinétique :
 - Dans le risque épidémique, les personnes touchées sont initialement très peu nombreuses, puis, si la maladie n'est pas endiguée, augmentent de façon exponentielle au fil du temps (contrairement aux autres risques qui entraînent une pression importante de victimes initialement, puis une décroissance) ;
 - En cas d'épidémie, la gestion se fait sur un temps prolongé (cf. schéma ci-dessous), et nécessite donc à la fois de mobiliser le système de santé et d'anticiper la durée et les rebondissements de la crise éventuelle (capacités de l'offre de soins, épuisement des acteurs, circuits d'information, etc.).
- Charge sur le système de santé :
 - La prise en charge des patients peut nécessiter des moyens spécifiques liés à la contagiosité possible au cours de l'hospitalisation (isolement, matériel, ressources en personnels...) ;
 - La probabilité élevée que les soignants soient également touchés en cas d'épidémie est à prendre en compte, 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.
- Enjeux de communication et d'information : du fait de la durée et de l'ampleur d'une situation sanitaire exceptionnelle REB, associées aux représentations de la maladie infectieuse (perception de l'autre comme un risque), la qualité de la communication entre acteurs du soins (et avec la population), est essentielle pour la mise en œuvre des mesures sanitaires.

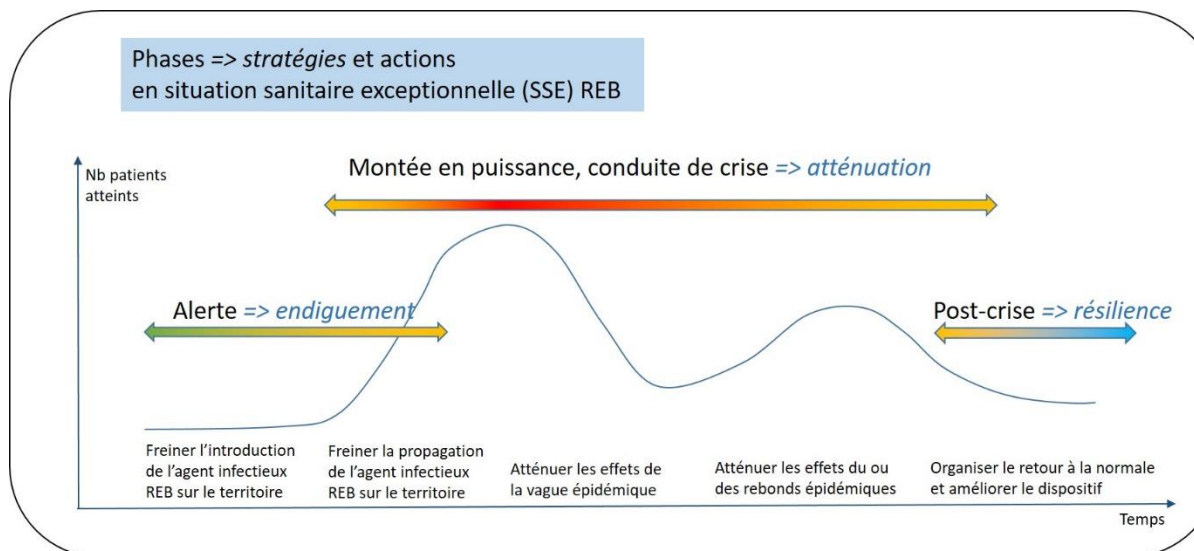
Il convient dans ce cadre de :

- Spécifier les modalités d'adaptation de la régulation médicale (SAMU territorialement compétent) pour assurer l'identification, la coordination entre les médecins concernés, initier le parcours de soins et organiser le transport des patients suspect et confirmés en fonction de la classification de l'agent infectieux concerné. Il s'agit également d'organiser les évacuations sanitaires en cas de saturation de l'offre de soin ;
- Définir l'organisation des soins et l'interaction entre les secteurs de l'offre de soins (ville, établissements de santé ; établissements et services médico-sociaux) dans une logique d'optimisation de parcours de soins ;
- Améliorer la communication et l'accessibilité aux données, d'une part sur l'information scientifique (autour de la maladie, son mode de transmission, ses risques d'évolution et ses traitements) et la promotion des gestes barrières auprès du grand public, et d'autre part l'accessibilité à l'information scientifique professionnelle centralisée et évolutive auprès des professionnels de santé. Il s'agit d'organiser la communication de ces données au public, entre les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux, ainsi qu'entre les

professionnels de santé, en temps réel. Il est de même nécessaire de faciliter la communication entre professionnels du secteur, par des moyens adaptés, entre autres, d'un système de mailing sécurisé. Le but est de maintenir une indépendance de l'information scientifique ;

- Organiser la phase de post-crise en anticipant les conséquences sanitaires et sociales liées à la situation.

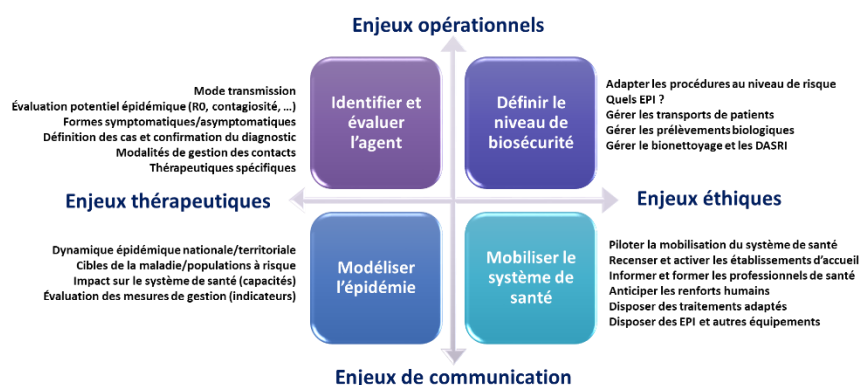
La gestion d'un agent infectieux à risque épidémique peut être schématisée en plusieurs phases durant lesquelles sont mises en œuvre des stratégies de gestion adaptées :



Les points essentiels à identifier de façon la plus précoce possible, car ils vont modifier la prise en charge et les mesures de protection, sont :

- La nature de l'agent infectieux et ses modalités de transmission ;
- L'existence de moyens de dépistage/diagnostic ;
- Son niveau de gravité (sévérité et létalité) ;
- L'existence de moyens thérapeutiques et curatifs.

Les enjeux de gestion sont multiples et imposent la mobilisation de nombreux acteurs pour permettre l'identification des personnes infectées, assurer leur prise en charge et réduire la propagation de l'épidémie.



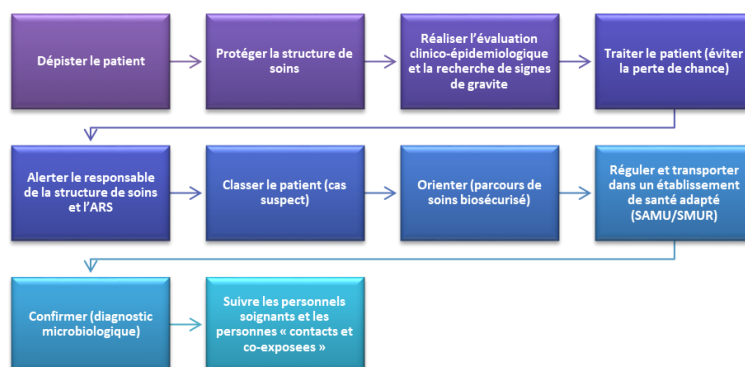
A ce titre il sera utile de s'appuyer sur les compétences d'infectiologues REB et d'établissements de référence possédant des capacités de prise en charge assurant un niveau de biosécurité adapté (compétences des soignants, locaux, matériels) au plan régional (ESR régionaux REB) et le cas échéant, national (ESR nationaux REB).

Stratégie d'endiguement

La prise en charge d'un patient suspect d'infection à risque épidémique et biologique, en raison de la diversité des agents et de la méconnaissance initiale due à l'émergence elle-même, mais aussi à la variabilité de la présentation clinique du patient, doit suivre une démarche rigoureuse et systématique axée sur les étapes clés suivantes :

- **Dépistage rapide des patients suspects** (circonstances d'exposition, voyages, présentations cliniques, ...) par les professionnels de santé à l'aide de différents types de tests (PCR, antigénique mais aussi criblage et séquençage) ;
- **Mise en place immédiates des mesures de protection** pour protéger de façon adaptée le personnel et la structure de soins (EPI, port du masque et des gants, solution hydro-alcoolique, etc.);
- **Isolement et prise en charge médicale du patient dès que possible** en lien avec un médecin infectiologue référent, adaptée au niveau de risque de transmission et à la structure de soins ;
- **Alerte** des responsables de la structure de soins et de l'ARS ;
- **Orientation du patient** dans la filière de soins adaptée (régulation et transport du patient vers la structure la plus adaptée);
- **Mise en place d'un suivi épidémiologique**, via des systèmes d'information tel que l'outil SI-VIC ;
- **Mise en place d'un système de contact-tracing** et de détection de « clusters », de manière rétrospective et/ou prospective, dans le but de briser les chaînes de transmission ;
- **Identification rapide et prise en charge des personnes contacts** en cas de risque de transmission interhumaine de l'agent infectieux (surveillance, vaccination, traitements prophylactiques, ...) ;
- **Réalisation des prélèvements et diagnostic microbiologique**, tel que le séquençage ou des tests de criblage adaptés à la détection de variants spécifiques ;

Cette démarche est déclinée en actions dont l'articulation chronologique est à adapter en fonction de la situation clinico-épidémiologique et de l'agent infectieux en cause :



Le parcours de soins des patients présentant un risque épidémique et biologique doit être parfaitement défini, sécurisé et adapté à la nature de l'agent infectieux en particulier à sa transmissibilité interhumaine

Stratégie d'atténuation

Malgré la mise en œuvre d'une stratégie d'endiguement, certains agents infectieux de par leur potentiel de contagiosité (R_0), la présence de formes asymptomatiques et la limite des mesures barrières vont conduire inexorablement à une diffusion épidémique. Dans cette phase, l'objectif est d'atténuer les effets de l'épidémie par la mise en œuvre des mesures barrières populationnelles pour limiter la circulation du virus (distanciation physique et limitations des rassemblements, confinement, gestes

barrières tels que le port du masque et le lavage des mains ...) et protéger les personnes fragiles (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ...) tout en assurant la prise en charge des patients atteints par des formes sévères et graves dans les établissements de santé de référence régional REB (ESRR REB), les établissements de santé de première ligne et le cas échéant, de deuxième ligne. La prise en charge des formes mineures et modérées est assurée en médecine de ville et celle des patients ne présentant pas de risque épidémique et biologique est assurée dans la mesure du possible par les établissements de troisième ligne. Cette action nécessite la montée en puissance du système de santé notamment des soins critiques (adultes et le cas échéant, pédiatriques et gériatriques) et l'optimisation du parcours de soins des patients ainsi que la coordination des différents établissements de santé.

Une partie non-négligeable de la stratégie d'atténuation consiste à mettre en place un système de coopération et de communication d'une filière gériatrique entre les EHPAD et les établissements de santé de proximité afin de permettre une prise en charge rapide et efficace des personnes âgées à risque.

Particulièrement au niveau des EHPAD, il s'agit d'assurer la continuité de la prise en charge des résidents et patients hors REB, ainsi que d'assurer la continuité du fonctionnement des soins dans les unités de soins de longue durée (USLD).

La mise en place de cellules de soins médico-psychologiques dans les établissements de santé ainsi qu'en EHPAD peut s'avérer primordiale afin de prendre en charge les conséquences psychologiques liées à un potentiel isolement. Cet aspect est modalisé dans le plan ORSAN MEDICO-PSY.

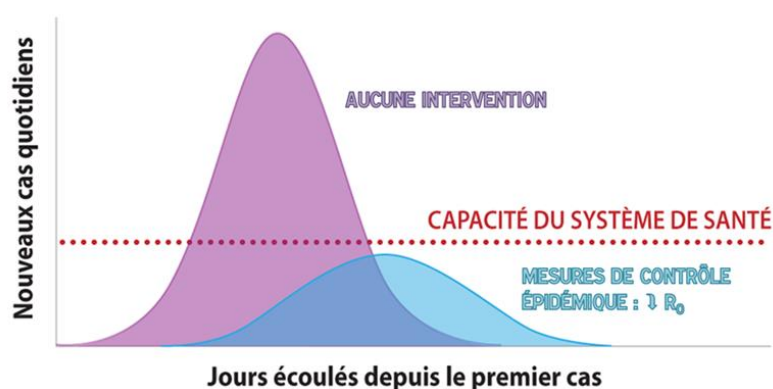
Les capacités de montée en puissance de l'offre de soins notamment des soins critiques sont définies dans le plan ORSAN REB et formalisées dans la disposition spécifique transversale « renforcement de l'offre de soins critiques » et reposent sur :

- L'optimisation du parcours de soins gradué des patients dans une logique de juste soin et tenant compte des capacités en hospitalisation ;
- L'ouverture de lits supplémentaires en hospitalisation conventionnelle et en soins critiques nécessitant la mobilisation des ressources humaines issues des dispositifs de mobilisation des professionnels préalablement identifiés et formés dans les établissements de santé concernés (vivier de professionnels de renfort en soins critiques) voire de la déprogrammation d'activités non urgentes et du déploiement de moyens (équipement biomédicaux, produit de santé, ...) ;
- La solidarité entre établissements de santé coordonnée par l'ARS : mutualisation des équipes soignantes et des équipements biomédicaux (respirateurs, moniteurs de surveillances, produit de santé, équipements de protection individuelle, ...) ainsi que la réaffirmation de la doctrine d'acquisition des équipements de protection individuelle et de produits de désinfection. Le CCI permet la mise en place d'un dispositif permettant de disposer des capacités indispensables de prévention et de réponse à une épidémie ;
- Parallèlement, assurer l'acquisition d'un stock de sécurité d'équipements de protection individuelle (hospitalisation conventionnelle et activité de prélèvements biologiques)
- L'assurance de soins palliatifs et d'accompagnement, pour des traitements à titre compassionnel et des propositions thérapeutiques. Cela est applicable en cas de refus de réanimation ou d'obligation de tri dans les services résultant de tensions capacitaires dans les milieux hospitaliers (service de soins critiques en particulier) ;
- L'organisation des unités de soins critiques selon l'évolution du besoin, tel que l'organisation, en tant que de besoin, d'espaces de réanimations éphémères avec une déprogrammation progressive, du déploiement de personnels, etc. Il s'agit, en outre, de l'organisation capacitaire en soins critiques de la structure des lits, des mesures de réversibilité et de la mise en place potentielle d'une réserve de lits armés (hors ressources humaines) en lien avec le CNP-ARMPO ;
- Prise en compte des épidémies saisonnières dans l'organisation hospitalière – service de soins critiques ou hospitalisation conventionnelle – afin d'assurer la continuité de leur prise en charge ;
- Mise en place de formations accélérées concernant en particulier les médecines spécialistes (réanimateurs, anesthésistes-réanimateurs) et les infirmiers en renfort dans les services de soins critiques. Il s'agit de former les professionnels de santé en question aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle, y compris la prise en charge somatique et psychique des victimes induites.

- Coordonner les évacuations sanitaires infrarégionales éventuelles, dans l'optique de soulager les régions dont les établissements de santé privés et publics sont saturés. Le transfert est autorisé et coordonné par l'ARS tout en reposant sur une première décision médicale, et organisé par le SAMU-Centre 15 territorialement compétent, avec le soutien logistique du SAMU de zone ;

Cette dilatation de l'offre de soins critiques repose sur la mise en œuvre de la disposition spécifique transversale « soins critiques » en complément du plan ORSAN REB.

Les capacités de montée en puissance des établissements de santé notamment pour les soins critiques n'est pas illimitée et impose d'assurer l'équilibre entre patients atteints par la maladie épidémique et autres patients. Des mesures visant à diminuer la diffusion de l'agent infectieux par la réduction drastique des contacts physiques doivent alors être mise en œuvre pour réduire le nombre de patients présentant une forme grave et ainsi permettre au système de santé d'assurer leur prise en charge.



Stratégie de résilience

La stratégie de résilience a pour objectif d'organiser la phase post vague épidémique par la mise en œuvre, le cas échéant, de mesures de protection et de contrôle épidémiques (ex. « dépister-tracer-isoler », vaccination...), et la prise en charge des éventuelles pathologies induites. Il s'agit dans un premier temps d'organiser la mise en place de la stratégie « Tester, Alerter, Protéger » (TAP) dans le but de réduire la diffusion du virus et briser les chaînes de transmission. Cela comprend le repérage précoce des symptômes, la réalisation de tests et la diversification des types de tests déployés (antigénique, PCR, autotests), de la stratégie de criblage-séquençage, ainsi que le processus de contact-tracing et l'isolement des malades. Il s'agit aussi de prendre en compte le risque de circulation active virale dans l'organisation des soins (préparation au rebond épidémique) et le cas échéant, de sa potentielle récurrence saisonnière.

ÉVOLUTIONS DE LA VERSION 2023 DU PLAN

La prise en compte de l'entière réalité de certains risques et menaces est nécessaire. Ainsi, le volet ORSAN BIO, évolue vers un plan « risque épidémique et biologique » (REB) qui intègre à la fois les spécificités des agents infectieux émergents ou réémergents mais aussi pour certains d'entre eux leur capacité de transmission interhumaine potentiellement épidémique. Ce plan prend aussi en compte le retour d'expérience de l'épidémie de Covid-19.

Initialement de compétence zonale, il devient un plan régional.

METHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PLAN ORSAN REB

L'opérationnalité du plan repose sur l'adhésion de ses acteurs et sur l'adéquation des propositions avec la réalité du terrain. Il sera donc utile d'associer les acteurs essentiels du soin et identifier les pratiques et dispositifs existants connus et éprouvés, pour nourrir les propositions.

CONSTITUTION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le travail d'élaboration du dispositif ORSAN REB s'appuiera sur un groupe de travail dont le rôle sera d'identifier les besoins et de proposer des réponses. Le groupe de travail d'élaboration du plan ORSAN REB doit s'appuyer sur l'expertise des personnels de direction et des référents des ESRR REB ainsi que des professionnels de santé des établissements de santé de première ligne impliqués

Questions préalables pour identifier les membres du groupe de travail :

- Quelles sont les expertises REB – diagnostic, prise en charge, protection, filières de soins - dans la région ?
- Qui seront les acteurs de la prise en charge de proximité (ville, établissements de santé), selon la gravité ?
- Qui sont les spécialistes par type de population – adultes, enfants, personne âgées ou précaires, ou dépendantes ?
- Qui régulera et transportera les patients REB ? qui les accueillera en première ligne ?
- Qui organisera la montée en charge des ressources humaines et matérielles ? Qui sera en charge de mobiliser / rappeler / former les professionnels de santé ?
- Qui s'occupera de la coordination ? de la circulation de l'information ? des interfaces entre établissements de santé et médico-sociaux, institutions, professionnels de ville, ... ?

Groupe de travail socle

Le groupe de travail d'élaboration du plan ORSAN REB comprendra ainsi au minimum des personnels de direction et des référents de l'ESRR REB ainsi que des professionnels de santé des établissements de santé publics et privés (première ligne et proximité), de l'ambulatoire et du médico-social, notamment :

- Représentants de l'ESRR REB :
 - Infectiologues des services de maladies infectieuses et tropicales, au minimum l'infectiologue référent de l'ESR qui combine l'expertise REB (prise en charge thérapeutique, organisation du parcours patient, recherche clinique) et la connaissance du terrain en tant que soignant de première ligne (enjeux RH et matériels, réseau de professionnels) ;
 - Microbiologistes et biologistes ;
 - Hygiénistes des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) ;
 - Urgentistes des SAMU, des SMUR et des structures d'accueil des urgences adultes et pédiatriques ; référents pour les actions de formation (SSE, CESU...) ;
 - Réanimateurs ;
 - Pédiatres, gériatres ;
 - Cadres de santé ;
 - Médecins du travail ;
 - Pharmacien référent REB.
- Représentants des établissements de santé autres : secteur privé et public incluant le médico-social ;
- CPias ;
- CESU ;
- Représentants des professionnels de santé de ville : URPS (médecins et IDE), pharmacies...;
- CPAM pour les discussions sur les modalités de mobilisation des professionnels libéraux ;
- Intervenants en soins palliatifs (médecins, infirmiers, aides-soignants, assistantes sociales, psychologues, auxiliaires de vie, etc...) ;

- Professionnels de santé des établissements médico-sociaux notamment EHPAD (gériatres etc.) ;
- Médecins psychiatres, psychologues et infirmiers volontaires composant les CUMP ;
- Service de santé des armées ;
- Acteurs de la Sécurité civile.
- Représentants des associations de patients.

Les différentes disciplines, services et unités participant à l'élaboration du plan constitueront de fait un réseau de professionnels seront des relais utiles pour la mise en œuvre.

L'infectiologue référent REB de l'ESRR est un interlocuteur essentiel tout au long de la mise en place du dispositif ORSAN REB, par son expertise médicale et organisationnelle.

DÉTERMINER DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS POUR LA RÉGION

Identifier et anticiper les vulnérabilités territoriales

- **Du point de vue du système de santé** : quels acteurs de l'offre de soins sont les plus fragiles sur le territoire (faible densité médicale ou paramédicale...) ? Positionnement de l'ESR (ESR régional loin de la métropole, ESR national, CNR...) ? si l'ESR a un rôle national, comment se fera l'articulation avec les missions régionales ? quelles sont les limites de l'offre de soins du point de vue du REB (accueil pédiatrique, parturiente, soins critiques, ...) ?
- **Du point de vue de la géographie** : le territoire est-il isolé géographiquement avec des contraintes spécifiques de transports ? Existe-t-il un flux important de voyageurs internationaux (frontières, ports, aéroports) ? Existe-t-il un risque pour les maladies vectorielles ?
- **Du point de vue de la population** : Quelles sont les populations particulièrement fragiles (âge, précarité, handicap, faible accès au système de santé, barrières de langue, zones de densité de population) ? quels sont les indicateurs épidémiologiques internationaux / nationaux / régionaux à surveiller plus particulièrement ?

Connaître les ressources existantes

Le principe du dispositif est de permettre une montée en charge graduée à partir de l'offre de soins existante, adaptée à la situation selon les différentes phases. L'identification des ressources existantes est donc essentielle et doit aussi permettre d'inscrire le REB dans des circuits déjà connus et éprouvés par les professionnels de santé.

- **Opérateurs de soins REB** (base SRS et mise à jour des annuaires existants ou création d'un annuaire idoine) : qui sont les opérateurs de soins de proximité (établissements de santé, ville et interventions au domicile) ? d'expertise (ESRR REB) ? de régulation médicale et de transport ? les établissements de 1^{ère} ligne (avec SAU et SMIT), 2^{ème} ligne ? Quelles sont les ressources par spécialités ? Quel est le niveau de formation /de sensibilisation des professionnels au REB ?
- **Capacité de réponse au REB** : pour chaque opérateur, quelle est la capacité de réponse au REB (à évaluer sur la base du référentiel technique REB) ? quelle est leur capacité de mobilisation à chaque phase (nombre de lits selon les secteurs d'hospitalisation, montée en charge, durée) ? des exercices / entraînements ont-ils été effectués – avec retour d'expérience ? quelles sont les compétences spécifiques (vaccination / pédiatres et médecins de ville, pneumologues, médecins du travail, laboratoires, pharmacies...) ?
- **Filières et parcours de soins** : quelles sont les capacités d'aval – essentielles pour permettre la poursuite des admissions de patients en aigu – en ville, en établissement ? les établissements médico-sociaux sont-ils tous adossés à des établissements de santé ? Si non quelle organisation et coordination en situation de crise ?
- **Réseaux professionnels** : existe-t-il des dispositifs et réseaux déjà investis par les professionnels, plans bleus (notamment procédures canicule) en EHPAD, référents antibiotiques / CPIas et

leurs correspondants, autres réseaux de santé ou d'information professionnelle ? existe-t-il des partenariats entre établissements publics et privés ? Identifier dans la région les circuits et interlocuteurs qui fonctionnent en réseau : GHT, CPTS, CNP, CPIAS... au besoin développer le travail en réseau hors-crise

- **Matériel et logistique** : quel est l'état des stocks de produits REB (volume, péremption, accès), EPI, médicaments curatifs et préventifs, tests diagnostiques... ? quelles sont les capacités de commande et de stockage pour ces produits ? quelles seraient les capacités de production/conditionnement au niveau local ? quels sont les circuits et modalités de distribution en établissement, en ville ? des conditionnements spécifiques sont-ils prévus pour l'ambulatoire (petits volumes, unidose...) ?

Une **cartographie détaillée** et un **annuaire des correspondants REB**, ainsi que les modalités de leur mise à jour, pourront utilement être intégrés au plan.

Objectifs et effets attendus

L'analyse croisée des vulnérabilités et des ressources doit permettre de déterminer des objectifs opérationnels pour le plan ORSAN REB dans la région, en intégrant :

- Les **objectifs généraux** avec une logique de parcours de soins et filières de prise en charge au niveau régional voire extrarégional en fonction des territoires impactés ;
- Les **objectifs régionaux** des plans d'intervention pour la gestion des urgences sanitaires, déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC-E pour le risque « biologique » et des plans et guides aux thématiques biologiques.

Il pourra être utile de préciser, pour chaque objectif, **les effets attendus et les indicateurs**, à partager avec les acteurs concernés, permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs.

IDENTIFIER LES ACTEURS RÉFÉRENTS

La mission de référence pour le risque épidémique et biologique (REB) est exercée, dans chaque région, par un établissement de santé désigné par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'agence régionale de la santé. Les hôpitaux des armées peuvent appuyer ces établissements de santé, par convention signée du Ministre des armées, telle que prévu dans l'arrêté 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. Cet arrêté précise la zone d'intervention de chacun des établissements de santé de référence régionaux (ESRR) ainsi désignés.

En lien avec les ARS, ces ESRR doivent être en mesure d'apporter un soutien, un relais aux professionnels de ville de la région en favorisant la transmission d'information et la mise en place de formations (cf. aussi annexe sur rôles et missions des opérateurs de soins).

L'ARS organise la mise en œuvre de cette mission en tenant compte des capacités et des moyens de prise en charge et de diagnostic. À cet effet, elle propose un établissement de santé de référence régional (ESRR). En l'absence dans une région d'un établissement de santé capable d'assurer la mission REB, l'ARS de zone est en charge d'identifier un ou plusieurs ESRR de la zone, pour assurer leurs missions pour le compte de la région demandeuse.

Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic nécessaires pour remplir ces missions en fonction de chacun des risques et menaces ainsi que leurs modalités d'exercice.

Les agents infectieux présentant un haut risque de transmission imposent un niveau de biosécurité maximal qui nécessite une infrastructure de soins clinique et biologique (diagnostic microbiologique et biologie courante) spécialisée mais aussi des équipes médicales et paramédicales parfaitement formées. Ainsi :

- 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 dans un établissement de santé de référence régional (ESRR REB)

- La prise en charge des patients infectés (cas confirmés) par des agents biologiques du groupe 4 de la même classification (ou hautement pathogène non encore classé) est assurée quant à elle dans un établissement de santé de référence nationale (ESRN REB). Les ESRR REB doivent également être en capacité d'assurer la prise en charge d'un patient cas possible d'infection par un agent biologique du groupe 4, le temps de la confirmation ou de l'infirmité de l'infection (diagnostic microbiologique).



La réponse minimale à apporter par chaque établissement - 1^{ère} ligne, 1^{ère} ligne expert (ESRR et ESRN), autres ES - en termes de parcours patient (architecture, locaux, hygiène), de prise en charge clinique, de moyens de transports et de ressources biologiques, fait l'objet d'un référentiel technique élaboré par la mission nationale COREB.

IDENTIFIER LES FILIÈRES DE PRISE EN CHARGE ET POINTS DE RUPTURE

Pour chaque phase de gestion du REB : endiguement (premiers cas), atténuation (épidémie) et résilience (retour à la normale et préparation du rebond) – le plan ORSAN REB décrira les principes d'organisation, la cinétique, le rôle de chaque établissement et opérateur de santé, et les filières et parcours de soins.



Les régions d'outre-mer devront étudier des réponses spécifiques incluant notamment les questions de délais d'approvisionnement et acheminement, les moyens de transport, les ressources matérielles disponibles sur place, et l'organisation des renforts (cf. DST dédiée).

A toutes les phases de la situation sanitaire exceptionnelle REB

Il est utile que le groupe de travail définisse collectivement des seuils (taux d'occupation en réanimation, etc.) correspondant à des **points de rupture**, notamment le passage d'une phase à l'autre en fonction du degré de pression sur le système de santé, ou encore anticipation des déprogrammations et reprogrammations, mobilisation de la médecine de ville, demandes de renfort... qui pourront servir de repères dans l'aide à la décision en situation de crise.

A noter : les phases correspondant aux différentes stratégies de prise en charge sont données à titre indicatif, elles peuvent se chevaucher et la situation peut être hétérogène d'un territoire à l'autre. Les indicateurs de ruptures sont des repères et non des seuils de décision automatique.

L'infectiologue référent REB (en lien avec les pédiatres, réanimateur, SAMU, médecine du travail... selon site ou situation) est une ressource essentielle pour la définition du parcours de prise en charge du patient REB. A chaque phase, il peut être associé à des référents sur les postes clés : hygiène, microbiologie, pharmacie... dont l'accès devra être prévu, y compris en inter-crise, H24 (astreintes d'infectiologues REB, « hotlines gériatriques ») depuis la ville, les EHPAD et autres acteurs du territoire.

Les missions régionales de l'infectiologue de l'ESRR sont :

- **Mission « coordination »** : la coordination de la cellule opérationnelle régionale REB (COR-REB anciennement COZ-REB) avec l'appui de la mission nationale COREB ;
- **Mission « parcours »** : Identifier avec l'ARS les correspondants sur la thématique REB au niveau régional (établissements de santé de première ligne, deuxième ligne et de recours...), organiser et formaliser le parcours de soins régional d'un patient « suspect » ou « cas possible » ou « cas confirmé » d'une infection à un agent REB ;

- **Mission « expertise »** : développer des capacités d'expertise relatives aux pathologies induites par des agents émergents ou ré-émergents biologiques à potentiel épidémique (agent REB) et apporter un appui technique et méthodologique aux correspondants REB au sein de la région répondant aux objectifs du plan ORSAN REB ;
- **Mission « prise en charge »** : organiser et standardiser la prise en charge des patients « suspects » ou « cas possibles » ou « cas confirmés » d'infection par un agent REB au sein de la région. Elaborer, mutualiser, diffuser les procédures de prise en charge d'un patient « suspect » ou « cas possible » ou « cas confirmé » d'une infection à un agent REB et adapter ces procédures selon les situations REB et les capacités des établissements de santé d'accueil de première ligne ;
- **Mission « information et communication professionnelle »** : Développer les outils de communication en crise et en inter crise sur la région pour optimiser le circuit patient et optimiser le partage des procédures : plateforme régionale professionnelle d'échange-FAQ ;
- **Mission « interface ville-établissements de santé »** : Identifier des correspondants médicaux et paramédicaux sur la thématique REB dans le but d'organiser un travail collaboratif en crise comme en inter crise avec l'URPS Biologistes, l'URPS Infirmiers, l'URPS Pharmaciens, l'URPS Médecin généralistes, les communautés professionnelles territoriales de santé et l'ordre des médecins pour optimiser et standardiser la prise en charge des patients ambulatoires « suspects » ou « cas possibles » ou « cas confirmés » d'infection par un agent REB. Répondre à la demande d'expertise : élaboration de procédures REB spécifiques à la prise en charge ambulatoire d'un patient REB. Répondre à la demande de formation des libéraux. Développer en regard des besoins les outils de formation : WEBINAR-FMC, ... Organiser le relais ville-établissements de santé en cas de nécessité d'hospitalisation ou de suivi ambulatoire, pour exemple la mise en place de centres ambulatoires en maladies infectieuses créés lors de la pandémie de COVID 19.
- **Mission « formation »** : organiser la formation des référents REB identifiés dans la région sur la thématique REB en crise et inter crise, en partenariat avec les CESU ;
- **Mission « animation »** : constituer et animer le réseau des référents REB sur la région en période d'inter crise mais aussi de crise ;
- **Mission « cohérence nationale »** : participer au réseau national COREB et au groupe SPILF-Émergences ;
- **Mission « évaluation »** : évaluer le fonctionnement des parcours de soins et des filières de prise des patients REB en charge au sein de la région avec la mise en place régulière d'exercices régionaux. Organiser en inter crise des retours d'expérience sur les parcours patients, les procédures, les outils de communication mise en place en inter crise et utilisés en crise ;
- **Mission « recherche clinique »** : participer aux protocoles de recherche clinique REB nationaux et/ou régionaux ;
- **Mission « permanence de l'expertise REB »** : mise en place d'une astreinte régionale H24 accessible pour la ville et les établissements de santé ;
- **Mission « téléexpertise »** : le développement de la téléexpertise doit permettre la possibilité de répondre à une demande d'expertise REB sur la région de manière efficace, rapide et adaptée.

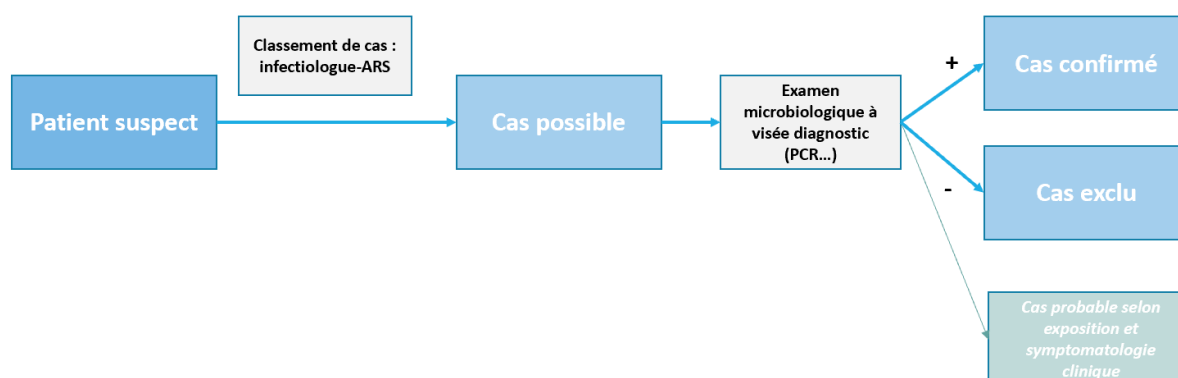
L'infectiologue REB des ESRR détient donc l'expertise clinique, le réseau et l'expérience de terrain nécessaire pour collaborer avec l'ARS et être un acteur actif dans le déploiement du plan ORSAN volet REB régional, le pilotage du système de santé en SSE-REB incombe à l'ARS en collaboration plus étroite avec l'ESRR et à fortiori l'infectiologue REB de l'ESRR.

L'organisation de la prise en charge peut suivre le schéma **dépister, protéger, prendre en charge, alerter, transporter/orienter**, selon une démarche rigoureuse et systématique :

- Dépistage rapide des patients suspects (présentations cliniques, circonstances d'exposition, délais, voyages, présentations cliniques, ...) par les professionnels de santé ;
- Mise en place immédiate des mesures de protection adaptées pour le personnel et la structure de soins ;
- Prise en charge médicale du patient dès que possible en lien avec un médecin infectiologue référent, adaptée au niveau de risque de transmission et à la structure de soins ;
- Alerte des responsables de la structure de soins et de l'ARS ;

- Réalisation des prélèvements pour diagnostic microbiologique ;
- Orientation du patient dans la filière de soins adaptée (régulation et transport du patient vers la structure la plus adaptée) ;
- Identification rapide et prise en charge des personnes contacts et co-exposées en cas de risque de transmission interhumaine de l'agent infectieux (surveillance, vaccination, traitements prophylactiques, ...) ;
- Cette démarche générique (cf. *procédure générique REB élaborée par la mission COREB nationale*) est déclinée en actions dont l'articulation chronologique est à adapter en fonction de la situation clinico-épidémiologique et de l'agent infectieux en cause :

À chaque étape, et notamment dans le cas de prises en charge pédiatriques, il sera utile d'anticiper l'accompagnement des **familles et proches** dans un souci de meilleure adhésion à l'action des professionnels de santé.



Une attention particulière devra être portée au parcours pédiatrique qui fera l'objet d'une description spécifique à toutes les phases, incluant la dimension des accompagnants, et nécessitera la mise en œuvre de moyens adaptés (cf. annexe dédiée au parcours de soins pédiatrique REB) :

À la phase endiguement (nombre restreint de patients REB)

Lors de la phase d'endiguement, le plan ORSAN REB doit permettre notamment de répondre aux interrogations suivantes :

- **Alerte et information :**
 - Comment est organisé le circuit d'alerte en cas de patient suspect ? comment les acteurs (SAMU, urgences, médecins de ville...) vont-ils être informés ?
 - Les différents acteurs du territoire ont-ils la même définition des termes « patients suspect », « possibles », « confirmés » correspondant au classement des patients REB ?
- **Prise en charge :**
 - Quel est le circuit de prise en charge pour un patient isolé présentant des signes de suspicion d'une pathologie liée à un agent du groupe 4 (type Ébola) ? La prise en charge doit être pilotée par l'ESRR REB, avec transfert au niveau national en cas de confirmation du diagnostic. Le circuit de ce patient se fera, pour un patient isolé, en-dehors du plan ORSAN REB mais nécessitera en parallèle la mise en place d'une filière spécifique qui peut être discutée au sein du même groupe de travail ;
 - Quel est le circuit de prise en charge d'un groupe de patients (type cluster) ? Le circuit pourra être défini en incluant le repérage (patient suspect), le diagnostic, la prise en charge thérapeutique, la possibilité d'une aggravation et d'un besoin de transfert (intra ou extra hospitalier), le retour en ambulatoire et le suivi ;

- Avoir une attention spécifique aux interfaces : communication entre les professionnels, transferts d'une prise en charge à une autre, attente et confirmation de diagnostic, etc.
- **Prévention et protection :**
 - Les acteurs de santé sont-ils en capacité de repérer et dépister d'éventuels patients cas suspects ?
 - Mise en place d'un système de « contact tracing » et de détection de « clusters » de manière rétrospective et/ou prospective, dans le but de briser les chaînes de transmission ;
 - Des actions de prévention et de contrôle (éviter les clusters) sont-elles prévues dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ? Les CPIas sont-ils impliqués dans la gestion des clusters, notamment en appui des structures repérées comme plus vulnérables ?
 - Les professionnels connaissent-ils les mesures de protection pour eux-mêmes ?
- **Diagnostic :**
 - Comment vont s'effectuer les diagnostics sur le territoire (modalités, délais, organisation du laboratoire P3 de l'ESR) ? Le laboratoire P3 de l'ESR peut-il mettre du matériel à disposition des autres établissements de santé ? a-t-on organisé une filière de diagnostic, et discuté de l'intérêt de déplacer le patient / les prélèvements / les équipes ?
 - Comment est-il prévu de permettre à chaque ES de diagnostiquer tout agent connu localement ?
 - Comment est prévue la mise en œuvre rapide du diagnostic en déclinaison de la technique du CNR (agent infectieux inconnu) ? Comment est organisée / va s'organiser l'astreinte de laboratoire microbiologique REB ?
- **Points d'attention :**
 - Le classement des patients, défini à l'échelon national, doit être connu de chaque établissement pour éviter l'hétérogénéité dans les orientations ;
 - La prise en charge des patients pendant la phase d'incertitude entre le repérage « patient suspect » et le diagnostic final (confirmation ou infirmation) doit être anticipée pour éviter les situations de panique ou les pertes de chance pour les patients suspects.

Phase atténuation (situation épidémique)

Malgré la stratégie d'endiguement, certains agents infectieux de par leur potentiel de contagiosité (R_0), la présence de formes asymptomatiques et la limite des mesures barrières vont conduire inexorablement à une diffusion épidémique. Dans cette phase, l'objectif est de :

- Atténuer les effets de l'épidémie par la mise en œuvre des mesures barrières populationnelles pour limiter la circulation de l'agent infectieux (distanciation physique, port de masque, confinement...);
- Permettre la prise en charge des patients atteints de formes ambulatoires en médecine de ville ;
- Assurer la prise en charge des patients atteints par des formes sévères et graves dans des établissements de santé adaptés ;
- Protéger les personnes vulnérables (EHPAD, foyers, ...) ;
- Assurer un équilibre pour continuer de prendre en charge les autres patients.

Une partie non-négligeable de la stratégie d'atténuation consiste à mettre en place une filière gériatrique entre les EHPAD et les établissements de santé de proximité afin de permettre une prise en charge rapide et efficace des personnes âgées à risque.

La mise en place de cellules de soins médico-psychologiques dans les établissements de santé ainsi qu'en EHPAD peut s'avérer primordiale afin de prendre en charge les conséquences psychologiques liées à un potentiel isolement. Cet aspect est pris en compte dans le plan ORSAN MEDICO-PSY.

Cette action nécessite la montée en puissance du système de santé dans son ensemble, notamment des soins critiques, et l'optimisation du parcours de soins des patients (filière d'aval rapidement activée). ORSAN prévoit en ce sens une **disposition spécifique transversale « renforcement de l'offre de soins critiques »**, incluant l'optimisation des parcours de soins, l'ouverture de lits dédiés et la solidarité entre structures de soins coordonnée par l'ARS.

Il est particulièrement important durant cette phase d'anticiper la **montée en charge** de l'offre de soins – en ville comme à l'hôpital – avec définition de **points de rupture**, orientant la mobilisation des opérateurs et la mise à disposition des **ressources associées** – matériel, RH, rémunération des professionnels mobilisés... - à chaque seuil. En fonction de la situation, la phase de crise aiguë peut, ou non, se prolonger d'une phase de type « crise longue » (type épidémie).

- **Points d'attention pour la détermination des parcours patients en situation épidémique :**
 - Dimensionner l'offre de soins pour prendre en charge tous les patients REB, tout en continuant à prendre en charge les autres patients : limiter la perte de chance par une réflexion collective sur les seuils et modalités de déprogrammation, incluant une hiérarchisation et une gradation (évaluation bénéfice-risque avec les professionnels de proximité selon les problématiques spécifiques de leurs patients) ;
 - En cas de crise longue, anticiper la possibilité de l'émergence d'une autre épidémie contemporaine (type grippe saisonnière, dengue à La Réunion ou aux Antilles) ;
 - Déterminer des circuits de décision rapides et souples pour les déprogrammations / reprogrammations, au plus près des besoins locaux, au fil de l'avancée de l'épidémie ;
 - Organiser les circuits d'aval, notamment avec les ES de 2ème ligne qui s'organiseront pour la prise en charge de tout patient REB stabilisé ;
 - Anticiper/discuter les disparités de protocoles de prise en charge entre établissements, qui pourront s'avérer problématiques en cas de transfert ;
 - Adapter les schémas de transfert à la phase de l'épidémie et aux spécificités locales (transfert vers 2ème ligne plus compliqué si longue route), adapter les circuits en fonction de l'offre de soins locale (au besoin avec la région voisine) ;
 - Organiser, selon capacités locales : soit ouverture d'unités supplémentaires, services éphémères, soit réorganisations internes des établissements (unités mixtes, circuits dédiés) à valider et anticiper avec les établissements (plan THSSE ?) ;
 - S'assurer de la robustesse des parcours de patients en EHPAD et en EMS (handicap) – prévoir un adossement des EHPAD à des ES et/ou un appui en expertise médicale et hygiène avec accès rapide au diagnostic, et possibilité de décision au niveau de l'établissement dès le résultat, en lien avec le coordinateur ou médecin référent, éventuellement dans le cadre de conventions avec CPias / EOH ;
 - S'assurer d'une couverture sanitaire des publics précaires (foyers, squat, accueil de jour et de nuit...) ;
 - Plus généralement, surtout en crise longue, cibler les populations les plus fragiles et développer les dispositifs d'appui à la ville (unités mobiles d'infectiologie, gériatrie...).

Phase de résilience (prise de l'activité)

La stratégie de résilience a pour objectif d'organiser la phase post-épidémique et d'organiser la reprise de l'activité dans le cadre d'une levée du plan ORSAN REB :

- Mesures adaptées de protection et contrôle (ex. vaccination...). Il s'agit dans un premier temps d'organiser la mise en place de la stratégie « Tester, Alerter, Protéger » (TAP) dans le but de réduire la diffusion de l'agent infectieux et briser les chaînes de transmission.
- Prise en charge d'éventuelles pathologies induites,
- Adaptation du système de santé à la possibilité d'une circulation active de l'agent infectieux REB dans la population (préparation au rebond épidémique) :
 - Maintien des compétences et des vigilances
 - Organisation de retours d'expérience dont les résultats seront implémentés, en inter critique, dans la mise à jour du dispositif (cf infra)

Il peut être utile, notamment, de :

- Déterminer collectivement les modalités de reprogrammation des activités,

- Définir des indicateurs d'alerte en cas de rebond,
- Organiser le suivi au long cours des patients REB.

Le plan ORSAN REB peut utilement être enrichi de schémas décrivant :

- L'organisation cible pour chaque phase ;
- La coordination entre les différents acteurs (incluant les principaux opérateurs de soins, les tutelles, les acteurs du territoire).

STRUCTURATION DU PLAN

Analyse préalable des risques et des menaces

- L'analyse des risques et des menaces s'inscrit dans la continuité des travaux de déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC-E pour le risque « biologique » mais aussi des plans et guides aux thématiques biologiques. Elle prend notamment en compte les dispositions du règlement sanitaire international (RSI).
- Elle s'appuie sur les données épidémiologiques nationales et internationales transmises par la DGS et l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France).

Prise en compte des objectifs fixés par le préfet et la DGS

- Le plan est élaboré sur la base des objectifs de prise en charge déterminés par le Préfet lors de l'élaboration des plans d'intervention pour la gestion des urgences sanitaires, de la déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC-E pour le risque « biologique » et des plans et guides aux thématiques biologiques et des orientations définies par la DGS.
- Ces objectifs sont pris en compte dans une logique de parcours de soins et de filières de prise en charge au niveau régional voire extrarégional en fonction des territoires impactés.

Identification et cartographie des capacités de réponse des opérateurs de soins

- L'identification et la cartographie des capacités de réponse des opérateurs de soins est réalisée sur la base du SRS et le cas échéant, du ROR notamment les activités de prise en charge des maladies infectieuses et tropicales.
- Ce travail permet d'identifier les établissements de santé de première ligne, de première ligne experts et de deuxième ligne.
- L'ESRR REB est désigné par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'ARS au vu des capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic définie par arrêté du ministre chargé de la santé.

NB : La méthodologie d'évaluation du capacitaire a vocation à s'appuyer sur le SI-ORSAN qui permet de disposer d'un « tableau de bord » pour la gestion des situations exceptionnelles.

CRITÈRES CAPACITAIRES DE CLASSEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

Établissements de santé de première ligne

Il s'agit des établissements disposant d'un accueil des urgences H24, d'une activité d'hospitalisation conventionnelle et de soins critiques (mention 1 ou mention 2) avec une unité d'infectiologie avec une capacité d'isolement des patients. Les établissements de première ligne sont en capacité de prendre en charge des patients infectés par des agents biologiques du groupe 2 ou 3 (selon la classification proposée dans l'arrêté du 16 novembre 2021 fixant la liste des agents biologiques pathogènes²²).

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

- D'accueillir et de détecter les patients cas suspects (activation du volet REB du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : procédures, information des personnels, EPI, ...);
- De mettre en œuvre les mesures barrières requises et assurer leur prise en charge diagnostique et thérapeutique ;
- D'évaluer et de classer les patients avec le SAMU et le secteur d'infectiologie de l'ESRR REB en lien avec l'ARS

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

- D'organiser le cas échéant, le transfert du patient vers un établissement expert (en particulier pour la prise en charge de patients infectés par certains agents infectieux du groupe 3 et tous ceux du groupe 4) en lien avec le SAMU.
- D'organiser la prise en charge adaptée de patients contaminés en phase épidémique (mise en place de secteurs dédiés, etc.)
- D'organiser un retour d'expérience et l'élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations

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

- La disponibilité permanente d'un médecin infectiologue référent pour le risque épidémique et biologique afin d'assurer la prise en charge des patients et d'apporter une expertise aux établissements de santé de la région ;
- Une unité de soins dotée d'un nombre de chambres d'isolement à pression négative avec un sas d'entrée conforme aux objectifs quantifiés de prise en charge assignés par l'agence régionale de santé à l'établissement dans le cadre du plan « ORSAN REB », permettant d'assurer la prise en charge d'adultes et d'enfants atteints d'infection liée à un agent biologique pathogène du groupe 3 défini par l'arrêté du 16 novembre 2021 fixant la liste des agents biologiques pathogènes et nécessitant le cas échéant, des soins de réanimation. L'établissement doit aussi être en capacité d'assurer la prise en charge initiale d'un patient « cas possible » d'infection liée à un agent biologique pathogène du groupe 4 du même arrêté, le temps de la confirmation ou de l'infirmité du diagnostic ;
- Un laboratoire de biologie médicale d'un niveau de confinement L3 avec un poste de sécurité microbiologique de niveau 2 au minimum et une équipe de professionnels formés et habilités, en capacité d'assurer en permanence :
 - Le traitement des échantillons (prélèvements et transport) en vue du diagnostic microbiologique en lien avec les établissements de santé de référence nationaux pour le risque épidémique et biologique et les centres nationaux de référence ;
 - Les examens de biologie médicale nécessaires à la prise en charge des patients et le cas échéant, des examens de biologie médicale délocalisés pour les patients en chambre d'isolement ;
- Une organisation permettant d'assurer la réalisation des examens biologiques d'urgence strictement nécessaires à la prise en charge d'un patient cas possible d'une infection par un agent biologique pathogène du groupe 4, avant exclusion ou confirmation du diagnostic. Cette organisation prend en compte l'analyse des risques selon l'organisation locale, le type de dispositifs et les contraintes architecturales afin de permettre une prise en charge de ces échantillons pour examens d'urgence :
 - Soit en niveau de confinement L3 sous un poste de sécurité microbiologique de type 3 ;
 - Soit en niveau de confinement L3 sous un poste de sécurité microbiologique de type 2 avec des équipements de protection individuels adaptés et des pratiques de biosécurité renforcées ;
 - Soit dans la chambre d'isolement à pression négative du patient avec des équipements de protection individuels adaptés et des pratiques de biosécurité renforcées.
- Un centre de dépistage et de vaccination des professionnels et des patients, susceptible d'assurer la mise en œuvre d'une vaccination exceptionnelle ;
- Une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des établissements de santé de la région, dans le cadre du plan « ORSAN REB » pour la prise en charge des patients ;
- Un stock d'équipements de protection individuels adaptés à la protection contre les agents biologiques pathogènes, permettant notamment de couvrir les besoins pour répondre aux objectifs quantifiés de prise en charge assignés par l'agence régionale de santé à l'établissement dans le cadre du plan « ORSAN REB » ou définis dans le contrat spécifique pour les hôpitaux des armées ;
- Une filière pour les déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) compatible avec les agents biologiques pathogènes infectieux responsables de l'infection.

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

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

Les ESRN REB doivent en complément de leur capacités régionales :

- Apporter une expertise et un appui aux ESRR REB pour la prise en charge et l'aide au diagnostic d'un patient « cas possible » d'infection liée à un agent biologique pathogène du groupe 4 défini par l'arrêté du 16 novembre 2021 fixant la liste des agents biologiques pathogènes le temps de la confirmation ou de l'infirmité du diagnostic ;
- Assurer en permanence la prise en charge d'adultes et d'enfants atteints d'infection confirmée par un agent biologique pathogène du groupe 4 et nécessitant le cas échéant, des soins de réanimation ;
- S'assurer de la permanence du diagnostic microbiologique en lien avec les centres nationaux de référence concernés et assurer les examens de biologie médicale nécessaires à la prise en charge des patients atteints d'infection confirmée par un agent biologique pathogène du groupe 4 et le cas échéant, des examens de biologie délocalisés pour les patients en chambre d'isolement ;

- Disposer d'un stock d'équipements de protection individuels adaptés à la protection contre les agents biologiques pathogènes du groupe 3 et 4, permettant notamment de couvrir les besoins pour répondre aux objectifs quantifiés de prise en charge assignés par le ministère chargé de la santé ;
- Assurer la constitution et le maintien en condition opérationnelle permanente d'une composante territoriale de l'équipe nationale pour le risque épidémique et biologique en charge notamment :
 - D'assurer la prise en charge initiale et, au besoin, le transfert des patients « cas possible » ou « confirmé » d'infection par un agent biologique pathogène du groupe 4, en assurant une expertise sur la nature de l'agent, les premières investigations épidémiologiques et, au besoin, le transport des patients cas possibles ou confirmés vers un établissement de santé de référence nationaux pour le risque épidémique et biologique ;
 - De limiter la transmission de l'agent biologique pathogène par mobilisation des compétences épidémiologiques et d'hygiène adaptées ;
 - D'initier pour certains agents biologiques pathogènes, la vaccination des professionnels de santé et assimilés assurant la prise en charge des patients voire si nécessaire de vacciner d'autres professionnels.

Établissements de santé de deuxième ligne

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

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

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

Établissements de santé de troisième ligne

Il s'agit des établissements de santé non classés en première ou en deuxième ligne et mobilisables en troisième intention, pour la prise en charge éventuelle de patients ne présentant pas de risque épidémique et biologique afin de libérer des lits dans les établissements de santé de première ligne et réduire les flux tendus dans les différents services, tels que le service de soins critiques.

Tous les établissements de santé doivent être en capacité :

- D'accueillir et détecter les cas suspects non régulés (activation du volet REB) ;
- De mettre en œuvre des mesures d'isolement en particulier aux urgences.

Rédaction du plan opérationnel de réponse ORSAN

- Le plan ORSAN REB doit être conçu dans une logique opérationnelle de façon à en faciliter sa mise en œuvre. Une trame type est proposée à titre indicatif pour en guider sa rédaction et permettre d'assurer une cohérence nationale entre les plans.

ACCOMPAGNEMENT ET SUIVI DE LA PRÉPARATION DES OPÉRATEURS DE SOINS

- L'ARS s'assure de la prise en compte des objectifs opérationnels assignés à chaque établissement de santé de première et de deuxième ligne dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et dans leurs plans respectifs de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.
- Les différentes catégories d'établissements de santé doivent faire l'objet d'une attention particulière sur le travail de préparation (planification et formation des professionnels de santé) mais aussi sur l'évaluation des capacités opérationnelles (exercices et retours d'expérience). La formation est encouragée et soutenue et les pistes suivantes doivent être envisagées :
 - Mutualisation des formations au REB au titre de la FGSU spécialisée sous l'égide des CESU et à l'hygiène, et intégration des situations sanitaires exceptionnelles dans les routines professionnelles, avec l'expertise d'un binôme infectiologue/hygiéniste ;
 - Formation par la simulation en inter crise, et sur le terrain (en ciblant certains services, notamment les soins critiques) ;

- Définition collective du périmètre de formation et des métiers à former / informer en vue de la mise en place d'une réserve sanitaire opérationnelle, notamment paramédicale ; anticiper la possibilité de faire monter en charge en formant en crise des professionnels sur site ;
- Mise en place d'un annuaire de professionnels de santé identifiés, formés et entraînés régulièrement au REB (mobilisables sous forme d'astreinte en cas de crise), pouvant superviser les équipes soignantes en cas de patient suspect d'infection par un agent REB ;
- Réalisation régulière d'exercices et d'entraînement incluant le test des matériels (FFP2, tenues, ...), avec définition collective de la fréquence des mises à jour par type d'agent selon objectifs et ressources humaines (au moins 1 fois/an, idéalement tous les 3 mois) en intégrant notamment des professionnels de ville ;
- Anticipation et test des circuits d'alerte, information/communication, coordination et interfaces entre différents acteurs de la crise (opérateurs et institutions)
- L'ESRR REB fait l'objet d'une attention particulière de l'ARS sur le maintien opérationnel de ces équipes et de son infrastructure de prise en charge des patients, conformément aux dispositions définies par arrêté.
Les associations agréées de sécurité civile (ASSC) peuvent être engagées par les autorités compétentes en tant que renforts. Ces modalités sont précisées dans la DST « Ressources humaines ».

ÉVALUATION DU PLAN ET RETOUR D'EXPÉRIENCE

- Cette étape, essentielle dans le processus d'amélioration de la préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, a pour objectif de tester l'efficacité et l'opérationnalité du plan.
- Cette évaluation s'appuie sur:
 - Les exercices et les entraînements organisés, notamment par les préfectures ;
 - Les retours d'expérience des situations exceptionnelles qui ont impacté la région voire d'autres territoires ;
 - Le retour d'expérience qui devra être fait pour toute prise en charge de patient suspect REB, même sans déclenchement de plan spécifique ;
 - Les auto-évaluations des ESR notamment sur la base du référentiel technique.

FOCUS SUR LE PARCOURS DE SOINS REB PÉDIATRIQUE

La prise en charge des patients REB en pédiatrie doit faire l'objet d'une planification spécifique – coordonnée avec les parcours adultes, du fait des particularités de cette population et des limites capacitaires liées à la spécialité.

PARCOURS DE SOIN PÉDIATRIQUE REB

Est considérée comme enfant toute personne de moins de 18 ans. Tout enfant doit être pris en charge par une équipe pédiatrique au besoin renforcée par une compétence adulte. Cependant, les enfants de plus de 12 ans ou 40 kg peuvent en cas de besoin être hospitalisés en service adulte, renforcé par une compétence pédiatrique.

La procédure COREB « procédure générique standardisée de prise en charge par les médecins de première ligne des patients suspects d'infection à risque épidémique et biologique » du 30 mai 2018 s'applique aux enfants. Elle repose sur 10 points clefs : dépister, protéger, évaluer, traiter, alerter, classer, orienter, transporter, confirmer, suivre.

Prise en charge chez un praticien de ville

- **Public concerné**
 - Enfants consultant spontanément un praticien libéral avec un REB identifié (ou accompagnant un adulte consultant un praticien libéral avec un REB identifié) ;
 - Les enfants identifiés comme à risque en amont de la consultation physique (ex : à la suite d'un appel téléphonique, d'une téléconsultation) doivent être orientés sur un établissement de santé (ES) de 1^{ère} ligne, ou un établissement de santé de référence (ESR).
- **Procédure**
 - Dès l'identification du risque, l'enfant et son (ses) accompagnants sont isolés au sein du cabinet médical dans une pièce à part ;
 - Des masques chirurgicaux adaptés à la taille sont distribués à l'enfant et à son (ses) accompagnant(s) (sauf s'il(s) présente(nt) une détresse respiratoire incompatible avec le port d'un masque chirurgical). Ces masques seront portés pendant toute la durée de la procédure. Au-dessous de l'âge de 3 ans, le port d'un masque est à risque d'étouffement ;
 - En plus de l'application des précautions standard d'hygiène, le médecin s'équipe au minimum d'un appareil de protection respiratoire FFP2 et de gants chirurgicaux, au mieux accompagnés d'une surblouse à manches longues et d'un tablier plastique (ou d'une casaque imperméable) et de lunettes de protection. Il limite au strict minimum toute introduction dans la pièce d'objets ou matériels susceptibles d'être contaminés ;
 - Le médecin interroge l'enfant et son (ses) accompagnant(s), et procède à un examen succinct (quick look) de l'enfant et son (ses) accompagnant(s) visant à mettre en évidence les signes de gravité (si c'est un adulte qui consulte pour lui-même, accompagné d'un enfant, il procède de même pour la totalité des personnes isolées) ;
 - Le médecin contacte le référent REB de l'ES ou l'ESR pour le classement du cas (procédure habituelle reposant sur la triade infectiologue (adulte ou pédiatrique) référent REB – SAMU - ARS) et l'organisation du transfert éventuel ;
 - Aucun prélèvement n'est réalisé ;
 - Les actes thérapeutiques non invasifs et ne comportant pas de risque d'aérosolisation peuvent être effectués (traitement oral, immobilisation...) ;
 - Les actes thérapeutiques invasifs (injections, aspirations...) ou comportant un risque d'aérosolisation sont limités à l'urgence vitale ;
 - La gestion des déchets et matériels utilisés privilégiera le principe du matériel à usage unique et une élimination dans la filière DASRI. Tout le matériel médical (stéthoscope, manomètre, ...) reste dans la pièce d'isolement, est dédié à la prise en charge du patient et son (ses) accompagnant(s) et sera désinfecté (voire détruit selon l'agent) à la fin de cette prise en charge ;
 - Identification des contacts.

- **Orientation**

- L'enfant et son (ses) accompagnant(s) sont orientés vers l'ES de proximité, ou (mieux) vers l'ESR régional s'il est à proximité. L'ES ou l'ESR sont prévenus de l'arrivée de l'enfant et son (ses) accompagnant(s), et le parcours est expliqué aux familles afin que l'enfant soit reçu directement dans les locaux dévolus et que les contacts physiques non nécessaires avec d'autres personnes soient évités ;
- Dans la mesure où les parents de l'enfant sont soit co-exposés, soit cas contacts de l'enfant, il faut envisager une réception commune de l'enfant et de(s) adulte(s) dans les locaux identifiés au sein de l'ES ou de l'ESR, en pédiatrie ou en infectiologie adulte ;
- Le transport peut se faire par le véhicule particulier de la famille s'il n'y a pas de facteur de gravité. En l'absence de véhicule particulier, le praticien prend contact avec le SAMU pour discuter du moyen de transport le plus approprié en fonction du pathogène suspecté et de la gravité clinique. Les transports en commun sont interdits ;
- Durant le transport l'enfant et son (ses) accompagnant(s) gardent un masque s'ils ne peuvent pas être isolés.

Prise en charge en établissement de santé de 1^{ère} ligne

- **Public concerné**

- Enfants consultant spontanément avec un REB (et leur(s) accompagnant(s)) ;
- Enfants accompagnant un adulte consultant spontanément avec un REB ;
- Enfants adressés par un praticien libéral pour évaluation (et leur(s) accompagnant(s)) ;
- Enfants orientés en amont pour évaluation (et leur(s) accompagnant(s)).

- **Procédure**

- Dès identification du risque, l'enfant et son (ses) accompagnant(s) sont reçus et isolés au sein de l'ES dans une pièce à part, identifiée au préalable. L'enfant ne doit pas être séparé de ses parents ou accompagnants si ceux-ci sont en capacité de rester avec lui, et ce quelle que soit la phase de sa prise en charge ;
- Des masques chirurgicaux adaptés à la taille sont distribués à l'enfant et à son (ses) accompagnant(s). Ces masques seront portés pendant toute la durée de la procédure. Au-dessous de l'âge de 3 ans, le port d'un masque est à risque d'étouffement ;
- La protection des personnels médicaux et paramédicaux repose pour l'évaluation sur les précautions standard + précautions complémentaires contact et air (appareil de protection respiratoire FFP2, surblouse à manches longues avec tablier plastique (ou casaque étanche), charlotte, simple paire de gants non stériles, lunettes de protection). S'il s'agit d'une forme *a priori* excrétoire d'un agent biologique du groupe 4, les précautions sont : appareil de protection respiratoire FFP2 résistant aux projections, pyjama à usage unique, protection imperméable ou étanche couvrante, charlotte, double paire de gants nitrile non stériles, port de lunettes largement couvrantes (procédure COREB fièvre hémorragique virale ou FHV). Limitation au strict minimum toute introduction dans la pièce d'objets ou matériels susceptibles d'être contaminés.
- Le médecin interroge l'enfant et son (ses) accompagnant(s), et procède à un examen succinct (quick look) de l'enfant et l'(les) accompagnant(s) visant à mettre en évidence les signes de gravité (si c'est un adulte qui consulte pour lui-même, accompagné d'un enfant, il procède de même pour la totalité des personnes isolées) ;
- Aucun prélèvement n'est réalisé, sauf avis contraire de l'ESR régional référent ;
- Les actes thérapeutiques non invasifs et ne comportant pas de risque d'aérosolisation peuvent être effectués (traitement oral, immobilisation...) ;
- Les actes thérapeutiques invasifs (injections, aspirations...) ou comportant un risque d'aérosolisation sont limités à l'urgence vitale ;
- Le médecin se met en contact avec son ESR régional pour classer le cas, et évaluer la pertinence d'un prélèvement, d'une évaluation clinique et /ou d'une prise en charge thérapeutique au sein de l'ESR régional ;
- La gestion des déchets et matériels utilisés privilégiera le principe du matériel à usage unique et une élimination dans la filière DASRI. Tout le matériel médical (stéthoscope, manomètre, ...) reste dans la pièce d'isolement, est dédié à la prise en charge du patient

et son (ses) accompagnant(s) et sera désinfecté (voire détruit selon l'agent) à la fin de cette prise en charge ;

→ Identification des contacts.

- **Orientation**

- Si le risque est exclu, l'enfant est pris en charge dans la filière normale de soins de l'ES ;
- Si le risque est possible, l'enfant et son (ses) accompagnant(s) sont orientés vers l'ESR régional. L'ESR est prévenu de l'arrivée de l'enfant, et le parcours est expliqué aux familles afin que l'enfant soit reçu directement dans les locaux dévolus et que les contacts non nécessaires soient évités ;
- Dans la mesure où les parents de l'enfant sont soit co-exposés, soit cas contacts de l'enfant, il faut envisager une réception commune de l'enfant et de(s) adulte(s) dans les locaux identifiés au sein de l'ES ou de l'ESR, en pédiatrie ou en infectiologie adulte. Leur évaluation se fera conjointement par un médecin infectiologue et un pédiatre référent REB ;
- Le transport peut se faire par le véhicule particulier de la famille s'il n'y a pas de facteur de gravité. En l'absence de véhicule particulier, le praticien prend contact avec le SAMU pour discuter du moyen de transport le plus approprié en fonction du pathogène suspecté et de la gravité clinique. Les transports en commun sont interdits ;
- Durant le transport l'enfant et son (ses) accompagnant(s) gardent un masque s'ils ne peuvent pas être isolés ;
- En cas de décès, la procédure de gestion du corps est identique à celle des adultes.

Prise en charge en établissement de santé de référence régional (ESRR)

- **Public concerné**

- Enfants consultant spontanément avec une possibilité REB (et leur(s) accompagnant(s)) ;
- Enfants accompagnant un adulte consultant spontanément avec un REB ;
- Enfants adressés par un praticien libéral ou un établissement de santé, ou orientés en amont pour évaluation (et leur(s) accompagnant(s)).

- **Procédure**

- Les ESR doivent formaliser une équipe de pilotage associant au moins un infectiologue (adulte ou pédiatrique), un pédiatre, un réanimateur pédiatre, un hygiéniste et un cadre administratif, susceptible d'évaluer le risque, de classer les cas suspects, d'examiner les enfants et son (leur) accompagnant(s), de mettre en place une organisation adaptée au contexte local pour recevoir en consultation et en hospitalisation un enfant REB (locaux, logistique, moyens humains médicaux et paramédicaux autorisés à travailler avec des agents infectieux de groupe 3 et 4...) et prendre en charge son (ses) accompagnant(s) (qu'ils soient eux-mêmes suspects REB ou « cas contact » de l'enfant REB). Le volet de transport des patients pédiatriques et son (leurs) accompagnant(s) vers l'ESR doit être organisé avec le SAMU/SMUR. Cette équipe de pilotage organise également la formation locale et l'entraînement des agents susceptibles d'intervenir auprès des enfants ;
- Dès l'identification du risque ou dès l'admission en cas de risque identifié, l'enfant et ses accompagnants sont isolés au sein de l'ESR dans une pièce à part, identifiée au préalable ;
- Selon la force du risque et la clinique connue du patient, la réception du patient peut se faire dans une pièce « ambulatoire » visant à l'évaluation, ou directement dans une pièce équipée pour une hospitalisation d'un patient REB ;
- En fonction de leurs spécificités locales et de la gravité clinique de l'enfant et son (ses) accompagnant(s), les ESR régionaux doivent définir le lieu de l'accueil : en pédiatrie (SAUP, service d'hospitalisation, ou réanimation pédiatrique), en MIT ou réanimation adulte. Dans l'idéal, l'hospitalisation des patients pédiatriques doit se faire en pédiatrie en raison des spécificités matérielles, techniques et de savoir / savoir-faire propres à l'enfant. C'est particulièrement vrai en cas de détresse vitale et chez les enfants de moins de 12 ans. Une évaluation ambulatoire peut cependant être pratiquée en service MIT adulte. Cependant, le(s) accompagnant(s) adulte(s) doivent également être évalués en raison de leur exposition à partir de l'enfant ou de leur co-exposition, par l'équipe pédiatrique ou d'infectiologie adulte ;

- Les hospitalisations en ESR des enfants infectés par un agent REB doivent se faire en chambre équipée pour un agent infectieux du groupe 3. Il n'y a pas de spécificité pédiatrique de la technicité de ces chambres. Elles doivent cependant être équipées de matériel en rapport avec l'âge de l'enfant (taille de lit, dispositifs de soins et de surveillance...). Des chambres familiales peuvent permettre de prendre en charge en un lieu unique des formes peu sévères d'une infection touchant à la fois un parent et son enfant ;
- Dans la mesure du possible, l'enfant ne doit pas être séparé de ses parents ou accompagnants adultes s'ils sont en capacité de s'occuper de lui, et ce quelle que soit la phase de sa prise en charge. Lorsque l'enfant est infecté mais le(s) parent(s) indemne(s), un isolement de l'enfant sans ses parents peut être nécessaire, notamment lorsque l'agent infectieux est à haut risque (classe IV). Dans ces cas, la communication de l'enfant avec sa famille doit être possible à tout moment, que ce soit physiquement (brièvement, avec équipement de protection adapté), ou à distance par des moyens vidéo, téléphoniques ou informatiques ;
- La protection des personnels médicaux et paramédicaux repose pour l'évaluation des patients, sur les précautions standard + précautions complémentaires contact et air (masque FFP2, surblouse à manches longues avec tablier plastique (ou casaque imperméable), charlotte, simple paire de gants non stériles, lunettes couvrantes). S'il s'agit d'une forme a priori excrétoire d'un agent biologique du groupe 4, les précautions sont : masque FFP2 résistant aux projections, pyjama usage unique, protection imperméable ou étanche couvrante, charlotte, double paire de gants nitrile non stériles, port de lunettes largement couvrantes (Procédure COREB fièvre hémorragique virale ou FHV) ;
- L'enfant (si son âge le permet) et son (ses) accompagnant(s) portent des masques chirurgicaux pendant toute la durée de la procédure d'évaluation (si leur état de santé le permet), puis en cas d'hospitalisation, lors des interactions avec des tiers, s'ils sont infectés. Au-dessous de l'âge de 3 ans, le port d'un masque est à risque d'étouffement. Au cours de l'hospitalisation, les modalités de visite/présence des parents (titulaires de l'autorité parentale) seront définies en fonction de l'agent infectieux suspecté/avéré, du statut infectieux des parents (suspects/contacts/indemnes) et de l'état clinique de l'enfant. Sauf cas particulier, la visite/présence du reste de l'entourage de l'enfant sera proscrite. Les parents/tuteur non infectés obéissent aux mêmes règles de protection (EPI) que les soignants. En cas d'agent infectieux à haut risque (groupe 4), l'appropriation du port de l'EPI est difficile et le risque d'exposition important. Aussi, permettre la présence auprès de l'enfant des parents portant un EPI se discute au cas par cas, en fonction des familles ;
- En phase d'évaluation, le médecin interroge l'enfant et son (ses) accompagnant(s), et procède à un examen clinique plus complet ;
- S'il y a lieu, un prélèvement à des fins diagnostiques est réalisé, et suit le parcours des prélèvements REB ;
- Les actes diagnostiques et thérapeutiques doivent être réduits au strict nécessaire tant que la contagiosité de l'agent infectieux n'est pas connue. Il ne faut cependant pas faire courir un risque vital à l'enfant par défaut d'acte ;
- En cas d'agent infectieux de groupe 4, le médecin se met en contact avec un ESR national pour la poursuite de la prise en charge. En cas de transfert sur un ESR national, c'est l'équipe mobile de l'ESR national qui se déplace ;
- La gestion des déchets et matériels utilisés privilégiera le principe du matériel à usage unique et une élimination dans la filière DASRI. Tout le matériel médical (stéthoscope, manomètre, ...) reste dans la pièce d'isolement, est dédié à la prise en charge du patient et son (ses) accompagnant(s) et sera désinfecté (voire détruit selon l'agent) à la fin de cette prise en charge ;
- Identification des contacts.

- **Orientation**

- Si le risque est exclu, l'enfant est pris en charge dans la filière normale de soins ;
- Si le risque est possible, l'enfant et son (ses) accompagnant(s) sont prélevés à des fins diagnostiques ;

- S'il s'agit d'un agent pathogène de groupe 4, l'enfant (et son/ses accompagnants s'ils sont également infectés, suspects et/ou cas contacts) doit être transféré dans un ESR national. Le transport est organisé avec l'ESR national avec une équipe et une logistique dédiées ;
- En cas de décès, la procédure de gestion du corps est identique à celle des adultes.

Établissement de santé de référence national (ESRN)

- **Public concerné**

- Enfants consultant spontanément avec une possibilité REB (et leur(s) accompagnant(s)) ;
- Enfants accompagnant un adulte consultant spontanément avec un REB ;
- Enfants adressés par un praticien libéral, un ES ou un ESR, ou orientés en amont pour évaluation.

- **Procédure**

- Les ESR nationaux doivent formaliser une équipe de pilotage associant au moins un infectiologue (adulte ou pédiatrique), un pédiatre, un réanimateur pédiatre, un hygiéniste et un cadre administratif, susceptible d'évaluer le risque, de classer les cas suspects, d'examiner les enfants et son (leur) accompagnant(s), de mettre en place une organisation adaptée au contexte local pour recevoir en consultation et en hospitalisation un enfant REB à haut risque (locaux, logistique, moyens humains médicaux et paramédicaux autorisés à travailler avec des agents infectieux de classe III et IV...) et prendre en charge son (ses) accompagnant(s) (qu'ils soient eux-mêmes suspects REB ou « cas contact » de l'enfant REB).. Le volet de transport des patients pédiatriques (+/- leur(s) accompagnant(s)) doit être organisé avec le SAMU/SMUR, car les ESR nationaux sont en charge du transport des patients à haut risque (agent infectieux du groupe 4) vers l'ESR national. Cette équipe de pilotage organise également la formation locale et l'entraînement des agents susceptibles d'intervenir auprès des enfants ;
- L'ESR national peut disposer d'un circuit d'évaluation et d'hospitalisation identique à ceux des ESR régionaux, mais il doit formaliser un circuit spécifique pour un enfant infecté par un agent biologique du groupe 4. Il doit également formaliser le circuit de prise en charge concomitante des accompagnants adultes de l'enfant (s'ils sont infectés, suspects de l'être ou « cas contacts » de l'enfant) ;
- En fonction de leurs spécificités locales et de la gravité clinique de l'enfant et son(ses) accompagnant(s), les ESR nationaux doivent définir le lieu de l'accueil d'un enfant infecté par un agent biologique du groupe 4 : en réanimation pédiatrique, en MIT ou en réanimation adulte (service dans lequel une réanimation pédiatrique pourrait être effectuée). Dans l'idéal, l'hospitalisation des patients pédiatriques devrait se faire en secteur de pédiatrie (voire directement en réanimation pédiatrique) en raison des spécificités matérielles, techniques et de savoir / savoir-faire propres à l'enfant, ainsi que de la gravité potentielle ;
- La procédure d'évaluation des patients suspects est commune avec celle des ESR régionaux.
- La protection des personnels médicaux et paramédicaux repose pour l'évaluation des patients, sur les précautions standard + précautions complémentaires contact et air (appareil de protection respiratoire FFP2, surblouse à manches longues avec tablier plastique (ou casaque étanche), charlotte, simple paire de gants non stériles, lunettes si risque de projection). S'il s'agit d'une forme a priori excrétoire d'un agent biologique du groupe 4, les précautions sont : appareil de protection respiratoire FFP2 résistant aux projections, pyjama usage unique, protection imperméable ou étanche couvrante, charlotte, double paire de gants nitrile non stériles, port de lunettes largement couvrantes (Procédure COREB fièvre hémorragique virale ou FHV) ;
- Le(s) accompagnant(s) adulte(s) doivent également être évalués en raison de leur exposition à partir de l'enfant ou de leur co-exposition, par l'équipe pédiatrique ou infectiologique adulte ;
- Les hospitalisations en ESR national des enfants infectés par un agent du groupe 4 doivent se faire en chambre équipée pour cela. Il n'y a pas de spécificité pédiatrique de la technicité de ces chambres. Elles doivent cependant être équipées de matériel en rapport

avec l'âge de l'enfant (taille de lit, dispositifs de soins et de surveillance...). Il s'agit de chambres seules ;

- L'enfant, s'il va bien, doit pouvoir interagir au mieux avec ses parents physiquement (présence au chevet) ou à distance (par des moyens vidéo, téléphoniques ou informatiques...);
- Le(s) parent(s) non infectés obéissent aux mêmes règles de protection (EPI) que les soignants, mais le caractère grave et très contagieux des agents du groupe 4 incite à limiter le nombre de personnes exposées et les durées d'exposition durant la phase de contagiosité maximale. Par conséquent, les modalités de visite/présence des parents (ou titulaires de l'autorité parentale) seront définies en fonction de l'agent infectieux suspecté/avéré, du statut infectieux des parents (suspects/contacts/indemnes) et de l'état clinique de l'enfant. Sauf cas particulier, la visite/présence du reste de l'entourage de l'enfant sera proscrite. Une sédation d'un enfant vigile peut parfois être nécessaire pour limiter l'angoisse et l'agitation d'un enfant en isolement strict ;
- Le prélèvement à des fins diagnostiques suit le parcours des prélèvements REB ;
- Les actes diagnostiques et thérapeutiques doivent être réduits au strict nécessaire durant la phase de contagiosité de l'enfant. Il ne faut cependant pas faire courir un risque vital à l'enfant par défaut d'acte ;
- Les ESR nationaux formalisent une équipe médicale et paramédicale susceptible de se projeter sur un ES ou un ESR pour prendre en charge et rapatrier un enfant suspect d'infection par un agent du groupe 4 ;
- La gestion des déchets et matériels utilisés privilégiera le principe du matériel à usage unique et une élimination dans la filière DASRI. Tout le matériel médical (stéthoscope, manomètre, ...) reste dans la pièce d'isolement, est dédié à la prise en charge du patient et son (ses) accompagnant(s) et sera désinfecté (voire détruit selon l'agent) à la fin de cette prise en charge ;
- Identification des contacts.

- **Orientation**

- Le patient est hospitalisé dans l'ESR national jusqu'à sa guérison ;
- En cas de décès, la procédure de gestion du corps est identique à celle des adultes.

POINTS CLEFS

La prise en charge des enfants REB rejoignent les canaux et procédures adultes sur beaucoup de points.

Les points spécifiques à prendre en compte pour la prise en charge des enfants REB sont les suivants :

- Formalisation au sein des ESR et ESR nationaux d'une **équipe de pilotage spécifiquement pédiatrique**, comportant au minimum un infectiologue adulte ou pédiatrique spécialisé en REB connaissant les procédures adultes, un ou plusieurs pédiatres et réanimateurs pédiatres, un médecin du SAMU/SMUR pédiatrique, un hygiéniste et un cadre/directeur administratif
- Moyens humains :
 - Identification d'une **équipe médicale et paramédicale pédiatrique** susceptible d'être mobilisée H24 (pour les premiers jours de prise en charge d'un enfant REB au moins), et dont l'équipe de pilotage est en charge des agréments administratifs, formations, entraînements ...
 - Partenariat avec **SAMU/SMUR pédiatriques** pour le transport de tels patients
- Moyens matériels :
 - Identification d'un lieu d'accueil et d'hospitalisation pour des enfants REB obéissant à la fois aux contraintes architecturale et techniques pour des agents infectieux du groupe 3 et/ou 4, et aux contraintes du soin pédiatrique (notamment en matière de soins intensifs). Les services de réanimations pédiatriques semblent mieux adaptés à la prise en charge prolongée d'un enfant grave que les services de maladies infectieuses et tropicales, mais il faut qu'ils aient des chambres d'isolement équipées pour cela ;

- Identification dans chaque ESR des circuits de prise en charge concomitante des accompagnants adultes (infectés, suspects ou cas contacts) d'un enfant REB ainsi que ceux des accompagnants pédiatriques (infectés, suspects ou cas contacts) d'un adulte REB ;
- Organisation de la logistique pour disposer de matériel spécifiquement pédiatrique, adapté à l'âge, quelle que soit la gravité du patient.
- Les **contacts entre l'enfant REB et sa famille** proche (parents, tuteur) doivent être préservés au maximum, tout au long de la prise en charge mais dépendent de la gravité de l'infection et sa contagiosité, de l'agent infectieux concerné et des capacités des parents/tuteur.

FOCUS SUR L'ÉQUIPE NATIONALE REB

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

MISSIONS

L'équipe nationale REB a pour missions principales :

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

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

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

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

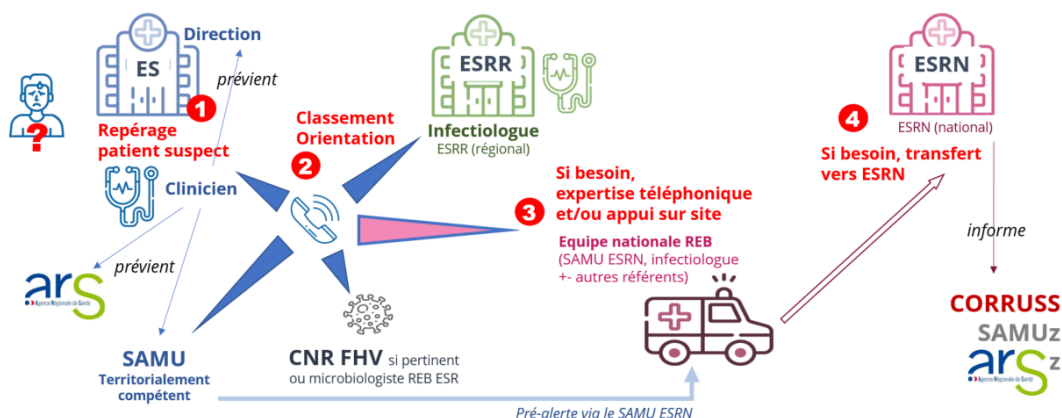
- De confirmer ou d'infirmer cliniquement le diagnostic de variole ;
- De réaliser des prélèvements biologiques en articulation avec le centre national de référence pour les orthopoxvirus, et le cas échéant transmettre les échantillons biologiques au CNR ;
- D'assurer la prise en charge des cas probables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

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

Étapes opérationnelles de la mobilisation de l'équipe nationale REB :

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

Orientation d'un patient suspect REB (agent infectieux groupe 4)



COMPOSITION

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

Les professionnels qui la composent sont compétents pour prendre en charge des malades à risque épidémique et biologique notamment ceux infectés par le virus de la variole. La liste de ces professionnels est établie par la direction de l'ESRN sur proposition des services concernés. Les professionnels extérieurs à l'ESRN REB (épidémiologistes de santé publique France, microbiologistes des CNR) sont mis à disposition de l'établissement de santé siège de l'équipe nationale REB dans le cadre d'une convention. Cette équipe nationale peut être le cas échéant, renforcée par des professionnels de santé des ESR régionaux.

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

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

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

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

REB. Il participe aux exercices entraînements REB locaux / zonaux. Il participe à l'écriture et à la mise en œuvre des procédures REB du service.

ORGANISATION

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

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

FORMATION

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

- Ils sont titulaires a minima de l'AFGSU SSE module REB en ESR ;
- Ils participent à une formation initiale et continue nationale ;
- Ils bénéficient d'exercices et/ou entraînements annuels communs, par exemple sur le site du CNCMFE-NRBC, ou en CEZ, ou en centre de simulation ;
- Les entraînements comprennent notamment :
 - La manipulation des dispositifs d'isolement de transports de type isolateur de brancard, caisson de transport en milieu protégé ;
 - L'utilisation des automates de biologie délocalisée sous tente ;
 - Et de tout autre dispositif spécifique à disposition de l'EN REB.
- Ils effectuent des entraînements « habillage-déshabillage » sur site, tous les 3 à 6 mois ;
- En fonction du niveau d'alerte, l'EN REB est en capacité d'augmenter rapidement les fréquences d'entraînements ;
- La direction de l'ESRN REB s'assure de l'accès des membres de l'EN REB aux formations requises qui sont systématiquement inscrites au plan de formation de l'établissement.

MOBILISATION

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

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

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

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

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

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

BESOINS LOGISTIQUES & TRANSMISSIONS

Tenues et équipements de protection individuelle (EPI)

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

Dispositifs médicaux - consommables :

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

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

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

Brancard et isolateur

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

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

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

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

Éligibilité au transport

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

MISSIONS DES OPÉRATEURS DE SOINS

<i>Opérateurs de soins</i>	<i>Missions</i>	<i>Dispositif de réponse</i>
SAMU territorialement compétent	• Organisation de l'évaluation pour classement des patients cas suspects de risque épidémique et biologique (SAMU/SMIT/ARS) ; • Mobilisation des SMUR personnels en EPI) pour prise en charge et transport des patients suspects vers l'ESRR REB ; • Mobilisation du SAMU siège de l'équipe nationale REB pour l'organisation de la prise en charge initiale et du transfert des patients cas possible (forte suspicion clinique) ou confirmé d'infection par agent du groupe 4 • Organisation, le cas échéant, du transfert du patient vers un établissement expert (en particulier pour la prise en charge de patients suspects d'être infectés par certains agents infectieux du groupe 3 et tous ceux du groupe 4). • Gestion des appels en relation avec le risque épidémique et biologique considéré (procédure, classement des patients clinicien/SAMU/ESRR REB,) •	• Procédure spécifique de montée en puissance et de gestion de crise des SAMU et des SMUR
SAMU siège de l'équipe nationale REB	• Organisation du transfert par l'équipe nationale REB des patients cas possible (forte suspicion clinique) ou confirmé d'infection par agent du groupe 4	• Procédure spécifique de montée en puissance et de gestion de crise des SAMU et des SMUR
Equipe nationale REB	• L'équipe nationale REB est adossée à un SAMU d'ESRN REB. Elle peut être mobilisée à la demande du SAMU territorialement compétent, du SAMU de son ESRN, de l'ARS zonale, du CORRUSS-CSS. Son déclenchement a pour objectif la prise en charge initiale et le transfert des patients cas possible (forte suspicion clinique) ou confirmé d'infection par agent du groupe 4. À ce titre, elle a à la fois des missions d'expertise et d'accompagnement à la prise en charge du patient auprès de l'établissement d'origine du patient REB, et d'organisation du transport du patient vers l'ESR N d'arrivée ; • En situation de risque biologique (ex. suspicion de variole), l'équipe nationale REB s'associe aux composantes issues des autres ministères concernés et fait l'objet de procédures de mobilisation spécifiques.	• Procédure spécifique de mobilisation de l'équipe nationale REB
SAMU de coordination régionale, ou le cas échéant, SAMU de zone	• Coordination de l'ensemble des SAMU de la région • Mobilisation des moyens spécifiques et contribution à l'orientation des patients vers des établissements de santé préalablement ciblés en fonction de leurs capacités techniques et du risque encouru	• Plan de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles de l'aide médicale urgente
Établissements de santé de 1 ^{ère} ligne	• En alerte (endiguement) : → Repérage et accueil du/des patients présentant un risque épidémique et biologique : cas suspect ; → Alerte le SAMU/ESRR REB ;	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 1 « plan de mobilisation interne » (volet REB) ou en fonction de l'impact sur l'établissement niveau 2 « plan blanc »

	→ Évaluation des patients avec le clinicien de l'établissement d'accueil et l'infectiologue référent de l'ESRR REB, secondairement en lien avec l'ARS → Organisation le cas échéant, avec le SAMU de l'ESRR REB, du transport des patients cas possibles depuis un établissement de santé (première ligne ou établissement de proximité) vers l'ESRR REB → Mise en œuvre des mesures barrières (EPI) ; → Initiation de la prise en charge diagnostique et thérapeutique → Évaluation et classement des patients avec le SAMU et l'infectiologue référent de l'ESRR REB, en lien avec l'ARS ; • En montée en puissance (atténuation), aux mêmes attendus, s'ajoutent l'organisation de la prise en charge adaptée des flux de patients infectés en phase épidémique (mise en place de secteurs dédiés, dilatation de l'offre de soins critique, etc.) • Post-crise (résilience) : → Levée de l'alerte → Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations → -Suivi des patients chroniques dans le circuit le plus adapté	
Établissements de santé de 1 ^{ère} ligne experts (ESRR REB)	• Diagnostic et prise en charge des cas confirmés infectés par des agents biologiques du groupe 3 nécessitant un niveau de biosécurité important (ex. infection par MERS-CoV) • Prise en charge des patients infectés par des agents biologiques du groupe 4 (ou hautement pathogène non encore classé) est assurée quant à elle dans un établissement de santé de référence nationale (ESRN REB) Les ESRR REB sont des établissements de 1^{ère} ligne disposant : • 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 ; • D'un laboratoire en capacité de réaliser le diagnostic microbiologique et la biologie courante des patients malades (y compris les patients suspects ou infectés par des agents du groupe 4). Pour plus de détails, se référer au référentiel technique REB disponible en ligne. Les ESRR REB : • Remplissent les missions d'un ES 1^{ère} ligne (cf. plus haut) • Assurent le diagnostic et prise en charge complète des patients cas confirmés d'infection par un agent du groupe 3 présentant un risque important de	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 1 « plan de mobilisation interne » (volet REB) ou en fonction de l'impact sur l'établissement niveau 2 « plan blanc »

	transmission interhumaine et nécessitant des mesures d'isolement renforcées (ex. MERS-CoV) ; • En alerte (endiguement) : appui technique à l'ARS et aux autres établissements de santé pour la gestion du risque ; • En montée en puissance (atténuation) : organisation de la régulation médicale et du transport des patients cas possibles depuis un établissement de santé vers l'ESRR REB	
Établissements de santé de référence national (ESRN REB)	• Les ESRN REB sont des ESRR REB auxquels ont été confiées également des missions de niveau national. Ils sont chacun le siège d'une composante de l'équipes nationales REB (EN REB). Ils disposent pour cela de ressources humaines et matérielles dédiées, de niveau suffisant pour prendre en charge complète de patients cas confirmés d'infection par un agent du groupe 4 (ou hautement pathogène non encore classé). • L'ESRN a pour rôle via son SAMU, en ce qui concerne l'EN REB : → En phase d'alerte : mise en alerte de l'équipe nationale REB pour l'investigation - clinique, biologique, épidémiologique d'une émergence, en lien le cas échéant, avec les services concernés (forces de sécurité intérieure, justice, ...) ; → En phase de montée en puissance : organisation de la régulation médicale et transport des patients cas confirmés d'infection par agent infectieux du groupe 4 depuis l'établissement de santé de présentation spontanée du patient ou de l'ESRR REB vers un des ESRN REB (mobilisation de l'équipe nationale REB) ; → En phase de conduite de crise : régulation médicale et transport des patients cas confirmés d'infection par agent infectieux du groupe 4 depuis un ESRR REB vers un des ESRN REB (mobilisation de l'équipe nationale REB).	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 1 « plan de mobilisation interne » (volet REB) ou en fonction de l'impact sur l'établissement niveau 2 « plan blanc » de l'établissement de santé siège de l'ESRR REB
Établissements de santé de 2 ^{ème} ligne	• Prise en charge des patients atteints par des formes sévères pour permettre d'alléger les tensions hospitalières dans les établissements de santé de première ligne notamment en soins critiques • Prise en charge des patients à l'issue de la phase critique ou qui ne sont plus contagieux pour libérer des lits dans les établissements de santé de première ligne • En alerte (endiguement) : assurent la réponse minimale ; • En montée en puissance (atténuation) : assure en complément la prise en charge des patients REB stabilisés avec les mesures de protection nécessaires ; • En post-crise (résilience) : → Levée de l'alerte ; → Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations ;	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 1 « plan de mobilisation interne » (volet REB) ou en fonction de l'impact sur l'établissement niveau 2 « plan blanc »

	→ suivi des patients chroniques dans le circuit le plus adapté.	
Etablissements de santé de 3 ^{ème} ligne	• Prise en charge éventuelle de patients ne présentant pas de risque épidémique et biologique pour libérer des lits dans les établissements de santé de première ligne et réduire les flux tendus dans les différents services, tels que le service de soins critiques.	•
Tous les établissements de santé situés à proximité de l'événement	Réponse minimale de tout établissement : • Accueil et détection des patients cas suspects non régulés • Mise en œuvre des mesures d'isolement, notamment aux urgences ; • Alerte le Directeur et les structures chargées de la sécurité de l'établissement, le SAMU territorialement compétent et l'ARS.	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 1 plan de mobilisation interne ou niveau 2 plan blanc
Médecine de ville	• Création de centre pour des prises en charge dédiées • Renforcement d'autres structures de soins • En alerte (endiguement) : → Détection des patients cas suspects, protection (EPI) ; → Alerte du SAMU territorialement compétent • Montée en charge et crise (atténuation) : → Repérage, dépistage et orientation des patients suspects → Mise en œuvre des mesures d'isolement et de protection (EPI) → Alerte des référents ad hoc (SAMU centre 15) pour organiser un début de prise en charge si soins urgents, organisation du transfert du patient → Accueil et détection des patients suspects non régulés ; → Coordination des soins en amont et en aval d'une éventuelle hospitalisation → Prise en charge des patients atteints de formes ambulatoires • Post-crise (résilience) : → Levée de l'alerte → Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations → suivi des patients chroniques dans le circuit le plus adapté	• Plan de mobilisation de la médecine de ville
Établissements médico-sociaux	• Détecter des patients cas suspects, protection (EPI) ; • Alerte SAMU territorialement compétent ; • Sortie anticipée de patients pour un retour en établissement médico-social dans un objectif de libération de place dans les établissements de santé de première ligne.	

TRAME TYPE DU PLAN ORSAN REB

ÉLÉMENTS DE DOCTRINE

CONTEXTE REGIONAL ET OBJECTIFS OPERATIONNELS

Décrire le contexte, les enjeux et les objectifs propres à la région

CHAMP D'APPLICATION DU PLAN ORSAN REB

Décrire les types de situation de risque épidémique et biologique

Préciser l'articulation avec les plans d'intervention pour la gestion des urgences sanitaires et la déclinaison du plan gouvernemental NRBC

ORGANISATION DE LA RÉPONSE SANITAIRE REGIONALE

Décrire : - les principes généraux de cette organisation

- la cinétique et le phasage d'organisation de la réponse sanitaire : endiguement (cas isolé et cluster), atténuation, résilience)
 - le classement des établissements de santé
- les parcours de soins et filières de prise en charge avec un focus sur les parcours spécifiques : pédiatrie, gériatrie, obstétrique

MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DU PLAN ORSAN REB

SCHEMA D'ORGANISATION CIBLE DU PLAN ORSAN REB

Réaliser un schéma décrivant l'organisation de la réponse à mettre en œuvre (logigramme)

SCHEMA DE COORDINATION INTER-ACTEURS

Élaborer un schéma décrivant la coordination/articulation entre les acteurs (DGS, Préfecture, ARS, SAMU, établissements chargés de missions de référence, etc.)

FICHES ACTEURS

Élaborer des fiches décrivant le rôle et les missions de chaque acteur impliqué dans la réponse sanitaire

• ARS territorialement concernée • ARS de zone • Équipe nationale REB (si l'ESR de la région assure une mission nationale) • Professionnels de ville (une fiche par acteur impliqué, incluant les soignants mais aussi les pharmacies, laboratoires, ...) • SAMU territorialement compétent • SAMU de zone • Équipe REB du SMIT de l'ESR	• Établissements de santé de première ligne • Établissements de santé de première ligne experts (ESRR REB) • Établissement de santé de deuxième ligne • ESRN REB • Équipe nationale REB (si l'ESR de la région assure une mission nationale) • Établissements de santé de troisième ligne et de proximité

FICHES TECHNIQUES

Élaborer des fiches techniques sur les thématiques suivantes :

Régulation médicale - transport

Contact tracing

Organisation médicotechnique

Accueil et parcours de prise en charge des victimes contaminées

Gestion des lits

Pédiatrie

Biologie

Obstétrique

Biosécurité

SI Patients (SIVIC, SIDEV, ...)

EPI et protocole d'habillage et de déshabillage

Communication

DASRI

ANNEXES

Élaborer les annexes suivantes :

Carnet de suivi du plan

Glossaire / Lexique

Cartographie des opérateurs de soins

Bibliographie

Outil de recensement

...

DÉCLENCHEMENT DU PLAN ORSAN REB ET CONDUITE DE CRISE

CONDITION DE DÉCLENCHEMENT

L'opportunité du déclenchement du plan ORSAN REB s'apprécie au cas par cas en fonction de l'événement et de son impact potentiel sur le système de santé (nombre et gravité des patients à prendre en charge). Le plan ORSAN REB s'inscrit en complémentarité des plans d'intervention pour la gestion des urgences sanitaires notamment le plan national de préparation et de réponse à une pandémie, de la déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC-E pour le risque « biologique ».

Le déclenchement du plan ORSAN REB doit donc également être envisagé dès lors qu'un préfet de département déclenche un de ces plans, ou à la demande du Ministre chargé de la santé lorsqu'il existe un risque ou une menace épidémique et biologique sur le territoire national voire au niveau international (ex. urgence de santé publique de portée internationale - USPP). Si tel est le cas, la ou les ARS concernées doivent pouvoir mettre en action les premiers éléments de leur dispositif de réponse dans un délai indicatif d'une heure. Il est ainsi déclenché pour répondre à **un risque ou une menace liée à un agent infectieux potentiellement épidémique, nécessitant un parcours de soins biosécurisé des patients et reposant sur une filière spécialisée organisée à l'échelon régional ou national selon la nature de l'agent en cause.**

Il convient que cette information soit communiquée à l'ensemble du personnel de l'ARS, notamment en vue de mobiliser les directions de l'agence susceptibles d'apporter leur soutien, si les circonstances l'imposent. De même, l'ARS doit en informer le niveau zonal (SZDS/CZA) et national (CORRUSS/CCS) ainsi que communiquer le niveau de gestion opérationnel activé. Réciproquement, la DGS communique, au plus tôt, aux ARS et ARS de zone, la décision d'activation du centre de crise sanitaire (CCS – niveau 3).

Le principe d'information réciproque doit être respecté entre l'ARS et l'autorité préfectorale :

Lors de la procédure d'alerte, l'ARS se doit d'avertir les services préfectoraux de « tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public » (Art. 1435-1 du Code de la Santé Publique). Réciproquement, l'autorité préfectorale se doit d'informer l'ARS de tout événement à impact sanitaire susceptible de relever du champ de compétence de l'ARS.

Pendant la durée de la situation sanitaire exceptionnelle, les ARS et l'autorité préfectorale se tiennent informés réciproquement de l'état de la situation, de son évolution, ainsi que de toute demande d'appui éventuelle et se concertent en vue de déterminer les actions à réaliser respectivement.

MODALITÉS DE DÉCLENCHEMENT

Le plan ORSAN REB est déclenché par le Directeur général de l'ARS.

Le Directeur général de l'ARS déclenche également ce plan à la demande du préfet de département ou du Ministre chargé de la santé.

Ce plan peut être déclenché, le cas échéant, en anticipation, face à un risque épidémique et biologique sur le territoire nationale ou internationale.

Les outils dédiés à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles sont modalisés dans la fiche technique à cet effet.

ACTIVATION DE LA CRAPS

Le déclenchement du plan ORSAN REB impose l'activation immédiate de la CRAPS selon la procédure interne à l'ARS. Les épidémies constituent des situations sanitaires exceptionnelles avec une durée potentiellement longue qui imposent d'anticiper une organisation appropriée.

Structure de crise de l'ARS, elle est renforcée par des personnels de différentes directions de l'ARS et s'articule autour des composantes suivantes : « décision », « situation/opération », « communication », « expertise » et « supports ».

Elle nécessite *a minima* la mise en place des composantes suivantes :

- Composante décision
- Composante situation/opérations
- Composante communication
- Composante expertise
- Support : logistique, informatique, ressources humaines

Le dimensionnement de la CRAPS est adapté à la cinétique et à la dimension de l'événement.

CONDUITE DE CRISE

Le plan ORSAN REB prévoit les acteurs à associer à la conduite de crise et les modalités de circulation de l'information aux différentes phases – alerte, crise aiguë, SSE qui se prolonge – à la fois pour la bonne connaissance des décisions et recommandations et pour l'efficacité des remontées du terrain. En particulier, les circuits de décisions seront rendus explicites pour tous les acteurs afin de réduire les délais de mobilisation.

L'objectif est d'assurer la prise en charge sécurisée des patients dans les établissements de santé adaptés, ainsi que celle des personnes contacts ou co-exposées.

À ce titre, l'ARS doit :

- Diffuser les alertes et instructions aux établissements de santé, établissements médico-sociaux, libéraux, etc. ;
- Assurer le suivi continu de la situation régionale, décliner les mesures de gestion arrêtées, analyser et synthétiser les données régionales et analyser le dispositif terrain (inspections et visites sur place) ;
- S'assurer de la mobilisation des établissements de santé de première ligne et le cas échéant, de deuxième ligne : déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé : niveau 1 « plan de mobilisation interne » voire niveau 2 « plan blanc » (volet REB) ;
- Mobiliser les établissements de santé pour actualiser les capacités d'accueil dans les établissements de santé via le SI-ORSAN avec mise à jour en temps réel avec la montée en puissance des établissements (enquête flash aux établissements et décompte des orientations) pour faciliter l'orientation des patients par le médecin régulateur du SAMU (places disponibles selon le délai d'arrivée du patient, le plateau technique de l'établissement de santé, filière bloc/urgence adulte/enfant jour/nuit-WE, places restantes) ;
- Assurer la coordination et le suivi de la réponse des établissements de santé concernés et organiser la permanence des soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux secteur ambulatoire, activité de ville, hospitalisation à domicile, transports sanitaires) ;
- Mobiliser les moyens nécessaires à la prise en charge des patients au bénéfice des établissements de santé impactés pour assurer la continuité de la prise en charge des cas/victimes/patients et assurer la coordination des moyens de réponse sanitaire (produits de santé) et moyens spécifiques ;
- Sécuriser les approvisionnements des établissements de santé, établissements médico-sociaux et officines en médicaments et dispositifs médicaux ;
- Apporter un appui aux établissements de santé pour la gestion des DASRI

- Coordonner la prise en charge des personnes contacts ou co-exposées aux différents acteurs concernés (niveau zonaux – ARS de zone – et nationaux – CCS), ainsi que définir un système de suivi et de communication de l'information, dans le but de donner une meilleure lisibilité et accessibilité aux données ; Assurer la veille média et la gestion des relations presse, en lien avec la/les préfectures ;
- Informer les professionnels de santé des trois secteurs de l'offre de soins et officines ;
- Informer la population, en lien avec la/les préfectures, sur les recommandations sanitaires à adopter et sur la situation (cf. stratégie nationale) ;
- D'organiser un retour d'expérience depuis les différents établissements de santé mobilisés durant la crise et de permettre la remontée de ces données aux autorités concernés afin de les prendre en compte pour l'amélioration continue du plan.

Lorsqu'un évènement dépasse, par sa gravité ou son intensité, le cadre d'une seule ARS ou que les capacités de réponse du niveau régional sont insuffisantes, un suivi et une coordination peuvent être mis en place à l'échelon zonal. Dans ce cadre, l'ARS de zone assure ces fonctions de coordination par l'intermédiaire du service zonal de sécurité et de défense (SZSD) renforcé.

Pour faciliter la conduite de crise, il peut être utile de :

- Prévoir un pilotage fort et médicalisé au niveau régional, avec des professionnels formés au REB en cas de crise, et des circuits d'expertise et de décision (locaux et nationaux) bien appropriés par tous les acteurs, selon le type d'agent pathogène ;
- Formaliser une articulation étroite entre les acteurs du pilotage, en lien avec les experts ;
- Raccourcir autant que possible le circuit « expertise → décision → mise en œuvre », par exemple en mettant en place un comité régional REB (à l'image du travail réalisé sur les arboviroses en outre-mer) incluant les acteurs des différentes étapes du circuit, à activer de manière plus ou moins large selon les besoins, en alerte ou en crise, médecine de ville, disciplines médicales concernées, ... ;
- Construire avec les professionnels locaux des indicateurs reconnus par eux, et les utiliser pour identifier précocement les points de rupture nécessitant des actions ;
- Permettre la prise de décision à une échelle territoriale (périmètre de type GHT, incluant le privé, la ville, le médico-social) en particulier en phase pandémique ; si possible, organiser la possibilité d'un contrôle a posteriori de certaines décisions en situation d'urgence pour éviter les délais de validation ;
- Anticiper la mobilisation de tous les professionnels de santé au niveau territorial, en lien avec les différents acteurs, notamment de proximité, en développant le maillage territorial (public/privé), les partenariats ville-hôpital, les réseaux existants, les liens entre CHU de la région, les relations entre les acteurs les plus fragiles et les structures plus robustes ou expertes ;
- Formaliser des circuits directs d'accès aux informations officielles et aux recommandations (en précisant ce qui est obligatoire, recommandé...) cohérents et automatisés vers les professionnels de santé ; faciliter un accès rapide à l'information scientifique validée en temps réel ;
- Favoriser la mise en place et/ou le développement de réseaux professionnels pouvant échanger en continu (par exemple en mettant en place la possibilité d'échanges réguliers entre cliniciens pendant la crise) et organiser les moyens de communication entre eux (listes pré-identifiées par disciplines, territoire, niveau d'alerte... ; messageries sécurisée) ; développer le partage d'expérience en temps réel en contexte d'incertitude ;
- Prévoir les modalités d'une remontée d'informations du terrain vers les autorités sanitaires, incluant la dimension qualitative (au-delà des logiciels de signalement) ;
- Formaliser la communication ville/hôpital ; positionner l'ESRR sur la communication spécifique REB en identifiant des personnels habilités (liste validée ESRR/ARS) à communiquer en cas d'alerte REB, formés à la communication de crise ; sensibiliser les autres professionnels au risque médiatique.

La conduite de crise est réalisée en lien étroit avec la cellule de crise REB de l'ESRR, qui inclura a minima l'infectiologue et le cadre de santé référents REB, un microbiologiste et un hygiéniste ; elle pourra

associer aussi les principaux médecins et cadres de santé, et des représentants de diverses disciplines selon les besoins - réanimation, urgences, SAMU/SSE, pharmacie, pédiatrie, obstétrique, biologie, médecine du travail, gériatrie, soins palliatifs, ...

Un organigramme de la CRAPS prenant en compte les spécificités REB ainsi qu'un schéma des circuits de décision et d'information à partager avec les acteurs principaux du territoire est recommandé.

Les différentes phases de la crise sont définies ci-après en précisant à titre indicatif les actions à mettre en œuvre par l'ARS et les opérateurs de soins.

SYSTÈMES D'INFORMATION DE CRISE

Plateformes SI dans le cadre d'un risque épidémique et biologique :

- Si-VIC : Lors de la survenue d'une SSE générant un afflux de victimes, les établissements de santé sont informés par l'ARS et le SAMU de l'ouverture d'un événement SI-VIC pour permettre d'assurer la gestion de crise et le suivi des patients ;
- SINUS : Permet l'identification, le dénombrement et le suivi des victimes par un module de saisie sur le terrain et une fiabilité sur le traitement et la remontée des données ;
- SI-ORSAN : Évalue les capacités de prise en charge dans les établissements de santé en SSE en fonction de leur positionnement (première ligne, deuxième ligne, troisième ligne) ;
- Si-VSS : Plateforme de signalement de situations sanitaires indésirables aux ARS ;
- Si-DEP : Outil numérique de dépistage massif ;
- Si-SAC : Outil de centralisation et de partage d'informations en période de veille opérationnelle et en cas de situation sanitaire exceptionnelle (ou à impact sanitaire), entre les ARS, les ARS de zone et le niveau central.

L'organisation de l'accompagnement des victimes et des familles ainsi que les cellules d'information à leurs égards sont modélisées dans le plan ORSAN AMAVI et ORSAN MEDICO-PSY.

OUTILS COMPLÉMENTAIRES POUR LA CONDUITE DE CRISE

- Plan ORSAN AMAVI
- Plan ORSAN MEDICO-PSY
- DST ORSAN « Organisation d'une vaccination exceptionnelle »
- DST ORSAN « Sécurisation des établissements de santé »
- DST ORSAN « Dépistage massif d'agent infectieux »
- DST ORSAN « Montée en puissance de l'offre de soins critique »
- DST ORSAN « Mobilisation des ressources humaines »

1. Phase d'alerte et de réponse immédiate

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Préparation de la gestion des appels en relation avec le risque épidémique et biologique considéré (procédures, organisation du classement des patients clinicien/SAMU/ESRR REB /ARS, information des personnels) • Mise en œuvre et régulation de la réponse médicale d'urgence en lien avec l'ARS Établissement de santé de première ligne • Préparation de l'accueil d'un patient présentant un risque épidémique et biologique (activation du volet REB du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : procédures, information des personnels, EPI, ...)	ARS territorialement compétente • Diffusion de l'alerte aux SAMU, établissements de santé, professionnels de santé du secteur de ville • Mobiliser l'expertise médicale REB de l'ESR (infectiologue) • Rappel du parcours de soins REB et mobilisation des acteurs de la filière de prise en charge • Préactivation des capacités des ressources humaines, des produits de santé et des capacités nécessaires à la prise en charge des patients • Évaluation de l'impact de l'alerte avec la cellule d'intervention en région (CIRE) Établissements de santé de référence régional REB (ESRR REB) • Préparation de l'accueil d'un patient cas possible d'infection par un agent infectieux du groupe 3 voire 4 (activation du volet REB : procédures, information des personnels, EPI, ...) • Apporte un appui technique à l'ARS et aux autres établissements de santé pour la gestion du risque

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Mise en préalerte des capacités du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires SAMU de zone • Sans objet	CORRUSS - CCS • Diffusion de l'alerte aux ARS et aux professionnels de santé • Alerte les ESRN REB • Recours à l'ensemble des ressources d'expertises disponibles dans les agences de sécurité sanitaire • Diffusion d'instructions à destinations des ARS ou des agences sanitaires nationales, diffusion de message « DGS-Urgent » aux professionnels de santé et de « Messages d'Alerte Rapide Sanitaire » (MARS) aux établissements de santé Établissements de santé de référence national REB (ESRN REB) • Préparation de l'accueil d'un patient cas confirmé d'infection par un agent infectieux du groupe 4 (activation du volet REB : procédures, information des personnels, EPI, ...) • Mise en alerte de l'équipe nationale REB • Expertise et appui technique aux ESRR REB

2. Phase de montée en puissance

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Gestion des appels en relation avec le risque épidémique et biologique considéré (procédure, classement des patients clinicien/SAMU/ESRR REB/ARS, information des personnels) • Évaluation des patients avec le clinicien de l'établissement d'accueil et l'infectiologue référent de l'ESRR REB en lien avec l'ARS • Organisation le cas échéant, avec le SAMU de l'ESRR REB, du transport des patients cas possibles depuis un établissement de santé (première ligne ou établissement de proximité) vers l'ESRR REB • Mobilisation de la CUMP régionale Établissement de santé en proximité de l'événement • Préparation de l'accueil et de la détection de patients présentant un risque épidémique et biologique (activation du volet REB : réponse minimale de tout établissement de santé) Établissement de santé de première ligne • Accueil du/des patients présentant un risque épidémique et biologique (activation du volet REB : procédures, information des personnels, EPI, ...) • Évaluation et classement des patients avec le SAMU et l'infectiologue référent de l'ESRR REB en lien avec l'ARS	ARS territorialement compétente • Suivi de la mise en œuvre de la réponse par les opérateurs de soins en particulier de l'opérationnalité de l'ESRR REB et des établissements de santé de première ligne associant direction et médecin infectiologue référent REB • Participation à l'évaluation des patients avec le clinicien, le SAMU et l'infectiologue référent de l'ESRR REB (classement des cas) • Alerte le CORRUSS des patients cas possibles (agent pathogène groupe 4 et cas confirmés groupe 3) • Renfort de la structure autour de la plateforme de veille et d'urgence sanitaire (PVUS), par des personnels des différentes directions de l'ARS, selon les besoins identifiés • Coordination et conduite des opérations de secours : renforcement des moyens humain disponibles afin de faire face à l'évènement et d'éviter une saturation du système de soin • Recensement des besoins en réservistes sur le territoire de compétence (nombre, qualification, lieu et durée de mobilisation). La demande de recours à la réserve sanitaire est adressée à l'ARS de zone. Établissements de santé de référence régional REB (ESRR REB) • Organisation de l'accueil de patients potentiellement infectés (cas possible) par un agent infectieux (activation du volet REB : procédures, information des personnels, EPI, ...) • Organisation de la prise en charge d'un patient cas confirmé d'infection par un agent infectieux du groupe 3 (activation du volet REB : procédures, information des personnels, EPI, ...) • Organisation de la régulation médicale et du transport des patients cas possibles depuis un établissement de santé (première ligne ou établissement de proximité) vers l'ESRR REB

Établissement de santé de deuxième ligne

- Organisation de la prise en charge éventuelle de patients ne présentant pas de risque épidémique et biologique pour libérer des lits dans les établissements de santé de première ligne

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Appui à l'ARS territorialement compétente pour la fourniture de renforts éventuels • Mise en place d'un dispositif de suivi spécifique autour du service zonal de défense et de sécurité (SZDS) renforcé et dédié à l'évènement en cause • Coordination des besoins en réservistes éventuels exprimés par l'ARS territorialement compétente et adresse de la demande à la DGS (CORRUSS) • Communication à l'ARS territorialement compétente de l'affectation et la mobilisation éventuelle des réservistes SAMU de zone • Appui au SAMU territorialement compétent pour la fourniture de renforts éventuels • Intervention autorisée et coordonnée par l'ARS de zone • Assurance auprès de l'ARSZ d'une mission, d'appui technique, en particulier en ce qui concerne la mise en œuvre du plan zonal de mobilisation • Mobilisation de la cellule médico-psychologique zonale, afin de coordonner la mobilisation des cellules d'urgence médico-psychologiques de la zone de défense	CORRUSS - CCS • Suivi de la situation nationale à partir des informations transmises par les ARS et par les ESRN REB • Mobilisation de l'expertise nationale (HCSP, mission COREB nationale, ...) • Mobilisation le cas échéant, de vecteurs de transport aérien • Proposition de mesures de gestion supplémentaires • Mobilisation de la réserve sanitaire en lien avec Santé Publique France, en appui du territoire impacté • Mobilisation, le cas échéant, de réservistes sanitaires à la demande des ARS en lien avec Santé Publique France Établissements de santé de référence national REB (ESRN REB) • Appui et expertise auprès des ESRR REB • Organisation de la régulation médicale et transport des patients cas confirmés d'infection par agent infectieux du groupe 4 depuis un ESRR REB vers un des ESRN REB (mobilisation de l'équipe nationale REB) • Organisation de la prise en charge d'un patient cas confirmé d'infection par un agent infectieux du groupe 4 (activation du volet REB : procédures, information des personnels, EPI, ...)

3. Phase de conduite de crise

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent - Gestion des appels en relation avec le risque épidémique et biologique considéré (procédure, information des personnels) - Évaluation des patients suspects avec le clinicien de l'établissement d'accueil et l'infectiologue référent de l'ESRR REB en lien avec l'ARS - Organisation avec le SAMU de l'ESRR REB, du transport des patients cas possibles depuis un établissement de santé (première ligne ou établissement de proximité) vers l'ESRR REB Établissement de santé en proximité de l'événement - Accueil et détection des patients présentant un risque épidémique et biologique et mettre en œuvre les mesures d'isolement (activation du volet REB : réponse minimale de tout établissement de santé) Établissement de santé de première ligne - Accueil et prise en charge immédiate d'un patient présentant un risque épidémique et biologique (activation du volet REB : procédures, information des personnels, EPI, isolement du patient ...) - Évaluation des patients avec le SAMU et l'infectiologue référent de l'ESRR REB en lien avec l'ARS - Organisation en lien avec le SAMU du transfert du patient vers un établissement expert (ESRR REB)	ARS territorialement compétente - Suivi de la réponse des opérateurs de soins en particulier de l'opérationnalité de l'ESRR REB associant direction et médecin infectiologue référent REB - Participation à l'évaluation des patients avec le SAMU et l'infectiologue référent de l'ESRR REB (classement des cas) - Organisation de la prise en charge de personnes contacts et co-exposées - Alerter le CORUSS des patients cas possibles (agent groupe 4 et groupe 3 confirmés) - Renforcement de la structure de crise de l'ARS par des personnels des différentes directions, autour des composantes suivantes : « décision », « situation/opération », « communication », « expertise », et « supports ». - Activation d'une cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS), renforcée par des personnels des différentes directions de l'ARS. Établissements de santé de référence régional REB (ESRR REB) - Accueil d'un patient cas possible d'infection par un agent infectieux (activation du volet REB : procédures, information des personnels, EPI, ...) et réalisation du diagnostic biologique en lien le cas échéant, avec le CNR concerné - Prise en charge d'un patient cas confirmé d'infection par un agent infectieux du groupe 3 (activation du volet REB : procédures, information des personnels, EPI, ...) - Régulation médicale et transport des patients cas possibles par le SAMU de l'ESRR REB depuis un établissement de santé (première ligne ou établissement de proximité) vers l'ESRR REB

Établissement de santé de deuxième ligne

- Assurer la prise en charge éventuelle de patients ne présentant pas de risque épidémique et biologique transférés depuis des établissements de santé de première ligne pour libérer des lits

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Appui à l'ARS territorialement compétente pour la fourniture de renforts éventuels • Activation de la cellule zonale d'appui (CZA) afin de coordonner l'action des autres ARS et des acteurs du système de santé implantés dans la zone de défense. Elle est constituée autour du SZDS, qui assure une fonction de coordination en collaboration étroite avec la (les) CRAPS activée(s) en ARS. SAMU de zone • Appui au SAMU territorialement compétent pour la fourniture de renforts éventuels • Coordination de la mobilisation des cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) de la zone de défense par la cellule médico-psychologique zonale	CORRUSS - CCS • Suivi de la situation nationale à partir des informations transmises par les ARS et par les ESRN REB • Mobilisation le cas échéant, de vecteurs de transport aérien • Utilisation du Système d'Information des Victimes (SIVIC) permettant le suivi des victimes Établissements de santé de référence national REB (ESRN REB) • Régulation médicale et transport des patients cas confirmés d'infection par agent infectieux du groupe 4 depuis un ESRR REB vers un des ESRN REB (mobilisation de l'équipe nationale REB) • Prise en charge d'un patient cas confirmé d'infection par un agent infectieux du groupe 4 (activation du volet REB : procédures, information des personnels, EPI, ...) • Expertise et appui aux ESRR REB

4. Phase de post-crise

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Levée de l'alerte et retour à un dispositif normal • Participation au retour d'expérience Établissement de santé en proximité de l'événement • Levée de l'alerte • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations • Reprogrammation des opérations et réorganisation des soins Établissement de santé de première ligne • Levée de l'alerte • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations • Reprogrammation des opérations et réorganisation des soins Établissement de santé de deuxième ligne • Levée de l'alerte • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations • Reprogrammation des opérations et réorganisation des soins	ARS territorialement compétente • Levée de l'alerte et désactivation de la CRAPS. Le cas échéant, bascule sur le plan ORSAN EPI-CLIM dès lors maladie devient saisonnière, et donc contrôlée. • Organisation du retour d'expérience en collaboration avec tous les acteurs impliqués à l'échelon régional • Rééquilibrage de l'offre de soin de la région (rattrapage de dépistage/consultation de suivi) : plan d'action en lien avec les opérateurs de soins. Établissements de santé de référence régional REB (ESRR REB) • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations • Inventaire du matériel de soin nécessitant un réapprovisionnement des stocks et contrôle du matériel (frais d'entretien, etc.)

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Levée de l'alerte • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations SAMU de zone • Levée de l'alerte • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations	CORRUSS - CCS • Levée de l'alerte • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations • Communication des enseignements aux services de l'Etat et aux professionnels de santé Établissements de santé de référence national REB (ESRN REB) • Levée de l'alerte • Organisation du retour d'expérience et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations

FICHES TECHNIQUES POUR LA CONDUITE DE CRISE

Dossier capacitaire des opérateurs de soins

Annuaire des opérateurs de soins

Un annuaire exhaustif des opérateurs de soins est constitué et maintenu à jour.

Il comprend les coordonnées des structures et de leur responsable notamment des :

- Établissements de santé de première ligne ;
- Établissements de santé de deuxième ligne ;
- Établissements et services médico-sociaux ;
- Structures de soins (centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, ...) ;
- URPS et professionnels de santé libéraux ;
- Toutes autres structures utiles à la conduite de crise.

Fiche capacitaire des établissements de santé de première ligne et de deuxième ligne

Il s'agit de disposer d'une **fiche signalétique par établissement de santé de première et deuxième ligne** mentionnant :

- Les coordonnées de l'établissement, de son directeur et de la cellule de crise ;
- Les capacités d'hospitalisation habituelles et les capacités de renforcement dans les services suivants :
 - Service de médecine polyvalente ;
 - Service de gériatrie ;
 - Service de pédiatrie ;
 - Service de pneumologie ;
 - Service d'infectiologie ;
 - Unité de soins intensifs et de surveillance continue ;
 - Services de soins critiques adultes, pédiatriques et néo-natales ;
 - Soins de suite et de réadaptation ;
 - ...

Il est également intéressant de disposer d'une cartographie des établissements de santé par département ou par région.

Fiche capacitaire des établissements médico-sociaux

Il s'agit de disposer d'une **fiche signalétique par établissement médico-social** mentionnant :

- Les coordonnées de l'établissement, de son directeur et de la cellule de crise ;
- Les capacités d'accueil de jour et de nuit et les capacités d'hébergement permanent et temporaire (nombre de places)
- La typologie de la population accueillie (GIR, unités spécialisées, ...)
- Les effectifs de personnel non médical et médical (médecin coordonnateur, infirmier, aide-soignant, ...)
- Les équipements (présence ou non de pièces rafraichies, d'une PUI, groupes électrogènes, ...)

Il est également intéressant de disposer d'une cartographie des établissements médico-sociaux par département ou par région.

Fiche capacitaire de la médecine de ville

Lors de la survenue d'un risque épidémique et biologique connu ou émergent, les professionnels libéraux (médecins, infirmiers et autres professionnels de santé libéraux) sont en première ligne pour assurer la prise en charge des patients impactés par l'événement.

Dans ce cadre, il est intéressant de disposer d'une cartographie des professionnels de santé libéraux en particulier des centres de santé des maisons de santé pluri-professionnelles et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin d'être en mesure d'évaluer l'offre de soins et de les mobiliser en tant que de besoin dans le cadre du plan de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles des soins de ville.

Fiche capacitaire des ressources de transport sanitaire

La réponse du système de santé définie par le plan opérationnel de réponse ORSAN EPI-CLIM peut conduire à transporter des patients d'une structure de soins vers une autre structure plus adaptée (par exemple un transfert de patient pris en charge dans un établissement médico-social vers une structure hospitalière)

Il convient donc d'assurer le recensement des capacités des transporteurs sanitaires privés afin de les mobiliser le cas échéant.

Plan ORSAN NRC

Gestion d'un risque NRC dans le système de santé



PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DU PLAN ORSAN NRC

DÉFINITIONS

Plan de gestion du risque NRC dans le système de santé (plan ORSAN NRC).

OBJECTIFS ET ENJEUX

Contexte et enjeux

La prise en charge médicale des personnes exposées à un agent chimique, nucléaire et radiologique constitue un enjeu important pour le système de santé.

L'exposition de personnes à ces agents peuvent être la conséquence :

- D'un **accident** (industrie chimique, industrie nucléaire, équipements de radiothérapie, ...) ;
- D'une **action terroriste** (attentat avec dispersion de produits chimique ou de toxines, agent explosif avec dispersion de matières radioactives, exposition à une source scellée, ...) ;
- D'un **conflit armé** potentiellement de haute intensité.

La typologie de ces patients dépend de la nature de l'événement causal, ou de son mode opératoire pour les actes terroristes (ex. utilisation d'explosifs pour la dispersion des agents toxiques ou radiologiques avec pour conséquences des blessés complexes : blessés, brûlés, blastés, intoxiqués et contaminés ou radiocontaminés). Ces patients nécessitent des prises en charge adaptées et la mobilisation le cas échéant, des ressources et compétences spécialisées régionales NR et C (ESRR NR ou C) voire nationale (ESRN NR ou C ex. intoxications, radiocontaminations, brûlures, pédiatrique, ...). Il convient également d'éviter le risque de transfert de contamination dans les établissements de santé par la mise en œuvre de mesures de décontamination appropriées.

Les mesures de gestions sont en grande partie identiques lors d'un événement mettant en jeu des agents chimique ou radiologiques. Cependant, en complément des mesures génériques, ce plan peut être utilement complété par une annexe dédiée aux spécificités de l'agent causal (toxiques chimiques et toxines, matières et sources radioactives) responsable de l'événement. Ainsi, les annexes spécifiques suivantes peuvent être élaborées :

- **Annexe toxiques chimiques et toxines** prenant en compte la diversité des agents chimiques conduit à de multiples tableaux cliniques (toxidromes) d'expression immédiate ou différée qu'il est nécessaire d'identifier pour mettre en œuvre le plus rapidement possible la décontamination et la prise en charge thérapeutique (traitement symptomatique et le cas échéant, administration d'antidotes).
- **Annexe matières et sources radioactives** pour les agents NR qui ont une expression clinique le plus souvent différée nécessitant une surveillance clinique et biologique rapprochée. La recherche d'une contamination interne par anthroporadiométrie est réalisée en cas d'exposition avérée à des radionucléides.

Objectifs du plan

L'objectif de ce plan consiste à organiser la réponse du système de santé pour assurer la prise en charge médicale des personnes exposées à un agent chimique, nucléaire et radiologique.

Le plan ORSAN NRC s'inscrit dans la complémentarité des plans ORSEC (déclinaison départementale du plan gouvernemental NRBC et du plan NOVI) déclenchés par le Préfet et permet la prise en charge rapide des patients dans les établissements de santé après régulation médicale par le SAMU territorialement compétent 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 chimiques²³ ou radioactives²⁴.

Description du plan

Le plan ORSAN NRC doit ainsi :

- **Définir la stratégie régionale de prise en charge** des personnes exposées à un agent chimique, nucléaire et radiologique potentiellement blessées ;
- **Identifier les opérateurs de soins concernés**, principalement les établissements de santé de première ligne en particulier les ESRR assurant la mission NR et/ou C et déterminer pour chacun d'entre eux les objectifs opérationnel de prise en charge de ces patients potentiellement blessés graves (urgences absolues) et/ou légers (urgences relatives) à décliner dans le volet NRC du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ;
- **Prendre en compte la réponse minimale attendue des autres établissements de santé (établissements de troisième ligne)** pour la prise en charge des victimes se présentant spontanément (volet NRC du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles) ;
- **Spécifier les modalités d'adaptation de la régulation médicale** (SAMU territorialement compétent) **et définir les parcours de soins des patients graves et légers** en fonction des intoxications ou radiocontaminations présentées **en renforçant en conséquence les filières de prise en charge** ;
- **Déterminer les points de rupture de la filière de prise en charge « NRC » et anticiper le recours aux renforts zonaux voire nationaux** ;
- **Recenser les moyens tactiques à mobiliser à l'échelle régionale et leur condition de mobilisation et d'acheminement** (antidotes, équipements de protection individuels, unité de décontamination hospitalière, ...) ;
- **Décrire la mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN NRC** (déclenchement, conduite de crise, suivi des victimes), la mobilisation, la coordination et le suivi de la réponse des opérateurs de soins (déclenchement du plan blanc des établissements de santé) en complémentarité du plan de déclinaison départementale du plan gouvernemental NRBC et le cas échéant, du plan ORSEC NOVI ;
- **Organiser la phase de post crise** en anticipant le suivi des patient et blessés notamment les conséquences sanitaires et sociales liées à la nature de leurs séquelles résiduelles ;
- **Prendre en compte le retour d'expérience** pour l'amélioration continue du plan.



En présence de nombreuses victimes d'un agent NR ou C, le plan ORSAN AMAVI doit être déclenché conjointement.

La prise en charge des victimes impliquées blessées psychiques, est prise en compte dans le plan ORSAN MEDIC-PSY.

CHAMP D'APPLICATION

Le plan ORSAN NRC, qui s'inscrit dans la continuité du plan ORSEC NOVI déclenché par le Préfet, permet la prise en charge rapide des patients victimes d'une agent NR ou C dans les établissements de santé après régulation médicale par le SAMU territorialement compétent. Ce plan est complémentaire du plan ORSAN AMAVI en présence de nombreuses victimes à prendre en charge.

²³ Circulaire n° 700/SGDSN/PSE/PSN du 2 octobre 2018 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques.

²⁴ Circulaire n° 800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives.

Le plan ORSAN NRC est donc complémentaire des plans ORSEC (déclinaison départementale du plan gouvernemental NRBC et du plan NOVI) 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.

Ce plan constitue, de facto, le plan de réponse sanitaire dans le cadre de la doctrine nationale de réponse aux risques et menaces chimique²⁵ et radionucléaire²⁶ définie par circulaire interministérielle du Secrétariat général à la défense et à la sécurité nationale (SGDSN). Il contribue au plan C et NR de déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC pour ce qui concerne la prise en charge médicale des victimes.

ÉLÉMENTS DE DOCTRINE

La prise en charge médicale des patients victimes d'un agent chimique ou radiologique impose la mise en œuvre d'une stratégie qui repose sur 2 actions complémentaires et indissociables :

- Décontaminer les patients pour interrompre leur exposition à l'agent toxique ou radiologique mais aussi prévenir un transfert de contamination dans l'établissement de santé (patients, personnels hospitaliers, équipements) ;
- Assurer le plus rapidement possible les soins appropriés aux patients : traitements spécifiques (antidotes) et symptomatiques (suppléance d'une fonction vitale, thérapeutiques complémentaires, ...).



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

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 la SAMU doit organiser les flux d'évacuation des victimes vers les établissements de santé en capacité de poursuivre la stratégie de soins critiques préhospitalier initiée dès le terrain (établissement de santé de première ligne).

L'organisation des secours préhospitaliers 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 préhospitalière de prise en charge des victimes (intégration de la réponse médicale préhospitalière dans l'opération de secours et régulation médicale des destinations) ;
- Phase hospitalière de prise en charge des victimes (soins réalisés dans les établissements de santé) ;
- Phase post crise (réhabilitation des victimes, retour progressif du système de santé à un fonctionnement normal et retour d'expérience).

Dans ce contexte, les principes essentiels à prendre en compte sont les suivants :

- **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

²⁵ Circulaire n° 700/SGDSN/PSE/PSN du 2 octobre 2018 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques.

²⁶ Circulaire n° 800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives

interconnectés. Dès réception de l'alerte, la mobilisation des moyens de secours et de soins découle des éléments qualitatifs et quantitatifs recueillis par les CRRA et le CTA. Les établissements de santé du territoire impactés sont mis en alerte afin de se préparer à un éventuel afflux de victimes potentiellement contaminées se présentant spontanément.

- **Organisation préhospitalière :** Les secours et les soins d'urgences dans un contexte NRC entrent dans le champ de compétence du secours d'urgence aux personnes et de l'aide médicale urgente et sont dispensés, en fonction des besoins, aux différentes étapes de la prise en charge des victimes (zone contrôlée, zone de soutien, établissements de santé...). Les SAMU et les SIS doivent mettre en œuvre les procédures opérationnelles et de régulation adaptées à ce type d'événement. Les SMUR et les équipes des SIS quant à eux doivent assurer la prise en charge optimale et le transport des victimes sans toutefois que leurs équipes se mettent en danger, en utilisant, en tant que de besoin, des équipements de protection individuels. À ce titre, les procédures opérationnelles des SAMU et des SIS identifient en amont les équipes médicales des SMUR et des SSSM susceptibles d'intervenir en zone contrôlée. La doctrine de mise en œuvre des soins d'urgence en zone contrôlée dépend de la nature chimique ou radionucléaire de l'agent en cause. Elle tient compte de la ressource dont dispose le COS sur le terrain, en provenance des SIS et des SAMU formés, entraînés et équipés d'une protection adéquate, ainsi que des moyens logistiques et thérapeutiques spécifiques adaptés. La montée en puissance des moyens engagés est effectuée à la demande du COS en lien avec le DSM dans le cadre de la déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC-E et du plan ORSEC NOVI. Les forces de sécurité intérieure, en lien avec la préfecture, sécurisent le périmètre de l'événement afin d'éviter la « fuite » de personnes contaminées qui constitue un risque majeur.
- **Régulation médicale :** 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, au directeur de l'établissement de santé siège du SAMU, au SAMU Zonal, aux SAMU limitrophes ainsi qu'aux établissements de santé.

- **Prise en charge hospitalière :** La répartition des patients vers les établissements de santé est de la responsabilité du SAMU territorialement compétent avec l'appui du SAMU Zonal et de l'ESRR NR ou C. Le choix de l'établissement d'accueil est fondé sur l'adéquation entre l'état de la victime, les capacités d'accueil et de soins et le plateau technique notamment pour les prises en charge spécifiques (intoxiqués, brûlés, irradiés, radiocontaminés ...). L'identification de la capacité d'accueil des établissements de santé de première ligne est préalablement réalisée par les ARS dans le cadre de l'élaboration du plan ORSAN NRC.

Les établissements de santé se mobilisent pour accueillir les victimes qui leur sont adressées après régulation par le SAMU et mettent en œuvre une stratégie de protection de leurs personnels et de leur structure. La montée en puissance des établissements de santé se fait dans le cadre de la mise en œuvre du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (volet NRC et AMAVI) en déclenchant le niveau 2 « plan blanc ». Certains établissements prédéterminés (ESRR NR ou C) sont susceptibles de recevoir de manière exceptionnelle et après régulation un nombre limité d'extrêmes urgences (EU) non

préalablement décontaminées. Ils doivent donc se préparer en conséquence (l'urgence vitale pour le risque NR, prime sur la décontamination).

Les établissements de santé doivent aussi se préparer malgré la mise en place d'un dispositif préhospitalier à l'arrivée de victimes non annoncées, non triées et non décontaminées et prendre les mesures adéquates pour protéger les personnels et la structure contre un transfert de contamination et pour assurer la décontamination d'urgence des victimes.

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

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, si possible avant l'entrée des urgences pour éviter un transfert de contamination.

La décontamination d'urgence des victimes non régulés potentiellement contaminées fuyant le lieu d'un événement 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.

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.

- **Mobilisation des renforts :** L'ARS organise le recensement des moyens humains, des produits de santé (médicaments dont les antidotes et l'O₂) et des matériels disponibles dans la région pour renforcer, en tant que de besoin, les établissements de santé assurant la prise en charge des blessés. En cas de dépassement des capacités de renfort de la région, l'ARS sollicite l'ARS de zone pour la mobilisation des renforts zonaux (stock tactiques d'antidotes notamment).

En parallèle de ces organisations territoriales, des renforts nationaux peuvent être mobilisés par le CORRUSS-CCS (dispositif ORSAN national). Ces renforts peuvent concerner :

- La télé-expertise afin d'apporter un appui à la prise en charge des intoxications ou radiocontaminations notamment pédiatriques auprès d'équipes non spécialisées confrontées à ce type d'urgence ;
- La projection d'équipes médicales (SMUR, toxicologues, spécialistes en radiotoxicologie, ...) ou de produit de santé (stock stratégiques d'antidotes) et autres équipements ;
- La mobilisation de capacités d'évacuation sanitaires exceptionnelles : ambulances, train, avion, ...

Les moyens du ministère des armées notamment du SSA ne peuvent être mobilisés qu'après demande et autorisation au titre de l'organisation territoriale interarmées de défense (OTIAD).

ÉVOLUTIONS DE LA VERSION 2023 DU PLAN

La transformation du volet ORSAN NRC en plan ORSAN NRC impose d'en renforcer la logique opérationnelle.

Initialement conçu à l'échelon zonal ce plan doit être adapté pour répondre à une logique de prise en charge régionale, voire nationale pour les patients le nécessitant.

METHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PLAN ORSAN NRC

CONSTITUTION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail d'élaboration du plan ORSAN NRC doit s'appuyer sur l'expertise des personnels de direction, des référents des ESRR NR et C et des professionnels de santé des établissements de santé de première ligne impliqués dans la prise en charge des victimes d'agents NR ou C notamment des représentants des :

- Directeurs d'établissement en charge de la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- Urgentistes des SAMU, des SMUR et des structures d'accueil des urgences adultes et pédiatriques ;
- Référents des CUMP en particulier de la CUMP régionale ;
- Toxicologues, spécialistes en radioprotection, hématologues, ... ;
- Biologistes, toxicologues analytiques ;
- Pharmaciens ;
- Cadre de santé ;
- Experts en décontamination ;
- Service de santé des armées ;
- Acteurs de la Sécurité civile.
- ...

STRUCTURATION DU PLAN

Analyse préalable des risques et des menaces

- L'analyse des risques et des menaces s'inscrit dans la continuité des travaux de déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC-E pour le risque « NR et C ».
- Elle s'appuie sur le schéma départemental d'analyse et de couverture du risque (SDACR) et l'état de la menace apprécié à l'échelon du département.

Prise en compte des objectifs fixés par le préfet et la DGS

- Le plan est élaboré sur la base des objectifs de prise en charge déterminés à par le Préfet lors de l'élaboration du plan ORSEC NOVI, de la déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC-E pour le risque « NR et C » et des orientations définies par la DGS ;
- Ces objectifs sont déterminés au niveau de chaque département et pris en compte dans une logique de parcours de soins et de filières de prise en charge au niveau régional voire extrarégional en fonction des territoires et de l'offre de soins disponible.

Identification et cartographie des capacités de réponse des opérateurs de soins

- L'identification et la cartographie des capacités de réponse des opérateurs de soins est réalisée sur la base du SRS notamment des activités de toxicologie clinique, hématologie, soins critiques, ...
- Ce travail permet d'identifier les établissements de santé de première ligne, premières lignes experts et de deuxième ligne.
- L'ESRR NR et l'ESRR C sont désignés par arrêté du Ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'ARS au vu des capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic nécessaires pour remplir ces missions.

NB : La méthodologie d'évaluation du capacitaire AMAVI est décrite dans le cahier d'aide à l'élaboration du plan ORSAN AMAVI. Sur cette base, le SI-ORSAN permet de disposer d'un « tableau de bord » pour la gestion des situations exceptionnelles de type AMAVI avec potentiellement le recours à des filières de prise en charge complexes NRC (grands brûlés, irradiés, intoxiqués graves).

CRITÈRES CAPACITAIRES DE CLASSEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

Établissements de première ligne

Il s'agit des établissements disposant d'un accueil des urgences H24, d'un plateau technique médico-chirurgical, activité de soins critiques (mention 1, mention 2 ou mention 5 « soins intensifs d'hématologie »), en mesure d'accueillir et de prendre en charge les urgences absolues et relatives en relation avec un agent NR ou C. Doivent également être considérés, dans la mesure du possible, comme établissements de première ligne les établissements disposant d'un accueil des urgences H24 et d'un plateau technique médico-chirurgical situés à proximité d'un site présentant des risques spécifiques (cf. document départemental des risques majeurs : site industriel, transport de matière dangereuse, etc.).

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

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

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

ESRR NR et ESRN NR

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

- Une unité de soins intensifs hématologiques (mention 5) ayant une expertise dans la prise en charge des aplasies et immunodépresseurs prolongées et une unité de réanimation polyvalente permettant d'assurer la prise en charge d'adultes et d'enfants ;
- Un laboratoire d'analyse radiotoxicologique ou le cas échéant, une convention avec un laboratoire d'analyse radiotoxicologique ;
- Une capacité de détection de la radioactivité, de dosimétrie biologique et physique ou le cas échéant, une convention avec l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire ;
- Une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des établissements de santé dans le cadre du plan « ORSAN NRC » pour la prise en charge des patients et notamment leur décontamination ;
- Un stock d'équipements de protection individuels adaptés au risque nucléaire et radiologique en termes de nombre de patients et de durée de prise en charge conformément aux objectifs quantifiés fixés par l'agence régionale de santé ou définis dans le contrat spécifique pour les hôpitaux des armées ;
- Une unité de décontamination hospitalière permettant la mise en œuvre d'une décontamination approfondie et des équipements de protection individuels et de détection adaptés pour sa mise en œuvre.

Les ESRN NR doivent en complément de leur capacités régionales :

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

ESRR C et ESRN C

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

- Une unité de réanimation polyvalente permettant d'assurer la prise en charge d'adultes ou d'enfants intoxiqués ou intoxiqués ;
- Une capacité de détection pour le contrôle de la contamination chimique et un laboratoire de biologie clinique en mesure de réaliser en particulier une évaluation de l'activité acétylcholinestérase globulaire ou à défaut d'activité cholinestérase plasmatique et pour des analyses spécifiques, une convention avec un laboratoire d'analyse toxicologique ;
- Une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des établissements de santé dans le cadre du plan « ORSAN NRC » pour la prise en charge des patients et notamment leur décontamination ;

• Un stock de produits de santé et d'équipements de protection individuels adaptés au risque chimique et toxique, en termes de nombre de patients et de durée de prise en charge conformément aux objectifs quantifiés fixés par l'agence régionale de santé ou définis dans le contrat spécifique pour les hôpitaux des armées ; • Une unité de décontamination hospitalière permettant la mise en œuvre d'une décontamination approfondie et d'équipements de protection individuels et de détection adaptés pour sa mise en œuvre. Les ESRN C doivent en complément de leur capacités régionales : • Apporter une expertise et un appui aux établissements de santé de référence régionaux pour la prise en charge et le diagnostic d'un patient exposé à un agent chimique ou à une toxine ; • Assurer en permanence la prise en charge d'adultes et d'enfants présentant une intoxication ou une intoxication complexe ; • Assurer en permanence le diagnostic toxicologique et les examens biologiques nécessaires pour la conduite thérapeutique. Les ESRR C ou NR doivent disposer en outre d'une capacité d'expertise NRC et de projection de personnel et matériel de décontamination approfondie. À ce titre, ces établissements de santé doivent également être en mesure d'assurer : • La prise en charge d'au moins un patient en extrême urgence évacué des lieux de l'événement après régulation médicale par le SAMU territorialement compétent, sans décontamination approfondie mais préalablement déshabillé (afin de réaliser une décontamination approfondie avec médicalisation continue et le cas échéant, le transfert rapide au bloc opératoire) ; • La prise en charge concomitante de plusieurs victimes invalides contaminées avec médicalisation continue ; • La mise en œuvre de techniques spécialisées de décontamination approfondie hospitalière. En outre dans le cadre du PZM, les ESRR doivent être en mesure, d'assurer le renfort d'un établissement de santé impacté par la présentation spontanée de victimes contaminées par la projection de personnels formés voire d'équipements spécialisés. La prise en charge des patients est organisée sur le territoire en fonction pour le risque C, de la gravité de l'intoxication et de l'agent en cause et pour le risque NR, de la gravité de l'irradiation et/ou de la contamination interne : • Les patients intoxiqués et irradiés sont pris en charge au niveau régional dans les ESRR C ou NR ; • Les patients présentant une intoxication grave avec des agents chimiques complexes (ex. nouveaux agents neurotoxiques) sont pris en charge au niveau national dans un ESRN C. Pour les patients irradiés avec une contamination interne grave sont quant à eux pris en charge dans un ESRN NR.	Établissements de deuxième ligne Il s'agit des établissements de santé disposant d'un plateau technique. Ces établissements mobilisables en seconde intention, contribuent à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne notamment en soins critiques (mention 1 ou mention 2). Les établissements de deuxième ligne comme tous les autres établissements de santé doivent assurer une réponse minimale de protection et de décontamination d'urgence. Ils sont aussi susceptibles d'assurer la prise en charge en fonction de leur plateau technique, de patients nécessitant des soins après décontamination approfondie (ex. patients intoxiqués nécessitant une prise en charge en soins critiques). La notion d'établissement de deuxième ligne « renforcé » peut être appliquée dans certains territoires. Il s'agit de proposer un positionnement adapté pour les établissements de deuxième ligne pouvant proposer une réponse plus complète. Ainsi, les établissements disposant d'un service d'accueil d'urgence mais non pourvus d'un plateau technique médico-chirurgical ni d'USC, ou les ES de deuxième ligne situés à proximité d'une zone à risque NR ou C, peuvent, en plus des missions incombant aux ES de deuxième ligne, identifier une zone dédiée à l'accueil d'une UMDH (comprenant eau mitigée, électricité et gestion des effluents) et de renforts et contribuer à la décontamination approfondie des victimes de l'événement en lien avec les équipes de renforts. Établissement de santé de 3^e ligne 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. En outre, ces établissements de santé doivent être en capacité • Détecter par l'interrogatoire un événement inhabituel de nature NRC • Alerter par un circuit prédéfini le Directeur et les structures chargées de la sécurité de l'établissement, le SAMU territorialement compétent et l'ARS ; • Protéger son infrastructure, son personnel, les patients et visiteurs en procédant à la fermeture et à la sécurisation des accès ; • Assurer l'orientation des personnes se présentant à l'entrée de l'établissement vers une zone prédéfinie et leur permettre de réaliser de façon autonome une décontamination d'urgence.

Rédaction du plan opérationnel de réponse ORSAN

- Le plan ORSAN NRC doit être conçu dans une logique opérationnelle de façon à en faciliter sa mise en œuvre. Une trame type est proposée à titre indicatif pour en guider sa rédaction et permettre d'assurer une cohérence nationale entre les plans.



En présence de nombreuses victimes d'un agent NR ou C, le plan ORSAN AMAVI est déclenché conjointement et sa méthodologie d'évaluation des capacités de prise en charge en soins critiques dans les établissements de santé est applicable.

ACCOMPAGNEMENT ET SUIVI DE LA PRÉPARATION DES OPÉRATEURS DE SOINS

- L'ARS s'assure de la prise en compte des objectifs opérationnels assignés à chaque établissement de santé de première et de deuxième ligne dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et dans leurs plans respectifs de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.
- Les différentes catégories d'établissements de santé doivent faire l'objet d'une attention particulière sur le travail de préparation (planification et formation des professionnels de santé) mais aussi sur l'évaluation des capacités opérationnelles (exercices et retour d'expérience).

ÉVALUATION DU PLAN ET RETOUR D'EXPÉRIENCE

- Cette étape essentielle dans le processus d'amélioration de la préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles a pour objectif de tester l'efficacité et l'opérationnalité du plan.
- Cette évaluation s'appuie sur les :
 - Les exercices et les entraînements organisés, notamment par les préfectures ;
 - Les retours d'expérience des situations exceptionnelles qui ont impacté la région voire d'autres territoires.

MISSIONS DES OPÉRATEURS DE SOINS

<i>Opérateurs de soins</i>	<i>Missions</i>	<i>Dispositif de réponse</i>
SAMU territorialement compétent	• Montée en puissance et adaptation de la régulation médicale (CRRRA) pour la gestion de la crise • Régulation médicale des patients et prise en charge initiale (initiation dès la première heure du parcours de soins en fonction de la nature de l'agent NR ou C en cause) • Mobilisation des SAMU périphériques (appui solidaire immédiat)	• Procédure spécifique de montée en puissance des SAMU et des SMUR
SAMU de zone	• Mobilisation des renforts SMUR/autres PSM dans le cadre du PZM	• Procédure spécifique de montée en puissance des SAMU et des SMUR
Établissements de santé de 1 ^{ère} ligne	• Prise en charge des patients graves et légers (décontamination et dispensation de soins)	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet NRC)
Établissements de santé de 1 ^{ère} ligne experts	• Décontamination approfondie • Prise en charge des patients requérant des soins spécialisés (soins critiques, toxicologie, hématologie, ...)	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet NRC)
Établissements de santé de 2 ^{ème} ligne	• Prise en charge de patients « conventionnels » pour augmenter les capacités des établissements de santé de première ligne	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet NRC)
Tous les établissements de santé situés à proximité de l'événement	• Réponse minimale de tout établissement de santé : accueillir et prendre en charge un nombre important de patients non régulés avant éventuellement leur transfert vers des établissements spécialisés • Décontamination d'urgence	• Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : niveau 2 « plan blanc » (volet NRC)
Médecine de ville	• Sans impact à l'exception de l'appui le cas échéant, au dispositif d'aide médicale urgente (MCS, MSPV).	
Établissements médico-sociaux	• Sans impact à l'exception le cas échéant, de sortie anticipée de patients pour un retour en établissement médico-social dans un objectif de libération de place dans les établissements de santé de première ligne.	

TRAME TYPE DU PLAN ORSAN NRC

ÉLÉMENTS DE DOCTRINE

CONTEXTE REGIONAL ET OBJECTIFS OPERATIONNELS

Décrire le contexte, les enjeux et les objectifs opérationnels propres à la région

CHAMP D'APPLICATION DU PLAN NRC

*Décrire les types de situations provoquées par des agents NR ou C et l'articulation ORSEC NOVI
NRBC-E/ORSAN NRC*

ORGANISATION DE LA RÉPONSE SANITAIRE REGIONALE

Décrire : les principes généraux de cette organisation

- la cinétique d'organisation de la réponse sanitaire

- le classement des établissements de santé

- les parcours de soins et les filières de prise en charge

MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DU PLAN ORSAN NRC

SCHEMA D'ORGANISATION CIBLE DU PLAN ORSAN NRC

Réaliser un schéma décrivant l'organisation de la réponse à mettre en œuvre (logigramme)

Préciser les déclinaisons spécifiques pour chaque département et les périmètres isochrones des principales agglomérations de la région

SCHEMA DE COORDINATION INTER-ACTEURS

Élaborer un schéma décrivant la coordination/articulation entre les acteurs (DGS, Préfecture, ARS, SAMU, SDIS, établissements de santé chargés de missions de référence, etc.)

FICHES ACTEURS

Élaborer des fiches décrivant le rôle et les missions de chaque acteur impliqué dans la réponse sanitaire

- ARS territorialement concernée
- ARS de zone
- ...

- SAMU territorialement compétent
- SAMU de zone
- Établissements de santé de première ligne
- Établissements de santé de première ligne experts (ESRR NR et ESRR C)
- Établissement de santé de deuxième ligne
- ...

FICHES TECHNIQUES

Élaborer des fiches techniques sur les thématiques suivantes :

Régulation médicale - transport

Tri et prise en charge chirurgicale

Décontamination hospitalière

Approvisionnement Antidotes

Accueil des familles et des proches

Communication

SINUS/SIVIC

...

ANNEXES

Élaborer les annexes suivantes :

Carnet de suivi du plan

Glossaire / Lexique

Cartographie des opérateurs de soins

Bibliographie

Outil de recensement

...

DÉCLENCHEMENT DU PLAN ORSAN NRC ET CONDUITE DE CRISE

CONDITION DE DÉCLENCHEMENT

L'opportunité du déclenchement du plan ORSAN NRC s'apprécie au cas par cas en fonction de l'événement et de son impact potentiel sur le système de santé, en particulier sur les établissements de santé de première ligne (nombre et gravité des patients à prendre en charge) et de première ligne experts (ESRR NRC). Le plan ORSAN NRC s'inscrit en complémentarité avec les plans de déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC-E pour le risque « NR et C » et le plan ORSEC NOVI en cas de nombreuses victimes.

Le déclenchement du plan ORSAN NRC doit donc être envisagé dès lors qu'un Préfet de département déclenche un de ces plans ou à la demande du Ministre chargé de la santé lorsqu'il existe un risque ou une menace NR ou C sur le territoire national.

MODALITÉS DE DÉCLENCHEMENT

Le plan ORSAN NRC est déclenché par le Directeur général de l'ARS.

Le Directeur général de l'ARS déclenche également ce plan à la demande du Préfet de département ou du Ministre chargé de la santé.

ACTIVATION DE LA CRAPS

Le déclenchement du plan ORSAN NRC impose l'activation immédiate de la CRAPS selon la procédure interne à l'ARS.

CONDUITE DE CRISE

L'objectif est d'assurer la prise en charge optimale des patients dans les établissements de santé adaptés.

À ce titre, l'ARS doit :

- Assurer la mobilisation des établissements de santé de première ligne et de l'ESRR NR/C : déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé niveau 2 « plan blanc » volet (NRC) ;
- Mobiliser les établissements de santé pour actualiser les capacités d'accueil dans les établissements de santé via le SI-ORSAN avec mise à jour en temps réel avec la montée en puissance des établissements (enquête flash aux établissements et décompte des orientations) pour faciliter l'orientation des patients par le médecin régulateur du SAMU (places disponibles selon le délai d'arrivée du patient, le plateau technique de l'établissement de santé, filière bloc/urgence adulte/enfant jour/nuit-WE, places restantes) ;
- Assurer le pilotage Santé pour l'élaboration du bilan victimaire, en lien avec la préfecture et les services de secours (Décès en établissements de santé, arrivées spontanées, etc.) ;
- Veiller à la mise en place, par les établissements de santé situés à proximité de l'événement, d'une zone d'accueil de patients potentiellement contaminés et de la mise en œuvre des mesures de décontamination et le cas échéant, du plan de sécurité d'établissement
- Assurer la coordination et le suivi de la réponse des établissements de santé, en particulier le suivi des victimes (SI-VIC) ;
- Mobiliser les moyens nécessaires à la prise en charge des blessés au bénéfice des établissements de santé impactés ;

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

Les différentes phases de la crise sont définies ci-après en précisant à titre indicatif les actions à mettre en œuvre par l'ARS et les opérateurs de soins.

OUTILS COMPLÉMENTAIRES POUR LA CONDUITE DE CRISE

- Plan ORSAN AMAVI
- Plan ORSAN MÉDICO-PSY
- DST ORSAN « Montée en puissance de l'offre de soins critique »
- DST ORSAN « Mobilisation des ressources humaines »
- DST ORSAN « Sécurisation des établissements de santé »
- DST ORSAN « Cybersécurisation des établissements de santé »
- DST ORSAN « Organisation des évacuations sanitaires »

1. Phase d'alerte et de réponse immédiate

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Analyse de la situation en interservices (SAMU/CODIS) • Engagement des SMUR (équipes formées NRBC 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 SAM • Alerte de l'ARS • Déclenchement d'un événement SIVIC • Déclenchement de la procédure de montée en puissance du SAMU et des SMUR • Alerte du SAMU de zone et des SAMU limitrophes (renfort SMUR solidaire) • Alerte des établissements de santé de proximité et de première ligne et des ESRR NR/C : filière NRC/AMAVI et spécialisées (ex. : urgences et réanimation pédiatrique) Établissement de santé en proximité de l'événement • Prise en charge des victimes se présentant spontanément • Déclenchement du volet NRC du plan blanc de l'établissement (niveau 2 plan THSSE) et activation de la CCH • Mise en place d'une zone d'accueil et de décontamination d'urgence • Activation du plan de sécurité d'établissement le cas échéant • Alerte du SAMU et de l'ARS en cas d'arrivée de victimes non régulées Établissement de santé de première ligne • Déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé : niveau 2 « plan blanc » (volet NRC) et mise en place des circuits d'accueil et de prise en charge des victimes potentiellement contaminées • Activation de la fonction de DMC dès réception de l'alerte du SAMU et/ou de l'ARS • Activation du plan de sécurité d'établissement le cas échéant	ARS territorialement compétente • Activation de la CRAPS dès réception de l'alerte du SAMU et/ou de la Préfecture • Évaluation de la situation avec le SAMU • Mobiliser l'expertise médicale C ou NR de l'ESRR • Déclenchement du plan ORSAN NRC et du plan ORSAN AMAVI si le nombre de victimes est important • Activation de la DST ORSAN SECUR (contexte terroriste) • Déclenchement d'un événement SIVIC (si non encore fait par la SAMU) • Mobilisation des officiers de liaison pour le COD et le SAMU • Alerte du CORRUSS Établissements de santé de référence régional NR ou C (ESRR NR/C) • Appui technique à l'ARS et aux autres établissements de santé pour la gestion du risque • Déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé : niveau 2 « plan blanc » (volet NRC) • Activation de la fonction de DMC dès réception de l'alerte du SAMU et/ou de l'ARS • 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)

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Activation de la CZA dès réception de l'alerte de l'ARS • Évaluation de la situation avec l'ARS • Définition avec le SAMU de zone de la stratégie de renfort SAMU de zone • Renforcement de la régulation médicale (procédure de montée en puissance) dès réception de l'alerte du SAMU territorialement compétent et/ou ARS de zone • Alerte les SAMU de la zone	CORRUSS - CCS • Activation du CORRUSS renforcé ou du CCS • Assure le suivi spécifique de l'événement dès réception de l'alerte de l'ARS • Mobiliser en tant que de besoin, l'expertise médicale nationale • Alerte les ESRN NR/C • Ouvre l'événement SIVIC à l'échelon national (ESRN NR/C) • Informe le cas échéant, des centres opérationnels des autres ministères concernés Établissements de santé de référence national NR ou C (ESRN NR/C) • Apporte une expertise aux ESRN NR/C pour la prise en charge des patients • Prépare l'accueil des patients intoxiqués/irradiés graves nécessitant une prise en charge en ESRN NR/C

2. Phase de montée en puissance

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Renforcement de la régulation médicale (régulation de crise identifiée) • Renforcement des capacités SMUR NRBC (gestion de l'événement et du quotidien) • Premier point de situation avec le DSM et/ou le Directeur médical du SAMU présent sur site • Régulation des patients les plus graves vers les établissements de santé de première ligne et les ESRR NR/C précédemment alertés (liaison avec les DMC) • Transmission des besoins de renfort au SAMU de zone • Participation à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUSS Établissement de santé en proximité de l'événement • Poursuite de la prise en charge des victimes se présentant spontanément (décontamination d'urgence) • Saisie des patients pris en charge dans SIVIC • Conduite du plan blanc (CCH) et point de situations réguliers avec l'ARS Établissement de santé de première ligne • Mise en œuvre des mesures du volet NRC voire AMAVI du plan blanc : mise en place de la fonction de DMC, protection des personnels exposés (EPI), ... • Activation des capacités de décontamination approfondie • Prise en charge des premiers blessés graves régulés par le SAMU • Saisie des premiers patients pris en charge dans SIVIC Établissement de santé de deuxième ligne • Déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé : niveau 2 « plan blanc » (volet NRC) et activation de la CCH dès réception de l'alerte de l'ARS	ARS territorialement compétente • Constitution effective de la CRAPS : conduite de crise • Premier point de situation avec les officiers de liaison ARS présent au SAMU et au COD • Alerte des établissements de santé de deuxième ligne • Point de situation avec l'ARS de zone : anticipation des besoins de renfort • Transmission au CORRUSS d'un premier point rapide de situation • Participation à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUSS : ARS et SAMU Établissements de santé de référence régional NR ou C (ESRR NR/C) • Accueil des premiers patients intoxiqués/irradiés et potentiellement contaminés adressés par le SAMU et prise en charge chirurgicale urgente (urgence vitale NR prime sur la décontamination) • Saisie des patients pris en charge dans SIVIC • Participation à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUSS : ARS et SAMU

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Identification en lien avec le SAMU de zone des renforts SMUR, CUMP et les moyens tactiques (PSM, antidotes) et le cas échéant, de moyens mobiles de décontamination approfondie (UMDH) mobilisables • Transmission au CORRUSS d'un point rapide de situation sur les renforts disponibles SAMU de zone • Identification, en lien avec l'ARS de zone, des renforts humains et matériels mobilisables au sein de la zone concernée: SMUR, CUMP et les moyens tactiques (PSM, antidotes, unités mobiles de décontamination approfondie (UMDH)) • Recueil des premiers besoins de renfort du SAMU territorialement compétent ARS de zone (hors zone concernée) • Mise en place d'un dispositif de suivi dès réception de l'alerte du CORRUSS-CCS • Identification, en lien avec le SAMU de zone, des renforts mobilisables : SMUR (NRBC-E avec EPI), CUMP et les moyens tactiques (PSM, antidotes) et le cas échéant, de moyens mobiles de décontamination approfondie, UMDH	CORRUS - CCS • Conduite de crise (CORRUS renforcé/CCS) • Mobilisation le cas échéant, d'officier de liaison en CIC et en CNRT/CIAB • Organisation d'une première conférence téléphonique : premier point de situation (ARS, SAMU territorialement compétents, ...) • Alerte des ARS de zone (hors zone concernée) pour l'identification des renforts SMUR, CUMP et les moyens tactiques (PSM) mobilisables • Identification des moyens nationaux mobilisables (sanitaires et vecteurs) • Activation, le cas échéant, d'un dispositif de télé-expertise (appui à la prise en charge d'enfants ou d'adultes intoxiqués, irradiés-contaminés, ...) Établissements de santé de référence national NR ou C (ESRN NR/C) • Appui et expertise auprès des ESRR NR/C • Prise en charge des premiers patients intoxiqués/irradiés graves nécessitant une prise en charge en ESRN NR/C • Saisie des patients pris en charge dans SIVIC • Participation à la conférence téléphonique nationale organisée par le CORRUS : ARS et SAMU

3. Phase de conduite de crise

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Conduite de crise : régulation médicale des patients vers les établissements de santé de première ligne et les ESRR NR/C (contact DMC) : information des SAMU compétents si orientation vers des établissements de santé hors département • Points de situation réguliers avec l'ARS : capacités de prise en charge, recours éventuel aux établissements de santé de deuxième ligne • Points de situation réguliers avec la cellule de crise de l'établissement de santé siège du SAMU • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS Établissement de santé en proximité de l'événement • 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) Établissement de santé de première ligne • Accueil et prise en charge des patients régulés par le SAMU • Saisie des patients pris en charge dans SIVIC • 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, etc.	ARS territorialement compétente • Conduite de crise (CRAPS) • Points de situation réguliers avec le SAMU • Organisation d'une conférence téléphonique avec les établissements de santé impactés pour identifier les points de rupture dans l'offre de soins • Transmission au CORRUSS de points de situation réguliers • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS Établissements de santé de référence régional NR ou C (ESRR NR/C) • Accueil des patients intoxiqués/irradiés potentiellement contaminé adressés par le SAMU et prise en charge chirurgicale urgente (urgence vitale NR prime sur la décontamination) • Saisie des patients pris en charge dans SIVIC • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS : ARS, SAMU, ESRR NR/C

Établissement de santé de deuxième ligne

- Accueil et prise en charge des patients régulés par le SAMU ou transférés depuis des établissements de santé de première ligne
- Saisie des patients pris en charge dans SIVIC
- Transmission à l'ARS et au SAMU de points réguliers de situation : nombre victimes prises en charge, capacités actualisées de prise en charge, difficultés rencontrées, etc.

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Mobilisation, le cas échéant, en lien avec le SAMU de zone de renforts SMUR et de moyens tactiques complémentaires (PSM, antidotes, UMDH) • Transmission au CORRUSS de point de situation réguliers sur les renforts disponibles • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS SAMU de zone • Mobilisation à la demande de l'ARS de zone de renforts SMUR et de moyens tactiques complémentaires (PSM, antidotes, UMDH) • Recueil des besoins de renfort complémentaires du SAMU territorialement compétent ARS de zone (hors zone concernée) • Mobilisation, le cas échéant, en lien avec le SAMU de zone des renforts SMUR et les moyens tactiques supplémentaires (PSM, antidotes) et le cas échéant, de moyens mobiles de décontamination approfondie (UMDH) • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUSS-CCS	CORRUS - CCS • Organisation d'une seconde conférence téléphonique nationale sur l'organisation des renforts : ARS, ARS de zone territorialement compétentes • Déclenchement en tant que de besoin, d'un plan ORSAN national (ex. : grands brûlés, ...) avec mise en œuvre d'une télé-expertise • Mobilisation le cas échéant de moyens nationaux (SMUR, CUMP, équipes spécialisées NR ou C, moyens stratégiques, antidotes), en complément des moyens zonaux Établissements de santé de référence national NR ou C (ESRN NR/C) • Appui et expertise auprès des ESRR NR/C • Prise en charge des patients intoxiqués/irradiés graves nécessitant une prise en charge en ESRN NR/C • Saisie des patients pris en charge dans SIVIC • Participation aux conférences téléphoniques nationales organisées par le CORRUS : ARS, SAMU, ESRR NR/C

4. Phase de post-crise

Opérateurs de soins dans le territoire impacté	Echelon régional
SAMU territorialement compétent • Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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 Établissement de santé en proximité de l'événement • Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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 Établissement de santé de première ligne • Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SIVIC) • Mise en œuvre de la prise en charge médico-psychologique et médico-sociale des patients dans un objectif de réhabilitation • Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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	ARS territorialement compétente • Suivi de la prise en charge des patients dans le système de santé (SIVIC) • Coordination régionale de la mise en œuvre des mesures médico-sociale de prise en charge et de réhabilitation des blessés (CLAV) • Organisation en lien avec la CUMP régionale et en appui des structures de soins impactées d'une offre de prise en charge médico-psychologique des professionnels de santé et autres personnels • Organisation d'un retour d'expérience avec les différents acteurs mobilisés (SAMU, SMUR, établissements de santé) et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations Établissements de santé de référence régional NR ou C (ESRR NR/C) • Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SIVIC) • Mise en œuvre la prise en charge médico-psychologique et médico-sociale des patients dans un objectif de réhabilitation • Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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

Établissement de santé de deuxième ligne

- Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SIVIC)
- Mise en œuvre de la prise en charge médico-psychologique et médico-sociale des patients dans un objectif de réhabilitation
- Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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

Echelon zonal	Echelon national
ARS de zone territorialement compétente • Organisation d'un retour d'expérience avec le SAMU de zone et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations SAMU de zone • 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 ARS de zone (hors zone concernée) • Organisation d'un retour d'expérience avec le SAMU de zone et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations	CORRUSS - CCS • Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SIVIC) • Coordination de la mise en œuvre des mesures médico-sociale de prise en charge et de réhabilitation des blessés (COIAV) • Organisation d'un retour d'expérience avec les différents acteurs mobilisés et élaboration en tant que de besoin, d'un plan d'action destiné à améliorer les organisations Établissements de santé de référence national NR ou C (ESRN NR/C) • Suivi de la prise en charge des blessés dans le système de santé (SIVIC) • Mise en œuvre la prise en charge médico-psychologique et médico-sociale des patients dans un objectif de réhabilitation • Organisation avec la CUMP de la prise en charge 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

FICHES TECHNIQUES POUR LA CONDUITE DE CRISE

Dossier capacitaire des opérateurs de soins

Annuaire des opérateurs de soins

Un annuaire exhaustif des opérateurs de soins est constitué maintenu à jour.

Il comprend les coordonnées des structures et de leur responsable notamment des :

- SAMU des départements composant la région ;
- SAMU de zone ;
- Établissements première ligne ;
- Établissements première ligne expert (ESRR NR/C) ;
- Établissement deuxième ligne.

Fiche capacitaire des établissements de santé de première ligne

Il s'agit de disposer d'une **fiche signalétique par établissement de santé de première ligne** mentionnant :

- Les coordonnées de l'établissement, de son directeur et de la cellule de crise ;
- Les capacités de prise en charge hospitalière de patients potentiellement intoxiqués/irradiés en identifiant notamment le nombre de patients pouvant être pris en charge en unité d'hématologie, de surveillance continue et de soins critiques : adulte, pédiatrique, pédiatrique spécialisée permettant l'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) et la mise en œuvre de techniques d'épuration extrarénale ;
- Les capacités de décontamination d'urgence et de décontamination approfondie en précisant :
 - le nombre de chaînes de décontamination fixes ou mobiles pour personnes valides et pour personnes non valides
 - le temps d'activation de la chaîne de décontamination approfondie ;
 - le nombre de personnels formés techniques et soignants pour activer la chaîne pendant au moins les deux premières heures ;
 - la période de temps pendant laquelle l'établissement pourra faire fonctionner sa chaîne de décontamination avant la mise en place d'un renfort ;
 - le débit moyen de patients valides et non valides potentiellement contaminés pouvant être pris en charge par heure ;
- Les capacités de prise en charge thérapeutiques (antidotes, chélateurs de radionucléides) en nombre de patients pouvant être soignés ;
- Les ressources en O₂ médical (évaporateur, bouteilles) ;
- Les moyens tactiques disponibles (EPI, kits de décontamination d'urgence, etc.) et leurs capacités de projection ;
- ...

Fiche capacitaire des établissements de santé première ligne experts (ESRR NR/C)

Il s'agit de disposer d'une **fiche signalétique par établissement de santé de première ligne experts (ESRR NR/C)** mentionnant :

- Les coordonnées de l'établissement, de son directeur et de la cellule de crise ;
- Les capacités de prise en charge hospitalière de patients potentiellement intoxiqués/irradiés en identifiant notamment le nombre de patients pouvant être pris en charge en unité d'hématologie, de surveillance continue et de soins critiques : adulte, pédiatrique, pédiatrique spécialisée permettant l'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) et la mise en œuvre de techniques d'épuration extrarénale ;
- Les capacités de biologie clinique, d'analyse radiotoxique (ESRR NR) et/ou de toxicologie analytique (ESRR C) notamment pour réaliser une évaluation de l'activité acétylcholinestérase globulaire ou à défaut d'activité cholinestérase plasmatique ;
- Les capacités de dosimétrie biologique et physique ou le cas échéant, une convention avec l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (ESRR NR) ;
- Les capacités de décontamination d'urgence et de décontamination approfondie en précisant :
 - Le nombre de chaînes de décontamination fixes ou mobiles pour personnes valides et pour personnes non valides

- Le temps d'activation de la chaîne de décontamination approfondie ;
- Le nombre de personnels formés techniques et soignants pour activer la chaîne pendant au moins les deux premières heures ;
- La période de temps pendant laquelle l'établissement pourra faire fonctionner sa chaîne de décontamination avant la mise en place d'un renfort ;
- Le débit moyen de patients valides et non valides potentiellement contaminés pouvant être pris en charge par heure ;
- Les capacités de prise en charge thérapeutiques (antidotes, chélateurs de radionucléides) en nombre de patients pouvant être soignés ;
- Les ressources en O₂ médical (évaporateur, bouteilles) ;
- Les moyens tactiques disponibles et leurs capacités de projection ;
- ...

Fiche capacitaire des établissements de santé de deuxième ligne

Il s'agit de disposer d'une **fiche signalétique par établissement de santé de deuxième ligne** mentionnant :

- Les coordonnées de l'établissement, de son directeur et de la cellule de crise ;
- Les capacités de prise en charge hospitalière de patients potentiellement intoxiqués/irradiés (SAU, plateau technique, USI/soins critiques, ...) ;
- ...

Fiche capacitaire pédiatrique

Cette fiche a pour objectif de recenser les ressources et capacités de prise en charge spécifiques à la pédiatrie afin d'élaborer les parcours de soins des enfants victimes d'un agent NR ou C et le cas échéant, d'organiser le renforcement des établissements de santé de première ligne par des ressources médicales et paramédicales issues des établissements de santé de première ligne experts (ESRR NR/C).

Il s'agit notamment d'identifier les ressources et capacités pédiatriques suivantes :

- SMUR pédiatrique (EPI NRBC) ;
- Soins critiques pédiatriques ;
- ...

Fiche capacitaire grands brûlés

Les agents NR et C sont susceptibles de provoquer des brûlures graves. Cette fiche a pour objectif de recenser les ressources et capacités de prise en charge spécifiques aux brûlés graves afin d'élaborer leurs parcours de soins, et d'organiser le cas échéant, le renforcement des établissements de santé de première ligne par des ressources médicales et paramédicales issues des centres de brûlés.



En cas de nombreuses victimes d'un agent NR ou C, le plan ORSAN AMAVI est activé conjointement au plan ORSAN NRC. Les fiches techniques élaborées pour le plan ORSAN AMAVI peuvent aussi servir à la conduite de crise du plan ORSAN NRC.

Plan ORSAN NRC : Enquête capacitaire type

☐ EXERCICE ☐ EVENEMENT REEL		
Nom de l'établissement : _____ (contact tel /mail : _____)	☐ Relevé effectué le __/__/__ à __: __ par _____ (contact tel /mail : _____)	
☐ Envoyé à l'établissement : le __/__/__ à __: __	☐ Reçu du retour ES : le __/__/__ à __: __	
	Capacité structurelle	
	Sous 30 minutes <i>(T0 immédiate)</i>	Dans 3 heures <i>(T3 montée en puissance)</i>
1. DEPART D'EQUIPE SMUR SUR RISQUE NRC		
• Équipements de Protection Individuels (EPI) SMUR disponibles*		
• Équipes SMUR mobilisables en préhospitalier**		
• Dosimètre actif de contrôle de radioactivité		
2. PRV-Hospitalier - ACCUEIL DE VICTIMES CONTAMINEES		
• Kits de décontamination d'urgence disponibles		
• Formateurs ou encadrants du PRV-H formés NRC *		
3. CHAÎNE DE DECONTAMINATION		
• Chaîne de décontamination fixe (déjà prête)		
• Chaîne de décontamination amovible (à déployer)		
• Équipements de Protection Individuels (EPI) de décontamination *		
• Formateurs ou encadrants la chaîne de décontamination **		
• Agents de décontamination formés **		
• Agents de sécurité formés au risque NRC		
4. PROCEDURES ET ENTRAÎNEMENTS (uniquement si enquête planifiée)		
• Date du dernier entraînement de décontamination		
• Nombre d'agents impliqués sur l'entraînement	Formateurs :	Décontamineurs :
• Nombre de plastrons mis en place	Adultes ::	Enfants :
• Procédure de mise en place du PRV-H de l'établissement	☐ Rédigée	☐ Testée
• Procédure d'accueil d'une extrême urgence nucléaire au bloc	☐ Rédigée	☐ Testée

* 1 EPI = combinaison filtrante + masque + cartouche filtrante ; ** 1 Equipe SMUR = 1 médecin +1 infirmier +1 ambulancier formés au NRC; la formation au risque NRC implique un recyclage tous les 4 ans et une actualisation annuelle

☐ EXERCICE ☐ EVENEMENT REEL		
Nom de l'établissement : (contact tel /mail :)	☐ Relevé effectué le __/__/__ à __:__ par _____ (contact tel /mail :)	
☐ Envoyé à l'établissement : le __/__/__ à __:__	☐ Reçu du retour ES : le __/__/__ à __:__	
Capacités AMAVI au bloc opératoire	Capacité structurelle	
	Sous 30 minutes (T0 immédiate)	Dans 3 heures (T3 montée en puissance)
Anesthésie (A)		
• Infirmiers anesthésistes (IADE)		
• Médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR)		
• Médecins anesthésistes ou réanimateurs pédiatriques		
Bloc (B)		
• Salles de bloc disponibles		
Chirurgiens (C)		
• Orthopédistes		
• Viscéraux		
• Thoraciques		
• Neurochirurgiens		
• Pédiatriques		
• Autres spécialités		
Dispositif chirurgicaux (D)		
• Matériel stérilisé de bloc opératoire : boîtes disponibles pour blessures multiples		
Donc, capacité AMAVI au bloc (minimum de l'ensemble (A,B,C,D)) :	___ UA	___ UA
A part : Embolisation : Capacités radio-interventionnelles (praticiens, salles et équipements spécialisés disponibles)	___ UA	___ UA

Capacités AMAVI aux Urgences	Capacité structurelle	
	Sous 30 minutes (T0 immédiate)	Dans 3 heures (T3 montée en puissance)
Urgences adultes		
• Urgentistes présents		
• Infirmiers présents		
• Box monitorés/SAUV		
Donc, nombre de patients adultes en AMAVI (pour 1 médecin et 2 IDE = prise en charge de 2 UA ou 5 UR) :	__ UA ou __ UR	__ UA ou __ UR
Urgences pédiatriques		
• Pédiatres urgentistes présents		
• Infirmiers présents		
• Box monitorés/SAUV		
Donc, nombre de patients adultes en AMAVI (pour 1 médecin et 2 IDE = prise en charge de 2 UA ou 5 UR) :	__ UA ou __ UR	__ UA ou __ UR
Plateau technique imagerie et biologie		
• Radiologues présents		
• Manipulateurs d'électroradiologie présents		
• Biologistes présents		
• Techniciens de laboratoire présents		

Capacités AMAVI en lits d'hospitalisation	Capacité structurelle	
	Sous 30 minutes (T0 immédiate)	Dans 3 heures (T3 montée en puissance)
MCO et soins critiques adultes		
• Hospitalisation conventionnelle en chirurgie		
• Hospitalisation conventionnelle en obstétrique		
• Hospitalisation conventionnelle en médecine		
• Soins critiques : réanimation		
• Soins critiques : unité soins intensifs		
MCO et soins critiques pédiatriques		
• Hospitalisation conventionnelle chirurgie		
• Hospitalisation conventionnelle médecine		
• Soins critiques : réanimation		
• Soins critiques : unité soins intensifs		



Annexe 2

***Cahiers d'aide à
l'élaboration des
dispositions spécifiques
transversales ORSAN***

DISPOSITION SPÉCIFIQUE TRANSVERSALE ORSAN « RH »

Mobilisation des ressources humaines

ENJEUX

L'épidémie de la Covid-19 a démontré une fois de plus le danger que représente les maladies infectieuses transmissibles connus ou émergentes pour la santé publique. Dans les cas où l'une de ces maladies conduirait à une situation sanitaire exceptionnelle, il est nécessaire d'organiser la montée en charge des ressources humaines. Les ressources humaines constituent l'un des facteurs limitant à la montée en charge du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle. La préparation à la mobilisation de renforts est une disposition essentielle à préparer en amont.

La mobilisation de renforts (Professionnels de santé, techniciens de laboratoires, spécialistes en santé publique en activité ainsi que les retraités ayant exercé ces professions et les étudiants s'y destinant) durant l'épidémie de la covid-19 a contribué à la montée en charge du système de santé, il convient de pérenniser les différents dispositifs mis en place afin d'optimiser une prochaine mobilisation de renforts. Il convient par ailleurs, de mettre en place des dispositifs favorisant l'engagement de professionnels au sein des réserves, afin de structurer et d'orienter ses volontaires.

Ces 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 leurs engagements 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 comme l'épidémie de la COVID-19. Il convient de mettre en place des dispositifs favorisant la mutualisation au niveau local, puis au niveau régional de ces renforts afin de faciliter les transferts de renforts extra-régionaux.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

- **Favoriser la constitution de viviers de soignants par les opérateurs de soins**
 - Identifier pour chaque ES 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) ;
 - Solliciter systématiquement le personnel soignant partant à la retraite pour les inscrire dans le vivier de soignants territorial et le cas échéant, à la réserve sanitaire à l'aide des données des ES ;
 - Sécuriser l'engagement du vivier soignant par un cadre contractuel (rotation, rémunération)
 - Pérennisation des dispositifs d'information permettant à chaque étudiant 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 longue durée au sein des établissements de santé ;
- **Structurer à l'échelon régional un vivier de soignants territorial mobilisable en situation sanitaire exceptionnelle :**
 - Identifier les forces et expériences mobilisables de chaque professionnel en prenant en compte les trajectoires et les antécédents professionnels de chacun ;
 - Mettre en place des alertes SMS par exemple, afin de rappeler aux réservistes qu'ils doivent participer aux formations pour entretenir leurs compétences ;
 - Inclure les sociétés savantes dans le processus de formation afin d'optimiser l'engagement du vivier ;

- Pérenniser les outils mis en place pour assurer le suivi commun des renforts au sein des établissements de santé aux différents échelons d'intervention (territorial, régional, national) ;
- **Prévoir la mobilisation de renforts régionaux hors système de santé**
 - Identifier les capacités d'analyses des laboratoires afin d'identifier les besoins en RH dans ces structures
 - Prévoir, dans le début d'une SSE, un planning de roulement des effectifs RH pour éviter l'épuisement en cas de crise longue durée au sein des établissements de santé ;
 - Pérenniser le lien de coopération établi avec les associations de la sécurité civile venues en aide durant l'épidémie de la covid-19 sur la base des conventions avec les établissements de santé
 - Définir une doctrine de mobilisation de renforts régionaux hors systèmes de santé ;
- **Optimiser le recours au renforts nationaux en cas d'épuisements des viviers locaux :**
 - Définir, conjointement avec la DGS, les paliers d'activation de la réserve sanitaire pour la montée en charge en cas de situation sanitaire exceptionnelle ;
 - Pérenniser le recours à la plateforme nationale de gestion de renfort de personnels soignants en situation de crise (renfortrh.solidarités-sante.gouv.fr) ;
 - Définir une doctrine de mobilisation de renfort inter-régionale ;
 - Pérenniser les doctrines de mobilisation nationale et harmoniser les protocoles de mobilisation de renfort nationale afin d'optimiser le transfert de renforts d'une région à l'autre.

STRUCTURATION DE LA DST

La DST ORSAN « Ressources humaines » doit être conçue comme un outil opérationnel sous la forme de fiches action et de fiches acteurs.

La trame type suivante est proposée :

- Rappel des enjeux ;
- Définition des objectifs stratégiques au niveau régional en éditant des consignes générales et définissant les responsabilités de chacun ;
- Définition des modalités de participation à la mutualisation nationale des renforts et des objectifs stratégiques au niveau national ;
- Cartographie des plateformes regroupant les renforts ;
- Actions à mettre en œuvre en conduite de crise :
 - Fiches actions ;
 - Fiches techniques ;
 - Mettre en place des formations rapides ;
 - Elaboration de protocoles de transferts de soignants entre région ;
 - Mise en place de système de communication rapide afin d'optimiser les échanges entre ARS ;
 - ...

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

Constitution d'un groupe de travail

Le groupe de travail d'élaboration de la DST ORSAN « Ressources humaines » sur l'expertise des professionnels et de leurs représentants concernés :

- Représentants des associations agréées de sécurité civile (ASSC) ;
- Représentants régionaux du personnel soignants ;
- Représentants des personnels de santé de ville
- Représentants des établissements médico-sociaux ;
- Représentants des soins de ville ;
- Représentants des établissements de santé ;

- Responsable de l'ARS en charge des ressources humaines ;
- ...

Élaboration de la DST

L'élaboration de la DST doit être envisagée dans le cadre collaboratif du groupe de travail. Il peut être segmenté comme suit :

- Rédaction du corpus du plan ;
- Cartographie des opérateurs de ressources humaines ;
- Rédaction de fiches pour la montée en charge des différents types de renfort ;
- Élaboration des fiches action et fiches techniques.

CAPACITÉS RÉGIONALES DE L'OFFRE DE SOINS À PRENDRE EN COMPTE

Il convient alors de prendre en compte :

- Les capacités hors-crise et augmentées en nombre de lits de la région ;
- Le nombre d'établissements de santé de la région ;
- Le vivier local de chaque établissement ;
- Les plateformes par CHU de recensement de renfort ;
- Le nombre de retraités et d'étudiants susceptibles d'intégrer d'intervenir en renfort ;
- Le personnel médical et paramédical de ville.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

L'évaluation de la DST ORSAN « Ressources humaines » est réalisée dans le cadre des exercices définis par l'ARS et par le retour d'expérience.

DISPOSITION SPECIFIQUE TRANSVERSALES « ORSAN SOINS CRITIQUES »

Montée en puissance des soins critiques

ENJEUX

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], ...)
- SSE en cinétique lente : maladies infectieuses à tropisme respiratoire (Covid-19, grippe, bronchiolite, ...), maladies infectieuses à tropisme rénal (syndrome hémolytique et urémique [SHU-STEC]), maladies infectieuses avec atteintes polyviscérales (fièvres hémorragiques virales, flaviviroses [dengue], poxviroses [variole]) intoxications [ricine], myocardites virales, épisodes climatiques ou environnementaux majeurs.

Dans ce contexte, chaque établissement de santé est tenu d'identifier son potentiel de dilatation de ses capacités de soins critiques. L'épidémie de la 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 à vocation à être effectué dans ce cadre en temps réel.

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 en 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 formée 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 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. Dans un premier temps il est indispensable, d'identifier les capacités régionales afin de pouvoir organiser et coordonner la réponse graduée des opérateurs de soins critiques. 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 montée en charge des soins critiques dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) doit également faire l'objet d'une anticipation prioritaire. En effet, les caractéristiques sociodémographiques de ces populations notamment des facteurs de risques importants (ex. obésité, diabète, ...) ainsi qu'une offre de soins limitée, doivent être prises en compte dans l'anticipation de cette montée en charge.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

- **Définir et anticiper la stratégie régionale de montée en puissance**
 - Identifier et recenser la capacité en soins critiques régionales ;
 - Mettre en place un registre au niveau régional de refus ou d'admission dans les services de soins critiques afin de pouvoir suivre la tension existant sur ces soins
 - S'assurer de la constitution et du suivi des stocks de produits de santé et d'équipements biomédicaux conformes
 - Installer un dispositif permettant en cas de nécessité d'assurer la gestion régionale des produits de santé et dispositifs nécessaires aux soins critiques en lien avec le CORRUSS-CCS ;
 - Renforcer le pilotage et l'animation territoriale de l'offre de soins critiques dans le cadre du dispositif ORSAN en formalisant un réseau entre tous les opérateurs de l'offre de soins critiques pour favoriser les coopérations entre les différents soins critiques et le cas échéant, des plateaux mutualisés de soins critiques
- **Structurer et formaliser les coopérations entre établissements de santé**
 - Renforcer et pérenniser la collaboration entre établissements de santé privés et publics afin d'optimiser l'utilisation des ressources régionales et de réduire le nombre de transfert extrarégionaux en cas de SSE Pérenniser et le cas échéant, développer une plateforme permettant d'identifier et de mobiliser le vivier territorial de professionnels de santé et assurer leur formation (plan régional de formation aux SSE déclinés dans les établissements de santé dans les plans de formation via la FGSU spécialisée)
 - Déterminer au sein du contrat d'objectif et de performance, la réponse spécifique de chaque établissement en prenant en compte les spécificités du territoire (établissements de santé de première ligne et de deuxième ligne) ;
 - Favoriser le partage de protocoles entre établissement de santé au niveau régional en cas de SEE
- **Fluidifier les parcours de soins sanitaires et ajuster le capacitaire au plus près des besoins**
 - Définir des paliers régionaux de montée en charge basés sur des objectifs quantifiés et assurer leur déclinaison dans les établissements de santé concernés en tenant compte des spécificités territoriales
 - Établir une organisation pour la coordination des transports intra-régionaux de patients en lien avec les SAMU-Centre 15 territorialement compétents. L'organisation des EVASAN extrarégionales fait l'objet d'une DST dédiée ;
 - Optimiser le parcours de soins des patients ville-établissements de santé-aval hospitalisation (HAD, SSR, ville, ...) dans une logique de juste soin en formalisant les circuits de prises en charge des patients
- **Favoriser la dilatation de l'offre de soins critiques**
 - Élaborer en appui de la montée en puissance des plans de déprogrammations régionalisées afin de limiter au maximum « la dette de soins » ;
 - Établir et pérenniser un lien de coopération entre les soins critiques pédiatriques et les soins critiques adultes et assurer la formation des professionnels de santé des unités de soins aux adultes à la prise en charge des « grands » enfants (flexibilité et modularité des soins critiques adultes en soins critiques pédiatriques) ; et mobiliser des professionnels de néonatalogie pour la prise en charge des nouveaux nés ;
 - Renforcer les liens entre réanimation et rééducation en favorisant l'intervention d'équipes mobiles de rééducation dans les unités de réanimation ;
 - Disposer d'un système d'information régional robuste commun à tous les acteurs impliqués permettant de suivre l'activité et la montée en puissance des soins critiques
 - Développer en lien avec les établissements de santé un vivier de renfort de professionnels de santé en soins critiques (cf. DST RH) ;
 - Établir et pérenniser un lien de coopération entre les soins critiques des différents pays frontaliers afin d'optimiser la prise en charge des patients.

STRUCTURATION DE LA DST

La DST transversale ORSAN SOINS CRITIQUES doit être conçue comme un outil opérationnel sous la forme de fiches action et de fiches acteurs.

La trame type suivante est proposée :

- Rappel des enjeux ;
- Définition des objectifs stratégiques au niveau de la région ;
- Cartographie de l'offre en soins critiques et les capacités de montée en puissance en cas de SEE ;
- Actions à mettre en œuvre en conduite de crise :
 - Fiches actions ;
 - Fiches techniques ;
 - Rédaction de fiches pour le transfert de patients extrarégionale
 - Partage de protocole
 - Proposer un outil de coopération et de partage d'informations
 - Mettre en place un outil rapide d'échange

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

Constitution d'un groupe de travail

Le groupe de travail d'élaboration de la DST ORSAN SOINS CRITIQUES doit s'appuyer sur l'expertise des professionnels de santé des établissements de santé concernés:

- Médecins intensivistes-réanimateurs, médecins anesthésistes-réanimateurs, médecins urgentistes ;
- Médecins réanimateurs pédiatres ;
- Cardiologues, pneumologues, néphrologues
- Kinésithérapeutes, psychologues
- Cadres de santé et professionnels paramédicaux de santé
- Représentants des centres de santé disposant d'une autorisation de soins critiques ;
- ...

Élaboration du plan

L'élaboration du plan doit être envisagée dans le cadre collaboratif du groupe de travail. Il peut être segmenté comme suit :

- Rédaction du corpus du plan ;
- Cartographie des opérateurs de soins critiques ;
- Rédaction des modalités d'organisation en fonction des scénarii de montée en puissance ;
- Élaboration des fiches action et fiches techniques.

CAPACITÉS RÉGIONALES D'OFFRE DE SOINS À PRENDRE EN COMPTE

Il convient de prendre en compte les capacités existantes de soins critiques (adultes et pédiatriques) et leurs capacités de montée en puissance :

- Lits de réanimation adultes et pédiatriques ;
- Lits de surveillance continue post-interventionnelle ;
- Lits de surveillance continue pédiatriques et adultes ;
- Lits de soins intensifs adultes ;
- Lits de soins intensifs néonatale ;
- Lits de surveillance pédiatrique ;
- Lits de soins de suite et réadaptation ;
- Hospitalisation à domicile et soins de ville.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

L'évaluation de la DST « ORSAN soins critiques » est réalisée dans le cadre des exercices définis par l'ARS et par le retour d'expérience.

FOCUS DÉPROGRAMMATION DE SOINS

ENJEUX

Certaines situations sanitaires exceptionnelles provoquant un dépassement du capacitaire des ES peuvent nécessiter le recours à la déprogrammation de certaines activités. La déprogrammation s'inscrit dans le cadre du dispositif ORSAN et du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles et a pour objectif de libérer des lits et du personnel médical et soignant spécialisé pour la gestion de la SSE. Il s'agit d'une mesure d'ultime recours développée sur base d'une stratégie rigoureuse et tenant compte des recommandations médicales.

La déprogrammation est décidée par le directeur de l'établissement de santé ou à défaut par le Directeur général de l'ARS, le cas échéant, à la demande du Ministre en charge de la santé.

Les décisions de réorganisation prises à l'échelon local, territorial ou régional veilleront à garantir une égalité d'accès aux soins de qualité dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des données scientifiques actualisées. En particulier la mutualisation du personnel et l'encadrement rapproché des équipes soignantes doivent permettre une répartition homogène des compétences.

La mise en tension du système de soins pose très directement des questionnements d'équité d'accès aux soins en lien avec la mise en œuvre de moyens contraints. Les réorganisations indispensables pour faire face à des conditions de prise en charge exceptionnelle impose des réflexions éthiques spécifiques. Une approche collégiale de tous les acteurs, impliquant les représentants des usagers, à l'échelle de chaque établissement de santé et du territoire s'impose pour que les décisions soient partagées et cohérentes. Pour la prise en charge les réflexions éthiques, il est possible de mobiliser les cellules de soutien éthiques (CSE) des établissements (se reporter à la fiche technique sur les cellules de soutien éthique).

Cette fiche technique repose sur les recommandations émises par le HCSP, par la FSM, la Société Française d'Anesthésie-réanimation, l'Académie nationale de chirurgie, l'Institut national du cancer, l'AP-HP et s'appuie sur les travaux conduits par la DGOS et la DGS durant la gestion de l'épidémie de Covid-19.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

La stratégie de déprogrammation est territorialement définie et coordonnée par l'ARS en lien avec les établissements de santé. Ses principes reposent sur la mise en œuvre d'une suspension graduée et ciblée des activités nécessaires à la montée en charge des services de médecine et de réanimation avec la sécurisation de filières territoriales de prise en charges d'activités notamment celle de recours (greffes, activité cancérologique, pédiatrie, IVG, etc. définies par l'ARS) avec l'ensemble des acteurs publics et privés, y compris en extra régional, si nécessaire.

Il convient d'établir une stratégie de déprogrammation et de reprogrammation des soins reposant sur les recommandations des professionnels de santé et des sociétés savantes. Il est recommandé de s'appuyer, si possible, sur le GHT pour assurer la reprogrammation des soins le plus tôt possible. Il est recommandé d'avoir recours à la télémedecine et l'hospitalisation à domicile (HAD), et de sanctuariser les activités de recours.

La durée de validité de certaines consultations, en particulier d'anesthésie, peut être prolongée afin de ne pas nécessiter de mobiliser des ressources médicales pour une nouvelle consultation du simple fait du report de la date opératoire. Il est essentiel que la mise en œuvre de la déprogrammation se fasse par paliers prédéfinis, correspondant à des besoins d'ouverture de lits notamment de soins critiques. Le pilotage doit être médicalisé et se faire à la fois au niveau central (équivalent de GHT) qu'au niveau local en associant les différents acteurs des plateaux techniques.

Deux cas sont à distinguer :

- SSE à cinétique rapide : peut nécessiter une déprogrammation sur un temps court et permet de prévoir un plan de reprogrammation rapidement ;
- SSE à cinétique lente : peut nécessiter plusieurs vagues de déprogrammation et risque de générer des difficultés à la reprogrammation de tous les soins en post-crise. Il est recommandé

de confier les patients à d'autres équipes chirurgicales en cas d'incapacité à reprogrammer les soins dans un délai court.

Deux typologies de patients peuvent être distinguées :

- Cas de cancers

Afin de prévenir la contamination des patients au cours d'une hospitalisation dans le cas d'un risque épidémique ou biologique, il est recommandé :

- D'éviter l'hospitalisation de patients atteints d'une maladie infectieuse transmissible en services d'oncologie et de radiothérapie ;
- De sanctuariser ces derniers, à tout de moins de séparer les flux lorsque des patients infectés sont hospitalisés ;
- De développer des alternatives à l'hospitalisation (suivi à domicile via télémedecine, HAD) ;
- De privilégier les traitements à forme orale lorsque disponibles, voire des pauses thérapeutiques afin de limiter l'immunosuppression des patients, et limiter leur passage à l'hôpital.

Il est possible de limiter l'encombrement des services d'oncologie et de radiothérapie par des patients relevant exclusivement de soins de support ou de soins palliatifs qui pourraient être pris en charge dans d'autres structures de soins, pour que les services d'oncologie puissent se concentrer sur l'administration de traitements spécifiques.

Une hiérarchisation en matière de soins (hors pédiatrie et hématologie) est possible.

Ces recommandations doivent être associées des recommandations connexes par type de traitement émises par les Conseils nationaux professionnels (CNP) et les sociétés savantes.

- Soins chirurgicaux et médicaux hors cancer

Des recommandations traitant des modalités organisationnelles, voire de priorisation au cours de la période de déprogrammation, dans le but d'aider les praticiens sont à suivre. Ces recommandations traitent de la protection des personnels et des patients, de l'évaluation du rapport bénéfice/risque et information au patient, du bilan préopératoire, des modalités de consultation, des modalités d'anesthésie et d'analésie, de la constitution de circuits dédiés.

REPROGRAMMATION

L'organisation de la reprogrammation doit se faire sous l'égide des ARS. Certains principes doivent soutenir la reprogrammation :

- Se faire en bonne entente entre les structures, tout particulièrement entre le public et le privé, afin d'assurer l'équité dans la reprise entre les deux secteurs, au besoin en déplaçant patients ou équipes soignantes ;
- Prendre en compte la priorisation des indications telle qu'elles ont été définies par les sociétés savantes chirurgicales et les CNP, tout en respectant la responsabilité individuelle du chirurgien ou médecin interventionnel qui seul connaît les aspects particuliers de chaque pathologie et du patient ;
- Être adaptée à la situation particulière de chaque établissement de soins et pour ce faire organisée par les professionnels de terrain publics comme privés, en particulier par les conseils de bloc ;
- Maintenir des téléconsultations et l'organisation de circuits séparés afin d'éviter les contaminations hospitalières, recourant autant que possible aux prises en charge ambulatoires pour les mêmes raisons ;

- Tenir compte de la fatigue des équipes à la suite d'une SSE, à plus forte raison en cas de cinétique lente ;
- Se faire au bénéfice des patients les plus urgents en tenant compte des recommandations établies par les CNP et adaptées au fur et à mesure de la situation. Ces dernières se fondent sur les degrés de priorisation établis lors de la phase de déprogrammation à partir de familles d'interventions sur des délais de prise en charge à ne pas dépasser.

Les décisions doivent être tracées et conservées. Une information des patients et de leur médecin traitant sur l'organisation des établissements, des circuits de prise en charge, des risques associés et de la justification de l'acte opératoire ou de son report pendant cette période est réalisée.

DISPOSITION SPÉCIFIQUE TRANSVERSALE ORSAN EVASAN

Organisation des évacuations sanitaires

ENJEUX

Lors d'une situation sanitaire exceptionnelle, un afflux important de victimes / de patients peut engendrer un engorgement des services hospitaliers. Dès lors, la mise en œuvre d'évacuations sanitaires est une solution opérationnelle pour éviter la saturation des établissements de santé et permettre l'accueil de nouveaux patients. L'épidémie de Covid-19 a donné lieu à l'organisation de vagues d'évacuations sanitaires sans précédent et a démontré la nécessité d'un travail de préparation en amont afin d'envisager, sur la base de l'analyse des risques, les transferts de patients évacués vers des établissements de santé en assurant la continuité de la prise en charge médicale. Le choix du vecteur s'effectue en fonction de l'état clinique des patients, de la distance à parcourir, de la topographie, du délai imposé pour le transfert, du nombre de patients à transférer et des disponibilités des différents vecteurs (terrestres, ferroviaires, maritimes, avion sanitaire civil, hélicoptères, dispositif de transfert médical aéroporté de l'armée).

Les évacuations sanitaires s'opèrent à trois niveaux :

- **En infrarégional**, l'ARS est en charge de l'anticipation du risque de dépassement des capacités et de la mise en œuvre des transferts infrarégionaux en coopération avec les acteurs locaux pour le pilotage opérationnel (ES, SAMU, Associations de sécurité civile) ;
- **En inter-régional**, lorsque le transfert infrarégional n'est pas possible. Le CCS centralise les remontées des ARS et définit la stratégie nationale d'EVASAN. Après arbitrage de la demande d'une ARS et de la volumétrie, le CCS recherche une ARS de soutien en l'informe de l'EVASAN. L'ARS de départ définit la liste définitive des patients en lien avec les ES. L'ARS d'arrivée détermine l'établissement d'accueil ;
- **En transfrontalier**, si la situation le nécessite et en cas d'impossibilité d'EVASAN infrarégional et inter-régional en particulier pour les régions frontalières. Ces opérations sont arbitrées et coordonnées par le CCS.

		ARS	CCS
Transfert sanitaire	Infrarégional	Arbitre et coordonne	
	Inter-régional	Analyse et exprime le besoin	Arbitre et coordonne
	Transfrontalier	Analyse et exprime le besoin	Arbitre et coordonne

Ce travail de préparation doit conduire à l'élaboration d'une DST relative à l'organisation de l'évacuation sanitaire des patients en cas de saturation des capacités des établissements de soins de la région. Les mesures à déployer pour les volets d'évacuations sanitaires infrarégionales et inter-régionales en temps qu'ARS de départ et qu'ARS d'arrivée doivent être anticipées dans la DST. Cette DST constitue un outil opérationnel, élaboré selon les orientations définies par le niveau national tout en intégrant les spécificités propres au niveau local, en complément des plans opérationnel de réponse ORSAN.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

- Préparer la mise en œuvre d'EVASAN

- Conduire des exercices d'évacuation sanitaire hors-crise impliquant les acteurs locaux. La mise en place d'exercices réguliers doit être renforcée pour les régions ne pouvant assurer l'ensemble des compétences assignables aux établissements de santé de référence (ESR) sur leur territoire ;
 - Anticiper l'armement d'une cellule régionale « opérations » au sein de la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) ;
 - Assurer une formation sur les bases de données utilisées lors des EVASAN notamment sur la remontée des données SI-VIC et sur les indicateurs de qualité EIGS ;
 - Construire au plus tôt des scénarii sur les risques de saturations des capacités à partir des hypothèses les plus défavorables en prenant en compte les modélisations faites au niveau national transmises aux ARS et les remontées d'informations des établissements de santé.
- Définir une stratégie d'évacuation infrarégionale
 - Planifier et coordonner les transferts infrarégionaux en privilégiant les vecteurs souples : moyens terrestres ou les héliSMUR de la région ou à défaut des moyens zonaux ;
 - Sélectionner les patients à transférer sur la base de critères objectifs (recommandations des sociétés savantes) afin d'assurer la sécurité des patients lors des transferts ;
 - Assurer la bonne information de l'ensemble des parties prenantes ;
 - En cas de SSE avec une montée en charge progressive, évaluer la possibilité de fluidification entre les ES de la région en aval avec la définition d'une double volumétrie de patients, l'une à J-7 et l'autre ajustée à H-48 ;
 - Évaluer, selon la dynamique de la SSE, la possibilité de mise en place d'une stratégie d'EVASAN perlée avec des opérations de plus faibles volumétries, mais en continue pour éviter un afflux massif de patients dans la région d'accueil qui pourrait engendrer un risque de désorganisation ;
 - Appuyer les cellules de crise des établissements de santé notamment sur la disponibilité des stocks de consommables nécessaires à la prise en charge des patients transférés.
 - Formuler une demande d'évacuation sanitaire inter-régionale (ARS de départ)
 - Formaliser une demande d'EVASAN inter-régionale par écrit transmise au Centre de Crise Sanitaire et justifiant le besoin exprimé ;
 - Communiquer avec les autorités sanitaires nationales pour définir la volumétrie optimale selon les difficultés d'identification de patients ;
 - Définir la liste définitive des patients bénéficiant de l'EVASAN en lien avec les ES et selon les critères d'éligibilité aux transferts et à la prise en charge des patients définis au niveau national (recommandations des sociétés savantes) ;
 - Assurer la médicalisation des EVASAN avec le SAMU territorialement compétant au départ de l'opération ou le cas échéant un SAMU désigné par l'ARS pour assurer la coordination régionale sous la coordination des ARS de départ et d'arrivée et de leurs cellules dédiées ;
 - Assurer l'information de la préfecture (sécurisation, activation de la cellule C3D, etc) ;
 - Définir un référent communication (contact dans l'annuaire opérationnel) ;
 - Identifier la cellule de l'ARS responsable du suivi régulier des patients ayant bénéficié d'une EVASAN jusqu'au retour.
 - Répondre à une demande urgente de prise en charge médicale de patient (ARS d'arrivée)
 - Coordonner avec l'ES d'accueil l'arrivée des patients bénéficiant d'une EVASAN ;
 - Définir un référent communication (contact dans l'annuaire opérationnel) ;
 - Appuyer l'ES d'accueil et les Samu-Centre 15 concernés pour le retour des patients.
 - Anticiper les spécificités des transferts sanitaires dans les territoires ultra-marins

- En avance de phase, privilégier le renforcement des capacités sanitaires locales (ressources humaines, renforts matériel et produits de santé) ;
- Privilégier les transferts infrarégionaux, interzonaux et interrégionaux de proximité avant l'organisation d'un transfert sanitaire vers la métropole.

N.B. : L'organisation de transferts transfrontaliers sont organisés selon les protocoles de coopération internationale en coordination avec les parties prenantes au niveau national : MINARM, MININT, MEAE.

STRUCTURATION DE LA DST

La DST ORSAN EVASAN doit être conçue comme un outil opérationnel sous la forme de fiches actions, fiches techniques et de fiches acteurs.

La trame type suivante est proposée :

- Rappel des enjeux ;
- Définition des objectifs stratégiques au niveau de la région ;
- Cartographie du réseau pouvant être impliqué dans l'organisation des EVASAN au niveau régional ;
- Fiches relations avec chaque acteur mobilisable directement ou indirectement dans les transferts :
 - Le CORRUSS / Centre de Crise Sanitaire ;
 - Les établissements de santé ;
 - SAMU/SMUR ;
 - Une autre ARS d'accueil (rôle de l'ARS d'arrivée) ;
 - Une autre ARS d'arrivée (rôle de l'ARS d'accueil) ;
 - La préfecture de zone (information en amont du transfert, appui pour la recherche de vecteur, sollicitation des forces de sécurité intérieure) ;
 - Les services d'incendie et de secours ;
 - Les associations de sécurité civile ;
 - Transporteurs sanitaires privés.
- Les actions à mettre en œuvre en conduite de crise :
 - Fiches actions ;
 - Fiches techniques (choix du vecteur, remontée des données, registre des patients évacués etc.).

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

Constitution d'un groupe de travail

Le groupe de travail d'élaboration de la DST transversal ORSAN EVASAN doit s'appuyer sur l'expertise du personnel des établissements de santé et du SAMU maîtrisant les enjeux techniques de l'organisation d'évacuations sanitaires.

Élaboration du plan

L'élaboration du plan doit être envisagé dans le cadre collaboratif du groupe de travail. Il peut être segmenté comme suit :

- Rédaction du corpus du plan ;
- Cartographie du réseau impliqué dans l'organisation d'évacuations sanitaires ;
- Rédaction des fiches acteurs ;
- Élaboration des fiches actions et fiches techniques.

CAPACITÉS RÉGIONALES D'OFFRE DE SOINS À PRENDRE EN COMPTE

Il convient de prendre en compte les capacités d'offre de soins de l'établissement de santé de départ qui analyse, en coordination avec l'ARS, le risque de dépassement des capacités. En cas d'impossibilité d'EVASAN infrarégionale, le CCS coordonne une EVASAN inter-régionale vers une ARS de soutien en fonction des capacités d'accueil de l'établissement d'arrivée, de la volumétrie des patients à évacuer et de la disponibilité des vecteurs.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

L'évaluation de la DST ORSAN EVASAN est réalisée dans le cadre d'exercices EVASAN et par le retour d'expérience (notamment des transferts organisés pendant l'épidémie de Covid-19).

QUELQUES RÉFÉRENCES



POUR ALLER PLUS LOIN !

- Instruction n°DGS/CCS/2020/71 du 18 mai 2020 relative à l'organisation des transferts infrarégionaux, interrégionaux et internationaux de professionnels de santé et de patients atteints du Covid-19.

DISPOSITION SPÉCIFIQUE TRANSVERSALE ORSAN VACCINATION

Organisation d'une vaccination exceptionnelle

ENJEUX

Les maladies infectieuses transmissibles connues ou émergentes représentent une menace importante pour la santé publique et peuvent conduire à des situations sanitaires exceptionnelles. 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, l'anticipation de la mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle en cas de foyers d'hyper-endémies, d'épidémies ou de pandémies est nécessaire.

Le dispositif ORSAN prend en compte ce risque, à travers les plans ORSAN EPI-CLIM et ORSAN REB qui définissent les mesures de gestion à mettre en œuvre pour assurer la prise en charge des patients atteints par un agent infectieux considéré mais aussi limiter la propagation de la maladie notamment chez les personnes contacts ou exposées. La vaccination quand elle est disponible, constitue la réponse la plus efficace pour protéger la population et bloquer la transmission de l'agent infectieux responsable. Le retour d'expérience Covid-19 permet de capitaliser sur l'organisation, en cas de survenue d'une épidémie, d'une campagne de vaccination exceptionnelle dans et hors le système de santé.

L'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle repose sur une stratégie vaccinale s'appuyant dans la mesure du possible, sur les capacités et dispositifs de vaccination existants sur le territoire considéré. En fonction des objectifs de couverture vaccinale et de la cinétique épidémique, la mise en place des différentes structures de vaccination exceptionnelle doit être envisagée de front pour faciliter l'accès à la vaccination pour les différents publics cibles (âge, territoire, comorbidités). Ainsi, le plan d'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle s'appuie sur les capacités de vaccination existantes en particulier celles des soins de ville (médecins traitants, pharmaciens en officine, infirmiers) et les personnels de santé et des différentes structures de vaccination présentes sur le territoire concerné mais également sur des capacités de vaccination augmentées. Les capacités de vaccination existantes peuvent ainsi être adaptées ou renforcées en fonction des besoins et des nécessités. Ce renforcement s'appuie d'une part sur le recours à la mobilisation des ressources humaines propres à ces structures renforcées, si besoin, par la réserve sanitaire (cf. DST Ressources Humaines), et d'autre part sur la mise en place de structures adaptées pour élargir l'offre vaccinale :

- Des centres dédiés à la vaccination (dits « vaccinodrome ») permettant d'accueillir un grand nombre de personnes en particulier dans les grandes agglomérations ;
- Des opérations de vaccination dites « d'aller-vers » (vaccination à domicile, « vaccidrive », « barnum », ...) permettant de cibler des populations spécifiques.

Au niveau numérique, la pandémie de Covid-19 a permis de développer des outils nationaux pouvant faciliter la mise en place d'une campagne de vaccination exceptionnelle. En fonction de la situation épidémique et du territoire concerné les outils suivants peuvent être mis en place au niveau régional :

- Liste, adresses, numéros de téléphone et horaires d'ouverture des lieux de vaccination ;
- Prise de rendez-vous en ligne ;
- Certificat numérique de vaccination

L'enjeu de cette DST est donc d'être en mesure de rapidement mettre en place une campagne de vaccination exceptionnelle massive ou ciblée dans et en dehors du système de santé en complément du plan ORSAN EPI-CLIM ou REB. Il a vocation à s'inscrire dans une approche opérationnelle, à partir des orientations définies au niveau national, tout en intégrant les spécificités propres du niveau local.

Les modalités de renforcement des capacités de vaccination existantes sont définies dans le cadre du dispositif ORSAN et le cas échéant, du PZM. 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.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

- Recensement des populations à vacciner :
 - Volume de population potentiellement éligible à la vaccination (nombre d'habitants sur le territoire et ses caractéristiques (scolaires, population précaires, isolées, ou à risque de forme grave de la maladie).
 - Répartition géographique (cartographie des densités de population, population par cantons...).
- Recensement des capacités de vaccination dans le secteur ambulatoire de ville et de montée en puissance :
 - Structures d'exercices de professionnels de ville mobilisables (centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires...);
 - Structures réalisant une activité régulière de vaccination (centres de vaccinations, services de protection maternelle et infantile, service de santé au travail, services de promotion de la santé en milieu scolaire, services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, ...).
 - Structures pouvant accueillir des centres dédiés à la vaccination (gymnase, salle des fêtes, centre de conférence etc.). Ce recensement se base sur l'expertise de la préfecture et des municipalités.
- Recensement de l'offre vaccinale et de ses capacités de montée en puissance :
 - En établissements de santé (centre de vaccination, centre de prévention ou de dépistage réalisant des vaccinations...)
 - En établissements médico-sociaux (vaccination des populations fragiles) ;
 - En pharmacie d'officine ;
 - Des vecteurs permettant une campagne de vaccination « d'aller-vers » ;
 - D'autres professionnels vaccinateurs habilités en fonction de la pression épidémique, de la nature du vaccin et de ses modalités d'administration.
- Définition des modalités organisationnelles de vaccination exceptionnelle en fonction :
 - Des caractéristiques de la maladie : potentiel de contagiosité et de transmissibilité de la maladie, cinétique épidémique lente ou rapide et sa capacité à cibler des populations spécifiques ;
 - Des objectifs de vaccination : maîtrise de la dynamique épidémique (diminuer le taux d'attaque et limiter la diffusion de la pandémie) versus réduction du risque des formes graves et de décès par la vaccination des personnes vulnérables et exposées : intérêt individuel de la vaccination ;
 - Du dimensionnement et des caractéristiques de la population à vacciner ;
 - Des caractéristiques du vaccin : conditionnement des vaccins (en mono-dose ou multi-doses), contraintes de stockage (chaîne du froid, condition de conservation...), mode d'administration, traçabilité, statut juridique des vaccins (vaccins bénéficiant d'une AMM voire d'une ATU ou bien sans AMM ou ATU) ;
 - Des capacités vaccinales des différentes structures réalisant la vaccination.
- Élaboration des différents scénarii de campagne de vaccination exceptionnelle les plus fréquentes : infection invasive à méningocoque, épidémie de rougeole, ...
- Anticipation d'outils numériques de partage d'information et de communication pouvant permettre :
 - Une communication grand public et spécifique pour une campagne de vaccination exceptionnelle ;

- Une communication fluide avec les acteurs impliqués dans une campagne de vaccination exceptionnelle, notamment les préfectures, les municipalités, les professionnels de santé hospitaliers et de ville etc. ;
- Une gestion des capacités et de l'offre de vaccination mobilisables.

STRUCTURATION DE LA DST

La DST transversal ORSAN VAC doit être conçu comme un outil opérationnel sous la forme de fiches action et de fiches acteurs.

La trame type suivante est proposée :

- Rappel des enjeux ;
- Définition des objectifs stratégiques au niveau de la région ;
- Cartographie des structures assurant des vaccinations et capacités de montée en puissance ;
- Actions à mettre en œuvre en conduite de crise :
 - Fiches actions ;
 - Fiches techniques ;
 - ...

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

Constitution d'un groupe de travail

Le groupe de travail d'élaboration de la DST ORSAN VAC doit s'appuyer sur l'expertise des professionnels de santé des établissements de santé concernés et sur l'expertise des acteurs contribuant à la mise en place de la vaccination exceptionnelle hors système de santé:

- Infectiologues, médecins généralistes, sages-femmes, pharmaciens d'officine, infirmiers, autres professionnels de santé susceptibles de vacciner ;
- Personnels des centres de vaccination, des PMI ;
- Représentant des centres de santé, des maisons de santé pluri-professionnelles ;
- ...

Élaboration du plan

L'élaboration du plan doit être envisagé dans le cadre collaboratif du groupe de travail. Il peut être segmenté comme suit :

- Rédaction du corpus du plan ;
- Cartographie des opérateurs de vaccinations ;
- Rédaction des modalités d'organisation en fonction des scénarii de vaccination exceptionnelle ;
- Élaboration des fiches action et fiches techniques.

CAPACITÉS RÉGIONALES D'OFFRE DE SOINS À PRENDRE EN COMPTE

Il convient de prendre en compte les capacités de vaccination et les capacités de montée en puissance :

- Du secteur des soins de ville : professionnels de santé libéraux et structures d'exercices de ces professionnels (sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, maisons de santé pluridisciplinaires...);
- Des structures réalisant une activité régulière de vaccination (centres de vaccinations, services de protection maternelle et infantile, service de santé au travail, services de promotion de la santé en milieu scolaire, services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, ...);
- Des établissements de santé (centre de vaccination, centre de prévention ou de dépistage réalisant des vaccinations...);
- Des établissements médico-sociaux (vaccination des populations fragiles) ;

- Des structures offrant des possibilités de vaccination exceptionnelle hors système de santé.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

L'évaluation de la DST transversale ORSAN VAC est réalisée dans le cadre des exercices définis par l'ARS et par le retour d'expérience.

QUELQUES RÉFÉRENCES



POUR ALLER PLUS LOIN !

- DGS. *Guide méthodologique : préparation d'une campagne de vaccination exceptionnelle*. 2012
- Guide de bonnes pratiques observées dans les centres de vaccination. 2021

DISPOSITION SPÉCIFIQUE TRANSVERSALE ORSAN DÉPISTAGE

Dépistage massif d'un agent infectieux

ENJEUX

Les maladies infectieuses transmissibles, connues ou émergentes, représentent une menace importante pour la santé publique et peuvent conduire à des situations sanitaires exceptionnelles (SSE). La mise en place au niveau régional d'un dispositif de déploiement des tests de diagnostic, de dépistage et de surveillance permettant le suivi de l'émergence et de la diffusion de l'agent pathogène est donc un enjeu fondamental du dispositif ORSAN. L'épidémie de Covid-19 a illustré la pertinence d'une stratégie de test massive de la population afin de suivre les chaînes de transmission et de détecter les mutations d'un nouvel agent pathogène. La préparation au déploiement rapide et territorialisé d'une campagne massive de dépistage par tests biologiques est donc une disposition essentielle à préparer en amont.

La montée en charge coordonnée des tests biologiques repose sur une séquence de déploiement préétabli au niveau national. À partir de la diffusion des tests biologiques par le centre national de référence (CNR), l'établissement de santé de référence (ESR) sur le risque épidémique et biologique (REB) représente le premier vivier d'expertise pour le dépistage. La réalisation du test biologique, selon la dangerosité (gravité croissante du risque d'infection qu'ils représentent pour l'homme²⁷) du pathogène peut ensuite être étendue aux établissements de première ligne, de deuxième ligne et aux laboratoires de ville. La prise en compte des capacités de tests des laboratoires privés est primordiale à la dynamique de la montée en puissance et de la mobilisation des ressources.

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. Elle a vocation à s'inscrire dans une approche opérationnelle, à partir des orientations définies au niveau national, tout en intégrant les spécificités propres du niveau local. Ainsi, l'efficacité de la campagne de dépistage, quel que soit le type de test (PCR, séquençage, antigénique, sérologique, etc.), repose sur la transmission rapide des résultats sur les plateformes dédiées, aux patients et autorités sanitaires.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

- **Recensement les capacités de tests de la région :**
 - Recenser les laboratoires de la région (privés et publics, hospitaliers, de ville, vétérinaires et de recherche) et de leurs compétences (type de test et capacités d'analyse/jour) ;
 - Recenser les stocks régionaux d'équipement de protection individuel (EPI) et des produits de santé pouvant être des facteurs limitants dans le déploiement d'une campagne massive de test ;
 - Recenser le personnel disponible et compétent pour réaliser des tests biologiques en cas de montée en charge (vivier régional de PS / réserve sanitaire) ;
 - Cartographier les parcours d'acheminement des prélèvements dans la région ;
 - Identifier les personnes ressources dans les laboratoires spécialisés (listing et coordonnées) ;
- **Adapter les capacités de tests biologiques en fonction des territoires :**
 - Définir un plan d'adaptation touristique pour une montée en charge saisonnière des capacités de tests pour les régions concernées ;
 - Définir un plan d'adaptation pour une montée en charge rapide des capacités de tests pour les régions isolées d'Outre-Mer.

²⁷ Article R. 4421-3 du code du travail

- **Fluidifier la coopération privé / public :**
 - Établir des conventions (modèle disponible) avec les laboratoires privés présents sur le territoire (conditionné aux délais et transmission des résultats pour le séquençage).
- **Positionner l'ESR REB régional comme établissement pivot**
 - Renforcement des capacités biologiques LSB2/LSB3 ;
 - Vérifier la conjonction entre les capacités de prise en charge des patients et les capacités de test, en particulier pour les nouveaux ESR REB ;
 - Organiser une évaluation des capacités de test de l'ESRR REB (audit par les pairs / certification par panel d'expert).
- **Coordonner les opérateurs des capacités biologiques pour la préparation à la crise :**
 - Conduire des exercices ORSAN REB avec les opérateurs impliqués dans la montée en charge des capacités biologiques en cas de crise ;
 - Inclure des retours sur les capacités biologiques lors des retours d'expérience après des exercices de crise / crise ;
 - Adapter les protocoles de surveillance / détection de pathogènes émergents ;
 - Mettre à jour les procédures d'échanges / d'envoi avec les CNR, l'Institut Pasteur et les réseaux de laboratoires.
- **Anticiper une campagne massive de dépistage coordonnée à l'échelon régional (ville, hospitalier, territoires) :**
 - Identification avec la préfecture et les élus locaux des lieux pouvant accueillir des campagnes massives de dépistage ;
 - Préparer des supports de communication sur les tests existants, les lieux de dépistage, les publics prioritaires et les conduites à tenir en cas de résultats positifs ;
 - En cas d'identification de cluster, conduire une stratégie de tests ciblée par territoire / public ;
 - En cas de diffusion épidémique, conduire si nécessaire une stratégie de criblage / séquençage massif des tests.
- **Mettre en place des cycles de formation continue pour lutter contre le risque biologique lors de la réalisation de tests biologiques :**
 - Mener des actions de sensibilisation / formation au risque biologique pour les personnels de laboratoire ;
 - Mettre à jour et diffuser les supports d'information sur les agents biologiques pour le personnel compétent à la réalisation de tests biologiques.
- **Disposer de système d'information fiable sur les tests, comparable au niveau national :**
 - Assurer la remontée des résultats des tests effectués dans les laboratoires / ES de la région sur la plateforme SI-DEP ;
 - Assurer la remontée d'information des résultats de séquençage sur la plateforme EMERGEN.
- **Soutenir le financement d'équipements structurels :**
 - Soutenir les laboratoires des établissements publics de santé dans l'achat de machines de séquençages et de PCR.

STRUCTURATION DE LA DST

La DST ORSAN TEST doit être conçue comme un outil opérationnel sous la forme de fiches action et de fiches acteurs.

La trame type suivante est proposée :

- Rappel des enjeux ;
- Définition des objectifs stratégiques au niveau de la région ;
- Cartographie des structures réalisant des tests biologiques et capacités de montée en puissance ;
- Actions à mettre en œuvre en conduite de crise :
 - Fiches actions ;
 - Fiches techniques ;
 - ...

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

Constitution d'un groupe de travail

Le groupe de travail d'élaboration de la DST ORSAN TEST doit s'appuyer les acteurs pivots du déploiement des tests de dépistage y compris sur l'expertise de détection et d'identification de l'ESSR REB en relation avec le CNR et doit ainsi inclure :

- Les référents infectiologues de l'ESSR REB de la région ;
- Représentants de chefs de service de biologie médicale des ES ;
- Représentants des établissements de santé sièges de laboratoires ;
- Professionnels de santé de ville ;
- Représentant des centres de dépistage ;
- Responsable de l'ARS en charge des partenariats / conventions avec les laboratoires privés ;
- ...

Élaboration de la DST

L'élaboration de la DST doit être envisagée dans le cadre collaboratif du groupe de travail. Il peut être segmenté comme suit :

- Rédaction du corpus du plan ;
- Cartographie des opérateurs du dépistage ;
- Rédaction de fiches pour la montée en charge des différents types de laboratoires (publics/privés, hospitalier/de ville, santé/hors-santé) ;
- Élaboration des fiches action et fiches techniques.

CAPACITÉS RÉGIONALES DE L'OFFRE DE SOINS À PRENDRE EN COMPTE

Il convient de prendre en compte :

- Les capacités de dépistage par test biologique des laboratoires de la région : privés et publics, hospitaliers, de ville, vétérinaires et de recherche, etc.;
- La corrélation entre les capacités de tests biologiques des ES et la capacité de prise en charge des patients, en particulier pour les pathogènes non-identifiés ;
- Les structures pouvant réaliser une activité de dépistage et disposant de personnel soignant : service de santé au travail, services de promotion de la santé en milieu scolaire, services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, etc.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

L'évaluation de la DST ORSAN TEST est réalisée dans le cadre des exercices définis par l'ARS et par le retour d'expérience.

DISPOSITION SPÉCIFIQUE TRANSVERSALE ORSAN SECURISATION

Coordination de la sécurisation des établissements de santé

ENJEUX

Le contexte de menace terroriste et les récents attentats imposent une vigilance accrue et nécessitent d'assurer, sur l'ensemble du territoire, la mise en œuvre effective de mesures particulières de sûreté au sein des établissements de santé. 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, notamment contre les menaces de sur-attentat.

Chaque établissement de soins 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, en particulier la menace terroriste, la protection de l'établissement. À ce titre les établissements de santé sont tenus d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de sécurisation d'établissement (PSE), inscrite dans le cadre d'une politique globale et durable de sécurité d'établissement, permettant d'adapter chaque structure à la réalité de son environnement.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la politique régionale et pluriannuelle de sécurité des établissements, pilotée par les agences régionales de santé et décrite dans l'instruction ministérielle²⁸ diffusée en novembre 2016. Celle-ci décline le rôle des agences régionales de santé en matière de coordination de la politique de sécurité dans les territoires. En situation sanitaire exceptionnelle de type attentat, la mise en œuvre des mesures de sécurisation d'urgence notamment au titre de la posture VIGIPIRATE nécessite une déclinaison centrale des ministères sociaux réalisée en coordination avec les ARS. L'objectif est d'assurer le renforcement coordonné de la sécurisation des établissements de soins en complément des plans opérationnels de réponse ORSAN.

Enfin, certaines situations (accidents d'installations industrielles classées chimiques ou nucléaires, catastrophes climatiques et naturelles) peuvent nécessiter la mise à l'abri (confinement) des usagers et des personnels des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux. À l'instar des dispositions de mise à l'abri en cas d'intrusion terroriste figurant dans le guide d'aide à l'élaboration du plan de sécurisation d'établissement (PSE), les établissements de santé doivent identifier les lieux de mise en sûreté adaptés pour le confinement et élaborer un plan d'évacuation, comprenant notamment les cheminements, l'identification d'issues de secours, les lieux éventuels de rassemblement ou de confinement. Les organisations ainsi définies sont systématiquement évaluées dans le cadre d'exercice.

À cet effet, un travail de préparation visant à l'élaboration d'une DST de renforcement de la sécurisation des établissements de soins en situation sanitaire exceptionnelle doit être réalisé. Cette DST pourra être mis en œuvre en complément du plan ORSAN AMAVI, MEDICO-PSY, NRC ou REB.

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 sécurité intérieure (FSI) ;
- Veiller à l'appropriation par les établissements de santé des mesures de mise en sécurité au quotidien mais aussi en situation sanitaire exceptionnelle (en lien avec les référents sûreté – sécurité et les FSI) ;

²⁸ Instruction n° SG/HFDS/2016/3 du 16 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé, paru au BO n°12 du 15 janvier 2017 (p. 199)

- 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 FSI et les préfetures.

STRUCTURATION DE LA DST

La DST ORSAN SECUR doit être conçu comme un outil opérationnel sous la forme de fiches action et de fiches acteurs.

La trame type suivantes est proposée :

- Rappel des enjeux ;
- Définition des objectifs stratégiques au niveau de la région ;
- Cartographie des structures sanitaires cibles et des acteurs à contacter ;
- Une fiche par structure sanitaires cibles comprenant :
 - Les coordonnées du directeur de l'établissement et les contacts importants de la structure ;
 - Le positionnement de l'établissement dans pour les plans opérationnels de réponse ORSAN (première ligne/deuxième ligne) ;
 - Le PSE de l'établissement.
- Les actions à mettre en œuvre en conduite de crise :
 - Fiches actions ;
 - Fiches techniques ;
 - ...

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

Constitution d'un groupe de travail

Le groupe de travail d'élaboration de la DST ORSAN SECUR doit s'appuyer sur l'expertise des personnels de direction et des professionnels de santé des établissements de santé de première et deuxième lignes identifiés comme cibles potentielles notamment des représentants des :

- Directeurs des établissements de santé en charge de la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- SAMU et structure d'accueil des urgences (adultes et pédiatriques) ;
- Référents sûreté-sécurité
- Professionnels de santé susceptibles d'apporter leur expertise ;
- ...

Élaboration du plan

L'élaboration du plan doit être envisagé dans le cadre collaboratif du groupe de travail. Il peut être segmenté comme suit :

- Rédaction du corpus du plan ;
- Cartographie des établissements de santé cibles ;
- Rédaction des fiches par établissements de santé cibles ;
- Élaboration des fiches action et fiches techniques.

CAPACITÉS RÉGIONALES D'OFFRE DE SOINS À PRENDRE EN COMPTE

Les établissements de santé sont pris en compte dans ce volet en fonction de leur place dans l'organisation de la réponse du système de santé (première ligne, première ligne experts, deuxième ligne) en particulier dans les plans ORSAN AMAVI et ORSAN NRC.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

L'évaluation de la DST ORSAN SECUR est réalisée dans le cadre des exercices organisés par la ou les préfectures et des exercices de mise en œuvre des plan ORSAN AMAVI et ORSAN NRC mais aussi par le retour d'expérience.

QUELQUES RÉFÉRENCES



POUR ALLER PLUS LOIN !

- *Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 16 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé*
- *SGMS-HFDS/DGOS. Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE). 2017*
- *Guide intervention des forces de sécurité intérieure en établissement de santé*

FOCUS « CONFINEMENT D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ »**ENJEUX**

Certains événements peuvent nécessiter le confinement de tout ou partie d'un établissement de santé. La finalité poursuivie est la mise en sécurité du personnel et des patients de l'établissement suite à la propagation d'une substance dangereuse dans l'environnement (accident d'une installation classée de type SEVESO avec nuage d'agents chimiques ou radioactif, ...). Des mesures spécifiques ont vocation à être précisés dans le PGTHSSE pour une mise en œuvre par chaque établissement situé dans une zone d'application d'un plan particulier d'intervention (PPI) en tant que de besoin.

Pour l'ARS, il s'agit en lien avec les ESRR concernés (C ou NR) d'apporter un appui aux établissements de santé concernés par de potentielles mesures de confinement (zone de PPI) en fournissant un aide méthodologique à la préparation des mesures de confinement et de veiller à la coordination territoriale de la continuité de la prise en charge des patients dans les établissements de la région.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

- Fournir un appui méthodologique à l'élaboration des mesures de confinement aux établissement de santé ;
- Indiquer, en cas d'événement N ou C, aux établissements en zone de PPI, la nécessité de se confiner pour assurer la sécurité des personnels et des patients ;
- Assurer la communication vis-à-vis de la population sur l'accès l'offre de soins du territoire (éventuelle limitation de l'accueil d'un ou de plusieurs ES) ;
- Assurer la coordination de la continuité de l'offre de soins sur le territoire en lien avec les autres établissements de santé de la région ;
- Veiller à l'approvisionnement des ES confinés en produits de santé et alimentaires afin de leur permettre d'assurer la continuité des soins aux patients ;
- En post-confinement, assurer l'appui et la coordination de la reprise d'activité.

DISPOSITION SPÉCIFIQUE TRANSVERSALE ORSAN CYBERSECURITE

Coordination de la cybersécurisation des établissements sanitaires

ENJEUX

Le contexte de multiplication des cyberattaques et actes malveillants contre les établissements de santé, l'ensemble des acteurs de la santé doivent se préparer et s'acculturer au risque d'un incident numérique majeur. L'utilisation à des fins malveillantes du cyberspace constitue une menace pour la sécurisation des établissements de santé avec potentiellement des conséquences néfastes sur la prise en charge médicale des patients et/ou des victimes d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE). L'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) identifie quatre types de risques et menaces cyber aux motivations et aux conséquences diverses :

1. **Cybercriminalité** : attaques réalisées par des cybercriminels visant à exfiltrer, à modifier les données et/ou à prendre en otage le système d'information pour des raisons pécuniaires ou non-pécuniaires. En effet, les cybers attaquants peuvent modifier les données de santé exfiltrées afin d'augmenter le risque d'erreur de diagnostic, remettant ainsi en cause la sécurisation des soins et par conséquent la responsabilité juridique de l'établissement et/ou de son dirigeant ;
2. **Atteinte à l'image** : attaques dites de déstabilisation consistant généralement en la prise de contrôle du système d'information par les « Hacktivistes » qui vise à la défiguration voire au défacement du site internet de l'établissement pour différents types de revendications (idéologique, politique, religieuse, etc.) mais aussi la divulgation de données exfiltrées pour décrédibiliser l'établissement ;
3. **Espionnage** : plus fréquentes dans le domaine pharmaceutique que dans le secteur hospitalier, ces attaques consistent à espionner les activités et procédures des concurrents ;
4. **Sabotage** : fréquentes dans le secteur hospitalier, ces attaques consistent à rendre inopérant tout ou partie du système d'information des services de l'établissement et donc à empêcher son fonctionnement normal.

Une cyberattaque constitue donc une atteinte au système informatique dans un but malveillant. Dans le secteur de la santé, le mode opératoire classique et récurrent est l'envoi par courriel d'un logiciel malveillant (rançongiciel ou « ransomware »), généralement en usurpant l'identité de l'organisme visé ou d'une autre institution (hameçonnage ou « phishing »), qui chiffre de façon à rendre indisponible l'ensemble des données de santé des patients et du personnel. La clé de déchiffrement est ensuite conditionnée au versement d'une rançon sous peine de publication des données exfiltrées. Le non-versement de la rançon entraîne donc une perte de disponibilité des ressources informatiques, entraînant des impacts sur l'offre de soins (absence de visibilité sur les rendez-vous de consultation, blocage de dossiers patient, dysfonctionnement des dispositifs médicaux, etc.) et/ou une diffusion de ces données sensibles.

Outre la technique d'hameçonnage, certains services vulnérables exposés sur Internet (firewalls, serveurs de webmail, services de télémaintenance) constituent des vecteurs importants d'attaque cyber.

La politique de sécurisation numérique des établissements doit donc avoir une approche de sécurité globale. Les attaquants exploitent, au-delà des failles techniques des systèmes d'informations, les mauvaises pratiques des utilisateurs du réseau. De ce fait, la sensibilisation de l'ensemble des collaborateurs aux bonnes pratiques et au respect des règles d'hygiène et de sécurité informatique doit être systématique.

La cyberattaque est donc une crise différente des crises sanitaires : elle empêche l'établissement de travailler normalement, et touche potentiellement la totalité des fonctions de l'établissement. C'est donc une crise générale qui ne se résume pas au périmètre de la direction ou du service informatique, mais doit être directement pilotée par la direction générale, nécessitant ainsi l'activation de la CCH.

L'ARS s'assure de la prise en compte du risque par les opérateurs de soins et la mise en œuvre des objectifs de sécurisation définis dans la déclinaison territoriale du plan de renforcement de la cybersécurité. L'objectif est d'accompagner les structures de santé dans la sensibilisation des personnels, dans la durée et l'adoption de nouveaux comportements, individuels et collectifs, nécessaires pour protéger le système de soins des risques cybers et renforcer la confiance numérique.

L'ARS peut également être la cible d'une cyberattaque ou d'une panne informatique en cas de SSE. Il est important que les agences régionales de santé se préparent à ce type de scénario en lien avec leurs établissements de santé et avec leur RSSI afin d'assurer la continuité de la veille et de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

La santé faisant partie des secteurs activités d'importance vitale, a fortiori en cas de SSE où l'urgence médicale et le suivi du parcours de soins patients sont indispensables, la cyber sécurité constitue un enjeu majeur en matière de sécurisation des établissements.

En conséquence, il convient de définir, dans le cadre de la DST ORSAN CYBER, les modalités d'organisation en matière de politique de prévention des risques cyber et de continuité des activités des soins territoriaux et régionaux, en cas de survenance d'une cyberattaque via l'activation du plan de continuité d'activité (PCA) et du plan de reprise informatique (PRI).

- Identifier les établissements de santé cibles potentielles d'une cyberattaque 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 sécurité intérieure (FSI) et les référents territoriaux de l'ANSSI ;
- Veiller à l'appropriation par les établissements de santé des mesures de mise en sécurité numérique au quotidien mais aussi en situation sanitaire exceptionnelle (en lien avec les référents sûreté – sécurité, le responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) et les FSI) ;
- 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 FSI et les préfetures ;
- Définir les modalités de coordination et d'appui régionaux pour assurer la continuité des soins en cas de cyber attaque d'un ES mettant hors service les systèmes d'information d'un ou de plusieurs établissements notamment dans le cadre d'une attaque multiple ou de SI partagés par plusieurs ES au sein d'un même GHT (Information des autres ES et conduite à tenir, réorientation des patients vers d'autres structures de prise en charge, communication grand public, check-list des mesures prises par l'ES) ;
- Appuyer les établissements de santé dans la mise en œuvre en cas de cyber attaque, d'une stratégie de soins prenant en compte l'absence des systèmes d'information habituels.

Certaines mesures classiques de prévention visant à assurer le fonctionnement de l'établissement en mode dégradé lors de la survenue d'une crise cyber doivent être mis en œuvre en amont et en anticipation d'une attaque et figurer dans le PCA des établissements :

- Appliquer des mesures de sauvegarde régulière et adaptée ;
- Imprimer régulièrement les annuaires interne (patients et famille de patients, personnel, réserves, etc.) et externe (des prestataires, des établissements à proximité, des interlocuteurs de l'ARS, etc.) ;
- Disposer des téléphones portables de réserve ;
- Disposer de clés 4G pour assurer un minimum de communications externes ;
- Disposer de supports amovibles externes (disques et clés USB) pour pallier les difficultés d'échange avec les plateaux techniques (biologie, imagerie) et pour la gestion des stocks d'EPI et pharmaceutiques ;
- Disposer de postes et de serveurs de réserve pour la phase de reconstruction de l'infrastructure informatique le cas échéant ;

- Mettre au point les procédures sanitaires papier qui permettront de remettre à jour le système après la phase de remédiation ;
- En cas de cyber attaque, les établissements de santé, notamment ceux désignés opérateur de service essentiel (OSE), sont tenus d'adopter les réflexes suivants et dans les meilleurs délais :
- Déposer immédiatement une plainte afin de permettre aux enquêteurs de mener les investigations ;
- Déclarer l'incident cyber au CERT-FR (ANSSI), au CERT Santé (ANS), à l'ARS, au FSSI et à la CNIL ;
- Mobiliser les expertises spécialisées à minima des prestataires de réponses aux incidents de sécurité (PRIS) certifiés par l'ANSSI.

Les retours d'expériences (Retex) des attaques récentes dans les établissements ont montré que la qualification, les investigations, et la remédiation d'un incident cyber requièrent souvent des moyens humains, techniques et financiers substantiels. Il convient ainsi, dans une logique de solidarité et de minimisation des coûts tout en « assurant » chaque établissement, de mutualiser à l'échelle des Groupement hospitalier de territoire (GHT) ou de la région (ARS) les contrats de prestation de sécurité informatique. Cela requiert la convergence des établissements à l'échelle territoriale, donc une homogénéisation des applications métier à l'échelon des GHT voire de la région.

STRUCTURATION DE LA DST

La DST ORSAN CYBER doit être conçu comme un outil opérationnel sous la forme de fiches action et de fiches acteurs.

La trame type suivantes est proposée :

- Rappel des enjeux ;
- Définition des objectifs stratégiques au niveau de la région ;
- Cartographie des structures sanitaires cibles et des acteurs à contacter ;
- Une fiche par structure sanitaires cibles comprenant :
 - Les coordonnées du directeur de l'établissement et les contacts importants de la structure ;
 - Le positionnement de l'établissement dans pour les plans opérationnels de réponse ORSAN (première ligne/deuxième ligne) ;
 - Le PCA et le PRI de l'établissement.
- Les actions à mettre en œuvre en conduite de crise :
 - Fiches actions ;
 - Fiches techniques ;
 - ...

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

Constitution d'un groupe de travail

Le groupe de travail d'élaboration de la DST ORSAN CYBER doit s'appuyer sur l'expertise des personnels de direction et des professionnels de santé des établissements de santé de première et deuxième lignes identifiés comme cibles potentielles notamment des représentants des :

- Directeurs des établissements de santé en charge de la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- Directeurs de la sécurité des systèmes d'informations ;
- Référents continuité d'activité ;
- SAMU et structure d'accueil des urgences (adultes et pédiatriques) ;
- Professionnels de santé susceptibles d'apporter leur expertise ;
- ...

Élaboration du plan

L'élaboration du plan doit être envisagée dans le cadre collaboratif du groupe de travail. Il peut être segmenté comme suit :

- Rédaction du corpus du plan ;
- Cartographie des établissements de santé cibles ;
- Rédaction des fiches par établissements de santé cibles ;
- Élaboration des fiches action et fiches techniques.

Ce plan s'articule autour de trois niveaux d'actions :

- Le ministère assure le pilotage de la campagne, en coordination avec l'ANSSI et en lien avec les représentants du secteur de la santé (fédérations, conférences, etc.) ;
- Les ARS déclinent cette campagne sur leurs territoires régionaux de santé, jusqu'au niveau des structures de santé ;
- Chaque structure sensibilise l'ensemble de son personnel et les usagers à la cybervigilance, aux règles d'hygiène numérique, et aux enjeux de cybersécurité.

Les ARS déclinent la politique ministérielle de cybersécurité autour de 4 axes :

- Sensibiliser aux risques cyber ;
- Faciliter le partage des pratiques et les actions de mutualisation (région et GHT) ;
- Appuyer les structures de santé : en lien avec la chaîne d'alerte nationale (CERT Santé) et territoriale (ARS/établissements de santé) et organiser la réponse territoriale à l'incident cyber ;
- Contrôler la production d'audits de sécurité et d'un plan de réduction des vulnérabilités :
 - la prise en compte de la protection des données et de la SSI, dans les projets SI-e-Santé et dans les investissements SI ;
 - la préparation des ES (PCA numérique et plan de réponse à incident, prise en compte effective des prérequis cyber (financement HOPEN, SUN-ES, ESMS numérique... ;
 - la déclaration systématique des incidents cyber par les établissements de santé.

CAPACITÉS RÉGIONALES D'OFFRE DE SOINS À PRENDRE EN COMPTE

Les établissements de santé sont pris en compte dans ce volet en fonction de leur place dans l'organisation de la réponse du système de santé (première ligne, première ligne experts, deuxième ligne) en particulier dans les plans ORSAN AMAVI et ORSAN NRC.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

L'évaluation de la DST ORSAN CYBER est réalisée dans le cadre des exercices organisés par l'ARS ou par les GHT et ES.

QUELQUES RÉFÉRENCES



- *Memento à l'usage du directeur d'établissement sur la cyber sécurité. 2017*
- *Dossier d'information : cyber sécurité dans le secteur de la santé et du médico-social : une priorité nationale pour réussir la transformation numérique. ANS, 2021*
- *Plan blanc numérique. DGOS, 2023*

DISPOSITION SPÉCIFIQUE TRANSVERSALE ORSAN EVACUATION

Évacuation des établissements de santé et des établissements médico-sociaux

ENJEUX

L'évacuation d'établissements sanitaires et médico-sociaux en raison d'une menace sur l'infrastructure liée à une catastrophe naturelle (ex. inondation, glissement de terrain, ...), industrielle (ex. accident d'installation classées, de centrale nucléaire, ...) ou intrinsèque (incendie), nécessite une mobilisation intersectorielle sous l'autorité du Préfet dans le cadre du dispositif ORSEC. Dans ce cadre, l'ARS est en charge de l'organisation de continuité de la prise en charge médicale des patients/résidents évacués du ou des établissements de santé concernés.

L'organisation de la continuité de la prise en charge médicale des patients évacués nécessite un travail de préparation en amont, afin d'envisager, sur la base de l'analyse des risques, les transferts de patients évacués vers des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux d'accueil. Il s'agit également de prendre en compte la nécessaire réorganisation de l'offre de soins en conséquence, notamment le renforcement des établissements d'accueil par les personnels issus des établissements évacués.

Ce travail de préparation doit conduire à l'élaboration d'une DST spécifique relative à l'organisation de la continuité de la prise en charge médicale des patients évacués. Cette DST constitue un outil opérationnel, élaboré selon les orientations définies par le niveau national tout en intégrant les spécificités propres au niveau local, en complément des plans opérationnel de réponse ORSAN.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

- Identifier les structures sanitaires (établissements de santé, établissements médico-sociaux, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles, ...) potentiellement impactées par un risque particulier susceptibles de nécessiter l'évacuation de tout ou partie de celles-ci ;
- Introduire dans les objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des structures sanitaires à risque, l'élaboration systématique dans le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles d'une disposition spécifique transversale de gestion d'une évacuation de la structure en définissant les priorités mais aussi les mesures transitoires de réorganisation permettant de temporiser l'évacuation ;
- Estimer le nombre de patients à réaffecter en cas d'évacuation d'un ou de plusieurs établissements et définir leur niveau de prise en charge médicale : patients nécessitant des soins critiques, alités, autonomes/non autonomes ;
- Identifier pour chaque structure sanitaire à risque d'évacuation, le ou les établissements de santé ou établissements médico-sociaux vers lesquels les patients/résidents pourraient être transférés en prenant en compte le type de prises en charge requises par les patients évacués. Introduire dans les objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de ces structures sanitaires d'accueil, l'élaboration systématique d'une disposition spécifique transversale d'accueil des patients évacués dans leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Définir avec les SAMU territorialement compétents les modalités de régulation de l'évacuation d'une ou de plusieurs structures sanitaires vers d'autres structures en fonction de la typologie des patients et quantifier les besoins en moyens de transport médicalisés et non médicalisés ;
- Évaluer l'impact de l'arrêt du fonctionnement de ces structures sur l'offre de soins régionale et identifier les moyens de suppléance ;

NB : en complément du travail portant sur les risques prévisibles (ex. risque inondation) touchant des établissements de santé, il convient d'inscrire dans les objectifs stratégiques les aléas pouvant fortement impacter des établissements de santé qui ont un rôle majeur dans la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (ex. incendie dans un établissement de santé de première ligne ORSAN). À ce titre, il convient d'anticiper la défaillance d'un établissement de santé de première ligne qu'il soit ou non exposé à un risque préalablement identifié.

STRUCTURATION DE LA DST

Le DST ORSAN EVAC doit être conçu comme un outil opérationnel sous la forme de fiches action et de fiches acteurs.

La trame type suivantes est proposée :

- Rappel des enjeux ;
- Définition des objectifs stratégiques au niveau de la région ;
- Cartographie des structures sanitaires identifiées à risques et des établissements de santé de première ligne ORSAN ;
- Une fiche par structure sanitaires à risques comprenant :
 - Les coordonnées du directeur de l'établissement et les contacts importants de la structure ;
 - Les activités de soins réalisées notamment les soins critiques, plateau technique médico-chirurgical ;
 - Le nombre de patients qui seraient à évacuer et leur typologie prévisionnelle (alités, autonomes/non autonomes)²⁹ ;
 - Les établissements de santé et établissements médico-sociaux préalablement identifiés, hors zone à risque, pour accueillir les patients évacués en précisant leurs capacités d'accueil par typologie de patients ;
 - Le nombre et la typologie des vecteurs à mobiliser (médicalisés ou non).
- Les actions à mettre en œuvre en conduite de crise :
 - Fiches actions ;
 - Fiches techniques ;
 - ...

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

Constitution d'un groupe de travail

Le groupe de travail d'élaboration de la DST transversal ORSAN EVAC doit s'appuyer sur l'expertise des personnels de direction et des professionnels de santé des établissements de santé de première et deuxième lignes impliqués dans la prise en charge médicale continue des patients notamment des représentants des :

- SAMU
- Directeurs des établissements de santé et établissements médico-sociaux à risque en charge de la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles, cadres de santé ;
- Services d'hospitalisation à domicile ;
- ...

NB : l'association des responsables des autres structures à risque (centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles, professionnels de santé de ville) est aussi à réaliser pour assurer la continuité de l'offre de soins de ville ;

Élaboration du plan

²⁹ Cette donnée fluctuante doit être évaluée en fonction des lits et places de l'établissement à titre indicatif.

L'élaboration du plan doit être envisagée dans le cadre collaboratif du groupe de travail. Il peut être segmenté comme suit :

- Rédaction du corpus du plan ;
- Cartographie des structures sanitaires à risque (DDRM, SDACR, ...) ;
- Rédaction des fiches par structures sanitaires à risques et à enjeux (ex. établissements de santé de première ligne) ;
- Élaboration des fiches action et fiches techniques.

CAPACITÉS RÉGIONALES D'OFFRE DE SOINS À PRENDRE EN COMPTE

Il convient de prendre en compte les capacités d'offre de soins des structures sanitaires identifiées à risque et des capacités de suppléance par les établissements d'accueil. Une attention particulière sera portée aux activités de soins critiques et techniques : soins critiques, unité de surveillance continue, plateaux techniques médico-chirurgicaux, ...

Le SI-ORSAN facilite la mise en œuvre de l'évaluation du capacitaire d'accueil en mettant à disposition un « tableau de bord » pour l'orientation des patients en cas d'évacuations d'établissements de santé ou d'établissements médico-sociaux.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

L'évaluation de la DST ORSAN EVAC est réalisée dans le cadre des exercices préfectoraux ORSEC, en particulier ceux relatifs aux évacuations massives de population liés à un risque naturel (inondation, éruption volcanique, risque barrage, ...) et par le retour d'expérience.

QUELQUES RÉFÉRENCES



POUR ALLER PLUS LOIN !

- Centre Européen de prévention de Risque d'Inondation. *Le secteur de la santé face au risque d'inondation - Guide de sensibilisation*. 2018
- Centre Européen de prévention de Risque d'Inondation : *L'évacuation massive des populations*. 2014.
- Ministère de l'intérieur : *Guide méthodologique « évacuations massives »*

FOCUS SUR LE REPORT D'ACTIVITÉ ET LE TRANSFERT DE LA PATIENTÈLE DES HÔPITAUX D'INSTRUCTION DES ARMÉES (HIA) DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ CIVIL

Le protocole pluriannuel Santé-Défense-Budget du 11 avril 2022 prévoit le soutien du ministère chargé de la santé au ministère des armées pour la prise en charge d'un afflux de militaires blessés ou malades. En situation de conflit, la prise en charge de ces militaires depuis le théâtre d'opération jusqu'aux hôpitaux des armées est de la responsabilité du ministère de la défense. Néanmoins, compte tenu du caractère contraint des capacités hospitalières militaires, et face à la possibilité d'afflux massifs et répétés de militaires blessés ou malades, le concours du système civil de santé publique, notamment via ses établissements de santé pourrait être nécessaire.

Le soutien assuré par le système de santé civil au SSA reposerait dans un premier temps sur la facilitation de la réorganisation du SSA par le report d'activité et le transfert de la patientèle des hôpitaux d'instruction des armées (HIA) dans le système de santé civil afin que le SSA dispose du capacitaire maximum pour la prise en charge des militaires blessés ou malades. Cette opération doit être planifiée dans les régions sièges d'un HIA et prise en compte dans la DST « évacuation des ES et ESMS ».

À partir de l'identification du nombre de patients de l'HIA et des filières de prise en charge spécifique, l'objectif est d'identifier les établissements de santé civils d'accueil et d'évaluer l'impact de l'opération sur l'offre et l'organisation des soins au niveau régional notamment en termes de déprogrammation de certaines prises en charge. En complément des aspects communs à l'évacuation d'un établissement de santé, le travail de préparation a vocation à identifier les spécificités propres à la patientèle des HIA. Il impose *de facto* la mise en œuvre d'un groupe de travail dédié civilo-militaire.

Les attendus de cette planification sont définis dans la note technique de cadrage « soutien au Service de santé des armées en situation d'engagement majeur des forces armées ».

FOCUS SUR LE RISQUE INONDATION

Les territoires exposés au risque d'inondation accueillent des établissements de santé devant assurer une continuité des services de santé. Le risque d'inondation est envisagé dans le cadre de la disposition spécifique ORSEC Inondation. En cas de débordements généralisés (niveau orange) ou de crue rare et catastrophique (niveau rouge), les hôpitaux et autres services de santé peuvent être perturbés voir inopérants. Ainsi l'anticipation du risque d'inondation et l'évaluation de la vulnérabilité des infrastructures est nécessaire et doit prendre en compte la potentielle durée prolongée de l'évènement qui peut provoquer :

- Une submersion ou atteintes techniques (ruptures électriques, télécommunications, eau et fluides médicaux) des infrastructures des établissements sanitaires et médico-sociaux pouvant nécessiter une réorganisation des services ou un transfert de patients en cas d'impact généralisé sur l'établissement ;
- Un afflux important de victimes d'inondation devant être pris en charge pour diverses pathologies : conséquences immédiates (noyades et hypothermies), conséquences indirectes (déshydratation, cas de tétanos, traumatismes et contusions, intoxications au monoxyde de carbone, morsures d'animaux) et conséquences psychologiques ;
- Une indisponibilité du personnel de l'établissement, ne pouvant se rendre sur leur lieu de travail ;
- Dans le cas d'une inondation importante de plusieurs jours, de potentielles ruptures d'approvisionnement.

L'appréhension de ces différents impacts en cas d'inondation doit être envisagé de manière conjointe et adapté à la situation locale notamment en fonction de la place de l'établissement dans le réseau de soins (caractéristiques de l'établissement, accessibilité à des axes de transports non inondables, proximité d'autres établissements de santé etc.). De nombreux acteurs tels que la préfecture, la direction départementale des territoires, le Service central hydrométéorologique d'appui à la prévention des inondations (SCHAPI), les Services de prévision des crues (SPC) et les communes sont impliqués dans la prévention du risque d'inondation.

DISPOSITION SPÉCIFIQUE TRANSVERSALE ORSAN ACCUEIL DES RENFORTS

Accueil et gestions des renforts projetés

ENJEUX

En application du principe de subsidiarité, lorsque les moyens régionaux ne suffisent plus à faire face à la crise 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).

Concrètement, 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.

Aussi, il est important que l'ARS impactée soit en mesure d'assurer la gestion des renforts humains et matériels mis à sa disposition. Cette préparation est d'autant plus importante en outre-mer compte tenu de l'éloignement géographique.

Dans ce cadre, l'élaboration d'une disposition spécifique transversale relative aux modalités d'accueil de renforts sanitaires (DST renforts) doit être réalisée de manière obligatoire par les ARS ultramarines, et de manière facultative par les ARS métropolitaines.

Cette disposition spécifique transversale doit être partagée avec le préfet de département, l'ARS responsable de la mission zonale et le Ministère chargé de la santé, afin d'être pris en compte dans les planifications intersectorielles locales (ORSEC) et les plans de renfort (PZMRS et plans nationaux de renfort).

C'est sur la base des seuils de rupture (pré-identifiés) que l'ARS impactée pourra au besoin solliciter un appui intersectoriel auprès de la préfecture de département (COD) pour accueillir la totalité des renforts acheminés, et en informer le niveau zonal (mission zonale) et/ou le niveau national (CORRUSS).

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).

STRUCTURATION DU VOLET

La disposition spécifique transversale ORSAN RENFORTS doit être conçu comme un outil opérationnel sous la forme de fiches action et de fiches acteurs.

La trame type suivantes est proposée :

- Rappel des enjeux ;
- Définition des objectifs stratégiques au niveau de la région ;
- Identification des point d'entrée (aéroports, ports) ;
- Cartographie des capacités d'hébergement des personnels projetés en renfort ;
- Identification des capacités et des de stockage des produits de santé, matériels et équipements médicaux mise à disposition ;

- Composition type de la cellule logistique rattachée à la CRAPS ;
- Les actions à mettre en œuvre en conduite de crise :
 - Fiches actions ;
 - Fiches techniques ;
 - ...

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

Constitution d'un groupe de travail

Le groupe de travail d'élaboration de la DST ORSAN RENFORTS doit s'appuyer sur l'expertise des logisticiens et des professionnels de santé des établissements de santé de première et deuxième lignes, notamment des représentants des :

- SAMU ;
- Directeurs logistiques des établissements de santé, cadres de santé ;
- ...

Élaboration du plan

L'élaboration du plan doit être envisagée dans le cadre collaboratif du groupe de travail. Il peut être segmenté comme suit :

- Rédaction du corpus du plan ;
- Cartographie des structures sanitaires à risque ;
- Élaboration des fiches action et fiches techniques.

CAPACITÉS RÉGIONALES D'OFFRE DE SOINS À PRENDRE EN COMPTE

Il convient de prendre en compte :

- Les capacités d'hébergement et de stockage disponibles ;
- Les personnels disposants de compétences pharmaceutiques, biomédicales et logistiques susceptibles d'être mobilisés (pharmaciens, ingénieurs biomédicaux, logisticiens, services techniques, ...).

MODALITÉS D'ÉVALUATION

L'évaluation de la DST ORSAN RENFORTS est réalisée dans le cadre des exercices nationaux ou préfectoraux ORSEC et par le retour d'expérience.



Annexe 3

Fiches « Acteurs » du dispositif ORSAN

AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS)

RÔLE DE LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Les agences régionales de santé (ARS) sont en charge du pilotage régional du système de santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population. Elles assurent le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région. Elles agissent sur le champ de la santé dans sa globalité.

L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le Préfet constitue une des missions de l'ARS. Dans ce cadre, l'ARS est responsable de la préparation et de la mise en œuvre de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles. Elle s'assure notamment de l'opérationnalité des organisations mises en place par les opérateurs de soins, en procédant à leur évaluation régulière.

Cette mission est transversale et implique à ce titre, toutes les composantes de l'ARS (offre de soins, santé publique, médico-social, ...).

RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

Élaboration du dispositif ORSAN

L'ARS est en charge de l'élaboration du dispositif ORSAN, de sa mise en œuvre et de son évaluation.

Le dispositif ORSAN est arrêté par le Directeur général de l'ARS, après avis des Préfets de département. L'ARS inclut dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, conclus avec les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, les objectifs opérationnels qui leur sont assignés dans le cadre du dispositif ORSAN. Les centres et maisons de santé peuvent prévoir leur participation au dispositif ORSAN dans le cadre d'une convention conclue avec l'ARS.

L'élaboration du dispositif ORSAN est transversale et implique toutes les directions de l'ARS, en particulier l'offre de soins, la santé publique et la veille et sécurité sanitaire, qui en constituent les acteurs majeurs. Elle s'inscrit dans le schéma régional de santé dont le dispositif ORSAN constitue un axe majeur. Elle nécessite par ailleurs, la participation effective et active des acteurs de toutes les composantes du système de santé (ambulatoire, SAMU et CUMP, établissements de santé, établissements médico-sociaux). La méthodologie d'élaboration prévoit notamment la constitution d'un comité technique régional pour conduire l'élaboration du dispositif ORSAN, en particulier des plans opérationnels de réponse et des volets transversaux. Il revient donc à l'ARS de s'appuyer sur les opérateurs de soins, sur les instances collégiales existantes et le réseau des urgences.

Par ailleurs, l'ARS doit veiller à respecter les éléments de cadrage suivants :

- Les orientations stratégiques définies dans les plans gouvernementaux de défense et de sécurité (pandémie grippale, Ébola, NRBC, canicule, ...) et par le ministère chargé de la santé (objectifs par plans ORSAN) ;
- Les orientations fixées par le Préfet, coordonnateur de la gestion de crise, sous forme d'« effets à obtenir » par le système de santé ;
- L'articulation avec les autres dispositifs de planification territoriaux, notamment le dispositif ORSEC dont le dispositif ORSAN est complémentaire ;
- L'organisation de l'offre de soins définie dans le SRS et l'organisation de la permanence des soins ;

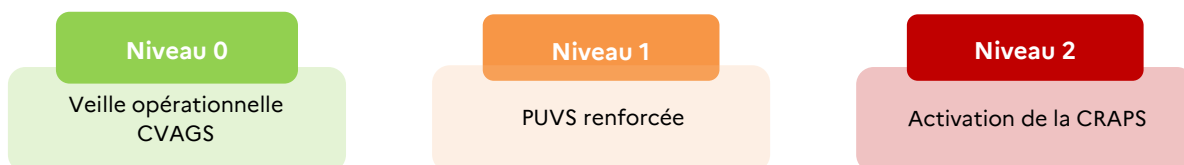
Mise en œuvre du dispositif ORSAN

Selon la nature de la situation sanitaire exceptionnelle, le Directeur général de l'ARS peut déclencher le ou les plans opérationnels de réponse ORSAN adaptés à l'événement (AMAVI, REB, NRC, EPI-CLIM, MEDICO-PSY). Il déclenche également ce plan à la demande du Préfet de département ou du Ministre chargé de la santé.

Organisation des missions de référence

L'ARS est aussi en charge d'organiser la mise en œuvre des missions de référence en tenant compte des capacités et des moyens de prise en charge et de diagnostic. À cet effet, il propose pour chacun des risques ou menaces, un établissement de santé de référence régional.

REPONSES OPERATIONNELLES



ORGANISATION EN GESTION DE CRISE

Missions	Actions
• Met en œuvre les mesures prévues dans le ou les plans opérationnels de réponse ORSAN correspondant à la situation sanitaire exceptionnelle rencontrée en les complétant le cas échéant, par celles des dispositions spécifiques transversales (DST) ORSAN; • Assure la conduite de crise en cas de déclenchement d'un plan opérationnel de réponse ORSAN; • Contribue à la conduite de crise assurée par le préfet en cas de déclenchement d'un plan ORSEC pour le volet sanitaire.	• Déclenchement du ou des plans opérationnels de réponse ORSAN; • Mise en œuvre des dispositions spécifiques transversales (DST) ORSAN; • Sollicitation du déclenchement du: - Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles auprès des directeurs et directeur généraux des établissements de santé; - Plan bleu auprès des directeurs d'établissements médico-sociaux ; - Plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles en ville

CIRCUIT D'INFORMATION DE CRISE



RENFORCEMENT EN CAS DE DEPASSEMENT CAPACITAIRE

- Mobilisation des agents de l'ARS identifiés comme réservistes CRAPS ;
- Sollicitation le cas échéant, de renforts auprès du SGMCAS issus des autres ARS.

DOCUMENTS DE REFERENCE**Références juridiques et réglementaires**

- ✎ Code de la santé publique : articles L. 3131-11 et R. 3131-4.

Aide à la préparation

- ✎ Instruction 2024 relative au renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles et à l'organisation territoriale de leurs gestions.
- ✎ Guide d'élaboration du dispositif ORSAN régional 2024

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE ZONE (ARSZ)

RÔLE DANS LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Les ARS de zone sont chargées d'assurer une mission de renfort et de soutien logistique auprès d'une ou de plusieurs ARS impactées par une situation sanitaire exceptionnelle.

Les ARS de zone assurent la mobilisation des renforts (professionnels de santé, moyens sanitaires tactiques) au bénéfice de la région impactée notamment les :

- SMUR de leurs zones respectives, avec l'appui des SAMU de zone dans le cadre du volet aide médicale urgente du PZM ;
- CUMP de leurs zones respectives, avec l'appui des CUMP zonales dans le cadre du volet médico-psychologique du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires ;
- Équipes spécialisées chirurgicales adultes et pédiatriques, équipes spécialisées pour la prise en charge des brûlés, etc.

Les missions de l'ARS de zone sont les suivantes :

- Assister le préfet de zone de défense et de sécurité dans le cadre de ses missions de planification et de gestion de crise ;
- Animer et coordonner l'action des ARS dans les domaines de la préparation et de la gestion de crise ;
- Élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZM).

En cas de déclenchement du PZM, l'ARS de zone en lien avec les ARS de la zone :

- Coordonne le redéploiement zonal de moyens humains au sein de la zone ;
- Coordonne le déploiement des moyens tactiques au sein de la zone (postes sanitaires mobiles (PSM), dotations NRBC, unités décontamination, respirateurs) ;
- Coordonne, en cas de dépassement des capacités de la zone, la réception et le déploiement des moyens nationaux mobilisés au titre du plan national de mobilisation des ressources sanitaires dans le cadre du dispositif ORSAN national (stocks stratégiques, ressources humaines notamment la réserve sanitaire) ;
- Assure le suivi continu des actions de soutien et de coordination des renforts au sein de la zone en cas de déclenchement du PZM ;
- Assure en tant que de besoin la représentation sanitaire en centre opérationnel zonal renforcé (COZ-R) ;
- Communique à l'état-major interministériel de zone (EMIZ) les informations nécessaires à la conduite de crise issues des ARS de la zone de défense ;

Elles organisent à ce titre, le suivi et la gestion des moyens sanitaires tactiques de la zone en lien avec les ARS de la zone.

RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

Le Directeur général de l'ARS de zone prépare le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZM) en concertation avec les ARS de la zone de défense et de sécurité, et le Préfet de zone de défense et de sécurité. Le PZM s'articule avec le plan ORSEC de zone mentionné à l'article L. 741-3 du code de la sécurité intérieure. Il est arrêté par le Préfet de zone de défense et de sécurité. Il est transmis, pour information, aux Directeurs généraux des ARS de la zone de défense et de sécurité et aux Préfets de département. Il est révisé chaque année. Ses données sont mises à jour en permanence. Il est révisé tous les cinq ans.

Ce plan a pour objectif de permettre le suivi et la mobilisation des moyens sanitaires zonaux et la répartition des moyens nationaux attribués en renfort pour faire face aux situations ayant un impact

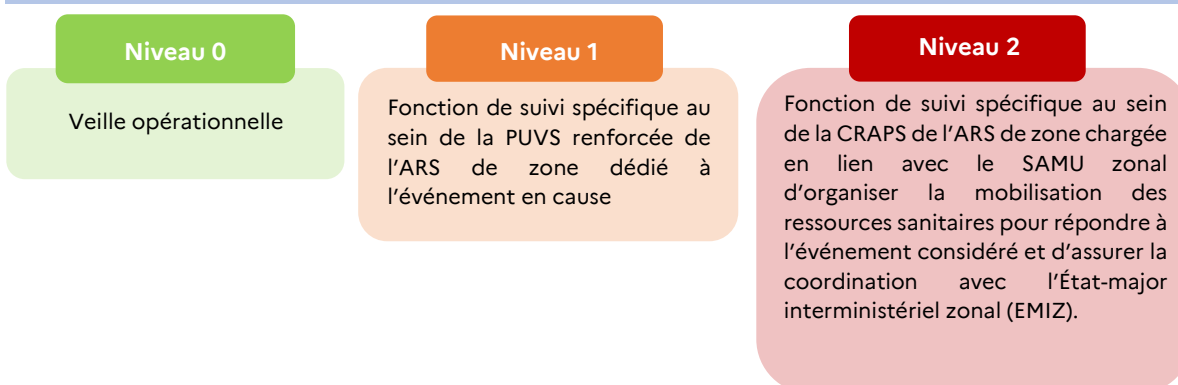
exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins à l'échelle de la zone de défense et de sécurité. Il comprend :

- La cartographie des moyens du système de santé de la zone de défense et de sécurité ;
- Les modalités de mobilisation et d'acheminement des moyens matériels dits « tactiques » au sein de la zone ainsi que les ressources humaines propres à la zone pouvant être mobilisées en renfort au bénéfice d'une région touchée par une situation sanitaire exceptionnelle ;
- Les modalités de son déclenchement et de sa mise en œuvre.

Ce plan précise la répartition et les modalités opérationnelles de mobilisation des moyens de renfort du système de santé au sein de la zone dits « tactiques » (PSM, ...), ainsi que les ressources humaines propres à la zone. L'ARS de zone peut être mobilisée lors de la recherche de vecteurs pour des évacuations sanitaires.

Le directeur général de l'ARS de zone désigne un établissement de santé, siège du SAMU de zone. Cet établissement est chargé de mettre en œuvre la coordination des renforts dans le cadre du PZM.

REPONSE OPERATIONNELLE



ORGANISATION EN GESTION DE CRISE

Missions	Actions
• Mobiliser en tant que de besoin les ressources des établissements de santé afin de constituer les renforts (équipes médicales et chirurgicales, moyens tactiques, ...) ; • Assurer le renfort et le soutien logistique auprès d'une ou de plusieurs ARS impactées par une situation sanitaire exceptionnelle.	• Proposer au Préfet de zone de défense et de sécurité le déclenchement du PZM ; • Activer le SAMU de zone pour mettre en œuvre la coordination des renforts dans le cadre du PZM.

CIRCUIT D'INFORMATION DE CRISE



RENFORCEMENT EN CAS DE DEPASSEMENT CAPACITAIRE

- Mobilisation des agents de l'ARS identifiés comme réservistes CRAPS ;
- Sollicitation, le cas échéant, de renforts auprès du SGMCAS.

DOCUMENTS DE REFERENCE**Références juridiques et réglementaires**

- ☞ Code de la santé publique : articles L. 1435-2, L. 3131-11 et R. 3131-12 à R. 3131-14-1.

Aide à la préparation

- ☞ *Instruction 2024 relative au renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles et à l'organisation territoriale de leurs gestions.*
- ☞ *Guide d'élaboration du dispositif ORSAN régional 2024*

STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE ET AUTRES STRUCTURES ASSOCIÉES

SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE (SAMU)

RÔLE DANS LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

SAMU

Le SAMU est une structure hospitalière à vocation départementale dont les missions sont définies par voie réglementaire et consistent à assurer l'aide médicale urgente.

L'activité d'aide médicale urgente (AMU) est une mission de service public soumise à autorisation, assurée par un établissement de santé qui garantit un égal accès à des soins de qualité pour tous et en tout point du territoire.

Le SAMU a pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence et dans cet objectif :

- Assure une écoute médicale permanente, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (24/7) ;
- Détermine et déclenche la réponse la plus adaptée à l'appel dans le délai le plus rapide ;
- S'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;
- Organise, le cas échéant le transport du patient et son accueil hospitalier.

Il dispose pour cela du centre de réception et de régulation des appels (CRR) qui constitue le support de l'exercice de la régulation médicale. Il est par ailleurs une composante du service d'accès aux soins dont l'objectif est de répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire.

Outre les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pour la mise en œuvre des soins médicaux urgents préhospitaliers, le SAMU dispose d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) pour assurer la prise en charge médico-psychologique des victimes et d'un centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) chargé de la formation des professionnels de santé et des autres acteurs de la santé aux gestes et soins d'urgence.

Le SAMU constitue le pivot de l'organisation de la réponse du système de santé face à une situation exceptionnelle. À ce titre, le directeur médical du SAMU est l'interlocuteur privilégié de l'ARS et de la préfecture pour toutes les questions relatives à l'aide médicale urgente. Il contribue avec les SMUR et les CUMP à la préparation et à la mise en œuvre du dispositif ORSEC pour la prise en charge médicale préhospitalière des victimes. Il assure d'autre part, par la mise en œuvre de la régulation médicale, l'orientation des malades ou des blessés vers le parcours de soins adapté à leurs pathologies ou à leurs blessures et initie à ce titre la montée en puissance du système de santé qui constitue l'objet du dispositif ORSAN.

La mise en œuvre de la réponse sanitaire pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle nécessite donc une organisation structurée de l'aide médicale urgente en adéquation avec l'ampleur et la cinétique de la situation. Le SAMU territorialement compétent assure la mise en œuvre et la régulation de la réponse médicale d'urgence avec l'appui de l'ARS. Ce dispositif de montée en puissance, doit également prendre en compte les organisations mises en place dans le cadre de l'aide médicale urgente de proximité, en particulier le réseau des médecins correspondant du SAMU et les services d'incendie et de secours (SIS) dans le cadre des conventions SAMU-SDIS.

Dans la phase de réponse immédiate, ce dispositif de réponse doit naturellement s'appuyer sur l'assistance que les SAMU voisins portent au SAMU confronté à une situation grave, nécessitant une augmentation rapide de ses capacités de prise en charge des victimes. Ces dispositions d'assistance ont vocation à être formalisées dans le cadre d'un réseau, sans toutefois obérer leur caractère nécessairement spontané et immédiat. Ce réseau peut organiser la coordination de l'aide médicale urgente en s'appuyant notamment sur un SAMU désigné par l'ARS parmi les SAMU de la région concernée pour assurer auprès d'elle un appui technique. Si des renforts sont nécessaires à ces services, ceux-ci sont prioritairement mobilisés dans les structures de médecine d'urgence de la zone par la mise à disposition d'équipes de professionnels de santé. Leur intervention sera autorisée et

coordonnée par l'ARS de zone et régulée par le SAMU de zone. Le SAMU de zone assure auprès de l'ARSZ une mission d'appui technique, en particulier en ce qui concerne la mise en œuvre du plan zonal de mobilisation. En cas de nécessité, la mobilisation des SMUR et des CUMP des autres zones est assurée par la DGS (CORRUSS-CCS).

Lors de l'assistance médicale fournie dans le cadre des opérations de sauvetage maritime de grande ampleur, le SAMU de coordination médicale maritime (SCMM) organise l'accueil et la prise en charge des victimes en lien avec le ou les SAMU territorialement compétents du ou des points d'arrivée terrestres et, le cas échéant, avec le ou les SAMU de zone des zones impactées.

Les SAMU disposent pour l'exercice de leurs missions en SSE de systèmes d'information complémentaires aux applications de régulation médicale (SI SAMU, SI-VIC et SI-ORSAN).

Le **portail SI-SAMU** permet de collaborer entre acteurs de l'urgence, à l'intérieur du SAMU ou entre SAMU, d'échanger des informations, de partager des documents, d'alerter sur un événement. C'est aussi un module pour gérer les SSE, qu'elles soient sanitaires ou à cinétique rapide (ex. attentats), directement issu des retours d'expérience des attentats de 2015 et de la pandémie COVID-19. L'outil exploité au quotidien pour collaborer entre professionnels de santé devient le même outil utilisé en situation de crise, ce qui facilite la prise en charge de ces crises. Le Portail SI-SAMU est le seul outil de production de soins permettant le partage d'informations entre des SAMU limitrophes et offrant la possibilité d'associer les ARS et ARS de zone, le CORRUSS de la DGS, pour gérer la prise en charge de patients à l'échelle de la Nation.

Le **SI-ORSAN** met à disposition un « tableau de bord » pour la gestion des SSE de type AMAVI avec potentiellement le recours à des filières de prise en charge complexes (grands brûlés, irradiés, intoxiqués graves), mais aussi l'orientation des patients en cas d'évacuations d'établissements de santé ou d'établissements médico-sociaux. Ce tableau de bord concourt à l'anticipation et au suivi des capacités d'accueil en établissement de santé, à l'identification des renforts et à leur projection en condition réelle de circulation sur tout point du territoire national. À partir du lieu de survenue d'une SSE et du bilan victimaire (nombre d'adultes/enfants, UA/UR), le tableau de bord permet notamment :

- L'affichage des capacités d'accueil dans les établissements de santé à T0 (capacités ORSAN AMAVI consolidées dans les plans régionaux), puis mises à jour avec la montée en puissance des établissements (enquête flash aux établissements et décompte des orientations) pour faciliter l'orientation des patients par le médecin régulateur du SAMU (places disponibles selon le délai d'arrivée du patient, le plateau technique de l'établissement de santé, filière bloc/urgence adulte/enfant jour/nuit-WE, places restantes) ;
- L'évaluation du dimensionnement et la disponibilité des renforts en équipes médicales (SMUR, CUMP, équipes chirurgicales, ...), en produits de santé et autres moyens territoriaux tactiques (PSM, ...) pour les prochaines heures avec leur délai d'acheminement (pour l'ARS et le SAMU zonal). Il constitue ainsi une aide à la décision pour l'engagement des moyens (liste et délais d'arrivée de chaque SMUR, PSM, HéliSMUR).

SI-ORSAN permet en outre de faciliter les exercices et entraînements en disposant d'une base de données portant sur 30 ans de retour d'expérience de SSE survenue en Europe.

Dans le cadre de l'organisation de l'offre de soins, l'identification d'un SAMU de coordination régionale (SAMU de zone lorsque la région est superposée à la zone) a pour mission de réguler, sur la base des capacités recherchées et identifiées par la « cellule de recherche et de suivi des lits », et en lien avec les SAMU territorialement compétents, et les services de soins critiques des établissements concernés, l'orientation des patients en soins critiques (lits de réanimation pérennes et upgradés) avec une vision précise et en temps réel des lits disponibles, avec une attention particulière portée à la mise à jour quotidienne des données ROR et SI-VIC. De même, le SAMU de coordination régionale (ou zonal selon les organisations) veille à mobiliser de manière homogène et optimale la totalité des places disponibles sur l'ensemble de la région, par le biais de transferts mobilisant les vecteurs habituels et les vecteurs zonaux en lien avec chacun des SAMU territorialement compétent.

La « cellule de recherche et de suivi des lits de réanimation », en étroite collaboration avec le SAMU de coordination régionale (ou le SAMU zonal selon les organisations), les services de soins critiques des établissements et les SAMU territorialement compétents, effectue le pilotage et la régulation fine de la distribution des patients au sein des services de soins critiques des établissements.

Sécurisation physique et technique des CRRA

Le SAMU notamment son CRRA est une structure clé du dispositif ORSAN qui doit bénéficier d'un niveau de sécurisation élevé en termes d'accès et d'infrastructure.

Les SAMU disposent d'équipements de communication (téléphone, radiocommunication, ...) et de dispositifs informatiques qui doivent être opérationnels en permanence et en capacité d'assumer une augmentation d'activité lors d'une crise sanitaire. Une attention particulière sera portée sur la capacité du CRRA départemental à prendre en charge un flux important d'appel, notamment sur l'existence de dispositifs de débordement ou de mise en réseau des CRRA au niveau de la région.

Les systèmes d'information constituent souvent un point de fragilité qu'il convient de bien identifier pour mettre en place, en cas de nécessité, des solutions de résilience. Outre la nécessaire sécurisation des systèmes existants, des solutions de suppléance doivent être identifiées en particulier pour ce qui concerne la téléphonie, l'informatique et les radiocommunications.

SMUR

Les SMUR sont des équipes de réanimation composées d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un ambulancier ou d'un pilote (Héli-SMUR) envoyée directement sur les lieux d'une détresse. La mission du SMUR, déclenché par le SAMU, est la prise en charge, sur place, en dehors de l'hôpital, des détresses médicales, la réalisation de soins d'urgence avant et pendant le transport du patient vers l'établissement adapté, désigné par le SAMU. Équipées de tout le matériel de réanimation nécessaire, les moyens d'intervention du SMUR (appelés unités mobiles hospitalières), sont des ambulances de réanimation, des véhicules légers médicalisés ou des HéliSMUR. Dans les zones situées au-delà des 30 minutes d'accès, les médecins correspondants de SAMU (MCS) apportent les premiers soins en attendant l'arrivée d'une équipe hospitalière. Ce rôle de MCS peut être assuré par un médecin sapeur-pompier volontaire dès lors qu'il répond aux exigences de formation et de compétences d'un MCS et qu'il s'inscrit comme effecteur de la régulation médicale du SAMU-Centre 15.

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, la SMUR a pour mission :

- D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel elle est rattachée, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente la prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé ;
- D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

Professionnels correspondants du SAMU du SAMU

Les professionnels correspondants du SAMU participent à l'aide médicale urgente et font donc partie, à titre complémentaire des moyens publics compétents, du réseau des urgences. Cette organisation permet de disposer de relais compétents et formés afin de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR systématiquement déclenché. Le dispositif a vocation à se développer dans les zones isolées où l'intervention du SMUR n'est pas compatible avec le délai nécessaire à une situation médicale d'urgence.

Le professionnel correspondant du SAMU constitue un relais pour le service d'aide médicale urgente dans la prise en charge de l'urgence vitale. Il assure, sur régulation du SAMU, en permanence, dans une

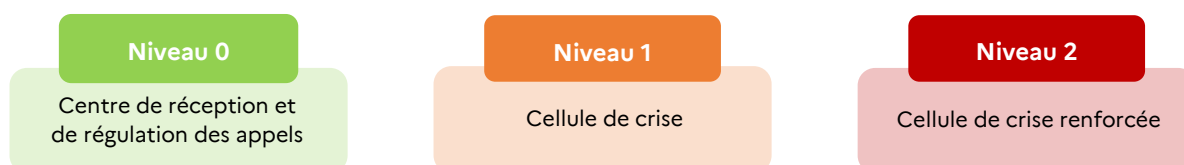
zone préalablement identifiée et hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge médicale initiale du patient.

RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

De par leur rôle de structure pivot de l'organisation de la réponse du système de santé face à une situation exceptionnelle, les SAMU ont un rôle important dans l'élaboration des plans opérationnels de réponse ORSAN et des dispositions spécifiques transversales d'organisation de continuité de la prise en charge médicale des patients en cas d'évacuation d'un ou plusieurs établissements de santé et/ou établissements médico-sociaux (DST « Évacuation des établissements de santé ») mais aussi pour l'organisation d'évacuation sanitaires potentiellement massives (DST « organisation des évacuation sanitaires »).

Leur participation au comité technique régional ORSAN et aux groupes de travail spécifiques ORSAN est essentielle.

REPONSE OPERATIONNELLE



ORGANISATION EN GESTION DE CRISE

Missions	Actions
- Mettre en œuvre le volet aide médicale urgente du dispositif ORSEC et des plans : prise en charge médicale préhospitalière des victimes ; - Assurer la régulation médicale des victimes et initier leurs parcours de soins ;	- Engager les SMUR et les CUMP ; - Projeter les moyens tactiques de réponse (PSM) ;

CIRCUIT D'INFORMATION DE CRISE



RENFORCEMENT EN CAS DE DEPASSEMENT CAPACITAIRE

- Procédure de montée en puissance propre au SAMU
- Plan de mobilisation de l'aide médicale urgente

DOCUMENTS DE REFERENCE

Référence juridiques

- ✎ *Articles R. 3131-14-1, R. 6123-14 et R. 6123-15 du code de la santé publique*
- ✎ *Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du SAMU ;*
- ✎ *Circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.*

SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE DE ZONE (SAMU DE ZONE)

RÔLE DANS LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Le SAMU de zone est une structure hospitalière à vocation zonale dont les missions sont définies par voie réglementaire. Il constitue le SAMU de rattachement de la CUMP de zone.

Il est chargé, à la demande de l'ARS de zone, de mobiliser et d'assurer la coordination des renforts dans le cadre du plan zonal de mobilisation notamment :

- Mobiliser au sein de la zone en lien avec les SAMU, les renforts en professionnels de santé (SMUR) au bénéfice du ou des territoires impactés par l'événement ;
- Proposer la répartition et la mobilisation des équipes de renfort et des moyens tactiques au sein de la zone de défense et de sécurité au regard des besoins potentiels (secteurs de mobilisation préférentiels et organisation des transports sur les sites de destination) ;
- Assurer la synthèse des moyens disponibles dans la zone (SMUR véhicules terrestres et hélicoptères, moyens humains et équipements) ;
- Assure la coordination des hélicoptères sanitaires des SMUR (héliSMUR) au niveau zonal.

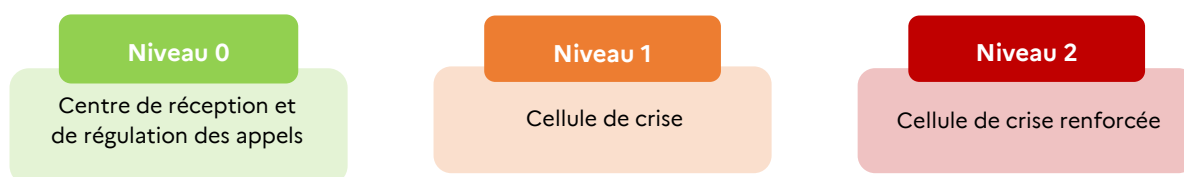
RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

Le SAMU de zone contribue à l'élaboration du PZM et participe aux travaux de planification diligentés par l'ARSZ.

Il coordonne au sein de la zone, le développement des organisations et la mise en œuvre des outils techniques (applications métiers, moyens de communications, ...) permettant de répondre à sa mission.

Il participe également aux actions de formation mises en œuvre par les ESRR et contribue à l'entraînement du personnel des établissements de santé de la zone à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles via son CESU zonal notamment dans le cadre du réseau zonal d'enseignement des soins d'urgence.

REPONSE OPERATIONNELLE



ORGANISATION EN GESTION DE CRISE

Missions	Actions
• Assurer la mobilisation et la coordination des renforts dans le cadre du plan zonal de mobilisation notamment ; • Apporter, le cas échéant, un appui au SAMU territorialement compétent pour la régulation médicale des victimes et initier leurs parcours de soins ;	• A la demande de l'ARS de zone, mobiliser, et organiser la projection en appui du SAMU territorialement compétent des : - SMUR de la zone en lien avec leurs SAMU de rattachement ; - Moyens tactiques de réponse de la zone (PSM, respirateurs, ...) ;

CIRCUIT D'INFORMATION DE CRISE**REINFORCEMENT EN CAS DE DEPASSEMENT CAPACITAIRE**

- Procédure de montée en puissance propre au SAMU de zone.

DOCUMENTS DE REFERENCE**Référence juridiques**

 Code de la santé publique : article R. 3131-14-1

CENTRE D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE (CESU)

RÔLE DANS LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Le CESU est une structure hospitalière à vocation départementale ou zonale (CESU de zone) dont les missions sont définies par voie réglementaire.

L'objectif essentiel des CESU est de contribuer aux actions de santé publique en améliorant et en développant l'enseignement de la prise en charge des situations d'urgence en santé, au quotidien et en situation exceptionnelle. La formation est une composante importante du dispositif ORSAN qui s'intègre au programme annuel ou pluriannuel identifiant les actions à mener par l'ARS et les acteurs du système de santé pour maintenir ou développer les capacités nécessaires à sa réponse.

La formation des professionnels de santé et autres personnels sanitaires aux gestes et soins d'urgence et aux situations sanitaires exceptionnelles repose en complément des formations universitaires sur la formation aux gestes et soins d'urgence (FGSU). La FGSU en situation sanitaire exceptionnelle a pour objet l'acquisition de connaissances nécessaires pour intervenir en cas d'urgences collectives et de situation sanitaire exceptionnelle. La formation est assurée par des formateurs aux situations sanitaires exceptionnelles dont la formation est assurée par les établissements de santé de référence (ESR) et sous l'égide de l'École du Val-de-Grâce pour le Service de santé des armées.

Dans ce cadre, les enseignants CESU proposent des actions de formation adaptées à chaque métier, en fonction des référentiels de compétences professionnelles. Ils développent l'apprentissage de comportements pertinents face à une urgence en santé pour toute personne susceptible d'y être confrontée dans le cadre de son activité professionnelle (enseignant, personnel de crèche, auxiliaire de vie...).

RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

Les CESU ont pour mission d'organiser la formation aux gestes et soins d'urgence et aux situations sanitaires exceptionnelles (AFGSU) auprès des opérateurs de soins. Ces formations doivent être adaptées aux différents risques – REB, NR, C, médico-psychologique – telles que :

- Prise en charge d'une urgence collective en préhospitalier ;
- Prise en charge d'un afflux massif de victimes non-contaminées en établissement de santé ;
- Stratégie médicale de « damage control » ;
- Renforcement soins critiques adultes et pédiatriques ;
- Urgences médico-psychologique ;
- Décontamination hospitalière d'urgence et moyens de protection individuels et collectifs NRC ;
- Décontamination hospitalière approfondie ;
- Prise en charge des patients victimes d'agents nucléaires, radiologiques et chimiques ;
- Prise en charge de patients suspects d'infection liée à un risque épidémique et biologique et protection de la collectivité en établissement de santé et établissement de santé de référence.

Cette formation est destinée aux personnels médicaux, paramédicaux, à tout professionnel travaillant dans le milieu sanitaire et médico-social et à toute personne pouvant être amenée à faire face à une situation médicale d'urgence dans le cadre de sa profession et de participer à la prise en charge des victimes d'une urgence collective et d'une situation sanitaire exceptionnelle.

Les enseignants sont des professionnels de santé qui prennent en charge quotidiennement des patients en situation médicale aiguë dans une structure d'urgence hospitalière (SMUR, service d'urgence). Les équipes de formation sont pluri-professionnelles : médecins, infirmiers, ambulanciers, aides-soignants... Les CESU s'appuient sur la recherche et l'innovation en sciences de l'éducation.

DOCUMENTS DE REFERENCE**Références juridiques****Aide à la préparation**

- *Code de la santé publique : articles D. 6311-19 à D. 6311-24*
- *Arrêté du 30 décembre 2014 modifié relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence*

CELLULES D'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE (CUMP)

RÔLE DANS LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Prise en charge des urgences médico-psychologiques

La prise en charge des urgences médico-psychologiques est une activité médicale qui fait partie du dispositif de l'aide médicale urgente. Le dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique est institué au profit des victimes de catastrophes, d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou d'événements susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent. 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. Il convient de prévenir, réduire et traiter ces blessures rapidement à proximité du lieu de la catastrophe ou de l'accident sous peine de voir s'installer des pathologies psychiatriques chroniques. L'intervention rapide des CUMP composées de personnels et de professionnels de l'urgence médico-psychologique permet la prise en charge immédiate et post-immédiate adaptée des victimes et de préparer les relais thérapeutiques ultérieurs. Ces équipes ont également pour mission d'assurer, en tant que de besoin, des soins psychologiques aux équipes médicales et aux sauveteurs.

La CUMP est une structure hospitalière à vocation départementale, régionale ou zonale (CUMP de zone) dont les missions sont définies par voie réglementaire.

Organisation territoriale

Chaque établissement de santé siège de SAMU comporte une CUMP, constituant une unité fonctionnelle, rattachée au SAMU. Ce dispositif repose sur des personnels et professionnels de santé volontaires (psychiatres, psychologues, infirmiers) spécialistes ou compétents en santé mentale, ayant reçu une formation initiale et continue spécifique et qui se sont portés volontaires pour cette activité. D'autres catégories de personnels que ceux composant la CUMP (assistants sociaux-éducatifs, assistants administratifs, secrétaires, ambulanciers, ...) peuvent assister les membres de la CUMP, en tant que de besoin et dans la limite de leurs compétences, notamment lors de ses interventions. La participation de ces personnels et professionnels de santé volontaires fait l'objet d'une convention passée entre l'établissement de santé de rattachement de ces personnels et l'établissement de santé siège du SAMU.

La CUMP est coordonnée par un psychiatre référent, responsable de l'unité fonctionnelle CUMP désigné par l'ARS. En l'absence de psychiatre volontaire pour assurer la fonction de référent, la CUMP peut être coordonnée par un psychologue référent ou un infirmier référent désigné par l'ARS. Les modalités d'intervention des CUMP sont définies dans un schéma type d'intervention établi par le responsable médical du SAMU en liaison avec le référent de la CUMP et les établissements de santé concernés. L'ARS, en lien avec la CUMP régionale, s'assure de la cohérence des schémas types des CUMP de la région conformément aux orientations nationales.

Dans chaque région la CUMP régionale assure une mission de coordination des CUMP départementales et des CUMP départementales renforcées. Au sein de chaque zone, la CUMP zonale assure un appui technique à l'ARS de zone pour l'élaboration du volet médico-psychologique du PZM et assure dans ce cadre, la coordination de la mobilisation des CUMP constituées au sein de la zone en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

En situation sanitaire exceptionnelle nécessitant la mise en œuvre du plan ORSAN MÉDICO-PSY sur un territoire donné, la CUMP territorialement compétente (CUMP départementale) mobilise les équipes d'urgence médico-psychologique pour assurer les soins appropriés aux victimes. En tant que de besoin, la CUMP régionale assure le renfort des équipes locales.

En cas de dépassement des capacités de réponse régionale, le renfort est organisé au niveau de la zone de défense et de sécurité par l'ARS de zone avec l'appui de la CUMP zonale dans le cadre du volet

médico-psychologique du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires. Dans ce cadre, la CUMP zonale est chargée de coordonner la mobilisation des CUMP de la zone.

Enfin, face à une situation sanitaire exceptionnelle nécessitant des renforts supra zonaux, le réseau national de l'urgence médico-psychologique est mobilisé. Le réseau national de l'urgence médico-psychologique est constitué par l'ensemble des CUMP. Il est animé par un psychiatre référent national assisté d'un adjoint. Le réseau national de l'urgence médico-psychologique intervient :

- En cas de situation sanitaire exceptionnelle nécessitant des renforts en moyens médico-psychologiques dépassant ceux de la zone de défense et de sécurité ;
- Lorsque les opérations sanitaires internationales nécessitent des moyens médico-psychologiques.

Les CUMP établissent une collaboration formalisée par convention avec les associations d'aide aux victimes afin d'assurer la synergie entre soins médico-psychologiques et soutien psycho-social. Il en est de même avec les associations agréées de sécurité civile (AASC) pour l'appui à la mise en œuvre des postes d'urgence médico-psychologique (PUMP).

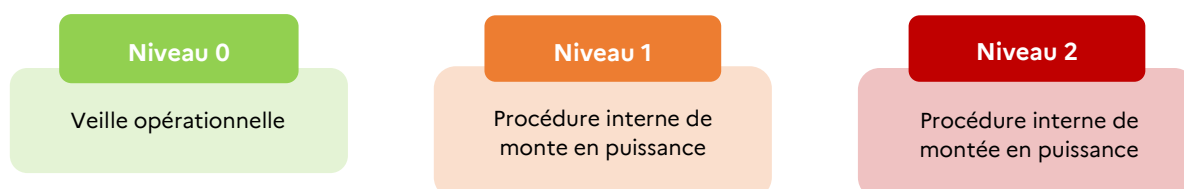
RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

De par leur rôle de structure pivot dans l'organisation de la réponse à l'urgence médico-psychologique, les CUMP ont un rôle important dans l'élaboration des plans opérationnels de réponse ORSAN.

La CUMP régionale apporte son concours à l'ARS pour l'élaboration du plan ORSAN MÉDICO-PSY.

La participation des CUMP au comité technique régional ORSAN et aux groupes de travail spécifiques ORSAN mentionnés respectivement au § VII.2 et VII.3 est essentielle pour le plan ORSAN MÉDICO-PSY mais aussi pour les plans ORSAN AMAVI et ORSAN NRC.

REPONSE OPERATIONNELLE



ORGANISATION EN GESTION DE CRISE

Missions	Actions
• Organise la réponse à l'urgence médico-psychologique en phase immédiate, post-immédiate et initie le suivi de prise en charge (mise en œuvre sur le terrain des mesures du plan ORSAN MEDICO-PSY) ; • Assure la prise en charge médico-psychologique des victimes, des proches des victimes et des professionnels intervenant ;	• Déclenche en liaison avec le SAMU territorialement compétent la CUMP départementale ; • Pour la CUP régionale : mobilise en liaison avec l'ARS, les CUMP de la région ; • Pour la CUMP zonale : mobilise en liaison avec l'ARS de zone, les CUMP de la zone ; • Pour le psychiatre référent national : mobiliser à la demande de la DGS (CORRUSS-CCS), le réseau national de l'urgence médico-psychologique.

CIRCUIT D'INFORMATIN DE CRISE



RENFORCEMENT EN CAS DE DEPASSEMENT CAPACITAIRE

- Procédure interne de montée en puissance de la CUMP départementale ;
- En tant que de besoin, la CUMP régionale assure le renfort des équipes locales.

En cas de dépassement des capacités de réponse régionale, le renfort est organisé au niveau de la zone de défense et de sécurité par l'ARS de zone avec l'appui de la CUMP zonale dans le cadre du volet médico-psychologique du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires.

DOCUMENTS DE REFERENCE

Références juridiques	Aide à la préparation
🔗 Code de la santé publique : articles D. 6311-25 à D. 6311-32 🔗 Instruction n° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique	🔗 Livre blanc sur l'urgence médico-psychologique

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET STRUCTURES D'HOSPITALISATION À DOMICILE

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ES)

RÔLE DANS LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Les établissements de santé (publics et privés) constituent des acteurs majeurs du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles. Il est donc essentiel que les établissements de santé soient en mesure de se mobiliser en tant que de besoin pour assurer l'accueil et la prise en charge des patients dans le cadre des différents plans opérationnels de réponse ORSAN.

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

Organisation de la réponse

L'organisation de la réponse des établissements de santé repose sur trois éléments :

- Un dispositif de montée en puissance gradué à deux niveaux pouvant être mis en œuvre dès lors que l'établissement est confronté à une situation, pour laquelle la gestion courante seule ne suffit pas :
 - Le niveau 1 ou « plan de mobilisation interne » pour la gestion des tensions hospitalières ou des situations avérées comme potentiellement critiques sans toutefois mettre à court terme, l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant ;
 - Le niveau 2 ou « plan blanc » pour la gestion des situations exceptionnelles avec un impact potentiellement majeur sur l'établissement de santé.
- La structuration d'une cellule de crise hospitalière (CCH) pilotée par le Directeur général ou le directeur de l'établissement qui constitue l'organe de commandement de l'établissement lors de la survenue d'un événement ayant un impact sur l'organisation hospitalière ;
- Des outils de réponse préparés en amont pour faire face à toutes situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation interne de l'établissement. Ces outils de réponse permettent de réguler l'offre de soins (libération de lits, mobilisation supplémentaire de moyens humains et matériels, adaptation des capacités d'accueil, évacuation, confinement, etc.) ou de répondre à des situations spécifiques (NRBC, afflux massif de blessés, épisode environnemental, épidémie, médico-psychologique, cyber, etc.).

Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles

Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles contient notamment :

- Les modalités d'organisation de la cellule de crise hospitalière ;
- Les procédures de gestion des événements ;
- Les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ;
- Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;
- Le recensement par volets des moyens de réponse en particulier des produits de santé et des médicaments ainsi que les modalités d'organisation et de déploiement, adaptés à chacun des plans de réponse du dispositif « ORSAN », et leurs modalités de déploiement ;
- Le plan de formation des personnels et professionnels de santé de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.

Les dispositions du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles sont mises en œuvre par le directeur de l'établissement de santé, le cas échéant, à la

demande du directeur général de l'ARS. Le directeur général de l'ARS informe sans délai le préfet de département, le service d'aide médicale urgente (SAMU) territorialement compétent du déclenchement d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles.

Le plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé disposant d'une structure de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, SU) doit également intégrer les dispositions permettant la mobilisation de ressources propres pour renforcer ces structures. Ces services doivent être en mesure d'assurer la réponse à l'événement tout en assurant conjointement l'activité courante.

Aussi, les établissements de santé doivent assurer la continuité des soins et anticiper une éventuelle augmentation de la demande de soins malgré un fonctionnement potentiellement dégradé. Ils vérifient leur inscription au service prioritaire, la fiabilité des installations de secours, les délais de réalimentation en cas d'avarie électrique sur les tronçons d'alimentation, les conditions de maintenance et procèdent à des tests périodiques de leur source de remplacement. Dans ce cadre ils veillent à actualiser les dispositions de leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles et de leur plan de continuité d'activité.

Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles doit être complété par un plan de sécurisation d'établissement (PSE) qui précise les mesures de sécurisation complémentaire en situation d'attentat ou de crise locale.

Le plan de continuité d'activité complète également le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles pour assurer la continuité des activités (PCA) de l'établissement de santé

Le plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles est évalué et révisé chaque année. Son évaluation et sa révision font l'objet d'une présentation aux instances compétentes des établissements de santé.

Identification du niveau de réponse des établissements de santé

Au sein de chaque plan opérationnel de réponse ORSAN, le rôle et les objectifs de prise en charge assignés par l'ARS à chaque établissement de santé en fonction sont définis. Une gradation à 3 niveaux est établie dans ce cadre pour les établissements de santé :

- **Établissements de « première ligne »** : établissements de santé disposant d'une structure d'accueil des urgences et d'un plateau technique chirurgical (assurant une prise en charge H24). Cette catégorie intègre des établissements dits « experts » dont les établissements de santé de référence qui disposent d'un plateau technique hautement spécialisé pour les patients nécessitant une prise en charge spécialisés (neurochirurgie, chirurgie cardio-thoracique, traumatologie pédiatrique, brûlés graves, etc.).
- **Établissements de « deuxième ligne »** : établissements de santé disposant d'un plateau technique médico-chirurgical mais sans structure d'accueil des urgences. Ces établissements, mobilisables en seconde intention, contribuent à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne.
- **Établissement de santé de « troisième ligne »**.

Cette hiérarchisation basée sur le plateau technique et les capacités de prise en charge des établissements de santé, permet de structurer le parcours de soins dans une logique de filière. Les patients sont ainsi orientés prioritairement vers les établissements de « première ligne » pour le risque considéré, plus particulièrement vers les établissements « experts » pour les prises en charge spécialisées (orientation directe ou secondaire). Enfin, les établissements dits de « deuxième ligne » sont susceptibles de prendre en charge secondairement des patients transférés depuis un autre établissement.

À partir des objectifs de prise en charge fixés par l'ARS pour chaque situation exceptionnelle considérée dans le plan opérationnel de réponse ORSAN correspondant, l'établissement décline dans son plan de réponse les dispositions permettant leur mise en œuvre opérationnelle.

Les établissements de santé non identifiés dans les plans opérationnels de réponse comme établissement de première ou seconde ligne ont toutefois un rôle à jouer. Ces établissements de santé

doivent être considérés comme des établissements de « troisième ligne ». A ce titre, ils doivent envisager dans leurs PGTHSSE la possibilité d'accueillir et de prendre en charge des victimes ou patients non régulés se présentant spontanément, avant que ceux-ci ne soient orientés vers les établissements adaptés à leur état de santé après régulation par le SAMU. En effet, tout établissement peut finalement se retrouver en première position si l'événement se déroule à proximité et que les patients se présentent spontanément aux urgences. Il peut en outre être mobilisé par l'ARS en tant que de besoin pour accueillir des patients issus des établissements de santé de première voire de deuxième ligne afin de libérer des places dans ces derniers.

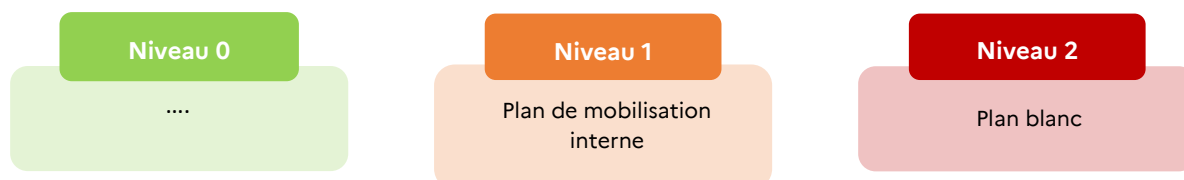
Aussi, au-delà du rôle attribué dans le dispositif ORSAN, une réponse minimale est attendue de la part de tout établissement de santé.

RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

En tant qu'opérateurs de soins essentiels dans l'organisation de la réponse du système de santé face à une situation exceptionnelle, les établissements de santé ont un rôle important dans l'élaboration des plans opérationnels de réponse ORSAN et de la DST de renforcement de la sécurisation des établissements de santé en situation sanitaire exceptionnelle (DST « Sécurisation des établissements de santé »).

La participation des établissements de santé au comité technique régional ORSAN et aux groupes de travail spécifiques ORSAN mentionnés respectivement au § VII.2 et VII.3 est essentielle.

REPONSE OPERATIONNELLE



ORGANISATION EN GESTION DE CRISE

Missions	Actions
- Assurer la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en fonction du rôle attribué à l'établissement dans le plan opérationnel de réponse ORSAN déclenché ; - Assurer, le cas échéant, la réponse minimale attendue pour tout établissement de santé ; - Assurer la continuité des soins courants ; - Assurer la sécurisation de l'établissement.	Mises en œuvre des mesures du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles par le directeur de l'établissement de santé, le cas échéant, à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé.

CIRCUIT D'INFORMATION DE CRISE



RENFORCEMENT EN CAS DE DEPASSEMENT CAPACITAIRE

- Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles

DOCUMENTS DE REFERENCE

Références juridiques	Aide à la préparation
- Code de la santé publique : article R. 3131-10 et R. 3131-11 - Instruction n° DGS/VSS2/CORRUSS/DGOS/2019/167 du 12 juillet 2019 relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles	Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles 2024

FOCUS SUR LE RÔLE DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

Les GHT peuvent constituer une opportunité pour faire évoluer certaines modalités du dispositif actuel d'organisation en situation sanitaire exceptionnelle, en renforçant la coopération entre les différents établissements de santé membres du GHT, notamment en phase de préparation des dispositifs de réponse. Les GHT constituent aussi un appui à la préparation et au pilotage des ARS pour l'élaboration et la mise en œuvre d'ORSAN. Il n'a toutefois pas vocation à se substituer à l'ARS, à qui il revient de préparer, d'adapter et de réguler le système de santé en situation sanitaire exceptionnelle.

L'article R. 6132-3 du code de la santé publique précise que le projet médical partagé définissant la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire comprend notamment l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Le diagnostic de territoire préalable à la mise en place du projet médical partagé (PMP) permet d'identifier les forces et faiblesses de chaque établissement de santé du GHT en termes de d'organisation et de gestion de crises. Le PMP a également vocation à définir des cibles organisationnelles sur la prise en charge des urgences et soins non programmés ainsi que sur l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.

En phase de préparation, le GHT peut permettre de mutualiser le travail de préparation des établissements de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, en favorisant :

- La capitalisation des ressources humaines et des expertises entre les établissements de santé constituant le GHT ;
- La mise en cohérence et l'homogénéisation des plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles notamment par la détermination d'une trame de rédaction commune pour chaque établissement au sein d'un même GHT (structuration des plans identique), par la fixation d'une méthodologie commune de détermination des limites capacitaires ;
- L'acculturation, et la sensibilisation et la formation de l'ensemble des personnels à la gestion de crise ;
- La mutualisation des formations (en lien avec les CESU) et des exercices ;
- La mise en place d'une réflexion commune sur la conduite à tenir face des situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre des plans ORSAN (ex. épidémies de grippe saisonnière).
- Une « évaluation réciproque » de la préparation des établissements de santé du GHT (audit croisé).

Le GHT peut aussi permettre le partage d'expérience tant sur les exercices réalisés que sur la gestion des situations de tension ou de situation sanitaire exceptionnelle auxquelles le GHT aura été confronté.

Dans cette démarche collaborative, Il peut être utile que le comité stratégique du GHT identifie un coordinateur dans un établissement de santé au sein de la GHT.

En phase de gestion de crise, le GHT peut jouer un rôle facilitateur en ce qui concerne notamment :

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

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

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE (ESR)

RÔLE DANS LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Organisation des missions de référence

Les missions de référence consistent à assurer l'expertise, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des patients pour répondre aux risques et menaces nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques. Ces missions intègrent aussi l'organisation de la prise en charge des urgences collectives et de nombreux blessés, adultes et enfants.

Ces missions sont exercées, dans chaque région, par un ou plusieurs établissements de santé de référence régionaux (ESRR) désignés par arrêté du Ministre chargé de la santé sur proposition du Directeur général de l'ARS. Cet arrêté précise la zone d'intervention de chacun des ESRR ainsi désignés. Un établissement de santé peut assurer une ou plusieurs de ces missions.

En complément des ESRR, des établissements de santé de référence nationaux (ESRN) désignés par arrêté du ministre chargé de la santé assurent la prise en charge des risques et menaces radiologiques, biologiques, nucléaires et chimiques dont le niveau de gravité est très élevé.

Les ESRR et ESRN assurent également une mission de formation des formateurs et référents pour les situations sanitaires exceptionnelles dans le champ de la ou les missions de référence qu'ils exercent via le CESU avec l'appui du CESU zonal.

Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic nécessaires pour remplir ces missions en fonction de chacun des risques et menaces ainsi que leurs modalités d'exercice.

Les hôpitaux des armées peuvent appuyer les établissements de santé de référence, par convention signée du ministre des armées, telle que prévu dans l'arrêté 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.

Établissements de santé de référence régional (ESRR)

Pour chaque mission qui lui est attribuée, l'établissement de santé de référence régional exerce en outre les missions suivantes :

- Mission d'expertise : l'ESRR apporte une expertise à l'ARS pour l'élaboration du dispositif ORSAN afin notamment de développer au sein de la région, les filières de prise en charge des patients et définir leurs parcours de soins dans le cadre d'une démarche de qualité structurée ;
- Mission de formation : l'ESRR assure via son centre d'enseignement des soins d'urgence, la formation des formateurs et des référents des établissements de santé dans les situations sanitaires exceptionnelles avec l'appui du centre d'enseignement des soins d'urgence de l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente de zone ;
- Mission d'animation du réseau : l'ESRR assure le développement et l'animation du réseau régional constitué des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux contribuant à la prise en charge des patients concernés dans le cadre des parcours de soins et des filières.

En complément du maintien permanent de l'opérationnalité des capacités, les ESRR doivent :

- Constituer une cellule opérationnelle rattachée au directeur général de l'établissement pour la mise en œuvre et le pilotage des actions découlant de la ou les missions de référence qui lui sont assignées ;
- Se doter, dans le cadre de son plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, de dispositions spécifiques de montée en puissance, de procédures d'organisation et de prise en charge des patients adaptées à la ou les missions assignées ;

- Disposer d'un plan de formation des professionnels de santé et des personnels répondant aux missions assignées à l'établissement ;
- Mettre en œuvre une démarche de qualité structurée portant sur les parcours de soins et les filières de prise en charge des patients correspondant à la ou aux missions assignées à l'établissement.

Établissements de santé de référence national (ESRN)

En compléments des ESRR, des établissements de santé chargés d'assurer une mission nationale d'expertise et de prise en charge spécifique de patients dans le cadre d'une pathologie en relation avec un agent biologique, chimique, radiologique ou nucléaire sont désignés par le ministre chargé de la santé. Les établissements de santé de référence nationaux (ESRN) assurent une mission d'appui auprès des ESRR en particulier pour la prise en charge des patients complexes ou nécessitant le recours à des techniques ou infrastructures spécifiques). Les hôpitaux des armées peuvent appuyer les établissements de santé de référence, par convention signée du ministre des armées, telle que prévu dans l'arrêté mentionné *supra*.

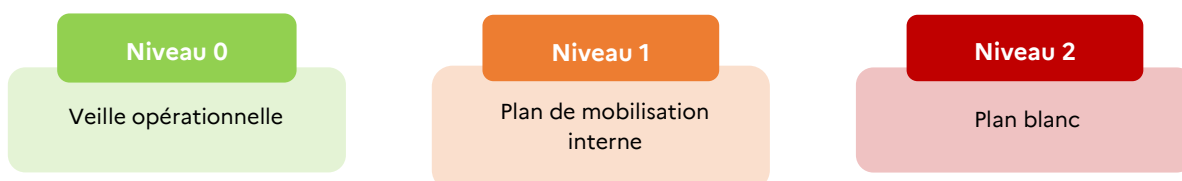
RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

Les établissements de santé de référence régionaux (ESRR) ont pour mission d'assurer la prise en charge des patients victimes d'un agent C, NR ou REB mais aussi d'organiser le réseau de prise en charge des urgences collectives (AMAVI et MÉDICO-PSY). Ces établissements doivent répondre à un cahier des charges en fonction des activités (capacités de prise en charge, plateau technique, formations des professionnels de santé, etc.).

Les ESRR ont aussi un rôle essentiel dans l'élaboration des plans ORSAN NRC, ORSAN REB, ORSAN AMAVI, ORSAN MÉDICO-PSY et des DST « organisation d'une vaccination exceptionnelle » et « dépistage massif d'agent infectieux ». Leur participation au comité technique régional ORSAN et aux groupes de travail spécifiques ORSAN est importante.

Les ESRR ont aussi un rôle important dans le développement des réseaux spécialisés (réseau REB, réseau NR, réseau C et toxine, réseau AMAVI, ...) avec les autres établissements de santé mais aussi les professionnels de santé de ville. Ils assurent également une mission de formation des référents SSE des établissements de santé et des formateurs FGSU SSE via leurs CESU en association avec les spécialistes et experts pour les différentes disciplines concernées. Le ou les CESU du ou des ESRR sont chargés d'animer à cet égard, le réseau régional des CESU mentionné à l'article D. 6311-24 du code de la santé publique.

REPONSE OPERATIONNELE



ORGANISATION EN GESTION DE CRISE

Missions	Actions
• Assurer H24, le diagnostic et la prise en charge clinique et biologique des patients relevant des missions de référence. • Apporter une expertise technique aux établissements de santé sur toute question relative à la prise en charge des patients relevant des missions de référence, à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.	• Mises en œuvre des mesures du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles par le directeur de l'établissement de santé, le cas échéant, à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé. • Mises en œuvre des procédures spécifiques à la ou aux missions de référence assignées pour la prise en charge des patients.

- Animer le réseau constitué par les acteurs de la prise en charge des patients (filières de prise en charge ville-ES-ESR).
- Apporter une expertise et une assistance technique à l'agence régionale de santé pour l'élaboration du dispositif ORSAN notamment de ses plans opérationnels.
- Proposer à l'agence régionale de santé une organisation de la prise en charge médicale des patients et des examens biologiques, radiologiques ou toxicologiques par les établissements de santé de la région.
- Conduire des actions de formation du personnel des établissements de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (formation des formateurs FGSU SSE et des référents SSE des établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, structures d'exercice coordonnées de ville).

CIRCUIT D'INFORMATION DE CRISE



RENFORCEMENT EN CAS DE DEPASSEMENT CAPACITAIRE

- Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Procédures d'organisation et de montée en puissance spécifiques à la ou les missions de référence exercées.

DOCUMENTS DE REFERENCE

Références juridiques	Aide à la préparation
☞ Code de la santé publique : articles R. 3131-5 à R. 3131-9 ;	☞ Mission COREB Nationale - Référentiel Technique REB - cahier des charges des établissements de santé de référence (ESR) pour la prise en charge des patients atteints d'infection REB1

FOCUS SUR LE RÔLE DES SERVICES DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES DES ESRR

Rôle dans la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

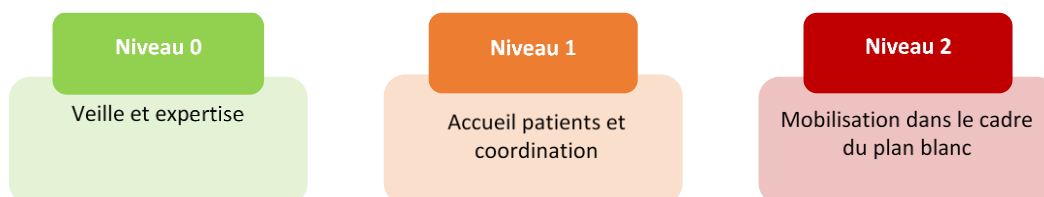
Les SMIT des ESR assurent la prise en charge des patients infectés (cas confirmés) par certains agents biologiques du groupe 3 à fort potentiel contagieux (ex. MERS-CoV), ou des patients cas possible d'infection par un agent biologique du groupe 4, le temps de la confirmation ou de l'infirmité de l'infection (diagnostic microbiologique). Ils coordonnent les prises en charge avec les autres services de soins – réanimation, pédiatrie, gériatrie, médecine polyvalente... - en lien avec la direction et le SAMU de l'établissement. Ils apportent l'expertise REB au sein de l'établissement et à l'échelle régionale auprès des autres établissements, des professionnels de ville et des autorités sanitaires. Ils disposent d'un temps médical dédié d'infectiologue REB pour assurer ces missions.

En complément, les SMIT en ESR national (ESRN) assurent la prise en charge des patients infectés (cas confirmés) par des agents biologiques du groupe 4 de la même classification (ou hautement pathogène non encore classé), expertise au niveau national, coordination avec l'EN REB.

Rôle dans la planification ORSAN

Les SMIT des ESR occupent une place essentielle dans l'organisation de la réponse du système de santé face à une situation exceptionnelle liée au REB (ORSAN REB et DST soins critiques) ou en contexte épidémique (EPI-CLIM et DST vaccination). La participation du SMIT de l'ESR au comité technique régional ORSAN et aux groupes de travail spécifiques REB et EPI-CLIM est requise.

Réponse opérationnelle



Missions en gestion de crise

- En lien avec le SAMU territorialement compétent, contribue à la régulation médicale et au transport des patients cas possibles depuis un établissement de santé (première ligne ou établissement de proximité) vers l'ESR REB : coordination médicale des acteurs concernés au niveau de l'établissement et de la région (SAMU, hygiène, microbiologistes, pédiatres, réanimateurs, gériatres...);
- Organise l'accueil de patients potentiellement infectés (cas possible) par un agent infectieux ;
- Organise la prise en charge d'un patient cas confirmé d'infection par un agent infectieux du groupe 3 pour les ESRR et du groupe 4 pour les ESRN : activation du volet REB du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (niveau plan de mobilisation interne ou le cas échéant, plan blanc), procédures et expertise, formation et information des personnels, ...

STRUCTURES D'HOSPITALISATION À DOMICILE

RÔLE DANS LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Les établissements d'HAD (publics ou privés) assurent la continuité des soins, le respect des droits des patients et toutes les obligations sous-jacentes à la sécurité et à la qualité des soins. Leurs compétences médicales et soignantes sont en principe généralistes. Ces établissements sont certifiés par la haute autorité de santé dans les mêmes conditions que les établissements hospitaliers classiques.

L'hospitalisation à domicile est donc une structure de soin alternative à l'hospitalisation conventionnelle en MCO ou SSR. L'hébergement, la présence permanente de moyens techniques et humains n'étant pas assurés par ces établissements, un patient éligible à l'hospitalisation à domicile est un patient dont l'état clinique ne nécessite pas :

- Une surveillance continue H24 ;
- Un accès direct et immédiat à un plateau technique.

Une coordination des professionnels sanitaires et sociaux de la ville, ainsi que la prise en compte de l'environnement et de l'entourage des soins est nécessaire pour le bon fonctionnement de ces structures. Les établissements d'HAD peuvent être ou non rattachés à un établissement de santé avec hébergement.

Une hospitalisation à domicile peut être proposée au patient éligible par un médecin hospitalier et nécessite l'accord du patient ou de sa famille. Le médecin traitant, hors cas d'urgence ou d'indisponibilité doit donner son accord à l'admission, il est prévenu dans tous les cas.

L'HAD s'est développée ces dernières années, totalisant 282 établissements et 154 000 patients hospitalisés en 2020. Les établissements de HAD sont donc des structures privilégiées pour désengorger les services hospitaliers, assurer la libération de lits et de personnels et contribuer à mieux répartir la prise en charge des patients au sein des établissements de santé conventionnels en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

L'HAD joue un rôle important dans le dispositif ORSAN en ce sens qu'elle permet la libération rapide de lits et de personnels en hospitalisation conventionnelle, ressources pouvant être allouées ensuite à la gestion de la crise traversée. La HAD est adaptée pour les patients éligibles à la poursuite de la prise en charge du patient hospitalisé et peut aussi être utilisée en substitution d'une hospitalisation en établissement.

L'HAD peut également contribuer à éviter les passages aux urgences et hospitalisations non programmées en prenant en charge les résidents des établissements et services médico-sociaux. L'admission en HAD d'un ou de plusieurs patients par les établissements de santé et établissements et services médico-sociaux est coordonnée par l'ARS, notamment pour le volet ORSAN REB et dans le cadre de la DST évacuation d'un établissement sanitaire. L'ARS fait le lien entre les établissements de santé et établissements et services médico-sociaux et les établissements d'HAD, éventuellement avec les transporteurs médicalisés ou non pour véhiculer les patients à leur domicile.

L'HAD, en fonction des besoins médicaux relatifs à la situation peut enfin assurer directement au domicile des patients la prise en charge de patient adressés depuis la ville, en particulier pour les situations présentant une complexité particulière, notamment psycho-sociale.

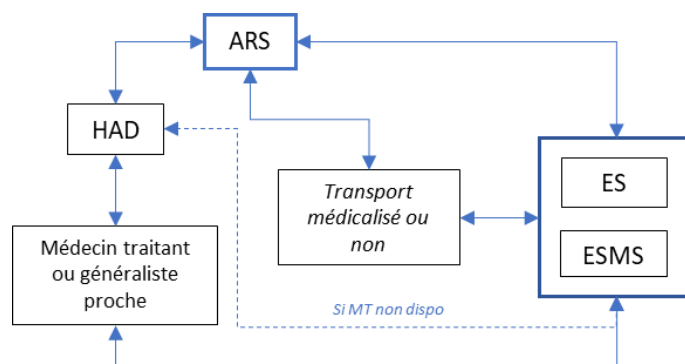
REPONSE OPERATIONNELLE



ORGANISATION EN GESTION DE CRISE

Missions	Actions
- Fluidifier les parcours de soins des ES et EMS en tension en cas SSE - Libérer des lits et des personnels en ES et ESMS en cas de SSE - Éviter des passages aux urgences et hospitalisations	- Suivi des patients présentant des comorbidités - Administration de chimiothérapie et surveillance post-chimiothérapie - Réalisation de soins supports - Réalisation de soins de nursing lourds - Coordination avec les professionnels santé de ville - Soins palliatifs - Prise en charge de traitements spécialisés habituellement réalisés en HDJ

CIRCUIT D'INFORMATION DE CRISE



RENFORCEMENT EN CAS DE DEPASSEMENT CAPACITAIRE

- Réorganisation des cycles horaires afin de répartir la charge de travail
- Mobilisation d'étudiants en filière de santé et paramédicaux
- Mobilisation de renforts volontaires

DOCUMENTS DE REFERENCES

Références juridiques	Aide à la préparation
- Code de la santé publique : Article R. 6121-4-1 ; Article D. 6124-306 à D. 6124-310 - Arrêté du 1^{er} juin 2021 modifié prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire (article 21) - Décret du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile	- Algorithme HAS d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD : https://adophad.has-sante.fr/ - Site du ministère des solidarités et de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had

PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE VILLE

PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE VILLE

RÔLE DANS LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Place dans le dispositif ORSAN

Le dispositif ORSAN a pour objectif de rechercher les approches les plus efficaces au sein de chaque territoire en prenant en compte les particularités et les ressources locales disponibles dans le secteur ambulatoire, préhospitalier, hospitalier et médico-social. Les professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ...) exerçant une activité dans le secteur ambulatoire constituent le premier maillon du parcours de soins des patients. Leur participation à la préparation et à la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles est donc essentielle et constitue un facteur de renforcement de l'adhésion de la population aux mesures de gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle.

À titre d'exemple, la réponse sanitaire d'une épidémie de grippe saisonnière ou d'une arbovirose (Chikungunya, Zika, Dengue) va reposer principalement sur la mobilisation du secteur de ville pour l'identification des cas et leur prise en charge médicale, en assurant les soins à domicile et en réservant l'hospitalisation aux formes compliquées ou graves. Ainsi, les professionnels de santé du secteur ambulatoire ont un rôle majeur à jouer dans le dispositif ORSAN notamment, dans le plan ORSAN EPI-CLIM, voire le plan ORSAN REB pour l'identification d'une maladie infectieuse émergente et la participation aux soins délivrés en ambulatoire ou au renforcement des capacités de soins dans le secteur médico-social. Ce rôle s'étend le cas échéant aux opérations de dépistage ou de campagne de vaccination exceptionnelle.

Lors d'une situation sanitaire exceptionnelle, l'activité de chacune de ces professions peut être impactée, directement ou indirectement, pouvant alors perturber l'offre de soins de ville habituelle. Cette perturbation peut avoir pour conséquence :

- Une absence ou un retard de prise en charge en particulier de situation urgente avec une perte de chance pour les patients ;
- Un report de patients sur l'offre de soins hospitalière, avec un risque de saturation des capacités d'accueil.

Pour mémoire, en mars 2020, lors du premier confinement dû à la crise sanitaire Covid, tous les cabinets dentaires ont été fermés. Sachant qu'en France, entre 200 000 et 500 000 patients sont reçus quotidiennement dans les cabinets dentaires de ville (dont une partie pour des urgences), le risque immédiat était le report de toutes ces urgences bucco-dentaires sur les cabinets de médecine générale, les services d'urgences générales et le Centre 15. Un système de cabinets dentaires de garde a alors été organisé sur tout le territoire pour assurer la prise en charge des urgences en attendant la reprise de l'offre de soins habituelle.

Ainsi, il existe un réel enjeu sur l'organisation de la continuité et la soutenabilité des soins de ville lors d'une situation sanitaire exceptionnelle. Cela ne concerne pas uniquement les soins urgents, il s'agit de soins programmés, des soins assurés au domicile des personnes âgées dépendantes, de la distribution de médicaments aux personnes isolées, de la réalisation de certains examens biologiques indispensables, etc...

Un travail d'anticipation doit être réalisé dans les territoires (CPTS, MSP, CDS...), en lien avec les ARS, afin d'identifier :

- Les activités de soins ne pouvant pas être reportées en cas de perturbation majeure de l'offre de soins de ville ;
- Les moyens nécessaires pour permettre la continuité des soins des soins de ville (notamment les moyens de protection individuelle pour les professionnels) ;
- Les organisations pouvant être mises en place pour assurer la continuité des soins de ville, avec une analyse par filière.

Les Ordres de santé^{30 (1)} et les URPS³¹ ont vocation à être associés à ce travail d'anticipation tout comme les collectivités locales ou tout autre acteur local pouvant concourir à l'organisation en situation de crise.

Champ d'intervention

L'intervention des professionnels de santé de ville dans le champ de la veille, de la sécurité sanitaire et de la délivrance des soins est essentielle et doit être renforcée pour consolider la protection de la population en cas de situations sanitaires exceptionnelles. Il s'agit notamment de :

- L'accueil des patients dans des conditions de sécurité suffisante en matière de risque, notamment de contagion (protection des personnes accueillies, protection des personnels d'accueil en cabinet médical, protection des professionnels) ;
- La prise en charge initiale des patients et leur orientation le cas échéant, vers les filières spécialisées (ex. maladie infectieuse émergente) ;
- La participation à des actions de prophylaxie collective : campagnes de vaccination exceptionnelles, campagnes de dépistage, suivi d'expositions environnementales ;
- La participation à des actions d'information, de sensibilisation, de communication et de surveillance : par exemple, la délivrance d'informations aux patients sur les principales recommandations de prévention et de protection individuelles face aux risques sanitaires ou la participation à des actions de surveillance sanitaire, le suivi des recommandations évolutives, la surveillance de l'évolution clinique, le maintien des connaissances à jour... ;
- La participation à des dispositifs exceptionnels de soins ou de renfort (exemple : centre de dépistage ou de vaccination Covid-19, dispensaire tempête IRMA, renfort au sein des établissements de santé, etc.) ;
- La continuité des soins courants programmés et non programmés.

Renfort en situation sanitaire exceptionnelle

Face à une situation sanitaire exceptionnelle, en collaboration avec les organismes représentatifs (Ordres, URPS...) et les dispositifs d'organisation professionnelle (CPTS, MSP, CDS...), les professionnels de santé de ville, peuvent-être sollicités pour venir en renfort de structures sanitaires en tension, des professionnels de santé directement impliqués dans la gestion de crise ou pour réaliser des missions spécifiques nécessaires à gestion de la crise. Cependant, une telle mobilisation des professionnels de santé de ville ne doit pas mettre en péril l'offre de soins de ville indispensable.

Lorsqu'une profession de santé ou une spécialité particulière est fortement sollicitée dans la gestion d'une situation de crise, il est possible de solliciter les professionnels de ville pour venir exercer partiellement ou temporairement en appui des équipes ou des structures en tension. Cela a par exemple été le cas lors de la crise sanitaire Covid, lorsque des infirmières libérales ont été recrutées pour renforcer les équipes hospitalières.

Lors d'une SSE, quand la filière hospitalière est fortement mobilisée sur la gestion de patients à « prise en charge spécifique » (AMAVI, NRC, REB, ...), il pourrait être envisagé de délester cette filière d'une partie des patients ne nécessitant pas une prise en charge spécifiques en les réorientant vers les professionnels de santé de ville en renforçant des structures existantes de soins (MSP, MMG...) et potentiellement en lien avec l'HAD ou en créant des centres temporaires de soins non-programmés avec les professionnels des CPTS le cas échéant, renforcés par d'autres professionnels de santé volontaires moins impactés par la situation exceptionnelle (ex. campagne de vaccination pour lesquels de nombreuses catégories de professionnels de santé ont été mobilisées) voire d'autres personnes formées (ex. des médiateurs de lutte anti-Covid-19 pour la réalisation des prélèvements pour la réanimation des tests antigéniques).

³⁰ 7 professions de santé disposent d'un Conseil de l'Ordre : Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues. Pour chacune de ces professions, il existe un Conseil national de l'Ordre représenté dans chaque département par un Conseil départemental de l'Ordre. Pour certains Ordre, il existe également un échelon régional.

³¹ Les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) rassemblent les représentants des professionnels exerçant à titre libéral. Dix professions disposent d'une URPS : Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, biologistes, orthoptistes, pédicures-podologues et orthophonistes. Dans certaines régions, il existe une inter-URPS regroupant les représentants de toutes les URPS.

Les ARS, en collaboration avec les acteurs professionnels (CPTS, URPS, Ordres...) peuvent recenser les professionnels de santé volontaires pour renforcer le système de santé en cas de SSE afin de constituer une réserve territoriale de santé mobilisable. La signature d'accords conventionnels interprofessionnels sur la gestion de crise sanitaire avec les CPTS doit permettre de mobiliser les professionnels de santé libéraux et de les engager dans une démarche de réflexion et d'appropriation collective graduée sur ce sujet.

Coordination entre médecine de ville et secteur hospitalier et médico-social

En fonction des territoires et de l'offre de soin au niveau départemental, un réseau doit être identifié, associant les cabinets médicaux, les maisons de santé, les CPTS, les centres de santé, les officines, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), le secteur associatif, les maisons médicales de garde, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), etc. Les spécificités territoriales sont multiples et la coordination peut être facilitée par des partenaires locaux, départementaux ou municipaux pouvant se structurer en comité de pilotage pouvant associer : ARS, CHU, GHT, URPS, conseils de l'ordre... Pour garantir l'efficacité des actions mises en œuvre en cas d'alerte ou de crise, les circuits de l'information ascendante et descendante devront être identifiés sur la base d'un organigramme fonctionnel.

Il s'agit de :

- Mettre en place des réseaux de communication ville-hôpital : messagerie sécurisée, numéros directs pour la ville ;
- Mettre en place des comités de pilotage ville-hôpitaux pluridisciplinaires, incluant des médecins généralistes du secteur avec une communication auprès des professionnels de santé des informations locales.

Un système d'information doit pouvoir être mis en place, en lien avec l'Assurance maladie, pour permettre un suivi en temps réel des indicateurs de tension dans les soins de ville.

Cadre d'intervention

Afin d'organiser la réponse du secteur de ville et sensibiliser les professionnels, l'ARS peut s'appuyer sur :

- Les ordres professionnels ;
- Les unions régionales des professionnels de santé (URPS) ;
- Les organisations d'exercice coordonné territoriales (MSP, CDS, CPTS, ESP, ou autres)
- Les dispositifs d'appui à la coordination territoriale (DAC)
- Un réseau de médecins correspondants qu'elles auront constitué à une échelle pertinente compte tenu de ses différents territoires de santé.

L'ARS pourrait ainsi confier à ces partenaires un rôle d'appui technique et d'animation des professionnels de santé libéraux, notamment pour :

- Participer à la préparation et la mise en œuvre de la réponse sanitaire, sous la responsabilité de l'ARS ;
- Sensibiliser et inciter les professionnels de santé à participer à ces actions ;
- Diffuser une culture commune sur les risques émergents et la gestion de crise entre les citoyens, les professionnels de santé, les décideurs et l'ensemble des acteurs concernés ;
- Renforcer la régulation des soins ambulatoires au sein du centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) du SAMU.

Le développement des organisations d'exercice coordonné territoriales (MSP, CDS, CPTS, ESP, ou autres) qui se composent de professionnels de santé regroupés et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé sont autant d'opportunités pour développer la participation de ces professionnels à la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. De même, la structuration et le déploiement progressif des dispositifs d'appui à la coordination (structures territoriales d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médicaux sociaux pour l'accompagnement des parcours de santé complexes) en font un levier à mobiliser en cas de situation critique. Concernant les CPTS, la nouvelle mission socle sur la réponse aux crises sanitaires graves et consacré par l'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) du 20 décembre 2021 en constitue l'un des fondements. Pour ce faire, les CPTS doivent adapter une trame nationale

élaborée par la CNAM avec l'appui du Ministère de santé et de la prévention et concertée avec les syndicats.

Dans ce cadre et pour mieux coordonner la mobilisation des professionnels de santé de ville, un « plan SSE des soins de ville » a vocation à être élaboré aux échelons territoriaux adaptés en s'appuyant notamment sur les structures d'exercice coordonné pluriprofessionnel.

RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

Les professionnels de santé de ville ont un rôle de premier plan à jouer dans l'élaboration du plan ORSAN EPI-CLIM mais aussi dans les autres plans en particulier le plan ORSAN REB voir le plan ORSAN NRC pour le suivi de personnes exposées à des agents NRC.

Ils sont aussi concernés par l'élaboration de la DST d'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle dans le système de santé (DST « Vaccination »).

Les professionnels de santé de ville constituent le premier maillon du parcours de santé des patients. Leur association à la préparation et à la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles constitue donc un facteur clé pour l'acceptation des décisions publiques par la population. Les professionnels de santé de ville peuvent par exemple être amenés à participer à des campagnes de vaccination exceptionnelles (DST « Vaccination »), au suivi de patients hospitalisés à domicile dans le cadre de situations nécessitant de conserver des lits disponibles, à la réalisation d'analyses biologique (DST « Capacités biologiques »), à l'information de la population ou encore à participer au dispositif de veille sanitaire.

REPONSE OPERATIONNELLE



ORGANISATION EN GESTION DE CRISE

Missions

- La prise en charge initiale des patients et leur orientation le cas échéant, vers les filières spécialisées (ex. maladie infectieuse émergente) ;
- La participation à des actions de prophylaxie collective : campagnes de vaccination exceptionnelles, campagnes de dépistage, suivi d'expositions environnementales ;
- La participation à des actions d'information /sensibilisation/communication/surveillance : Par exemple, la délivrance d'informations aux patients sur les principales recommandations de prévention et de protection individuelles face aux risques sanitaires ou la participation à des actions de surveillance sanitaire ;
- La participation à des dispositifs exceptionnels de soins ou de renfort (exemple : dispensaire tempête IRMA, renfort au sein des établissements de santé, etc.) ;
- Le concours au maintien de la continuité des soins courants.

CIRCUIT D'INFORMATION DE CRISE



DOCUMENTS DE REFERENCES**Références juridiques**

 *Code de la santé publique : article L. 4001-1*

ÉTABLISSEMENTS MÉDICO- SOCIAUX

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (EMS)

RÔLE DANS LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Place dans le dispositif ORSAN

Les établissements et services médico-sociaux accueillent des personnes fragiles (personnes âgées, handicapés, ...) qui sont d'autant plus vulnérables à certaines situations sanitaires exceptionnelles (ex. épidémies, phénomènes climatiques aigus). Ils ont à ce titre, un rôle important dans la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles. Le secteur médico-social a ainsi un rôle de premier plan à jouer dans le plan ORSAN EPI-CLIM en assurant la prise en charge thérapeutique des résidents dans l'établissement médico-social, par les professionnels de santé de ces établissements et en lien avec les professionnels de santé de ville.

Plan bleu

En tant que de besoin, l'ARS veille à la mobilisation des établissements médico-sociaux. À cette fin, le « plan bleu » permet la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables à un établissement médico-social lors de la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle, quelle que soit sa nature, permettant notamment de maintenir autant que possible leur fonctionnement habituel.

En outre, l'ARS s'assure de l'efficacité de la prise en charge médico-sociale. Des conventions de partenariat solides entre établissements médico-sociaux et établissements de santé de proximité (dans le cadre des CPOM) sont ainsi mises en place. Elles ont pour objet d'énoncer les règles de transfert en milieu hospitalier, lorsque cela s'avère indispensable, et de faciliter les échanges avec les autres établissements du secteur médico-social et ceux du secteur sanitaire. Le principe est que le transfert de patients en externe doit être réduit le plus possible : seuls les résidents nécessitant une prise en charge hospitalière justifient une orientation vers un établissement de santé.

Ces conventions définissent également les droits et devoirs de chaque structure signataire ainsi que la nature des prises en charge. Elles énoncent les mesures à mettre en œuvre dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle et définissent des modalités de coopération et d'échange de bonnes pratiques visant à prévenir les hospitalisations.

RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

Les directeurs d'établissements, en particulier les directeurs d'EHPAD apportent leur expertise dans la phase de planification du dispositif ORSAN régional notamment sur le plan ORSAN EPI-CLIM et REB.

Les directeurs d'ESMS sont également concernés par les dispositions spécifiques transversales d'ORSAN qui peuvent être déclinées dans leur établissement avec des modalités particulières de montée en charge (tests, vaccinations etc.) ou de sécurité (évacuation d'une structure sanitaire). L'anticipation de ces enjeux nécessite une implication des acteurs du social et médico-social dans la planification d'ORSAN.

REPONSE OPERATIONNELLE



ORGANISATION EN GESTION DE CRISE

Mission	Actions
- Assurer la continuité de la prise en charge des résidents dans les établissements médico-sociaux en situation sanitaire exceptionnelle - Contribuer à réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles, le cas échéant, en augmentant les capacités de prise en charge.	Mises en œuvre des mesures du plan bleu par le directeur de l'établissement de santé, le cas échéant, à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé.

CIRCUIT D'INFORMATION DE CRISE



RENFORCEMENT EN CAS DE DEPASSEMENT CAPACITAIRE

- Adaptation des capacités d'accueil (ouverture des places en hébergement temporaire par exemple)

Médecins Professionnels de santé
traitants

CRAPS

DOCUMENTS DE REFERENCE

Références juridiques	Aide à la préparation
- Code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 311-8 - Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ; - Instruction n° SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ; - Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées ; - Instruction interministérielle n° DGS/VSS2/DGOS/DGCS/DGT/DGSCGC/2018/110 du 22 mai 2018 relative au Plan National Canicule 2017 reconduit en 2018 ; - Instruction interministérielle n° DGS/VSS/VSS2/DGSCGC/DGT/DGOS/DGCS/SGMAS/2018/236 du 18 octobre 2018 relative à la prévention et la gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2018-2019 ;	Guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD édition 2022

RÉSEAUX DE PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS (CPIAS)

CENTRES D'APPUI POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS (CPIAS)

RÔLE DE LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Les Centres d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIas), sont des structures publiques basées au CHU dont l'objectif est de mettre en œuvre les politiques régionale et nationale de prévention des infections associées aux soins (IAS) dans les 3 secteurs de l'offre de soins : établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, ville. À cet effet, les CPIas s'appuient sur le programme national de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS), comportant 3 axes majeurs :

- Axe 1 : Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.
- Axe 2 : Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.
- Axe 3 : Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Au niveau régional, trois missions sont fixées par le code de la santé publique :

- L'expertise et l'appui aux professionnels de santé quels que soient leurs lieux et modes d'exercice dans l'ensemble du champ de la prévention des infections associées aux soins ;
- L'animation et la coordination des réseaux de professionnels de santé, l'organisation de formations régionales, la mise à disposition d'outils de gestion des risques et d'évaluation des pratiques
- L'investigation et le suivi des déclarations des infections associées aux soins, le relais des alertes régionales et nationales, l'anticipation et l'aide à la préparation de la gestion de risques sanitaires émergents d'origine infectieuse et à potentiel épidémique.

Le réseau CPIas développe des collaborations étroites au niveau régional avec les autorités sanitaires (ARS et les structures régionales de vigilance et d'appui (OMEDIT, CRPV, HémoVigilance...), les instituts de formation, les URPS, les associations d'usagers..., de même qu'au niveau national avec le Ministère chargé de la Santé (DGS/DGOS/DGCS), l'Agence nationale de Santé publique, les agences (HAS, ANSM, ECDC...), les sociétés savantes (SF2H, SPILF, SFAR, SRLF...).

RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

Le réseau CPIas apporte son expertise et son appui auprès des professionnels de santé dans les 3 secteurs de soins de France et d'Outremer : établissements sanitaires, établissements médico-sociaux (EPHAD, FAM, MAS...) et secteur de ville. En étroite relation avec les hygiénistes et autres acteurs de la prévention du risque infectieux, le réseau CPIas met en œuvre différentes actions, telles que :

- Proposer les stratégies et les outils de prévention, de formation et de communication à destination des particuliers et des professionnels sur les risques épidémiques et biologiques.
- Contribuer à l'élaboration des plans ORSAN REB et EPI-CLIM dans le champ de la prévention du risque infectieux et de l'hygiène ;
- Participer aux actions de formation en lien avec les CESU, les SMIT et les ESRR REB dans le cadre de la formation aux gestes et soins d'urgence pour les situations sanitaires exceptionnelles (modules risque épidémique et biologique)
- Identifier des actions complémentaires localement (organisation, stratégie, équipement...) et évaluer l'impact à distance

ORGANISATION EN GESTION DE CRISE

Missions

- Proposer les stratégies et les outils de prévention, de formation et de communication à destination des particuliers et des professionnels sur les risques épidémiques et biologiques.

Actions

- Contribuer à l'élaboration de la stratégie de réponse à l'échelon régional
- Participer aux actions de formation en lien avec les CESU, les SMIT et les ESRR REB dans le cadre de la formation aux gestes et soins d'urgence pour les situations sanitaires exceptionnelles (modules risque épidémique et biologique)

CIRCUIT D'INFORMATION DE CRISE



DOCUMENTS DE REFERENCE

Référence juridiques

- 📄 *Instruction du 3 mars 2017 relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaires*
- 📄 *Décret n°2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins*

Aide à la préparation

RÔLE DES ACTEURS DE SANTÉ DANS LES PLANS ORSAN

	AMAVI	MEDICO-PSY	EPI-CLIM	REB	NRC
ES/ESR HIA	Pour les ES de 1^{ère} ligne : • Prise en charge des blessés graves et légers • Traçabilité et identification des patients Pour les ES de 1^{ère} ligne experts : • Prise en charge des blessés graves et légers • Prise en charge des blessés graves requérant une prise en charge spécialisée (neurochirurgie, chirurgie cardio-thoracique, ...) • Traçabilité et identification des patients Pour les ES de 2^{ème} ligne : • Prise en charge en différé de patients pour augmenter les capacités des établissements de santé de première ligne • Traçabilité et identification des patients Pour les ES situés à proximité de l'événement : • Réponse minimale de tout établissement de santé : accueillir et prendre en charge un nombre important de blessés non régulés avant éventuellement leur transfert vers des établissements spécialisés • Traçabilité et identification des patients	Pour les ES de 1^{ère} ligne : • 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. • Identifier le besoin de renfort et solliciter l'ARS le cas échéant Pour les ES de 1^{ère} ligne experts : • Mobilisation des renforts médico-psychologiques de la région au bénéfice du territoire impacté par l'événement ; • 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. Pour les ES de 2^{ème} ligne : • Organisation des relais de prise en charge des soins immédiats et post-immédiats (de quelques jours à quelques semaines) en lien avec l'ARS. Pour les ES situés à proximité de l'événement : Réponse minimale de tout établissement de santé : accueil et prise en charge des blessés psychiques et des proches en initiant, en tant que besoin, une prise en charge médico-psychologique.	Pour les ES de 1^{ère} ligne : • Renforcer les capacités d'accueil aux urgences (circuit dédié de prise en charge, consultation spécialisée, ...) • Gérer l'aval des urgences en adaptant les capacités d'hospitalisation dans les services de gériatrie aiguë, médecine polyvalente et dans les services spécialisés d'infectiologie • Assurer la prise en charge de patients présentant des signes de gravité • Dans un contexte épidémique, mettre en œuvre les mesures d'isolement adéquates pour éviter la contagion Pour les ES de 2^{ème} ligne : • Gérer l'aval des urgences en adaptant les capacités d'hospitalisation dans les services de gériatrie aiguë, médecine polyvalente et dans les services spécialisés d'infectiologie • Assurer la prise en charge de patients présentant des signes de gravité	Pour les ES de 1^{ère} ligne : • Détection, protection (EPI), isolement, et prise en charge médicale initiale des patients suspects • Alerte le SAMU/ESRR REB Pour les ES de 1^{ère} ligne experts : • Diagnostic et prise en charge des cas confirmés infectés par des agents biologiques du groupe 3 nécessitant un niveau de biosécurité important (ex. infection par MERS-CoV) • Prise en charge des patients infectés par des agents biologiques du groupe 4 (ou hautement pathogène non encore classé) est assurée quant à elle dans un établissement de santé de référence national (ESRN REB) Pour les ES de 2^{ème} ligne : • Prise en charge éventuelle des patients qui ne sont plus contagieux pour libérer des lits dans les établissements de santé de première ligne Pour les ES situés à proximité de l'événement : • Réponse minimale de tout établissement : Accueil et détection des patients cas suspects non régulés	Pour les ES de 1^{ère} ligne : • Prise en charge des patients graves et légers (décontamination et dispensation de soins) Pour les ES de 1^{ère} ligne experts : • Décontamination approfondie • Prise en charge des patients requérant des soins spécialisés (réanimation, toxicologie, hématologie, ...). Pour les ES de 2^{ème} ligne : • Prise en charge de patients « conventionnels » pour augmenter les capacités des établissements de santé de première ligne Pour les ES situés à proximité de l'événement : • Réponse minimale de tout établissement de santé : accueillir et prendre en charge un nombre important de patients non régulés avant éventuellement leur transfert vers des établissements spécialisés • Décontamination d'urgence
EMS	• Sans impact à l'exception le cas échéant, de la sortie anticipée de patients pour un retour en établissement médico-social dans un objectif de libération de place dans les établissements de santé de première ligne voire de deuxième ligne ou de l'accueil temporaire de patients	Sans impact	• Assurer une vigilance renforcée en particulier pour les patients vulnérables et les orienter le cas échéant vers une structure adaptée • Limiter les transferts de patients vers les établissements de santé (urgences et services d'hospitalisation) aux seuls cas graves et/ou complexes	• Sans impact à l'exception le cas échéant, de sortie anticipée de patients pour un retour en établissement médico-social dans un objectif de libération de place dans les établissements de santé de première ligne.	• Sans impact à l'exception le cas échéant, de sortie anticipée de patients pour un retour en établissement médico-social dans un objectif de libération de place dans les établissements de santé de première ligne.
Libéraux-Ville	• Assurer une prise en charge secondaire / de suivi des patients à la sortie de l'hôpital • Interaction avec une cellule d'urgence médico-psychologique	• Assurer une prise en charge secondaire / de suivi des patients à la sortie de l'hôpital • Identification des troubles psychiques post-traumatique et orientation vers les filières adaptées de prise en charge	• Assurer une prise en charge secondaire / de suivi des patients à la sortie de l'hôpital • Orientation des patients et assurer vigilance renforcée • Assurer la prise en charge des patients en ambulatoire • Orienter les patients présentant des signes de gravité vers les établissements de santé • Assurer une vigilance renforcée en particulier pour les patients vulnérables et/ou isolés et les orienter le cas échéant vers une structure adaptée pour une prise en charge médico-sociale	• Prise en charge des cas légers / peu symptomatiques • Assurer une prise en charge secondaire / de suivi des patients à la sortie de l'hôpital • Renforcement des soins dans le secteur médico-social • Détection des patients cas suspects, protection (EPI) • Alerte SAMU	• Assurer une prise en charge secondaire / de suivi des patients à la sortie de l'hôpital • Rôle d'information de la population, le cas échéant dispensation de médicaments
SAMU-SMUR	SAMU territorialement compétent & SMUR associés : • Montée en puissance et adaptation de la régulation médicale (CRR) pour la gestion de la crise • Mobilisation des SMUR pour assurer la prise en charge initiale des blessés • Régulation médicale des blessés (initiation du parcours de soins en fonction des lésions) • Mobilisation des SAMU périphériques (appui solidaire immédiat) SAMU de zone : • Mobilisation des renforts SMUR de la zone/PSM dans le cadre du PZMRS	SAMU territorialement compétent : • Mobilisation de la CUMP départementale CUMP territorialement compétente : • Organisation de la prise en charge médico-psychologique (dimensionnement et composition de l'équipe CUMP) • Alerte le cas échéant, de la CUMP régionale en appui CUMP régionale : • Renforcement en tant que de besoin la CUMP territorialement compétente • Alerte le cas échéant, de la CUMP zonale en appui CUMP zonale : • Mobilisation des renforts CUMP dans le cadre du PZM • Alerte du psychiatre référent national pour solliciter l'appui du réseau national de l'urgence médico-psychologique	Pour SAMU-Centre 15 : • Renforcer la régulation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) en lien avec le secteur libéral • Identification et régulation médicale des patients nécessitant une prise en charge hospitalière (formes graves).	SAMU territorialement compétent : • Organisation de l'évaluation pour classement des patients cas suspects de risque épidémique et biologique (SAMU/SMIT/ARS) ; • Mobilisation des SMUR personnels en EPI pour prise en charge et transport des patients suspects vers l'ESRR REB ; • Mobilisation du SAMU siège de l'équipe nationale REB pour l'organisation de la prise en charge initiale et du transfert des patients cas possible (forte suspicion clinique) ou confirmé d'infection par agent du groupe 4 SAMU siège de l'équipe nationale REB : • Organisation du transfert par l'équipe nationale REB des patients cas possible (forte suspicion clinique) ou confirmé d'infection par agent du groupe 4	SAMU territorialement compétent : • Montée en puissance et adaptation de la régulation médicale (CRR) pour la gestion de la crise • Régulation médicale des patients et prise en charge initiale (initiation dès la première heure du parcours de soins en fonction de la nature de l'agent NR ou C en cause) • Mobilisation des SAMU périphériques (appui solidaire immédiat) SAMU de zone : • Mobilisation des renforts SMUR/autres PSM dans le cadre du PZM

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES (SSA)

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES (SSA)

RÔLE DANS LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Place dans le dispositif ORSAN

L'article L. 6147-11 du code de la santé publique dispose qu'un protocole pluriannuel, d'une durée de cinq ans, est établi entre le ministre de la défense et les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Ce protocole signé le 11 avril 2022 définit les relations et les engagements réciproques de ces ministères, dans le but de mieux répondre aux besoins de santé de la population, notamment aux besoins spécifiques de la défense dans le domaine de la santé. Il précise les missions réalisées par le service de santé des armées dans le cadre du service public hospitalier et sa contribution à toute autre mission relevant de la politique de santé notamment en situation sanitaire exceptionnelle. Il prévoit aussi la contribution des acteurs du système de santé au soutien sanitaire des forces armées et de réponse aux besoins spécifiques de la défense.

Ce protocole permet d'optimiser la réponse apportée aux besoins de santé de la population et des forces armées. Il favorise la coopération entre les hôpitaux militaires et civils sur les territoires de santé et renforce les échanges en matière de formation et de recherche médicale. Cette coopération se traduit notamment par des formations des services de secours civils à la médecine de guerre et l'association systématique du service de santé des armées aux exercices de gestion des crises sanitaires. Outre leurs missions propres, les hôpitaux militaires participent à la permanence des soins et des urgences des établissements de santé et concourent ainsi aux parcours de soins de nos concitoyens. Des moyens du service de santé des armées (HIA, CMA) sont par ailleurs pris en compte dans les projets régionaux de santé, tout en restant subordonnés au ministère de la Défense pour la satisfaction du contrat opérationnel des forces armées. Ce protocole facilite enfin l'accès à la réserve opérationnelle du Service de santé des armées pour les professionnels de la fonction publique hospitalière qui souhaiteraient la rejoindre.

Déclinaison régionale

Les ARS ont pour mission d'assurer la déclinaison du protocole pluriannuel (mentionné au sein de l'ordonnance SSA/INI de janvier 2018) en collaboration avec le correspondant en région du SSA via l'élaboration de contrats spécifiques. Dans les situations prévues dans le protocole pluriannuel, l'ARS peut solliciter auprès de l'officier général de zone de défense et de sécurité, l'appui des structures du service de santé des armées. La contribution du SSA au profit de la santé publique dans le cadre d'une SSE s'inscrit dans le respect des principes d'exception (situation exceptionnelle) dans le strict respect de la règle des 4i (moyens civils inexistant, insuffisant, inadapté ou indisponible), de légitimité (capacités singulières du SSA), d'unicité (action du SSA au sein des armées), de globalité (de la conception à la réalisation), de complémentarité (par opposition à substitution) et de responsabilité. Par ailleurs, l'ARS peut solliciter l'offre de soins hospitalière, qui est assurée par les hôpitaux des armées présents sur le territoire métropolitain qui peuvent dans certaines conditions appuyer les missions des ESR. Certains hôpitaux ont développé des compétences rares en matière de prise en charge des grands brûlés et d'oxygénothérapie hyperbare et sont investis dans l'accueil de victimes d'événements NRBC. Ils disposent de modules de décontamination préhospitalière, de laboratoires de sécurité biologique de niveau 3 et de personnels entraînés pour leur mise en œuvre. Certains disposent d'un centre d'accueil et de traitement de blessés radiocontaminés, comme c'est le cas sur le site de Percy, à Clamart (92).

RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

Les HA sont impliqués dans la préparation de la réponse du système de santé face à une situation exceptionnelle.

La participation du SSA au comité technique régional ORSAN et aux groupes de travail spécifiques ORSAN est importante.

La chaîne OTIAD, en tant qu'autorité militaire en cas de déclenchement d'un plan ORSAN, est destinataire de ces travaux.

APPUI AU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES EN SITUATION D'ENGAGEMENT MAJEUR DES FORCES ARMÉES

Le protocole pluriannuel Santé-Défense-Budget prévoit aussi la contribution du système de santé au soutien sanitaire des forces armées en situation d'engagement majeur en réponse aux besoins spécifiques de la défense. À ce titre, le protocole pluriannuel prévoit le soutien au Service de santé des armées pour la prise en charge d'un flux de militaires blessés ou malades dans le système de santé civil, notamment via ses établissements de santé. Le dispositif ORSAN constitue le cadre de préparation et de mise en œuvre de l'appui du système de santé au Service de santé des armées en situation d'engagement majeur des forces armées. Les attendus de cette planification sont définis dans la note technique de cadrage « soutien au Service de santé des armées en situation d'engagement majeur des forces armées ».

TRANSPORTEURS SANITAIRES

TRANSPORTEURS SANITAIRES PRIVÉS (TSP)

RÔLE DANS LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Les transporteurs sanitaires (TS) sont des partenaires de l'aide médicale urgente. Signataires de conventions avec l'établissement de santé siège du SAMU, ils intègrent le dispositif de mobilisation de l'aide médicale urgente pour effectuer le transport sanitaire. Ils assurent une mission de coordination des transports sanitaires au sein de CRRAs des SAMU.

En situation sanitaire exceptionnelle, ils peuvent être mobilisés par le SAMU territorialement compétent, le cas échéant, par l'ARS dans le cadre des mesures prises au titre des plans opérationnels de réponse ORSAN. Ils sont alors en priorité mobilisés pour la réalisation des transports sanitaire inter-hospitaliers notamment entre les établissements de santé de première ligne et de deuxième ligne.

Les transports sanitaires sont des transports de personnes malades, blessées ou parturientes, effectués sur prescription médicale pour des raisons de soins ou de diagnostic ou en cas d'urgence médicale. Ils sont assurés par des entreprises de transport sanitaire agréées, à cet effet par l'agence régionale de santé et autorisées pour la mise en service de leurs véhicules sanitaires dans le cadre d'un quota départemental de véhicules sanitaires autorisés.

RÔLE DANS LA PLANIFICATION ORSAN

L'association des transporteurs sanitaires privés à l'élaboration des dispositions « transports sanitaires » des plans opérationnels de réponse et la disposition spécifique transversale « Evacuation des établissements de santé » est importante (via notamment les associations de transport sanitaire urgent).

Missions

Assurer les transports sanitaires inter-hospitaliers notamment entre les établissements de santé de première et de deuxième ligne

CIRCUIT D'INFORMATION DE CRISE



RENFORCEMENT EN CAS DE DEPASSEMENT CAPACITAIRE

- Dispositions propres aux entreprises concernées.
- Réquisition par le Préfet à la demande de l'ARS

DOCUMENTS DE REFERENCE

Référence juridiques

- ☞ Code de la santé publique : articles L. 6312-1, L. 6312-2, R. 6312-29 R. 6312-15 ;
- ☞ Code général des collectivités territoriales : article L. 1424-42.

ACTEURS DE LA SÉCURITÉ CIVILE

SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS (SIS)

Les services d'incendie et de secours (SIS) sont des acteurs de la sécurité civile. Ils sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies. Ils concourent, avec les autres services et professionnels concernés, à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours et aux soins d'urgence.

MISSIONS

Dans le cadre de leurs compétences, les services d'incendie et de secours exercent les missions suivantes :

- la prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- la préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- la protection des personnes, des animaux, des biens et de l'environnement ;
- les secours et les soins d'urgence aux personnes ainsi que leur évacuation, lorsqu'elles :
 - Sont victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ;
 - Présentent des signes de détresse vitale ;
 - Présentent des signes de détresse fonctionnelle justifiant l'urgence à agir.

Les secours et les soins d'urgence aux personnes ainsi que leur évacuation font partie de leur champ de compétence. Les opérations de secours sont constituées par un ensemble d'actions ou de décisions caractérisées par l'urgence qui visent à soustraire les personnes, les animaux, les biens et l'environnement aux effets dommageables d'accidents, de sinistres, de catastrophes, de détresses ou de menaces. Elles comprennent les opérations réalisées dans le cadre des missions définies ci-dessus.

Des interventions peuvent être demandées aux SIS par la régulation médicale des SAMU en dehors des missions propres des SIS. Les SIS peuvent aussi mettre à disposition, par voie de convention avec les ES, certains de leurs moyens, tels que les personnels et moyens de transports sanitaires.

Signataires de conventions avec l'établissement de santé siège du SAMU, les SIS concourent, notamment par leurs services de santé et de secours médical (SSSM), à l'aide médicale urgente. Ils collaborent avec les ARS dans le cadre de la mise en cohérence des schémas régionaux de santé (SRS) avec les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR).

Leur mobilisation est immédiate, sous l'autorité du préfet, lors de situations exceptionnelles définies dans le cadre du dispositif ORSEC.

ORGANISATION

Les missions de secours d'urgence sont assurées par les sapeurs-pompiers, regroupés au sein d'établissements publics (les services départementaux ou territoriaux ou départementaux et métropolitains d'incendie et de secours – SDIS, STIS, SDMIS), complétés dans une vingtaine de départements par des corps communaux ou intercommunaux, ainsi que pour Marseille et Paris par des unités militaires (Bataillon de marins-pompiers de Marseille et Brigade de sapeurs-pompiers de Paris).

Le service d'incendie et de secours (SIS) organise l'activité de l'ensemble des centres de sapeurs-pompiers du département.

Ce dispositif de secours est renforcé en cas de besoin par différents services et moyens de l'État (FORMISC, hélicoptères de la sécurité civile, etc.), les associations agréées de sécurité civile, les réserves communales de sécurité civile et le cas échéant, des moyens privés réquisitionnés.

En opérations de secours, le SIS prend le commandement de l'opération et, dans ce cadre, dirige les différents moyens qui y concourent.

Chaque SIS dispose d'un centre de traitement de l'alerte (CTA) qui veille en permanence 18 et 112 (à l'exception de quelques départements en France où le 112 est veillé par le CRRA15) et d'un centre

opérationnel (CODIS) qui coordonne les différentes interventions. Il arrive que ces deux structures soient fusionnées (CTA-CODIS).

Le centre de traitement de l'alerte (CTA) a pour missions :

- La réception des appels provenant de tout le département ;
- La transmission des alertes sur les centres d'interventions et les services publics susceptibles d'être concernés ;
- La réorientation des demandes de secours au centre 15 si nécessaire ;
- Le suivi et la gestion des opérations quotidiennes ;
- De rendre compte au CODIS des appels reçus et des mesures prises par les CIS, en vue du déclenchement éventuel de différentes procédures et de l'envoi de moyens de secours supplémentaires.

Le CTA est chargé en cas d'évènement particulier d'envoyer des renforts et de coordonner l'action des secours sur l'ensemble du département.

Le CODIS est l'organe de coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie et de secours du département. Il anticipe les événements par un système de gestion des risques, coordonne l'action des moyens engagés ou à engager et alerte les organismes et les autorités concernés. Il est informé de toutes les opérations en cours et régulièrement renseigné sur l'évolution de la situation jusqu'à la fin des opérations. La salle opérationnelle du CODIS est armée notamment par un officier qui est chargé de la coordination et de l'information des autorités ou des services départementaux et zonaux (Préfecture, maire, COZ...).

Le SIS comprend une sous-direction santé dont les missions sont :

- L'organisation de la participation à l'AMU
- L'organisation de La surveillance de l'état de santé des sapeurs-pompiers en organisant la médecine d'aptitude, la médecine de prévention et leur soutien santé en intervention
- Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité ;
- La surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service et l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médico-stériles au travers d'une pharmacie à usage interne ;
- La participation à la formation des sapeurs-pompiers en SSUAP
- Le conseil dans les domaines de la santé aux autorités et aux agents du SIS ;
- L'organisation de la réponse vétérinaire du SIS.

Le service de santé et de secours médical (SSSM) est intégré à la sous-direction santé, il organise les missions opérationnelles des professionnels de santé du SIS.

FOCUS SUR LE SECOURS D'URGENCE À PERSONNES

Les secours et soins d'urgence aux personnes (SSUAP) (également dénommés secours à personnes - SAP – ou secours d'urgence à personnes (SUAP) dans différents textes encore en vigueur) sont une mission des SIS et consistent à :

- Assurer la mise en sécurité des victimes, c'est-à-dire les soustraire à un danger ou un milieu hostile, exercer un sauvetage, et sécuriser le site de l'intervention ;
- Pratiquer les gestes de secourisme en équipe, dont ceux du prompt secours, face à une détresse, et en évaluer le résultat. Le prompt secours est une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales. Il est assuré par des personnels formés et équipés. S'y ajoute la capacité à réaliser par les sapeurs-pompiers, non professionnels de santé, des actes de soins d'urgence déterminés par décret, permettant, outre d'enrichir le bilan, d'administrer certains médicaments de l'urgence sur prescription médicale à distance. Il est à distinguer des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins et infirmiers de sapeurs-pompiers, des médecins généralistes, des ambulanciers privés, voire du simple conseil ;
- Réaliser l'envoi des moyens adaptés, y compris médicaux ou paramédicaux du SIS, dès la réception de l'appel ou dès l'identification du besoin et en informer la régulation médicale du SAMU;

- Réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié déterminé par la régulation médicale du SAMU.

FOCUS SUR LES MÉDECINS ET AUTRES PROFESSIONNELS DU SSSM DES SAPEURS-POMPIERS

Les médecins, infirmiers, pharmaciens du Service de santé et de secours médical du SIS concourent à l'aide médicale urgente et font ainsi partie du dispositif de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Ils peuvent donc, outre leurs missions propres et au même titre que les médecins correspondants du SAMU, mais sous la responsabilité du SIS, constituer un relais compétent et formé apte à prendre en charge des victimes dans le cadre de l'urgence.

Dotés de matériels de monitoring ou d'intervention, appuyés le plus souvent par un infirmier sapeur-pompier, les médecins, alertés par l'intermédiaire du CTA, le cas échéant sur demande du CRRA, se rendent sur les lieux de l'opération afin de prodiguer des soins médicaux aux victimes et patients. Il en est de même des infirmiers de sapeurs-pompiers agissant sur protocoles de soins d'urgence prescrits après formation par leurs médecins-chefs.

La prise en compte des capacités d'intervention des SSSM par les ARS et les SAMU est une plus-value pour optimiser la couverture territoriale en soins d'urgences.

Missions

- Secours et soins d'urgence à personnes ;
- Contribution à l'aide médicale urgente.

DOCUMENTS DE REFERENCE

Références juridiques

- ✎ Article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales ;
- ✎ Article R. 1242-42 du code général des collectivités territoriales ;
- ✎ Article D. 6124-12 du code de santé publique ;
- ✎ Article L. 6112-1 du code de la santé publique ;
- ✎ Article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ;
- ✎ Loi n° 2004-811 de modernisation de la Sécurité civile du 13 août 2004 ;
- ✎ Article R. 6311-6 du code de la santé publique

ASSOCIATIONS AGRÉÉES DE SÉCURITÉ CIVILE (AASC)

MISSIONS

Des agréments de sécurité civile sont délivrés aux associations susceptibles d'apporter leur concours aux missions ci-après constituant le cœur de leur activité prévu à l'art L. 725-3 du code de la sécurité intérieure :

- la participation aux opérations de secours (agrément A) ;
- la participation aux actions de soutien et d'accompagnement des populations victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes (agrément B) ;
- la participation à l'encadrement des bénévoles dans le cadre des actions de soutien aux populations, afin de contribuer à coordonner l'action des bénévoles spontanés, des associations autres qu'agrées de sécurité civile et des membres des réserves communales de sécurité civile (agrément C) ;
- les dispositifs prévisionnels de secours - DPS, dans le cadre de grands rassemblements (agrément D).

Afin de bénéficier de l'un de ces agréments, les associations doivent, outre le respect des équilibres d'un fonctionnement démocratique et du contrat républicain, disposer des moyens et des compétences permettant aux pouvoirs publics de les intégrer dans leurs missions.

Les agréments peuvent être délivrés par la direction générale de la sécurité civile à l'échelle nationale ou interdépartementale (ensemble de 2 à 19 départements d'un seul tenant) et par les préfectures s'agissant d'un ressort uniquement départemental.

Au titre des agréments A, B et C, les AASC sont engagées à la demande de l'autorité de police compétente (maire ou préfet dès lors que le concours est sollicité au titre d'une crise dont les effets affectent plusieurs communes) désignée directeur des opérations de secours (DOS) et sous l'autorité du commandant des opérations de secours (COS), officier de sapeurs-pompiers, chargé de mettre en œuvre les moyens du secours.

Dans le cas d'une participation aux opérations de secours (agrément A) et sous réserve de la signature d'une convention dédiée avec le service d'incendie et de secours territorialement compétent, les AASC sont susceptibles de mettre en œuvre des évacuations d'urgence hors transport sanitaire.

Dans le cas de la mise en œuvre d'un DPS (agrément D), les véhicules de premiers secours à personne (VPSP) permettent d'acheminer une victime du point où elle se situe vers un poste de secours ou d'un poste de secours vers une structure hospitalière sur ordre du médecin régulateur. Ils bénéficient de la qualité de véhicule d'intérêt général bénéficiant de facilités de passage.

FOCUS SUR LES MISSIONS SANITAIRES

Dans le cadre de leurs relations avec la prévention et la santé, les AASC contribuent notamment à apporter un appui aux CUMP pour la mise en œuvre de poste d'urgence médico-psychologique (PUMP). Cette contribution est formalisée par convention entre la ou les AASC et l'établissement de santé siège de la CUMP.

Les circonstances sanitaires exceptionnelles liées à l'épidémie de Covid-19 ont impliqué l'engagement des associations agréées de sécurité civile sur un spectre large de missions, dont certaines, notamment le transport non urgent de patients, ont été confiées sans assise réglementaire. En dehors de ces circonstances exceptionnelles, le recours aux AASC en dehors de leurs missions expose à un risque contentieux

Missions**Missions principales :**

- Soutien et accompagnement des populations victimes de catastrophes ;
- Encadrement des bénévoles dans le cadre des actions de soutien des populations ;
- Apports de moyens en personnel et en matériel ;
- Enseignement du secourisme.

Missions secondaires ou hors champ de la sécurité civile :

- Accueil, secrétariat, écoute, soutien logistique, livraisons de repas aux personnes isolées ;
- Assistance humanitaire internationale

Annexe 4

Fiches techniques

MISSIONS DE RÉFÉRENCE

MISSIONS DE RÉFÉRENCE

Contexte et enjeux

La régionalisation des missions de références est fondée sur le retour d'expérience des situations sanitaires exceptionnelles de nature épidémiques qui ont affecté le système de santé en particulier l'épidémie de fièvre hémorragique virale Ébola, en Afrique de l'Ouest de 2014, et de la nécessité de mieux préparer la prise en charge complexes liées notamment aux patients hautement contagieux dans les établissements de santé. Cette nouvelle organisation contribue au renforcement du dispositif de prise en charge des patients infectés par un agent infectieux à risque épidémique et biologique qui s'inscrit dans la déclinaison du plan national de préparation et de réponse à une pandémie élaboré sous l'égide du Secrétariat général à la défense et à la sécurité nationale (SGDSN) à la demande du Premier Ministre. Au-delà du risque épidémique et biologique, l'objectif est de rapprocher des établissements de santé dits de références (ESR) des ARS en charge de planification ORSAN. A ce titre les établissements de santé de référence régionaux (ESRR) sont en appui des ARS pour leur apporter une expertise, un appui technique pour l'élaboration des 5 plans ORSAN et pour structurer les filières de prise en charge de ces patients complexes en assurant la formation et l'animation des acteurs concernés, en fonction des spécificités locales et des retours d'expériences des établissements de santé et des professionnels de santé de ville de la région. Les 5 missions de référence répondent ainsi aux enjeux opérationnels des plans ORSAN et permettent de disposer d'un établissement de santé référent pour chacune d'elle. Elles contribuent à la sécurisation des parcours de soins et précisent les missions et les objectifs opérationnels confiés aux acteurs du système de santé 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.

Mission de références

Mentionnées à l'article R. 3131-6 du code de la santé publique, les missions de références régionales sont portées par les établissements de santé de références régionaux (ESRR) et nationaux (ESRN).

MISSIONS DE REFERENCE

Missions de diagnostic et de prise en charge thérapeutique des risques nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC)			Missions de prise en charge de nombreux blessés somatiques et psychiques	
MISSION REB	MISSION NR	MISSION C	MISSION AMAVI	MISSION MEDICO-PSY
L'établissement de santé de référence régional assure en permanence la prise en charge de patients adultes et d'enfants présentant une infection par un agent infectieux hautement contagieux et met en œuvre le	L'établissement de santé de référence régional assure en permanence la prise en charge de patients adultes et d'enfants présentant une radio-contamination, une irradiation ou des blessures conventionnelles susceptibles	L'établissement de santé de référence régional assure en permanence la prise en charge de patients adultes et d'enfants présentant une intoxication par un agent chimique, une toxine ou des blessures	L'établissement de santé de référence régional est en mesure d'assurer en permanence, la prise en charge de patients adultes et d'enfants présentant des blessures graves nécessitant le recours à un plateau technique de haut niveau d'expertise	L'établissement de santé de référence régional est en mesure d'assurer en permanence, la prise en charge médico-psychologique de patients adultes et d'enfants présentant de troubles psychiques post-

cas échéant, la vaccination des personnes contacts.	d'être accompagnées d'une contamination résiduelle par un agent radiologique.	conventionnelles susceptibles d'être accompagnées d'une contamination résiduelle par ces derniers.	notamment lors d'urgences collectives et contribue à la structuration des filières de traumatologie lourde au sein de la région.	traumatique notamment lors d'urgences collectives et contribue à la structuration des filières de soins médico-psychologique au sein de la région.

Outre les missions susmentionnées, l'établissement de santé de référence régional exerce les missions suivantes :

MISSIONS D'APPUI REGIONAL

Mission d'expertise	Mission de formation	Mission d'animation de réseau
L'établissement de santé de référence régional apporte une expertise à l'agence régionale de santé pour l'élaboration du dispositif ORSAN, afin notamment de développer au sein de la région, les filières de prise en charge des patients et définir leurs parcours de soins dans le cadre d'une démarche de qualité structurée ;	L'établissement de santé de référence régional assure via son centre d'enseignement des soins d'urgence, la formation des formateurs et des référents des établissements de santé pour les situations sanitaires exceptionnelles avec l'appui du centre d'enseignement des soins d'urgence de l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente de zone mentionné à l'article R. 3131-13 du code de la santé publique ;	Le rôle des établissements de santé de référence régional n'est pas l'appropriation des missions, mais le développement et l'animation du réseau régional constitué des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux contribuant à la prise en charge des patients concernés dans le cadre des parcours de soins et des filières.

Cahier des charges des établissements de santé de références

La réalisation de chacune de ces missions requiert des capacités spécifiques, définies par un cahier des charges. En effet, afin d'identifier le ou les établissements de santé chargés d'assurer une ou plusieurs des missions de référence, l'agence régionale de santé procède à une évaluation de terrain sur le site de ces établissements, pour s'assurer qu'ils disposent ou peuvent disposer des capacités requises et qu'ils répondent aux obligations spécifiques de diagnostic et de prise en charge thérapeutique adaptées à chaque risque.

Ces capacités spécifiques requises sont décrites dans le tableau suivant :

CAHIER DES CHARGES

Missions REB

- La disponibilité permanente d'un médecin infectiologue référent pour le risque épidémique et biologique afin d'assurer la prise en charge des patients et d'apporter une expertise aux établissements de santé de la région ;
- Une unité de soins dotée d'un nombre de chambres d'isolement à pression négative avec un sas d'entrée conforme aux objectifs quantifiés de prise en charge assignés par l'agence régionale de santé à l'établissement dans le cadre du plan « ORSAN REB », permettant d'assurer la prise en charge d'adultes et d'enfants atteints d'infection liée à un agent biologique pathogène du groupe 3 défini par l'arrêté du 16 novembre 2021 fixant la liste des agents biologiques pathogènes et nécessitant le cas échéant, des soins de réanimation,. L'établissement doit aussi être en capacité d'assurer la prise en charge initiale d'un patient « cas possible » d'infection liée à un agent biologique pathogène du groupe 4 du même arrêté, le temps de la confirmation ou de l'infirmité du diagnostic ;
- Un laboratoire de biologie médicale d'un niveau de confinement L3 avec un poste de sécurité microbiologique de niveau 2 au minimum et une équipe de professionnels formés et habilités, en capacité d'assurer en permanence :
 - Le traitement des échantillons (prélèvements et transport) en vue du diagnostic microbiologique en lien avec les établissements de santé de référence nationaux pour le risque épidémique et biologique et les centres nationaux de référence ;
 - Les examens de biologie médicale nécessaires à la prise en charge des patients et le cas échéant, des examens de biologie médicale délocalisés pour les patients en chambre d'isolement ;
- Une organisation permettant d'assurer la réalisation des examens biologiques d'urgence strictement nécessaires à la prise en charge d'un patient cas possible d'une infection par un agent biologique pathogène du groupe 4, avant exclusion ou confirmation du diagnostic. Cette organisation prend en compte l'analyse des risques selon l'organisation locale, le type de dispositifs et les contraintes architecturales afin de permettre une prise en charge de ces échantillons pour examens d'urgence :
 - Soit en niveau de confinement L3 sous un poste de sécurité microbiologique de type 3 ;
 - Soit en niveau de confinement L3 sous un poste de sécurité microbiologique de type 2 avec des équipements de protection individuels adaptés et des pratiques de biosécurité renforcées ;
 - Soit dans la chambre d'isolement à pression négative du patient avec des équipements de protection individuels adaptés et des pratiques de biosécurité renforcées.
- Un centre de de dépistage et de vaccination des professionnels et des patients, susceptible d'assurer la mise en œuvre d'une vaccination exceptionnelle ;
 - Une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des établissements de santé de la région, dans le cadre du plan « ORSAN REB » pour la prise en charge des patients ;

	- Un stock d'équipements de protection individuels adaptés à la protection contre les agents biologiques pathogènes, permettant notamment de couvrir les besoins pour répondre aux objectifs quantifiés de prise en charge assignés par l'agence régionale de santé à l'établissement dans le cadre du plan « ORSAN REB » ; - Une filière pour les déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) compatible avec les agents biologiques pathogènes infectieux responsables de l'infection.
Missions NR	• Une unité de soins intensifs hématologiques ayant une expertise dans la prise en charge des aplasies et immunodépresseurs prolongées et une unité de réanimation polyvalente permettant d'assurer la prise en charge d'adultes et d'enfants ; • Un laboratoire d'analyse radiotoxicologique ou le cas échéant, une convention avec un laboratoire d'analyse radiotoxicologique ; • Une capacité de dosimétrie biologique et physique ou le cas échéant, une convention avec l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire ; • Une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des établissements de santé dans le cadre du plan « ORSAN NRC » pour la prise en charge des patients et notamment leur décontamination ; • Un stock d'équipements de protection individuels adaptés au risque nucléaire et radiologique en termes de nombre de patients et de durée de prise en charge conformément aux objectifs quantifiés fixés par l'agence régionale de santé ou définis dans le contrat spécifique pour les hôpitaux des armées ; • Une unité de décontamination hospitalière permettant la mise en œuvre d'une décontamination approfondie et des équipements de protection individuels et de détection adaptés pour sa mise en œuvre.
Missions C et toxines	• Une unité de réanimation polyvalente permettant d'assurer la prise en charge d'adultes ou d'enfants intoxiqués ou intoxiqués ; • Un laboratoire de biologie clinique en mesure de réaliser en particulier une évaluation de l'activité acétylcholinestérase globulaire ou à défaut d'activité cholinestérase plasmatique et pour des analyses spécifiques, une convention avec un laboratoire d'analyse toxicologique ; • Une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des établissements de santé dans le cadre du plan « ORSAN NRC » pour la prise en charge des patients et notamment leur décontamination ; • Un stock de produits de santé et d'équipements de protection individuels adaptés au risque chimique et toxique, en termes de nombre de patients et de durée de prise en charge conformément aux objectifs quantifiés fixés par l'agence régionale de santé ; • Une unité de décontamination hospitalière permettant la mise en œuvre d'une décontamination approfondie et d'équipements de protection individuels et de détection adaptés pour sa mise en œuvre.
Missions AMAVI	• Une organisation structurée d'accueil et de prise en charge des blessés graves avec un plateau technique médico-chirurgical (adultes et enfants) , radiologique diagnostique et interventionnel avec le recours possible en permanence à un anesthésiste-réanimateur, un chirurgien et un radiologue interventionnel ; • Une structure d'accueil des urgences et une unité de déchoquage permettant de prendre en charge plusieurs patients simultanément ;

	• Un bloc opératoire permettant de disposer en urgence de plusieurs salles d'opération, du matériel opératoire adaptés ainsi que d'une procédure permettant la récupération et la stérilisation en continu des boîtes d'instruments chirurgicaux ; • Une unité réanimation polyvalente ou chirurgicale ; • Un laboratoire de biologie clinique en mesure de réaliser en permanence les examens biologiques urgents ; • L'accès en permanence à des produits sanguins labiles en quantité nécessaire pour répondre aux objectifs de prise en charge des patients de l'établissement de santé ; • Un service d'aide médicale urgente ; • Une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des établissements de santé dans le cadre du plan « ORSAN AMAVI » notamment en télé-expertise ou en projection d'équipe médicale en lien avec le service d'aide médicale urgente de l'établissement.
Missions MEDICO-PSY	• Une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) régionale définie à l'article R6311-25-1 du code de la santé publique ; • Un service d'aide médicale urgente ; • Une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des cellules d'urgence médico-psychologique de la région dans le cadre du plan « ORSAN MÉDICO-PSY » en lien avec le service d'aide médicale urgente de l'établissement.

Le rôle des agences régionales de santé dans les modalités d'organisation de la régionalisation des missions de références

Identification des établissements de santé de références régionaux

- L'agence régionale de santé (ARS) organise la mise en œuvre des missions de référence mentionnées à l'article 1er du présent arrêté dans le cadre du dispositif ORSAN, mentionné à l'article L. 3131-11 du code de la santé publique. L'ARS identifie un établissement de santé de référence régional pour chacune des missions susmentionnées, au regard des capacités spécifiques requises figurant dans l'arrêté 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
- Lorsqu'une ou plusieurs des missions de référence ne peuvent être assurées dans une région, l'agence régionale de santé de zone (ARSZ) identifie, dans la zone de défense et de sécurité, un ou plusieurs établissements de santé de référence régionaux, chargé d'assurer ces missions pour le compte de la région demandeuse.
- Les établissements de santé de référence régionaux sont désignés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du Directeur l'agence régionale de santé, parmi les établissements de santé identifiés dans les conditions définies plus haut. Les dispositions spécifiques au Service de santé des armées sont précisées dans l'annexe 2 de l'arrêté 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

Mise en œuvre opérationnelle des missions de référence régionales

L'agence régionale de santé s'assure de la mise en œuvre du dispositif ainsi constitué et de son opérationnalité. À ce titre :

- Elle détermine les objectifs quantifiés de prise en charge dans le cadre du dispositif ORSAN mentionné à l'article L. 3131-11 du code de la santé publique, en particulier de ses plans « ORSAN REB », « ORSAN NRC », « ORSAN AMAVI » et « ORSAN MÉDICO-PSY » en fonction des objectifs fixés par la DGS ;

- Elle veille à ce que les établissements de santé de référence régionaux désignés remplissent l'intégralité des missions de références, y compris les missions d'expertise, de formation et d'animation réseau, conformément à l'article 1^{er} de l'arrêté 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 ;
- Elle définit les objectifs de prise en charge des patients dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) mentionné à l'article L. 6114-1 du même code conclu avec cet établissement ;
- Elle procède à une évaluation annuelle de la mise en œuvre des missions mentionnées à l'article R. 3131-6 du même code, notamment sur la base du rapport d'activité élaboré par le ou les établissements de santé de référence régionaux. Elle s'assure que le ou les établissements disposent en permanence, des capacités techniques et opérationnelles pour exercer leurs missions. Elle transmet les conclusions de cette évaluation à la DGS et à la DGOS avant le 31 mars de l'année suivante.

ORGANISATION DES MISSIONS DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ SIÈGE DU SAMU ZONAL

MISSIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE SIEGE DU SAMU ZONAL

Le directeur général de l'agence régionale de santé de zone désigne un établissement de santé, siège du service d'aide médicale urgente de zone. Cet établissement est chargé de mettre en œuvre la coordination des renforts dans le cadre du plan zonal de mobilisation en appui à l'ARS de zone. Il participe également aux actions de formation assurées par les ESRR relatives aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques ainsi qu'aux urgences traumatiques graves ou médico-psychologiques, et contribue à l'entraînement du personnel des établissements de santé de la zone à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

En dehors d'une SSE

Le SAMU de zone et ses unités rattachées (CESU et CUMP de zone) :

- Participe aux travaux de planification diligentés par l'ARS de zone ;
- Coordonne au sein de la zone le développement des organisations et la mise en œuvre des outils techniques (applications métiers, moyens de communication, etc.) permettant de répondre à la mission d'appui aux SAMU de la zone ;
- Participe aux actions de formation aux SSE assurées par les ESRR et à la réalisation d'exercices.

Lors d'une SSE

Le SAMU de zone et ses unités rattachées (CESU et CUMP de zone) :

Pour renforcer les SAMU de la zone impactés par une SSE :

- Propose la répartition et la mobilisation des moyens tactiques au sein de la zone de défense et de sécurité au regard des besoins potentiels (secteurs de mobilisation préférentiels et organisation des transports sur les sites de destination) ;
- Met en œuvre les modalités de renfort en professionnels de santé pour les SAMU et les autres structures de médecine d'urgence au sein de la zone, d'un département à un autre au sein de la même zone, ou d'une zone à une autre⁹ ;
- Propose les modalités d'intégration des renforts en équipement en provenance d'autres régions de la zone pour les SAMU ;
- Assure la synthèse des moyens disponibles dans les régions (SMUR véhicules terrestres et hélicoptères, moyens humains et équipements) ;
- Assure la coordination des hélicoptères sanitaires des SMUR (héliSMUR) au niveau zonal¹⁰ ;
- Veille à ce que le (ou les) SAMU territorialement compétent(s) transmette(nt) les informations sur la prise en charge médicale des victimes et leur orientation.

Pour évacuer un ou plusieurs établissements de santé ou médico-sociaux dans la zone de défense et de sécurité :

- Apporte un appui au SAMU territorialement compétent pour la régulation médicale en vue de l'accueil dans les établissements de santé des patients évacués. En lien avec le SAMU territorialement compétent, il assure la coordination du renfort en moyens de transports sanitaires.

ATTRIBUTION ET GESTION COORDONNÉE DES MOYENS OPÉRATIONNELS TACTIQUES

ATTRIBUTION DES MOYENS OPÉRATIONNELS

Les modalités de gestion des moyens opérationnels tactiques, par les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les agences régionales de santé de zone (ARSZ), sont définies et organisées autour de 6 axes :

Analyse du risque sanitaire

L'ARS en lien avec les préfets et préfets de zone de défense et de sécurité est en charge de l'analyse des risques et des menaces sanitaires à l'échelon de la région qui constitue une étape essentielle dans la planification ORSAN. Cette étape est indispensable à une répartition efficiente des moyens tactiques et doit être spécifiques à chaque région. À l'échelon zonal pour les zones de défense et de sécurité qui sont multirégionales, l'ARS de zone assure la compilation de ces données.

Élaboration du programme d'acquisition ou de renouvellement des moyens opérationnels

Les ARS doivent ensuite procéder à l'élaboration du programme pluriannuel d'acquisition ou de renouvellement, pour leur région, dépendamment de la péremption, ainsi que de l'amortissement ou de l'obsolescence des produits et équipements concernés.

Ces moyens étant intégrés dans le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PSMRS), l'élaboration du programme pluriannuel prendra en compte les priorités à l'échelle zonale définies par l'ARS de zone, afin de respecter l'enveloppe globale de la MIG attribuée pour cette mission.

Répartition actualisée des moyens tactiques sur le territoire en adéquation avec le risque territorial évalué

En fonction de l'analyse du risque sanitaire à l'échelon régional en cohérence avec les orientations zonales définies par le préfet de zone de défense et de sécurité et de l'organisation de l'offre de soins en SSE mise en place dans le cadre du dispositif ORSAN, il appartiendra aux ARS d'ajuster la répartition de ces moyens tactiques sur leur territoire en lien avec les ARSZ pour les zones multirégionales.

Les moyens étant mobilisables à l'échelle zonale en fonction des besoins territoriaux et des capacités des établissements, les éventuels transferts physiques de moyens doivent être systématiquement suivis par l'ARS, afin d'ajuster et d'actualiser les dotations et transmis à l'ARS de zone.

Transmissions du tableau de répartition des moyens tactiques aux services du ministère

Les ARS transmettent au Ministère en charge de la santé le tableau de répartition des moyens tactiques au sein de la région avant le 30 juin de l'année N, afin que les services du ministère puissent ajuster la dotation MIG des établissements de santé sièges de SAMU concernés pour l'année N + 1.

Suivi de la gestion des moyens via SIGESSE

L'ARS s'assure du suivi de la gestion de ces moyens par les établissements de santé, en particulier les établissements de santé sièges de SAMU-SMUR relativement aux CPOM conclus.

Le suivi est notamment assuré via le système d'information et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SIGESSE) afin d'avoir une réelle visibilité sur l'opérationnalité des moyens tactiques.

Dans le cadre de la politique globale de mutualisation des achats hospitaliers, il importe que l'achat de ces produits s'inscrive autant que possible dans les démarches déjà mises en œuvre au niveau local. Ainsi, la plupart des produits de santé composant les PSM sont d'utilisation courante par les PUI des établissements de santé et peuvent donc parfaitement intégrer ces initiatives.

En revanche, certains produits et équipements spécialisés nécessitent de recourir à des démarches spécifiques de mutualisation des achats. Il convient donc aux ARS, de sensibiliser les établissements de santé au :

- Recours à un dispositif d'achat mutualisé, notamment pour des produits de santé rares ;
- La constitution de groupements de commandes à l'échelon zonal entre les établissements d'une même zone, coordonnée et animée par l'établissement de santé de référence (ESR), notamment pour les marchés de maintenance et les équipements logistiques des PSM (exemple : remorques, valises de portatifs radio...). Les ARS pourront éventuellement missionner les ESRR pour mettre en place ces groupements de commandes avec les établissements volontaires.

Notons que les spécifications techniques définies par le ministère chargé de la santé demeurent le gage de l'interopérabilité de ces moyens tactiques en cas de nécessité de mobilisation en renfort d'une autre région dans la zone de défense et de sécurité voire à l'échelon national.

Inspection-contrôle ciblée

L'ARS veille à l'opérationnalité des matériels susmentionnés par l'intermédiaire d'une politique d'inspection ciblée établie dans le cadre des programmes d'inspection-contrôle. Les conventions de mise à disposition établies des moyens tactiques dans le cadre du CPOM des établissements de santé étant conclues pour une durée déterminée et renouvelable, les attributions des moyens et leurs renouvellements doivent être assorties de conditions. Le renouvellement des conventions de mise à disposition doit donc être tributaire de l'exécution du CPOM par les établissements de santé et d'au moins un contrôle d'inspection avant chaque échéance financière par les ARS. En raison du principe de subsidiarité, les modalités et la fréquence de contrôle spécifiques seront définies par l'ARS compétente.

Bien entendu, les doctrines d'attribution de ces moyens aux établissements de santé sont susceptibles d'évoluer selon les orientations du contrat capacitaire interministériel (CCI).

PROBLÉMATIQUES TRANSFRONTALIÈRES

PROBLÉMATIQUES TRANSFRONTALIÈRES

Les pays frontaliers de la France sont pour certains membres de l'Union Européenne (Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas (Saint-Martin)), mais également non membres de l'UE : Andorre, Brésil (Guyane), Monaco, Suisse et Suriname (Guyane).

Les aspects transfrontaliers doivent être inclus dans les plans ORSAN et dans les DST pour les ARS concernées.

Les dispositifs d'alertes doivent s'appuyer sur des outils identiques ou interoperables pour une alerte réciproque immédiate et une réactivité optimale entre les pays frontaliers.

Les accords-cadres intergouvernementaux fixent le cadre juridique dans lequel s'inscrit la coopération sanitaire transfrontalière y compris en matière de secours d'urgence. Ils permettent au directeur de l'ARS de signer des conventions locales de coopération afin de favoriser la mobilité des patients et des professionnels de santé dans les régions frontalières visées. Ces conventions peuvent être passées entre régions ou établissements de santé. Les accords-cadres sanitaires transfrontaliers doivent inclure la coopération dans le domaine de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) en complément du Règlement sanitaire international (RSI).

L'enjeu principal est de se connaître et de se comprendre pour être plus efficaces.

Se connaître, accorder les approches différentes, appréhender une autre organisation

La première difficulté rencontrée, que ce soit pour le montage d'un exercice ou en cas de SSE, c'est de parler de la même chose. Les organisations sanitaires des différents pays peuvent être très différentes et si l'on ne prend pas le temps à froid d'expliquer quelle est la chaîne de commandement, comment la réponse sanitaire est construite et structurée, qui intervient à quel niveau, on se crée un obstacle majeur.

Quand le pays a un fonctionnement fédéral, il est important d'identifier les différents niveaux techniques et stratégiques et les pouvoirs de chaque niveau dans la chaîne de décision. La décision peut relever du canton, de la province ou du niveau fédéral, ce qui va modifier les temporalités de prise de décision face à une structure plus décentralisée.

Un peu comme pour les ARS, il se peut que le domaine sanitaire soit piloté au niveau local pour tout ce qui est de la réponse immédiate et au niveau fédéral pour les renforts et les moyens rares.

Parfois, le niveau fédéral n'intervient pas du tout dans le domaine sanitaire et n'a qu'un rôle de facilitateur pour la mise en place de consensus entre les cantons ou régions.

Cette connaissance fine du fonctionnement de la politique sanitaire des pays frontaliers peut se développer à travers des rencontres régulières sur les sujets de veille sanitaire et de réponses aux SSE.

Se comprendre : termes, concepts, procédures

Les concepts français, que ce soit au niveau de l'AMU ou de l'articulation préhospitalier/hospitalier, ne sont pas partagés par tous les pays frontaliers. Il faut prendre le temps de détailler les procédures de chacun, d'assimiler les organisations métier et le rôle des intervenants et surtout de s'accorder sur un vocabulaire commun. Un exemple simple : si la classification des victimes sur la base de leur symptomatologie est partagée par les médecins et secouristes, le terme utilisé pour les classer peut-être différent. Certains pays n'utilisent pas la notion d'extrême urgence, d'autres mettent les impliqués dans les urgences relatives...

Ainsi, il est important de :

- Disposer d'une liste des contacts transfrontaliers en amont de la survenue d'une SSE, mise à jour régulièrement pour chaque territoire frontalier ;
- En cas de SSE : mettre en place une CRAPS (cellule régionale d'appui au pilotage sanitaire) dédiée au transfrontalier ;
- Connaître les interlocuteurs des ARS au sein de la direction de crise des pays frontaliers ;
- Avoir des échanges quotidiens avec les pays frontaliers pour les informer de la situation sanitaire ;
- Remonter au national toute difficulté rencontrée avec les pays frontaliers.

1. Articulation des chaines de commandement

Les chaines de commandement des pays concernés peuvent se regrouper dans un lieu unique ou rester dans leurs installations.

Dans le 1^{er} cas les échanges sont facilités entre le directeur des opérations français et l'équivalent dans l'autre pays.

Dans le 2^{ème} cas les échanges sont moins naturels et l'articulation entre les deux commandements ne peut se faire qu'à travers un officier de liaison projeté dans chacune des deux structures.

Pour autant, quelle que soit l'option, les chaines de commandement restent parallèles et toute l'organisation de la réponse est pensée en double. Ce doublon d'instances de commandement peut être complexifié par l'absence d'un niveau de commandement, dans l'un ou l'autre des pays. Par exemple la notion de PCO n'existe pas en Suisse, qui ne dispose pas non plus d'une structure équivalente aux ARS.

L'officier de liaison peut avoir deux missions

- *Transmettre à son directeur des opérations (ou équivalent), ce que fait l'instance de commandement de l'autre pays et les questions qui se posent, sans valeur ajoutée et surtout sans coordination des actions des deux instances ;*
- *Jouer un rôle d'interface pour faire passer au fur et à mesure les questions, manœuvres d'anticipation de communication ou d'action pour que les deux instances de commandement agissent de façon coordonnée et similaire.*

L'une ou l'autre des missions dépend à la fois de la situation à gérer et de l'habitude qu'ont les deux pays de fonctionner ensemble et d'exploiter cette notion d'officier de liaison, acteur supplémentaire et inhabituel dans une cellule de crise.

L'officier de liaison doit faire partie d'un service qui connaît bien les différentes structures de son pays et éventuellement de l'autre pays. Il doit être à même de comprendre ce qui se joue dans la cellule de crise dans laquelle il est positionné, d'anticiper et de donner les bonnes informations au directeur des opérations des deux pays, éventuellement en reformulant. Il doit disposer de moyens de communication dédiés qui fonctionnent en transfrontalier et d'un accès internet aux applications de son pays (notamment Synergi et SINUS).

2. Pilotage planifié ou pilotage en conduite

Pour éviter les incompréhensions en gestion de crise, il faut identifier le mode de pilotage utilisé par l'autre pays. La France travaille avec une gestion par planification. Les étapes de pilotage sont identifiées et servent de guide au directeur des opérations et au COD.

Les autres pays ne fonctionnent pas forcément de cette façon et préfèrent parfois un pilotage "en conduite" (ou un pilotage mixte avec des protocoles sur le terrain et un pilotage en conduite au niveau plus stratégique). Ce type de pilotage est plus agile car il s'adapte à la situation mais il ne suit pas de procédures précises partageables avec l'instance française. Ce type de pilotage agile laisse beaucoup de place aux décisions de terrain ce qui peut dérouter nos habitudes de commandement et compliquer à la fois la planification à froid sur une structure et le pilotage commun d'un événement transfrontalier.

Préhospitalier

Les principes de l'organisation préhospitalière peuvent différer d'un pays à l'autre, que ce soit au niveau de la typologie des primo-intervenants, de leurs modes d'articulation, de leurs missions ou de l'intervention éventuelle d'associations de sécurité civile. La connaissance du fonctionnement de chacun conditionne la capacité à agir de façon concertée, sinon commune, sur un événement transfrontalier.

1. Organisation de l'intervention

L'objectif partagé des deux pays est généralement d'évacuer au plus vite les victimes les plus graves vers les structures hospitalières. La mise en œuvre d'actions communes pour atteindre cet objectif est plus délicate car elle dépend de l'organisation de chacun et des choix techniques : médicalisation sur le site ou au PMA, évacuation directe à partir du PRV sans passage par le PMA, intervention secouriste et tri au PRV ou pas...

Selon les choix et les procédures de chaque pays, il est possible que les équipes préhospitalières SAMU et SDIS travaillent avec les équipes de l'autre pays, sur des procédures communes. Cela ne fonctionne que si les procédures des deux pays ne sont pas trop éloignées et si les intervenants ont le même profil médical ou para médical.

Certains pays frontaliers ne disposent pas d'un centre d'appel médicalisés à l'image du centre 15. Les opérateurs sont des secouristes formés à l'AMU, assistés d'infirmiers régulateurs, et peuvent engager de façon graduée des ambulances non médicalisées puis des SMUR ou, parfois, ne disposent que d'ambulances non médicalisées.

Quand les procédures ou la typologie des personnels engagés en primo-intervenants sont trop différentes, les deux pays doivent conserver leurs habitudes et fonctionner en parallèle. Cela fluidifie la prise en charge des victimes par chaque pays mais complique les échanges sur le terrain et les possibilités de soutien mutuel.

2. Médicalisation sur site

Les choix techniques des différents pays sont également fortement dépendants de la capacité et de la vitesse de projection des moyens sanitaires. Le modèle Français déploie très rapidement une réponse complète et permet une projection rapide 24/7 de moyens médicalisés et du PMA via le SAMU et le SIS.

Les pays frontaliers qui ne disposent pas de ce modèle peuvent mettre du temps à mobiliser l'équivalent d'un PMA et les ressources médicales afférentes. Leurs procédures peuvent alors favoriser une médicalisation de l'avant, directement sur le site de l'événement.

Cette différence est d'autant plus marquée quand il s'agit d'événement de type attentat. La procédure spécifique NOVI ALPHA française, qui favorise l'évacuation et limite la médicalisation, n'est pas envisagée sous cette forme dans les pays qui n'ont pas été confrontés à ce type d'événement et notamment aux contraintes sécuritaires qui sont liées.

3. Quelle approche de l'évacuation des victimes ?

Le fonctionnement français est basé sur les données capacitaires du ROR et sur le travail de la salle de crise du SAMU qui interroge les disponibilités des services chauds des établissements à proximité de l'événement puis, par cercles concentriques, élargi la recherche en tant que de besoin. En parallèle l'ARS assure la recherche des capacités disponibles hors département et des capacités de prise en charge des UR dans le département.

Pour que la réponse immédiate soit efficiente, cela impose un travail à froid d'analyse des capacités de prise en charge de chaque établissement du département en fonction de la typologie des victimes et de la ligne de l'établissement qui aboutit à une valeur indicative de niveau de rupture capacitaire.

Certains pays étrangers fonctionnent différemment et s'appuient sur l'équivalent du ROR, outil de pilotage du quotidien à jour en permanence et/ou sur une capacité de prise en charge d'UA/UR standard pour chaque établissement, sans demande préalable.

Cette prise en charge par défaut d'un nombre donné d'UA/UR dans les établissements, tout comme la connaissance des niveaux de rupture des ES français, accélère les 1^{ères} évacuations surtout quand la mise en place d'une structure de type PMA est un peu longue. Pour autant elle ne dispense pas de la régulation de l'évacuation par un médecin pour ajuster le plateau technique à la symptomatologie de la victime.

Dans le cas d'un événement transfrontalier elle demande aux médecins évacuation de chaque pays de bien communiquer pour que le médecin étranger ne s'affranchisse pas du passage par le binôme médecin évacuation / officie évacuation ou par la salle de crise SAMU pour connaître les places disponibles dans les hôpitaux français.

A l'inverse le médecin évacuation Français qui souhaiterait évacuer une victime dans le pays étranger ne trouvera pas forcément en face de lui l'équivalent du centre de crise SAMU auquel il est habitué pour lui donner les informations sur les disponibilités de prise en charge.

On voit là de façon très concrète les difficultés posées par un fonctionnement parallèle de deux organisations différentes et l'importance majeure des échanges d'informations entre les deux organisations de terrain.

4. Quelle gestion des procédures médico-légales ?

Même si la prise en charge et la gestion des DCD sur le terrain ne relèvent pas de l'ARS, la question de l'intervention des médecins de l'institut médico-légal mérite d'être évoquée. Les procédures judiciaires et les pratiques médico-légales des deux pays impliqués peuvent être très différentes, aussi bien en termes d'enquête que d'identification des victimes et l'intervention de l'IML peut être retardée sur le chantier par des contraintes policières du pays étranger. Par ailleurs les procédures médico-légales peuvent parfois être portées par la police ou la justice et pas par la santé.

5. Moyens humains

- **PC interservices binational**

La communication entre le DSM et son équivalent étranger est un point majeur garant du fonctionnement fluide de la prise en charge préhospitalière, surtout quand les deux pays travaillent en parallèle avec leurs procédures propres. Elle doit être établie au plus tôt sur le terrain et rester permanente tant que le chantier n'est pas totalement évacué.

Le lieu de proximité le plus adapté pour ces échanges semble être le PC binational interservices. Cette structure est composée des forces de l'ordre, des secours, de la santé et du ou des opérateurs des deux pays. Ce lieu d'échange est le lien entre les deux pays et autorise des opérations tactiques communes. Cependant il a du mal à trouver sa place dans la chaîne de commandement française, notamment face au PCO. Par ailleurs cette structure supplémentaire alourdit le travail du DSM qui doit être à la fois au PC interservices binational, au PCO, en lien avec le terrain et avec le COD.

Les conditions de mise en place, la composition, les sites possibles d'accueil et l'équipement (notamment les communications) de chaque site doivent être pensés lors de la phase de planification binationale pour que l'activation et l'armement de cette structure soient rapides.

- **Rôle des sapeurs-pompiers**

Selon les pays, les pompiers n'ont pas le même type de missions pour la prise en charge des victimes. Les pompiers français sont des secouristes et disposent d'un service SSSM avec des médecins et des infirmiers. Ce n'est pas le cas dans d'autres pays où les pompiers peuvent avoir uniquement un rôle d'extraction et de transport des victimes jusqu'au PRV, sans mission de tri ou de transport grande noria.

Cette différence est fondamentale pour la chaîne des secours préhospitalière et doit être identifiée très en amont et à froid.

- **Intervention des associations de secouristes**

L'intervention et le positionnement des associations de sécurité civile varie selon les pays. En France elles sont essentiellement positionnées en soutien au CAI et au CAF. Elles peuvent également, pour certaines, participer avec leurs vecteurs à la noria d'évacuation de certaines victimes, à la demande du COS.

Dans d'autres pays les secouristes, volontaires ou professionnels, sont plus directement intégrés au contact des victimes, notamment quand les pompiers n'ont pas de rôle de secouriste. En revanche, ils n'assurent pas l'armement du CAI / CAF. C'est un point à identifier à froid notamment par les forces de l'ordre et les établissements de santé français (vecteurs AASC dans les grandes norias).

6. Logistique

- **Articulation des moyens engagés**

Sur un site transfrontalier l'engagement et l'articulation des moyens, notamment des vecteurs terrestres et aériens, est complexe.

Le périmètre de sécurité autour de l'événement est tenu par les forces de l'ordre de chaque pays pour son territoire. Les moyens sont donc regroupés sur le territoire de chaque nation avant d'être engagés. En revanche les engagements peuvent conduire à des norias d'évacuation mixant les moyens des deux pays et sécurisées par des forces de l'ordre armées pouvant aller dans les établissements de santé de l'un ou l'autre des pays.

A froid il est important de s'assurer de la possibilité de passer librement d'un pays à l'autre, y compris avec des armes ou, a minima de l'existence de conventions entre les deux pays permettant de déroger en cas de situations exceptionnelles. Si ce n'est pas le cas il faut envisager des points de convergence des forces de l'ordre pour assurer la priorité et la sécurité du convoi sur la totalité du parcours.

Tous les pays ne fonctionnent pas avec un centre de regroupement des moyens (CRM) et un point de première destination (PPD) comme peuvent le faire les pompiers Français. L'avantage que cela nous apporte est lié à la concentration sous commandement unique des vecteurs et moyens sanitaires et pompiers ainsi éventuellement que des transporteurs privés et associations agréées de sécurité civile (AASC). Les pays étrangers fonctionnent parfois différemment, sans commandement unique d'engagement des moyens, qui restent sous leur commandement habituel.

Quand il n'y a pas de CRM dans les deux pays (et encore moins un CRM commun) les interlocuteurs à joindre pour demander des renforts aériens ou terrestres peuvent être multiples et dans une temporalité différente. Il faut bien connaître ces fonctionnements pour comprendre et anticiper les demandes de renfort, d'assistance, ou simplement pour articuler et sécuriser des convois binationaux.

Le contrôle des aéronefs sur la zone est à étudier soigneusement quand on se trouve à proximité d'une frontière. Les protocoles d'engagement des aéronefs, notamment sanitaires, peuvent être très différents d'un pays à l'autre que ce soit au niveau des contraintes sur le matériel (biturbine), des missions ou des commandements. Il faut s'assurer que les principes d'emploi et de mise en œuvre de la coordination des moyens aériens sont connues et partagées en transfrontalier. A défaut, un protocole binational spécifique de coordination doit être travaillé.

7. Réseaux de communication

Quels que soit la structure et le niveau de commandement concernés, la communication est un sujet incontournable de la préparation de la gestion transfrontalière des SSE.

Les défis à relever concernent l'interopérabilité des réseaux, l'ordre particulier de transmission (OPT), le fonctionnement des GSM et les capacités de communication des opérateurs de terrain avec leurs structures de commandement.

Si l'interopérabilité existe en général au quotidien entre les FSI et les structures d'urgence des deux pays pour des opérations tactiques, la situation se complique lors d'un événement dimensionnant transfrontalier qui va intégrer d'autres intervenants donc imposer d'ouvrir des canaux supplémentaires, notamment stratégiques.

Par ailleurs certains terminaux radio (SAMU) sont limités en nombre de fréquences et certains services (ARS, mairies, transports sanitaires privés, AASC...) ne disposent pas de terminaux radio (ou pas en nombre suffisant) pour équiper toutes les structures intervenantes, même si les services communication des préfectures peuvent mettre à disposition un certain nombre de terminaux radio.

L'ordre particulier de transmission (OPT) est à concevoir à froid pour intégrer les OPT Orsec des services français, les OPT du pays étranger, les OPT stratégiques (COD et équivalent étranger) et éventuellement l'OPT de la structure (ferroviaire, aéroportuaire, industrielle...) et de son opérateur s'il s'agit d'un plan du gestion binational d'un site particulier.

Dans le cas de l'utilisation d'un réseau GSM il est important de vérifier si les téléphones sont configurés pour accepter le réseau étranger sous peine d'avoir des intervenants incapables de rendre compte parce que le réseau français ne passe plus.

La question se pose aussi pour les réseaux téléphoniques fixes avec des cellules de crise ARS qui risquent d'être sans communication avec leurs homologues parce que les téléphones ne peuvent pas joindre l'étranger.

8. Moyens sanitaires rares et plateaux techniques

En cas de situation sanitaire exceptionnelle nécessitant des moyens rares (lits de grands brûlés, ECMO, caisson hyperbare, antidotes...) ou des plateaux techniques particuliers relevant de « trauma-centers », les médecins sur le terrain doivent pouvoir disposer des ressources des deux pays, ce qui impose de les connaître au moins globalement et que les médecins chargés des évacuations communiquent de façon fluide sur les capacités de prise en charge et les niveaux de rupture.

Le travail à froid d'identification des structures, des moyens rares et des ressources de chaque pays améliorera l'efficacité du parcours victime en SSE et limitera les pertes de chance qui pourraient être dues à l'éloignement des ressources de l'un ou l'autre des pays ou à des limites capacitaires atteintes.

Prise en charge médico-psychologique

Si la plupart des pays partagent l'importance de la notion de centre d'accueil des impliqués et des familles, ils n'y mettent pas tous les mêmes notions d'organisation et de mission.

Pour les Français le CAI est la structure d'accueil de toute personne non blessée physiquement, présente ou à proximité immédiate du lieu de l'événement, et ayant éventuellement besoin d'une prise

en charge médico-psychologique. Le CAI est mis en place par le COS, en lien avec le COPG, sur un site proche de l'événement et dans une zone sécurisée. Les psychiatres et psychologues des CUMP ainsi que les secouristes des AASC assurent en France une prise en charge graduée des victimes indemnes au CAI ainsi que des familles au CAF et des victimes symptomatiques dans les ES et des intervenants et primo-intervenants.

Le CAF est le lieu d'accueil unique pour les victimes et leurs proches. Il a pour objectif de permettre aux personnes recherchant un proche de se signaler, d'être informées de la situation de la personne qu'elles recherchent, de bénéficier d'un soutien et d'une prise en charge médico-psychologique adaptée et de fournir les éléments nécessaires à la cellule ante mortem de la police judiciaire le cas échéant. Il se met généralement en place à la fin des opérations de secours et à distance du lieu de l'accident.

Pour d'autres pays le CAI regroupe à la fois les personnes non blessées ayant éventuellement besoin d'une prise en charge psychologique, les familles et parfois les blessés légers. Il est mis en place dans la phase d'urgence et armé uniquement par des psychologues.

Ces différences temporelle, géographique et de mission génèrent des incompréhensions qui doivent être levées à froid pour faciliter le fonctionnement en SSE. Cela impose également de travailler sur des sites différents, chacun sur son territoire national, pour pouvoir appliquer ses procédures.

La question se pose aussi sur le terrain de l'armement de la structure. Nos homologues étrangers ne comprendront peut-être pas la nécessité de mise à disposition de 2 lieux différents (CAI, CAF) et d'un armement par des secouristes pour assurer l'enregistrement des victimes et une première écoute.

Le travail transfrontalier sur ce thème impose de connaître les intervenants et leur champ d'intervention. En effet si la notion d'assistance psychologique des familles et des victimes est relativement partagée, l'approche médico-psychologique est une spécificité française. Par ailleurs dans certains pays l'assistance psychologique est assurée par les services de police et/ou par les services des grands opérateurs (ferroviaires, aériens... selon la nature de l'événement et le vecteur impliqué) et pas par le milieu de la santé. Il faudra être particulièrement attentif aux victimes Françaises indemnes prises en charge dans l'organisation étrangère à leur retour sur le territoire national pour qu'elles bénéficient des mêmes possibilités que les victimes indemnes prises en charge par les structures Françaises.

Hospitalier

Les ARS, relais des établissements de santé et médico-sociaux, ne trouvent parfois pas d'interlocuteur symétrique dans les pays étrangers et se retrouvent face à une multitude d'interlocuteurs (établissements, équivalent du SAMU, médecins cantonaux ou fédéraux...) qui ont un rôle spécifique et pas d'emprise transversale sur l'organisation.

Par ailleurs les notions de planification dans les ES, de lignes / classement d'établissements selon leur plateau technique ou de parcours de victimes peuvent ne pas exister. Cette absence, déroutante à chaud pour les personnels ARS, doit être compensée à froid par une excellente connaissance du système de santé du pays frontalier, de son organisation, de ses capacités et de sa gouvernance. C'est particulièrement vrai au niveau des plateaux techniques et des capacités de prise en charge en fonction des typologies des victimes. L'approche française des convois de victimes pouvant mélanger des UA et des UR, de la notion de damage control chirurgical et de reprise chirurgicale...doit également être expliquée à nos homologues étrangers, notamment en cas de transferts secondaires de victimes dans leur pays d'origine après damage control.

1. Gestion des blessés - parcours

La France dispose d'un système intégré dénombrement (SINUS) / suivi des parcours des victimes (SI-VIC) mais ce n'est pas le cas de tous les pays. Certains ont développé des applications semblables, parfois même plus complètes (intégrant une approche type ROR), mais qui vont fonctionner en parallèle avec notre système.

L'absence d'interopérabilité entre les systèmes de dénombrement et de suivi présente deux risques: le double comptage et la perte de certaines victimes.

Si la problématique peut être solutionnée rapidement du côté SINUS avec la mise à disposition éventuelle de kits sinus "inter frontaliers" comme existe la possibilité de le faire entre départements français, ce sera plus compliqué du côté SI-VIC qui s'adosse à la base de données FINESS et ne dispose donc pas des établissements de santé étrangers dans les listes déroulantes.

Différents cas sont possibles sur le terrain

1. Victime FRA ou étrangère → prise en charge SDIS → n° SINUS → évacuation ES FRA → lien SINUS / SIVIC → gestion SIVIC par ES FRA
2. Victime FRA ou étrangère → prise en charge SDIS → n° SINUS → évacuation ES étranger → gestion manuelle de la destination dans SIVIC. Canal de retour d'information du pays étranger pour saisie SIVIC pour les victimes françaises?
3. Victime FRA → prise en charge par services étrangers → n° dans le système étranger → Canal de retour d'information du pays étranger ?
4. Victime étrangère → prise en charge par services étrangers → n° système étranger → évacuation ES FRA → n° SINUS Hospitalier → gestion SIVIC par ES FRA → Canal de retour d'information vers l'étranger ?

Les cas 2 et 3 vont nous poser des problèmes car il s'agit de ne pas perdre des ressortissants Français. Quand ils sont pris en charge par le SDIS (cas 2) nous avons au moins un n° SINUS qui permet de les suivre et de demander des informations au pays étranger.

Le cas le plus critique est le cas 4; avec une prise en charge étrangère et une évacuation étrangère c'est typiquement le cas de figure où l'on va perdre des victimes Françaises.

Pour que l'on puisse gérer cela en l'absence d'interopérabilité entre les systèmes, il faut prévoir des demandes régulières (vers le COD ? L'ARS ?) d'échanges de listes de victimes, éventuellement sur la base d'un tableau avec des items standards apparaissant dans SINUS/SI-VIC.

En miroir des évacuations primaires, différents cas se présentent pour les transferts secondaires dans la mesure où les victimes vont être au plus vite rapatriées dans leur pays :

1. Victime FRA ou étrangère → prise en charge SDIS → n° SINUS → évacuation ES étranger → transfert vers un ES FRA
2. Victime FRA ou étrangère → prise en charge étrangère → n° du système étranger → évacuation ES étranger → transfert vers ES FRA
3. Victime étrangère → prise en charge étrangère → n° système étranger → évacuation ES FRA → transfert vers ES étranger
4. Victime étrangère → prise en charge SDIS → n° SINUS → évacuation ES FRA → transfert vers ES étranger.

Dans le cas 1 ou le cas 4 pour le côté étranger la victime est déjà connue de SINUS / SI-VIC puisqu'elle a été prise en charge par le SDIS (ou dans le système étranger si prise en charge par les services étrangers). Même si le transfert n'est pas indiqué dans SI-VIC puisque les étrangers n'ont pas accès, elle sera prise en charge à l'arrivée et gérée dans SI-VIC avec récupération des informations par ES.

Dans le cas 2 ou le cas 3 pour le côté étranger la victime est inconnue du système SINUS/SI-VIC et on va se trouver devant 2 cas de figure :

- Soit les informations ont bien été échangées entre les pays ET l'ARS a bien créé une fiche pour cette victime avec un n° SINUS hospitalier et une indication de transfert, et on se retrouve dans le cas 1 ;
- Soit les informations n'ont pas été transmises par les étrangers et/ou l'ARS n'a pas créé la fiche et l'ES FRA va voir arriver une victime "inopinée" qu'il aura du mal à considérer comme un transfert secondaire et qu'il va créer dans SI-VIC. On risque de se trouver avec un doublon de comptage (1 côté étranger et 1 côté Français pour la même personne).

2. Gestion des familles

L'organisation spécifique d'accueil des familles à distance de l'événement mise en place en France n'est pas transposable dans tous les pays. Ainsi dans le cadre d'un événement transfrontalier les familles Françaises pourront être accueillies au CAF en France et au CAI à l'étranger, voire dans les établissements de santé directement.

Inversement, selon l'organisation de leur pays, les familles étrangères pourraient s'attendre à être accueillies au plus près des victimes en France.

Si les ARS ne sont pas en charge de l'accueil des familles, il faut malgré tout identifier le fonctionnement avec les homologues étrangers notamment au niveau de l'accueil dans les établissements afin de ne pas générer de flou dans les consignes lors d'une SSE.

De la même façon le n° unique CIP rapidement mis en service en France peut ne pas exister dans les pays étrangers ou nécessiter un délai d'activation le rendant inopérant dans les premières heures de l'événement.

Mesures spécifiques au plan opérationnel REB

Il est nécessaire de mettre en place des systèmes d'information identiques ou interopérables avec les pays frontaliers. Ces outils doivent être des outils de surveillance épidémiologique et des outils de « contact tracing » et de notification, pour permettre à chaque pays d'assurer le « contact tracing » relevant de son territoire d'intervention.

• Outils de « contact tracing » et de notification

En l'attente de la mise en place d'outils au niveau national de chaque pays frontalier (exemple au niveau de l'UE : HERA, *Health Emergency Preparedness and Response*, service de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire), les régions frontalières peuvent mettre en place des outils transfrontaliers d'alerte sanitaire. Il convient pour cela d'accorder une attention particulière aux contraintes imposées par les législations nationales respectives et de construire avec nos pays frontaliers les outils qui pourront être utilisés de part et d'autre de la frontière.

En effet, pour certains pays frontaliers pour lesquels la santé est une compétence fédérale (ex : l'Allemagne), il est important de ne pas utiliser uniquement les réseaux d'alarme nationaux (point focal national, EWRS (*Early Warning and Response System*)) pour diminuer le délai entre le moment où une maladie infectieuse est diagnostiquée chez une personne résidant dans le pays frontalier et le moment où elle est signalée au pays frontalier.

Des échanges ont lieu directement entre les ARS et les autorités sanitaires locales des pays frontaliers pour le signalement et la gestion d'événements sanitaires transfrontaliers. L'objectif est l'utilisation systématique d'un échange sécurisé de données personnelles par les autorités de santé frontalières concernant les menaces de santé publique 7 jours/7.

Un message d'alerte est adressé au pays frontalier si une maladie à déclaration obligatoire et/ou une maladie à potentiel épidémique survient dans un contexte transfrontalier :

- Le domicile du cas se situe dans un pays frontalier
- Le domicile d'une personne-contact se trouve dans un pays frontalier
- Plusieurs cas sont survenus dans un pays frontalier (situations épidémiques / cluster).

Il existe un point d'entrée unique pour la réception d'alerte sanitaire pour chaque territoire frontalier.

La transmission des données nominatives doit être réalisée à l'aide de services de transfert de dossier sécurisé validé par les pays frontaliers. Il est à noter que les pays limitrophes ne partagent pas tous la même liste de maladies à déclaration obligatoire.

Exemple

L'ARS Grand Est a mis en place en 2022 un espace collaboratif HDS (hébergement de données de santé) transfrontalier, mettant à disposition des pays frontaliers la possibilité d'échanger des données nominatives de façon sécurisée. Ce système a été adopté par nos collègues Suisses mais pas par nos collègues Allemands qui ne sont pas autorisés à utiliser un cloud. Nous échangeons donc avec eux les données nominatives de santé via des services de transfert de dossier sécurisé.

• **Outils de surveillance épidémiologique**

Il est nécessaire que chaque pays frontalier puisse s'appuyer sur une information épidémiologique en temps réel. Les indicateurs épidémiologiques doivent être identiques entre les régions frontalières.

Exemple du projet d'observatoire transfrontalier des données de santé entre la région Grand Est et le Luxembourg en vue :

- *D'assurer l'information réciproque sur l'état de santé des populations de la zone frontalière au regard de certains risques en particulier épidémiques via des indicateurs communs ;*
- *De mettre à disposition des citoyens, des élus et des autorités sanitaires des états partenaires du projet des informations comparables, interprétables et utiles en matière de santé dans les bassins de vie transfrontaliers ;*
- *D'avoir une meilleure compréhension des mécanismes de suivi et d'alerte épidémiologiques propres à chaque pays ;*
- *De préciser les dispositifs d'alerte réciproque.*

Mesures spécifiques au plan opérationnel EPI-CLIM

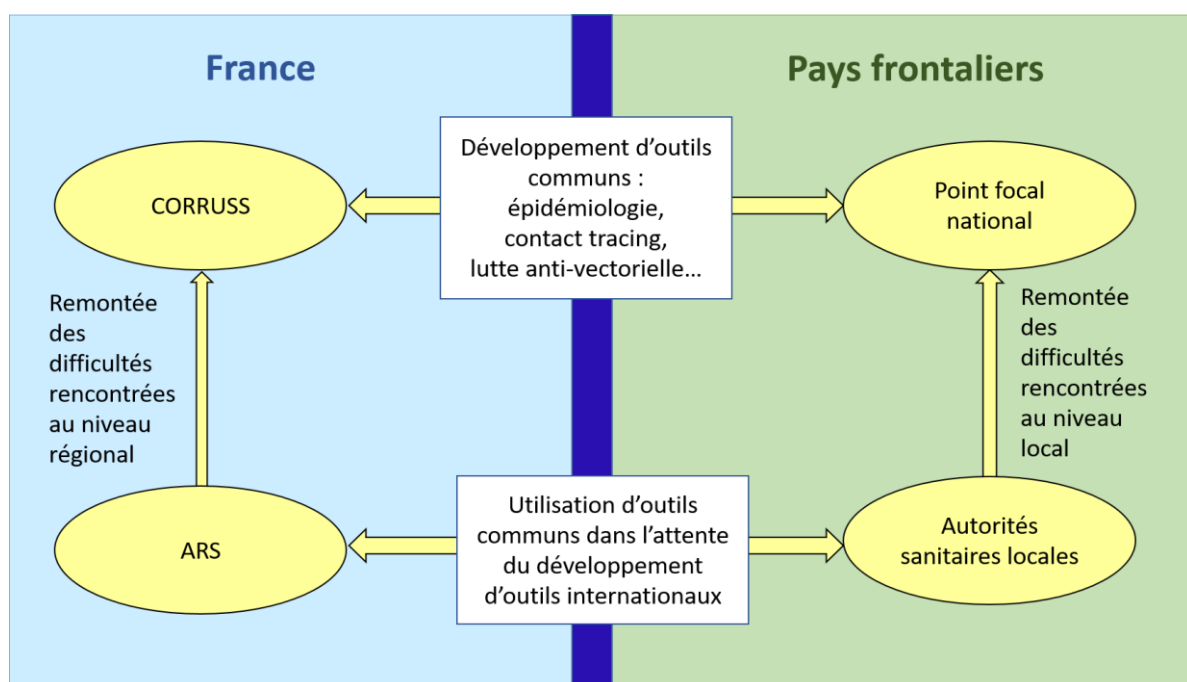
Il existe un risque de diffusion transfrontalière d'arbovirose. La lutte anti-vectorielle doit donc être similaire entre les pays frontaliers. Des actions de prévention, mais aussi de formation, à l'attention des citoyens et des professionnels de santé, doivent être mises en place de façon coordonnée de chaque côté de la frontière. Il est nécessaire de s'assurer de l'interopérabilité entre les outils numériques de signalement des moustiques avec les pays frontaliers comme l'application SI-LAV (Système d'information pour la prévention des maladies vectorielles) et le site web https://signalement-moustique.anses.fr/signalement_albopictus/.

Exemple de projet transfrontalier :

Le projet TIGER (Tri-national Initiative Group of Entomology in Upper Rhine valley) est un projet INTERREG-V financé par l'UE qui vise à former et à fournir un appui scientifique et technique aux administrations et institutions publiques en charge du risque sanitaire lié au moustique tigre dans 3 pays : la France, l'Allemagne et la Suisse.

Mesures spécifiques aux DST « dépistage massif » et « vaccination exceptionnelle »

Les différences de prise en charge financière des tests, par exemple dans le cadre de la gestion liée aux épidémies Covid et Mpox et des vaccins Covid et Mpox entre la France et ses territoires frontaliers ont conduit à des afflux de patients vers la France dans les structures de dépistage et de vaccination. Il est donc nécessaire que les pays frontaliers de la France adoptent la même stratégie en matière de dépistage et de vaccination. De la même façon, il convient que les pays s'accordent sur la validité des tests afin qu'ils soient reconnus de part et d'autre de la frontière.



Communication externe

Déjà complexe quand elle ne fait intervenir que des acteurs français, la communication lors d'une SSE devient en plus compliquée quand elle doit s'articuler avec des instances étrangères. Il faut identifier qui communique, quand et avec quel objectif pour essayer de coordonner les interventions des autorités auprès des médias. Les traditions des deux pays en termes de communiqués de presse et/ou de réponse aux médias peuvent être très différentes et ne pas se fixer les mêmes contraintes, notamment en cas d'attentat.

A chaud, le rôle de l'officier de liaison entre les deux centres de crise sera majeur pour tenter d'arriver à un objectif de communication commun, voire à un partage d'information pour une communication conjointe. Ce point est particulièrement important au niveau des informations santé, au-delà du dénombrement des victimes. La France diffère la communication des noms des victimes alors que

d'autres pays peuvent communiquer dans l'instant ce qui peut poser des problèmes pour les victimes Françaises prises en charge dans l'autre pays.

Plusieurs canaux d'information existent en France pour les éléments sanitaires (SAMU, ES, Préfecture, ARS, ministère...). S'ajoutent à cela les instances étrangères parallèles.

Quand il s'agit d'une coopération transfrontalière sur un site ou un équipement, il est important que le plan binational indique clairement qui est habilité à communiquer sur quoi, en faisant la différence entre un ACEL, une SSE et une SSE à dominante attentat.

C'est particulièrement nécessaire au niveau des opérateurs afin d'éviter que les établissements de santé donnent des informations aux médias directement, sans validation du DO. Pour les établissements Français, les consignes sur cet axe communication doivent être claires et indiquées dans le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE.

TRAÇABILITÉ DES VICTIMES EN SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

SYSTÈME D'INFORMATION NUMÉRIQUE STANDARDISÉ (SINUS)

L'outil SINUS est un outil de dénombrement mis à disposition des sapeurs-pompiers, des SAMU et des forces de l'ordre.

Il a pour objectifs :

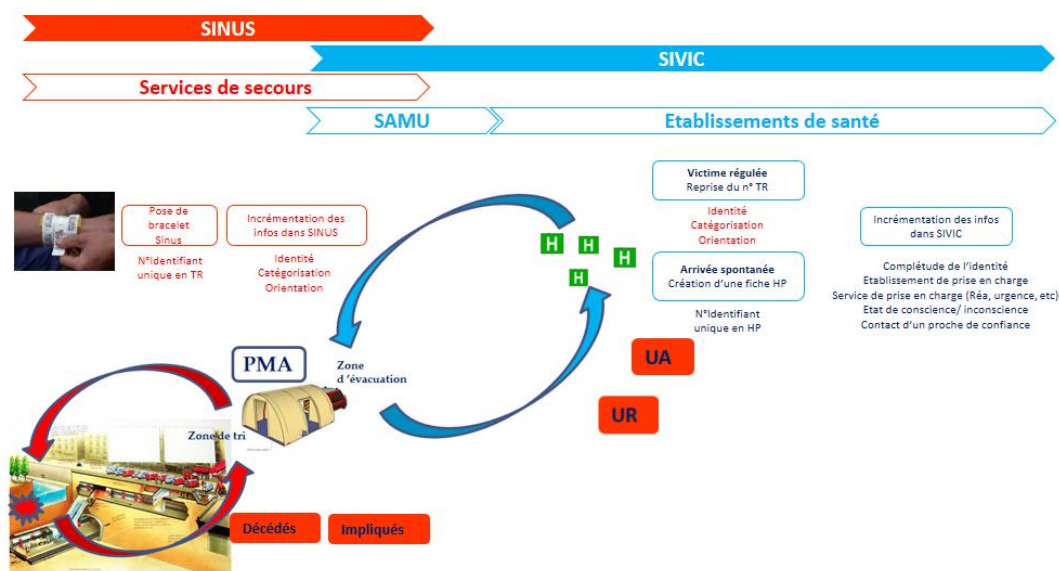
- Le dénombrement précis du nombre de victimes et d'impliqués ;
- Le partage de la gestion des victimes/impliqués avec les différents services partenaires ;
- Le suivi du parcours de la victime depuis le lieu de l'accident jusqu'à son traitement juridique et sociale.

L'outil SINUS est interfacé avec l'outil SI-VIC. Cet interfaçage informatique permet la récupération par SINUS du dénombrement des arrivées directes en établissement hospitalier et le transfert dans SI-VIC de toutes les données de SINUS.

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

Les victimes prises en charge sur le terrain sont ensuite orientées par le SAMU vers les établissements de santé. C'est alors le système d'information Si-VIC qui doit prendre le relais.

Schéma sur l'articulation entre les systèmes SINUS et SI-VIC



FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME D'INFORMATION SI-VIC

Lors de la survenue d'une SSE générant un afflux de victimes, les établissements de santé sont informés par l'ARS et le SAMU de l'ouverture d'un événement SI-VIC pour permettre d'assurer la gestion de la crise et le suivi de ces patients.

Rôle de l'ARS à l'ouverture de l'évènement SI-VIC

- Lors d'un événement avec nombreuses victimes, l'ARS s'assure que le SAMU a ouvert l'évènement SI-VIC, avec le bon dimensionnement, et appairé aux événements SINUS s'il en existe.
Le cas échéant il ouvre l'évènement par subsidiarité, affine le dimensionnement (ajout ou retrait d'établissement de santé), et appaire aux événements SINUS des pompiers (cela permettra que les fiches saisies par les secours soient visibles dans les arrivées prévisionnelles, et que les ES puissent reprendre ces fiches pour les compléter.).
- En cas d'évènement multi-site, l'ARS crée un seul événement SI-VIC en l'appairant aux événements SINUS correspondants. L'ARS spécifie dans l'outil les différentes localisations (exemple : explosion stade, fusillade palais des congrès, etc) de manière à pouvoir relier les arrivées spontanées à ces différents sites.
- L'ARS active ensuite les fonctionnalités liées aux protocoles mis en place
L'activation de ces fonctionnalités permettra de mettre en place des règles d'interfaçage spécifiques pour chacune d'entre elles (Le protocole IVC entraînera des messages d'alerte lors du renseignement de l'identité du patient, l'activation d'une CIP entraînera le renvoi de données nominatives des victimes conscientes vers SINUS, etc.)

Activation de protocole & Transmission de données

Activation du protocole IVC

Oui ☒

Activation d'une CIP

Oui ☒

Activation de la CIIPAV

Oui ☒

- Que l'évènement ait été créé par le SAMU ou par l'ARS, celle-ci doit qualifier l'évènement en 'Suivi renforcé' ou en 'Suivi restreint' (la qualification 'Suivi CUMP' ou 'pas de saisie' ne concerne pas les événements avec nombreuses victimes)

Gestion des actions (à activer par l'ARS ou la DGS)

Qualifier l'évènement

Qualification de l'évènement

Suivi renforcé

Suivi restreint

Suivi CUMP

Pas de saisie

- Lors de la qualification de l'évènement, des consignes génériques sont proposées. Il appartient à l'ARS de les modifier si besoin (modification qui est réalisable à tout moment de la SSE)

Ces consignes sont alors visibles par tous les utilisateurs lorsqu'ils ouvrent l'évènement SINIC

- La diffusion de consignes spécifiques aux établissements peut également passer via les notifications mails de l'outil.

- Ces consignes pourront être différentes en fonction de l'activation de protocoles spécifiques ou d'activation de cellules de réponse téléphonique

L'ensemble de ces actions de l'ARS permettra la bonne réalisation des processus suivants :

- Consolidation du bilan victimaire (selon les termes de l'IIM de 21 janvier 2021- notification des décès en établissement de santé et consolidation du bilan victimaire par les arrivées spontanées en établissements de santé)
- Identification des victimes inconscientes ou décédées (en cas d'activation du protocole d'identification des victimes de catastrophes)
- Suivi et traçabilité des victimes durant toute leur prise en charge en établissement de santé ;
- Information et accompagnement des familles, via les cellules de réponses téléphoniques (CIP au niveau préfectorale ou Infopublic au niveau national)

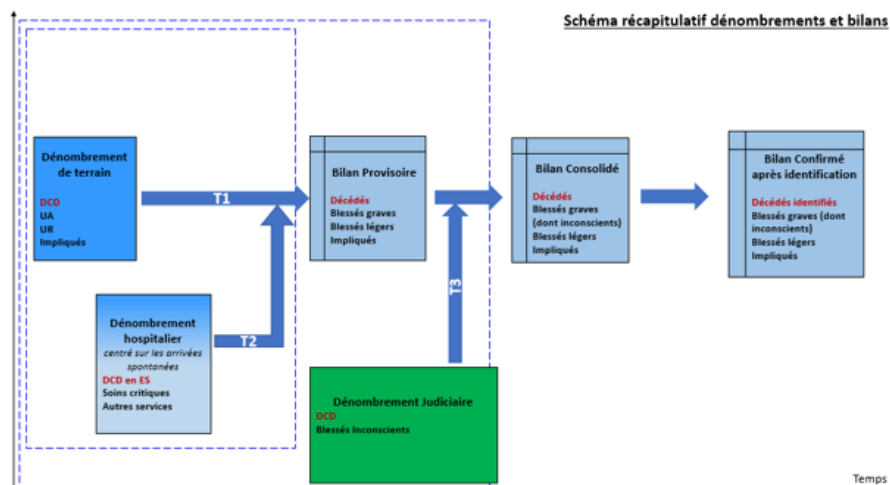
Réalisation du bilan victimaire

Le dénombrement est l'outil de chaîne fonctionnelle (intérieur, santé, justice) et n'a pas de vocation à être diffusé en l'état en dehors de ces chaînes. Ils permettent la formulation de bilans qui sont ensuite l'objet de communication entre autorités et avec le public.

La nouvelle instruction interministérielle n06385/SG du 16 décembre 2022, relative à la procédure d'élaboration d'un bilan victimaire clarifie les responsabilités et la méthodologie pour l'établissement de ces bilans.

Cette instruction précise que les outils SINUS et SI-VIC sont les 2 outils socles pour l'élaboration et la consolidation des bilans victimaire. Elle précise également qu'il appartient à l'ARS de piloter pour le secteur santé le processus d'élaboration du bilan victimaire, en lien avec la préfecture et les services d'incendie et de secours (en charge de SINUS).

Dès le début du processus, un premier bilan de victimes sera établi, qui sera ensuite affiné au fur et à mesure. Ce bilan évolutif doit servir de document de référence pour les autorités. Seront ainsi établis successivement un bilan provisoire, puis un bilan consolidé et enfin un bilan victimaire partagé.



Elle précise également que la classification des victimes dans les bilans doit, dans un souci de cohérence, utiliser une sémantique unique regroupant les classifications « opérationnelle » de tous les acteurs. A cet effet, nous retiendrons donc pour les bilans la classification suivante :

- **Décédé ;**
- **Blessé grave ;** (qui regroupe les victimes UA prises en charge sur le terrain, et les victimes s'étant présenté spontanément en établissement de santé hospitalisés en services de soins critiques)
- **Blessé léger ;** (qui regroupe les victimes UR prises en charge sur le terrain, et les victimes s'étant présenté spontanément en établissement de santé et prise en charge aux urgences ou en hospitalisation conventionnelle)
- **Impliqués.** (au sens ORSEC NOVI, les personnes ayant eu une consultation médico-psychologique ne sont pas à intégrer aux impliqués)

Elle pose également le principe de la non évolutivité des classifications initiales. Ainsi les victimes catégorisées UA en sortie de PMA resteront catégorisés 'blessé grave' dans les bilans victimaires quel que soit l'évolution de la prise en charge.

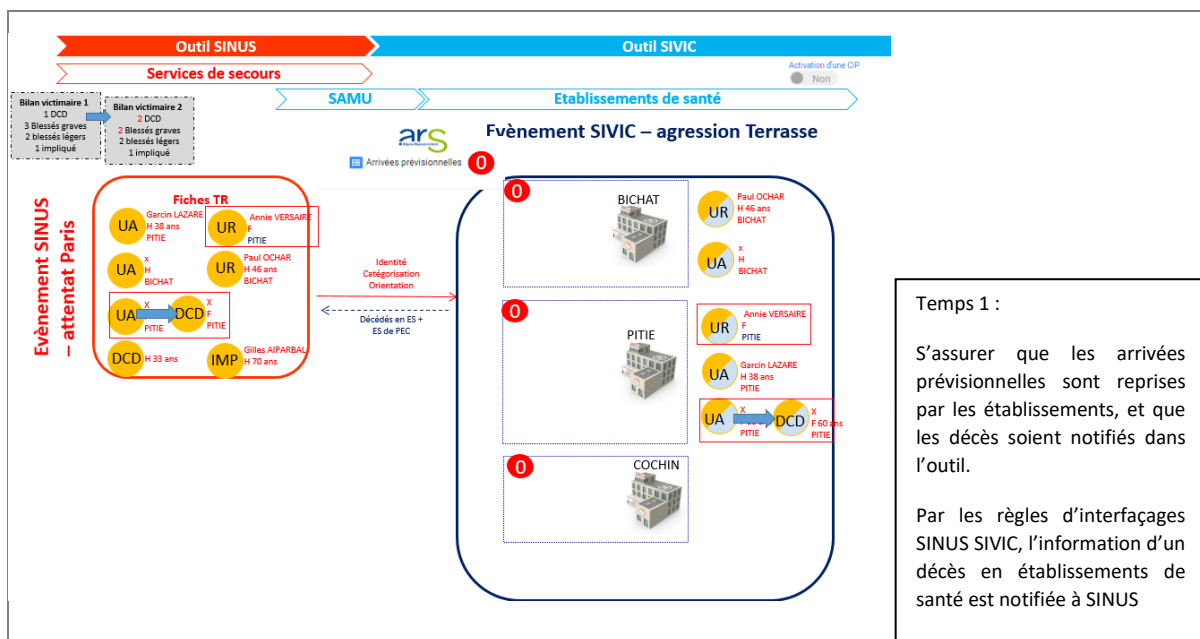
La seule exception à ce principe de non évolutivité des catégorisations est en cas de décès d'une victime.

Modalités de constitution du ou des bilan(s) provisoire(s)

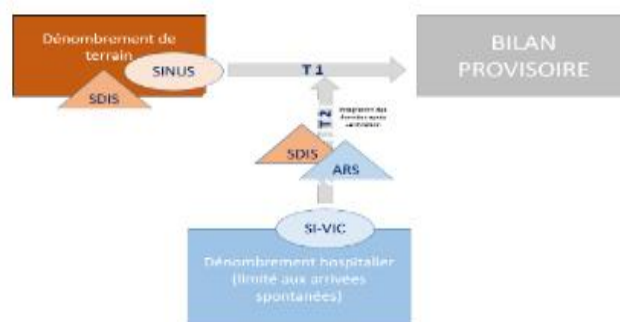
Le bilan provisoire sera dans un premier temps alimenté par le dénombrement de terrain (établi par les secours, et reporté dans l'outil SINUS)

Dans ce premier laps de temps, la responsabilité de l'ARS est de s'assurer que les victimes orientés vers les établissements de santé (UA et UR) sont bien reprises dans l'outil SI-VIC par les établissements de santé. Pour ce, un échange avec le SAMU permettra de faire un point sur les établissements d'orientation des victimes pour les sensibiliser à la reprise des victimes régulées.

Selon le principe de non évolutivité des classifications, à ce stade, et après reprise des fiches SINUS par les établissements de santé, la chose la plus importante est de s'assurer que tout décès d'une de ces victimes régulées soit bien reporté dans SI-VIC.

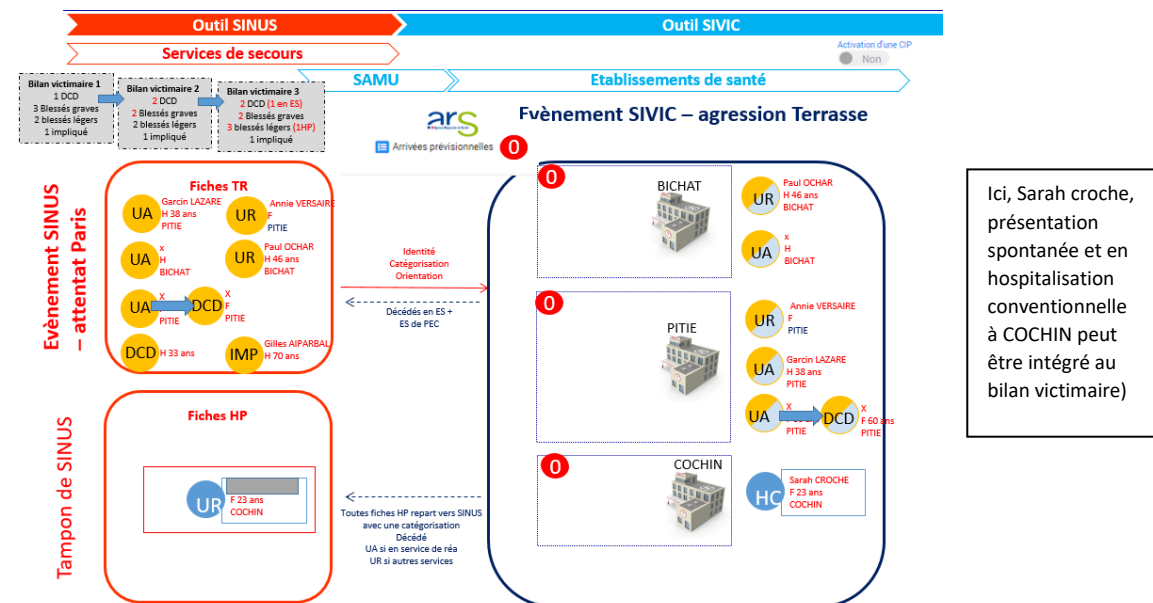


Ce n'est que dans un second temps (quelques heures après l'évènement) que l'ARS devra consolider les chiffres du bilan victimaire en intégrant les victimes s'étant présenté spontanément dans un établissement de santé.



Pour ce, l'ARS se sera assurée de la bonne reprise des fiches TR des victimes régulées (et ainsi de l'absence de fiches HP qui seraient des doublons de fiches TR)

L'ARS spécifie alors au SDIS et à la préfecture qu'elle est en capacité d'intégrer les chiffres des arrivées spontanées, et ainsi de faire évoluer le bilan victimaire en conséquence.



En synthèse :

- Le bilan victimaire se constitue en 2 temps
- Dans un premier temps, l'ARS s'assure que l'ensemble des victimes orientés par les secours vers un établissement de santé a été repris dans l'outil SI-VIC (reprise des fiches SINUS dans SI-VIC)
- L'ARS s'assure de la notification immédiate des décès dans SI-VIC
- En cas de doute sur un doublon potentiel (victime avec n°HP renseigné dans l'outil par un établissement, alors que toutes les fiches SINUS TR n'ont pas été repris par l'établissement), l'ARS contactera l'établissement pour faire le point sur les victimes
- Dans un second temps, l'ARS s'assure de la présence de victimes s'étant présenté spontanément en établissement (fiches HP créés par les ES)
L'ARS prend alors contact avec la préfecture et le SDIS en précisant qu'elle est en capacité d'intégrer le dénombrement des arrivées spontanées en établissement de santé.

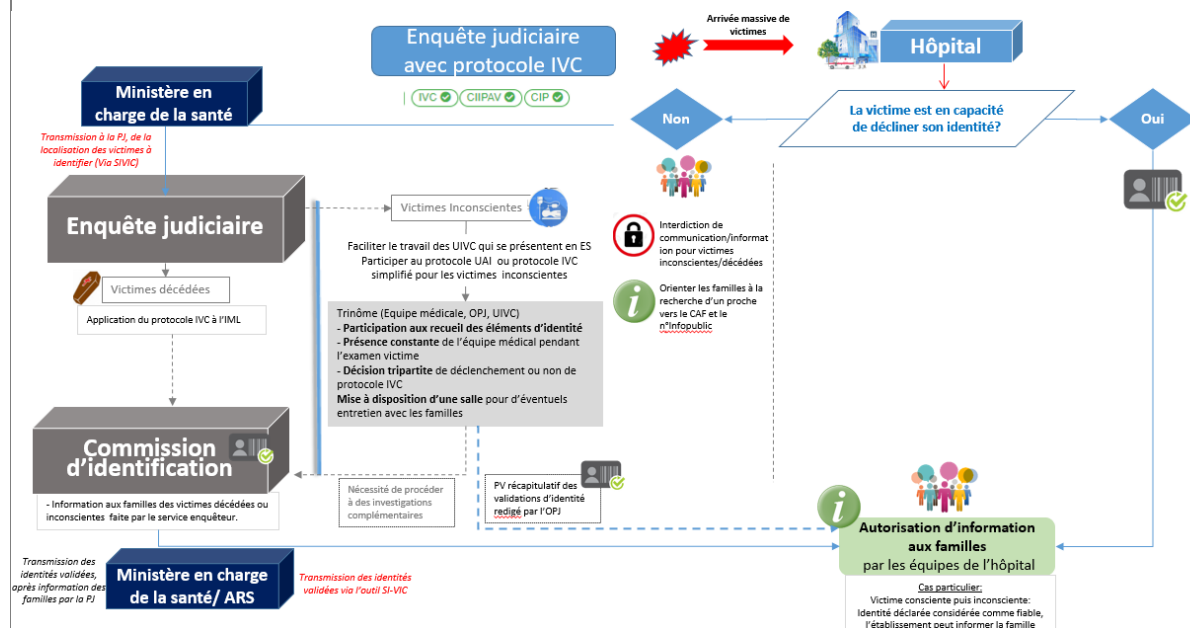
L'identification des victimes inconscientes ou décédées

Un processus d'identification spécifique peut-être mis en place en cas de nombreuses victimes. Celui-ci dépend de l'activation du protocole d'identification des victimes de catastrophes par le parquet compétent.

Si le protocole IVC est activé, les règles suivantes sont alors appliquées :

Identification et suivi des patients en établissements de santé	
Identification des patients conscients	Identification des patients inconscients et décédés à l'hôpital
Pour tous les patients conscients (c'est-à-dire en capacité de déclarer leur identité), pris en charge en établissement de santé, les éléments d'identification sont réputés exacts. L'ensemble des informations relatives à l'identification des patients conscients doit être saisie dès que possible en application des principes d'identito-vigilance.	(Pendant le transport ou au cours de la prise en charge en établissement de santé) : l'identification ne peut résulter que d'une validation par le magistrat référent victime, après décision de la commission d'identification des victimes. Les méthodes d'identification de la police judiciaire seront ainsi utilisées. Cependant, les éléments d'« aide à l'identification » doivent être saisis sans pour autant être considérés comme une identification fiable (éléments d'identité découverts auprès du corps, sac, témoignages, etc.) et inscrit dans le champ « commentaires » de l'application.

Schéma d'identification des victimes en cas d'activation du protocole IVC : Rôle de l'ARS en cas de protocole d'identification des victimes de catastrophe :



Description du protocole judiciaire d'identification des victimes

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

Un protocole spécifique pourra être mis en place pour les victimes inconscientes dit protocole 'Urgence absolue inconsciente' (UAI)

Dans ce cas, après transmission de la localisation des victimes inconscientes dans les établissements, des équipes d'identification se rendent dans les établissements identifiés.

À l'arrivée des unités spécialisées, le protocole prévoit la constitution d'un trinôme (équipe médicale, officier de police judiciaire, unité d'identification des victimes de catastrophe), qui recueillera les éléments d'identité disponibles (avec la présence constante de l'équipe médicale pendant l'examen de la victime).

Si les éléments recueillis le permettent (victime reconnaissable, éléments putatifs d'identité retrouvés sur la victime, témoignage de proche, etc.), il pourra y avoir une décision tripartite de ne pas mettre en œuvre de procédure IVC pour la victime. Dans ce cas l'identité de la victime est directement indiquée à l'établissement de santé, qui pourra indiquer la qualité de 'validé PJ' dans SIVIC.

Informé par le niveau national (CORRUSS) ou par la préfecture du lieu de l'évènement, l'ARS doit tout d'abord activer la fonctionnalité IVC dans SI-VIC 

L'ARS devra ensuite spécifier la conduite à tenir suivante aux établissements de santé :

- Pour les patients inconscients ou décédés, l'établissement ne doit pas mettre en place son processus d'identité-vigilance ;
- Cocher la case ad hoc 'Patient inconscient sur SI-VIC  ;
- Saisir dans le champ 'nom' l'**identité fictive** utilisée par l'établissement, sans présumé de l'identité de ces victimes ;
- Dans le champs commentaires, l'établissement pourra indiquer quelques éléments d'aide à l'identification (carte d'identité retrouvée la victime, présence d'un membre de la famille ou d'un ami lors de la prise en charge de la victime) ;
- Les familles à la recherche de proche, pour lequel l'établissement n'a pas de d'information, doivent être réorientées vers le numéro d'appel pour les familles mis en place par les autorités³² (CIP ou Infopublic), ou vers le centre d'accueil des familles si celui-ci a été mis en place par la préfecture.

Via les remontées SI-VIC, l'ARS pourra transmettre à l'officier de police judiciaire présent en COD, la localisation de l'ensemble des victimes inconscientes ou décédées, de manière à ce que des équipes d'identification soit dépêchés dans les établissements concernés.

Pendant toute la durée du processus, l'ARS veillera à la bonne application du protocole par les établissements de santé (rappel de laisser passer les OPJ dans les ES, rappel sur les affaires des victimes inconscientes ou décédées qui doivent être mis dans des sacs et remis aux seules autorités judiciaires, etc.)

Enfin l'ARS veillera à être informé du retour des identifications (soit directement par l'hôpital, soit par l'officier de police judiciaire en cas de commission d'identification)

Focus sur le processus de retour d'information des identités des victimes inconscientes et décédées

Une fois l'identification réalisée, si l'identité des victimes inconscientes a pu être établi via le protocole UAI simplifié (remise d'un PV à l'ES notifiant l'identité de la victime), l'hôpital pourra saisir l'identité réelle de la victime dans SI-VIC, en indiquant le statut d'identité validé PJ.

Pour les identifications qui requièrent des examens complémentaires (Les décédés identifiés à l'IML sont identifiés via une procédure plus complexe, ainsi que les victimes inconscientes 'non reconnaissable'), la commission d'identification des victimes de catastrophe transmettra la liste des identités validées à la DGS et à l'ARS, après que les annonces de décès auront été faites aux familles.

L'identité réelle sera alors renseignée et « validée PJ » sur SI-VIC par le ministère de la santé ou l'ARS de rattachement.

En synthèse :

- En cas d'activation de protocole IVC par le parquet
- L'ARS active la fonctionnalité IVC lorsque le parquet décide de l'activation d'un protocole d'identification des victimes inconscientes et décédées (Cette fonctionnalité permettra de rappeler aux ES de ne pas mettre en place leur protocole d'identité-vigilance pour les victimes inconscientes ou décédées).
- L'ARS rappelle aux établissements de renseigner dans SI-VIC les victimes inconscientes et décédées

³² Le numéro national d'information du public sera toujours le 09 70 80 90 40. Celui-ci redirigera les appelants vers la CIP départemental ou la cellule Infopublic activé au niveau national.

- L'ARS transmet aux officiers de police judiciaire en préfecture la localisation des inconscients et décédés pour que des équipes d'identification spécialisée puisse intervenir dans les établissements de santé
L'ARS rappelle aux établissements la procédure d'identification allégée pour les inconscients (constitution d'un trinôme –équipe médicale, officier police judiciaire, unité d'identification des victimes de catastrophes)

Suivi des victimes et actualisation des données dans Si-VIC

Passé les premières heures, l'ARS décidera ensuite des modalités d'actualisation des données

Ainsi, l'ARS devra passer des consignes aux établissements de santé sur les éléments suivants :

- Saisie en temps réel ou à échéance (1 fois par jour, 1 fois par semaine) pour actualiser le parcours de prise en charge des victimes (service de prise en charge, transfert inter-hospitalier, retour à domicile)
- Tout décès devra faire l'objet d'une notification immédiate à l'ARS, et sa fiche Si-VIC sera actualisée pour prise en compte par les services en charge de l'information aux familles Enrichissement des données d'identification (dans le respect de la règle d'anonymisation des victimes inconscientes) ;
- Enrichissement des coordonnées de la victime et de ses proches si nécessaire.

Il convient de noter, qu'il est tout à fait possible pour l'ARS d'interrompre le suivi des victimes avant le retour à domicile de l'ensemble des victimes, si la situation le permet (pas de demande des autorités préfectorales ou judiciaires, liste de victime stabilisée, etc.).

L'évènement SI-VIC pourra alors être clôturé en motivant le motif de clôture.

Information et accompagnement des familles

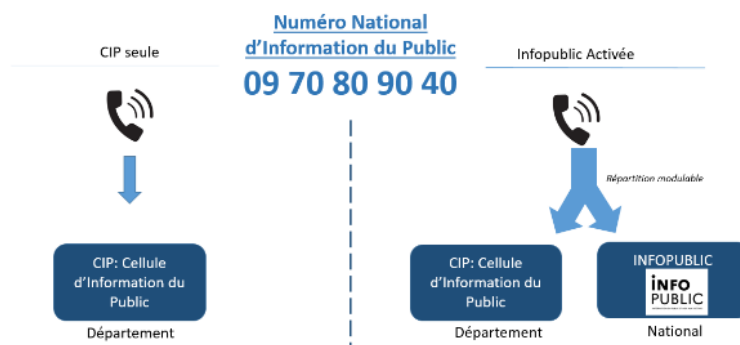
Lorsque les circonstances l'exigent, les autorités peuvent décider la mise en place d'une structure d'information téléphonique pour le public ainsi que pour les familles de victimes.

Au niveau préfectoral, la cellule d'information du public (CIP) pourra être activée, et armée par des agents de la préfecture pour répondre en première intention aux familles à la recherche de proche ainsi que pour informer la population des mesures spécifiques en lien avec l'évènement (fermeture de certains accès, circulation et voies d'accès, conseils au public en lien avec la sécurité des personnes, y compris dans le domaine sanitaire)

En complément de la CIP préfectorale, le premier ministre (ou le ministre de l'intérieur), peut décider de l'activation de la cellule Infopublic (ou cellule interministérielle d'information du public et d'aide aux victimes)

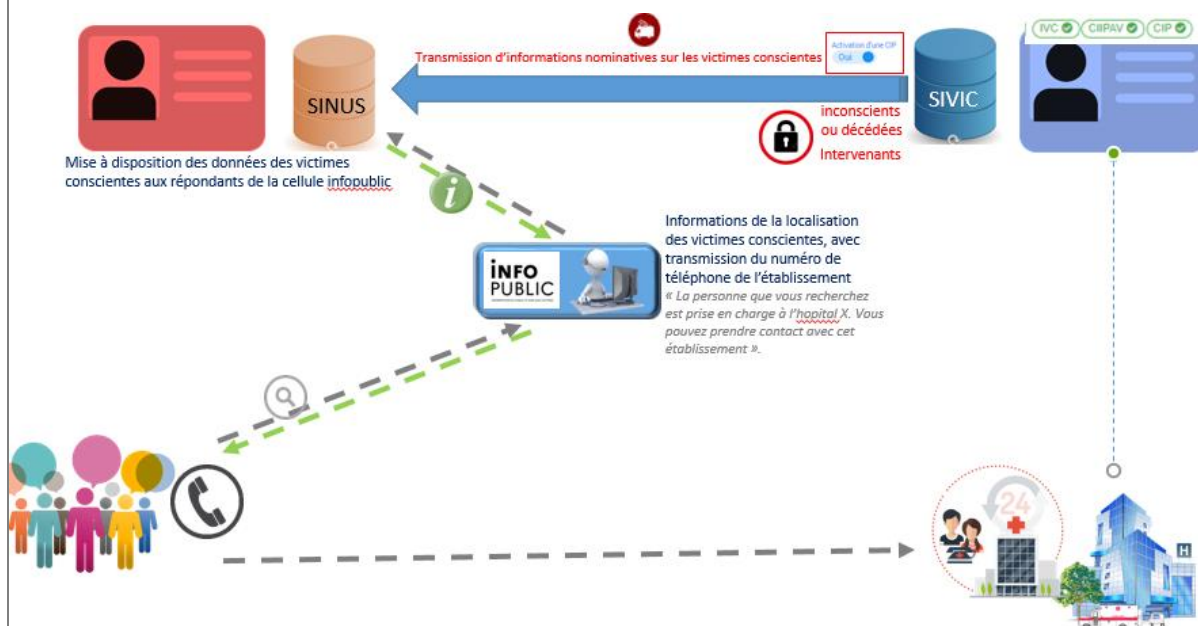
Cette structure nationale est armée par des agents des ministères de l'intérieur, de la justice et de la Santé, ainsi que par des volontaires des associations agréées de sécurité civile. Les missions de la cellule Infopublic sont les mêmes que celles de la CIP.

Il existe un numéro unique, et pérenne, pour joindre ces structures téléphoniques. Il s'agit du 09 70 80 90 40. Un serveur vocal interactif permettra d'orienter les appelants vers la CIP ou la cellule Infopublic en fonction d'une répartition décidée lors de l'évènement (lorsque les 2 structures sont activées, la CIP prendra généralement les appels liés à l'information au public, et la cellule Infopublic prendra généralement les appels des familles à la recherche d'un proche).



En complément, la préfecture pourra décider la mise en place d'une structure d'accueil physique appelé « Centre d'accueil des familles » pour les victimes et leur famille.

Lorsqu'elles sont activées, les structures téléphoniques (CIP et cellule Infopublic) accèdent, via le logiciel SIGNAL (interfacé avec SINUS), à certaines données, afin de répondre aux demandes d'information des proches de victimes. Le schéma ci-dessous spécifie la remontée d'information à ces cellules de réponse téléphonique.



Il est important de noter que la CIP et la cellule Infopublic n'accèdent, via SINUS, aux données nominatives des victimes conscientes, que si l'ARS/DGS a activé le renvoi d'information de données vers la CIP. Ainsi, dès l'information de l'ouverture d'une CIP, l'ARS devra activer la fonctionnalité CIP dans SI-VIC, de manière à assurer la transmission des données nominatives des victimes conscientes.

Activation d'une CIP

☐ Non

Il est également extrêmement important pour la bonne réalisation de ce processus que les établissements de santé saisissent rapidement les informations d'identité relatives aux victimes dans SI-VIC.

L'ARS devra ainsi spécifier les consignes de saisie en indiquant les éléments suivants :

- Reprise impérative des numéros de bracelet SINUS (visible dans les arrivées prévisionnelles de SI-VIC) ;
- Saisie reflexe des éléments d'identités pour les victimes conscientes (nom, prénom, sexe, âge approximatif), et des éléments de prise en charge (service de prise en charge) ;
- Tout décès doit être notifié immédiatement dans SI-VIC ;
- Importance de cocher la fonctionnalité 'Inconscient' ou d'indiquer le statut décédé³³, afin que ces données ne soient pas transmises aux répondants, et de permettre aux unités d'identification de localiser ces victimes ;
- Les intervenants blessés devront être renseigné en indiquant leur entité d'appartenance dans la fonctionnalité 'particularité' ;

Considérant qu'il appartient aux institutions et non à une cellule de réponse téléphonique d'informer les familles, la qualité d'intervenant bloquera le renvoi d'identité aux répondants téléphoniques.

Il convient alors de renseigner le nom réel de l'intervenant en nom de naissance, mais d'indiquer un identifiant d'anonymisation propre (N° RIO ou NID pour les policiers et militaires, ou création ad hoc d'un n° d'anonymisation).

Modalités d'interfaçage de l'outil avec SINUS:
Même si un nom est renseigné, seul le cas 'identifiant d'anonymisation' est renvoyé vers SINUS

L'ensemble des éléments décrits ci-dessus permettra :

- Aux répondants téléphoniques de répondre aux familles des victimes conscientes, sans donner aucun élément de nature médicale, et de les orienter vers les établissements de prise en charge.
- Aux unités d'identification d'être informé de la localisation des victimes inconscientes ou décédées
- Aux entités d'appartenance des intervenants blessés d'informer les familles.

Enfin, il convient de noter que lors de l'activation de la fonctionnalité 'CIP' dans SI-VIC, les établissements de santé recevront une notification pour mettre à jour dans SI-VIC les coordonnées de l'établissement pour que les familles puissent les joindre.

Ce numéro pourra être transmis aux répondants téléphoniques de la CIP par l'ARS, et c'est ce numéro qui sera communiqué aux familles des victimes conscientes pour qu'elles puissent prendre contact avec l'établissement de prise en charge.

³³ Il convient de considérer qu'un protocole IVC pour l'identification des victimes inconscientes ou décédées sera systématiquement activé dès qu'il y a ouverture d'une cellule de réponse téléphonique.

Informations manquantes

La CIIPAV ou une CIP a été activée pour un ou plusieurs événements auxquels un ou plusieurs de vos ES sont associés :

- Test SIVIC Attentat Paris test2

Veuillez vérifier que les coordonnées de "contacts familles victimes" sont correctes si elles sont renseignées ou compléter le(s) numéro(s) manquant(s).

Pour valider ces informations et ne plus recevoir cette alerte, veuillez à bien enregistrer votre saisie.

[Plus tard](#)
[Compléter le numéro](#)

Coordonnées de contact familles victimes actives	
Téléphone générique	Nom de l'événement
(+33) 0474231545	Tous

En synthèse :

En cas de mise en place d'une cellule de réponse téléphonique par les autorités

- L'ARS active la fonctionnalité CIP, lorsqu'une cellule de réponse téléphonique est activée par la préfecture (cela permettra le renvoi de données nominatives vers les structures de réponse téléphonique)
- L'ARS rappelle aux établissements la nécessité de bien notifier dans l'outil les victimes inconscientes ou décédées, ainsi que les intervenants (de manière à ce qu'aucune information ne parvienne aux répondants téléphoniques)
- L'ARS rappelle aux établissements la nécessité pour les établissements prenant en charge des victimes, de mettre en place une cellule de réponse téléphonique, et d'indiquer dans SI-VIC le numéro à contacter par les familles
- L'ARS transmet à la cellule de réponse téléphonique (CIP) la liste des numéros de téléphone pour joindre les établissements de santé

SAISIE DES PERSONNES BÉNÉFICIAIRE D'UNE PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La cellule d'urgence médico-psychologique est activée par le SAMU. L'ensemble des personnes prises en charge par des professionnels des CUMP seront impérativement saisies dans l'application Si-VIC, aux fins de leur dénombrement et de leur identification.

Schéma d'articulation des outils SINUS et Si-VIC

Il est important de rappeler que les personnes prises en charge par les CUMP devront être renseignées dans l'application SI-VIC.

Il sera important de distinguer dans ce dénombrement les consultations par lieu de consultation. (CAI puis CAF, CUMP mobile, Point de consultation en mairie, etc.)

Le dénombrement des consultations médico-psychologique reste toutefois distinct du dénombrement des impliqués au sens ORSEC NOVI. Ainsi, le volume des consultations médico-psychologique pourra être indiqué au directeur des opérations, sans pour autant être intégré au bilan victimaire (au sens de l'IIM du 21 décembre 2022).

OUTILS DE CONDUITE DE CRISE POUR L'ARS

PRINCIPES DE LA CONDUITE DE CRISE PAR L'ARS

L'ARS à un rôle décisionnaire et se trouve au plus proche des acteurs de terrain et des élus locaux. Dans le cas de la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle, l'ARS prépare le dispositif ORSAN régional et coordonne la réponse des acteurs du système de santé.

Le niveau du pilotage de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles est proportionné aux événements considérés. Ainsi, la montée en puissance de l'ARS à partir du niveau de veille opérationnelle (niveau 1), est structurée en 2 niveaux d'organisation :

- Un niveau 2 « renforcé » : ce niveau est destiné à répondre aux situations dépassant le cadre de la gestion courante des alertes. Il s'appuie sur la plateforme de veille et d'urgence sanitaire (PVUS). Il est renforcé, en tant que de besoin par des personnels des différentes directions de l'ARS ;
- Un niveau 3 « crise » : ce niveau a pour objectif de répondre aux situations de crise. Ce niveau nécessite l'activation d'une cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS). Il impose la mobilisation des personnels des différentes directions de l'ARS, selon les besoins identifiés.

En effet, la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle nécessite la mise en place d'une structure de pilotage et de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (CRAPS). L'action de veille quotidienne doit néanmoins continuer en toutes circonstances. Le Directeur général de l'ARS assure le pilotage de cette cellule de crise constituée au niveau du siège de l'ARS. Celle-ci doit être en capacité d'assurer les fonctions suivantes :

- Fonctions métiers : élaboration et/ou mise en œuvre de mesures de santé publique, organisation de la permanence des soins, gestion des moyens sanitaires ;
- Fonctions transverses : suivi et analyse de la situation sanitaire, interface avec ses partenaires sanitaires et autres, dont le ou les préfets concernés, communication)

L'ARS doit disposer d'un certain nombre d'outils logistiques afin de faciliter la gestion de crise :

- Une salle aménagée dédiée à la gestion de crise
- Des moyens de transmission opérationnels et testés régulièrement
- Des fiches réflexes fixant les premières actions à mener lors de l'activation d'une organisation de gestion
- Un annuaire de crise mis à jour tous les jours
- Des fiches de postes fixant clairement le rôle de chaque participant à la structure de gestion de crise
- La liste et la cartographie des moyens sanitaires de la région
- Une bibliothèque des plans de secours départementaux et des plans nationaux potentiellement activables
- Un kit de communication comprenant notamment les plans et outils de communication existants au niveau local et ou national
- Mettre en place une messagerie dédiée

ORGANISATION DE LA CRAPS

Lors de la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle, le directeur général de l'ARS prend la décision d'activer sa structure de gestion de crise notamment sa CRAPS (cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire) qui correspond au niveau trois de la réponse aux SSE. Quand les circonstances l'imposent, le directeur général de la santé ou le HFDS peuvent également demander l'activation de cette structure.

En effet, il est nécessaire que cette cellule soit composée de plusieurs pôles distincts mais travaillant conjointement.

Le pôle décision

- Doit se réunir régulièrement
- Prend connaissance des éléments d'analyse et des propositions d'actions produits le par pôle opération
- Décide des orientations à décliner dans le cadre de la mise en œuvre des mesures de gestion

Le pôle situation / opération

- Fait le lien avec les partenaires locaux
- Récupère les données du terrain
- Se charge de la remontée des données du terrain vers le CORRUS/CCS
- Transmet les informations de terrain et les directives nationales au préfet
- Informe le préfet des actions réalisés
- Informe les partenaires locaux des instructions et des actions à réaliser
- Maintient à jour la main courante en compilant l'ensemble des actions et des points marquants de la période de crise

Le pôle de communication

- En lien avec le service de communication du ministère de la santé afin d'élaborer conjointement une stratégie de communication
- Met en œuvre de la stratégie communication de crise de l'ARS (veille media, réponse aux éventuelles sollicitations médiatiques, en lien avec l'échelon local et les services de communication du préfet
- S'assure de la diffusion des messages officiels et les services de communication du préfet

Le pôle d'expertise

- Dépend de l'évènement qui a conduit à une situation sanitaire exceptionnelle
- Regroupe différents personnels de l'ARS selon la thématique concernée
- Participe à la productions d'indicateurs, de recommandations, d'avis et d'analyses au bénéfice de la composante situation /opération afin d'apporter une aide à la décision aux autorités de l'ARS

Afin que le fonctionnement de cette cellule soit le plus optimal possible, il est important que des services techniques, de ressources humaines et de logistiques soient mis en place spécialement en soutien de cette structure.

Des fiches d'actions doivent être rédigées et consultées régulièrement afin de garantir une montée en charge opérationnelle de la structure la plus rapide possible

Pour optimiser la conduite de la crise un guide de gestion de crise en CRAPS doit être élaboré par l'ARS, et comprendre :

- La liste des principes applicables en CRAPS pour gérer au mieux la crise ;
- Des documents opérationnels, à savoir :
 - Un protocole d'activation de la CRAPS (démarrage des ordinateurs, disposition des tables, rappel de renforts, etc.) ;
 - Un schéma d'organisation de la cellule de crise ;
 - Pour chaque fonction en CRAPS une fiche de poste détaillée ;
 - Un tableau ou schéma rappelant la répartition des rôles entre les acteurs (ARS vis-à-vis : des ES / COD / CZA / CORRUS) ;
 - Un annuaire des correspondants interne et externe actualisé ;
 - Un schéma représentant le flux d'informations interne/externe.

FICHE DE POSTE DE L'OFFICIER DE LIAISON DE L'ARS AU SAMU

L'officier de liaison assure la communication directe entre le centre opération départemental de la préfecture et la cellule de crise du Samu territorialement compétent.

Compétences requises

- Connaissance de l'organisation départementale de l'offre de soins et des établissements de santé publics et privés ;
- Connaissance des principes de la conduite de crise par l'ARS ;
- Connaissance des 5 plans ORSAN ;
- Connaissance de la réponse conjointe ARS /préfecture dans le cadre des évènements sanitaires exceptionnelles ;
- Connaissance des principes de la conduite de crise par le SAMU
- Aisance rédactionnelle ;
- Capacités de synthèse et de communication dans une situation sanitaire exceptionnelle avec l'ARS et la préfecture ;
- Connaissance des principes de la conduite de crise de la préfecture ;
- Connaissance du fonctionnement de la CRAPS ;
- Connaissance des outils SINUS, SI-SAMU et SI-VIC ;
- Connaissance de l'IIM du 21 décembre 2022 sur les modalités d'établissement d'un bilan victimaire ;
- Connaissance des principes de communication de crise.

Les missions

Partager les informations entre la cellule de crise du SAMU et les agents ARS au sein du centre opérationnel départemental :

- État de la situation (moyens humains sur le terrain, besoins de renforts ou de relève, tableau de situation) ;
- Bilan des orientations vers les établissements de premières lignes ;
- Bilan des orientations vers les établissements de santé de recours ;
- Bilan des besoins en ambulances terrestres et hélicoptères ainsi que d'autres transports ;
- Prévention des situations de dépassement capacitaire ;
- Fait part des éléments échangés avec le SAMU zonal ;

Il intervient directement au sein de la cellule de gestion de crise du SAMU :

- Dispose d'un poste de travail dans la salle opérationnelle ;
- Dispose d'un téléphone et d'un ordinateur dédiés avec accès internet.

FICHE DE POSTE DE L'OFFICIER DE LIAISON DE L'ARS AU COD

L'officier de liaison ARS au COD représente l'ars auprès du préfet et s'appuie sur la CRAPS ainsi que sur l'officier de liaison ARS détaché auprès du Samu territorialement compétent pour exprimer les besoins et fournir les éléments demandés.

Connaissances requises

- Connaissance de l'organisation régionale de l'offre de soins et des établissements de santé publics et privés ;
- Connaissance des différentes déclinaisons du plan ORSAN ;
- Connaissance de la réponse conjointe ARS préfecture dans le cadre des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Capacités de synthèse et de communication dans une situation sanitaire exceptionnelle avec l'ARS et la préfecture ;
- Aisance rédactionnelle ;
- Connaissance du fonctionnement de la CRAPS ;
- Connaissance des outils SINUS, SI-SAMU et SI-VIC ;
- Connaissance de l'IIM du 21 décembre 2022 sur l'établissement d'un bilan victimaire ;
- Connaissance du protocole d'identification des victimes de catastrophes ;
- Connaissance des structures d'accueil et de réponse aux familles (CIP, Infopublic, CAF) ;
- Connaissance des principes de la conduite de crise par l'ARS.

Communication entre la cellule de crise du SAMU, la CRAPS ARS et le COD de la préfecture

L'agent de l'ARS communique au préfet sur la base des éléments proposés par la CRAPS et l'officier de liaison ARS en SAMU

- Point de situations sur les orientations des victimes, risques de dépassements de capacités
- Éléments de communication (bilan/ conseil)

Il transmet l'expression des besoins de renforts identifiés par le SAMU de coordination et les établissements sanitaires synthétisés par la CRAPS

Il renseigne sur les modalités de déclenchement de la CUMP

Il intervient directement au sein de la cellule de gestion de crise :

- Dispose d'un poste de travail dans la salle opérationnelle
- Dispose d'un téléphone et d'un ordinateur dédiés avec accès internet

OUTILS DÉDIÉS À LA GESTION DES SSE

Au titre des outils dédiés à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, chaque ARS et ARS de zone veillera à maintenir *a minima* les outils suivants :

- Une salle dédiée à la crise et pré-équipée en conséquence (prévoyant notamment des moyens d'audio et de visioconférence) ;
- Un listing des agents mobilisables et de leurs contacts en cas de renfort de la structure de gestion de crise ;
- Des moyens de transmission opérationnels et testés régulièrement (téléphones, fax, boîtes mails, et moyens sécurisés notamment) ;
- Des fiches réflexes fixant les premières actions à mener lors de l'activation d'une organisation de gestion de crise ;
- Des annuaires de crise dûment mis à jour en interne pour les personnels de l'ARS et en externe afin d'assurer une parfaite connaissance des partenaires locaux présents sur son territoire (sanitaires : SAMU, ES, EMS, HAD, Libéraux, officines, etc.) et autres : préfecture, structures ordinales, associations, etc.), et de constituer un annuaire zonal partagé ;
- Des fiches de postes fixant clairement le rôle de chaque personne participant à la structure de gestion de crise ;
- La liste et cartographie des moyens sanitaires de la région (ES, EMS, spécialités, personnels, etc.) ;
- Une bibliothèque des plans de secours départementaux et des plans nationaux potentiellement activables ;
- Un kit de communication comprenant notamment les plans et outils de communication existants au niveau local et/ou national ;

D'autres outils restent nécessaires pour le management et le pilotage en gestion crise :

- Tableaux de bord
 - Un tableau « capacitaire » qui met en évidence les capacités médicales et techniques disponible
 - Un tableau « Suivi des fonctions opérationnelles » qui indique les postes occupés et vacant dans la cellule de crise
 - Un tableau « suivi des actions » qui décrit les actions accomplir par pôles et services
- La « main courante »
 - Reprend et trace l'ensemble des données entrées et sorties de la cellule de gestion de crise
 - Peut-être consultable par toute la cellule de gestion de crise
 - Rassemble les informations concrètes de la crise
- L'outil « point de situation »
 - Permet d'avoir une représentation de la crise

FICHE MOBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La mobilisation des professionnels de santé permet la montée en charge du système de santé face à une situation sanitaire exceptionnelle. Cette mobilisation repose essentiellement sur les renforts interrégionaux, la réserve sanitaire, la réaffectation des personnels en poste au sein d'un établissement de santé ou d'une structure médico-sociale et la réquisition. Les modalités de mobilisation dépendent du territoire, du statut des professionnels considérés et de la situation sanitaire.

L'ARS intervient principalement au niveau de la mobilisation des renforts interrégionaux et sur la réserve sanitaire.

Mobilisation de renforts interrégionaux :

La mobilisation de renforts interrégionaux s'effectue toujours en trois étapes successives :

1. *Identification des besoins RH (effectifs et profils) par l'ARS demandeuse*

- L'ARS réalise une estimation de ses besoins en personnels à court et long terme en fonction des structures sanitaires, sociales et médico-sociales ;
- L'ARS s'assure que toutes les ressources inter-régionales sont épuisées ;
- L'ARS transmet sa demande de renforts extrarégionaux au pôle opération du centre de crise sanitaire (CCS).

2. *Identification des capacités de renfort par le pôle opération du CCS*

- Évalue l'adéquation de la demande de l'ars avec le politique national ;
- Évalue les bénéfices/risques engendrés par de potentiels transferts extrarégionaux ;
- Identification des départements ou régions avec des renforts susceptibles d'intervenir.

3. *Mobilisation par le pôle opération du CCS*

- Mise à disposition d'une liste de professionnels des départements/régions avoisinantes correspondant aux besoins de l'ARS demandeuse ;
- Ouverture d'un droit d'accès à un vivier supplémentaire dans le cas de la Covid-19, il s'agissait de de la plateforme renfort RH-Crise ;
- Intervention du CCS auprès des ars avec une situation favorable afin d'avoir un appui RH.

Mobilisation de la réserve sanitaire :

La mobilisation de la réserve sanitaire est expliquée plus en détails dans la fiche technique qui lui est consacrée.

FICHE MOBILISATION DE LA RÉSERVE SANITAIRE

La réserve sanitaire constitue un vivier essentiel de la montée en charge du système de santé. Elle est composée de soignants ou de non soignants issus du secteur privé, public ou encore la médecine de ville.

Cette réserve peut être mobilisée au niveau régional par décision du directeur de l'ARS. 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 peut donc être réalisée au profit de l'ARS elle-même, d'établissements de santé, de collectivités territoriales ou d'autres personnes ou organisations concourant à la sécurité sanitaire.

Le CORRUS/CCS est en charge d'arbitrer la répartition des ressources, la sélection des réservistes est assurée par Santé Publique France. Santé Publique France se charge également d'organiser la logistique de ces missions notamment des acheminements et l'hébergement des réservistes.

La mobilisation de réservistes s'effectue selon le schéma suivant :

1. L'ARS demandeuse effectue une demande à SPF et en informe le CORRUSS/ CCS :

- Cette demande doit être effectuée uniquement en cas de situation sanitaire exceptionnelle ;
- Cette demande doit contenir le bilan des ressources mobilisées et le bilan des ressources des souhaitées avec le type de profils rechercher ainsi que les missions effectuer ;
- L'objectif et la durée des missions doit être formulés ;
- Des fiches de postes doivent-être établit.

2. Le directeur de Santé Publique France reçoit la demande et vérifie la conformité et la faisabilité de la demande au cadre d'emploi de la réserve sanitaire :

- Si la demande n'est pas conforme au cadre d'emploi, le directeur de SPF décline la demande et en informe le Directeur général de l'ARS ;
- Si la demande est conforme au cadre d'emploi le directeur, SPF établit une estimation du cout de la mission demandée ;
- SPF sélectionne les réservistes susceptibles d'être mobilisés ;
- Communique ces éléments à l'ARS ;
- Informe également le CORRUSS/CCS de ces décisions.

3. Mobilisation des profils sectionnés au profit de l'ARS concernés

- SPF prend charge financièrement le coup de la mission ;
- L'ARS rembourse SPF.

GESTION DES STOCKS SANGUINS LABILES

Il est important d'anticiper la gestion des stocks sanguins labiles c'est-à-dire les produits sanguins labiles, le sang et les composants prélevés en vue de la préparation de ces produits.

En cas de SSE, il est primordial de pouvoir identifier et recenser rapidement le stock des produits sanguins labiles au niveau régional, afin d'optimiser leurs mobilisations par les établissements de santé. De même, les modalités liées au transport de ces produits en cas de SSE sont également à anticiper. Une gestion régionale de ces produits est à privilégier en cas de SSE nécessitant l'approvisionnement massif et rapide de ces produits en direction des établissements de santé. La gestion de ces produits doit s'effectuer autour de 2 axes stratégiques :

1. Identifier les stocks et prendre des mesures immédiates pour constituer les stocks

- Prévoir une gestion régionale de ces stocks l'aide d'outils ;
- Augmenter l'approvisionnement vers les établissements de santé rapidement ;
- Mobiliser rapidement des ressources humaines.

2. Acheminer les stocks vers les différents établissements de santé

- Maintenir les produits conformes (garantir la chaîne de froid) ;
- Faire appel aux associations agréées de société civile afin d'augmenter les transports vers les ES ;
- Le transport de chaque produit doit être faire l'objet d'un suivi.

COMMUNICATION DE CRISE

COMMUNICATION DE CRISE

Principes fondamentaux

Cinq fondamentaux de communication de crise doivent être respectés afin que la communication soit la plus efficace possible. Ces derniers sont :

- La transparence ;
- La réactivité ;
- L'empathie ;
- L'adaptabilité ;
- La cohérence.

La transparence, car lors d'une situation sanitaire exceptionnelle, des explications, informations ou précisions sont attendues de la part des autorités sanitaires. Ces dernières doivent donc être claires sur les risques sanitaires, leurs causes, leurs conséquences, et les moyens d'y remédier. Il convient donc de délivrer régulièrement (à déterminer en fonction du rythme de la crise) et de manière pédagogique des informations claires. Il est également important de donner de la visibilité sur la situation même en cas d'incertitude, de communiquer par la preuve, et de diffuser des données chiffrées.

Il est primordial de rester **réactif** afin de ne pas intervenir trop tard et ne pas subir les événements. Il convient donc de disposer en continu d'informations sur les préoccupations, perceptions et comportements des populations concernées par une SSE. Ces données mises en regard des éléments préparés (anticipation) permettront d'ajuster aux mieux les stratégies de manière proactive, de prendre l'initiative et d'assurer le bon positionnement.

Ensuite, il est important de renvoyer une image **empathique** afin de contrer l'image de structure distante et « bureaucratique » afin de contribuer à l'installation d'une relation de confiance avec le « public impacté ». Il s'agit ainsi de mettre en valeur les mesures mises en œuvre en matière d'accompagnement et de mobilisation de la population sur le terrain afin de se préoccuper le plus possible de la population impactée. Pour ce faire, l'organisation doit être incarnée, par un porte-parole sans conflit d'intérêts. Le directeur général de l'ARS reste le plus adapté pour porter les messages.

Chaque mesure et chaque étape face à la crise doivent s'accompagner d'un effort de communication **adaptée**, au regard du contexte et de l'évolution des situations. L'anticipation, la préparation et la formation à la crise seront des atouts importants pour permettre cette adaptabilité. Il est ainsi nécessaire que la communication accompagne les différentes phases de la crise, et que le discours porté par l'organisation donne des perspectives, dès que cela est possible.

Enfin, il est important de rester **cohérent**, afin de veiller à ce que chaque action de communication puisse apparaître pertinente à son échelle et non contreproductive voire inadaptée au regard des celles établies dans le temps et par les partenaires vis-à-vis d'un même public. Toute contradiction apparente pourrait laisser à croire au désordre chez l'émetteur et ainsi provoquer de la confusion et une certaine méfiance. Il semble indispensable un pilotage territorial et dans la durée de l'ensemble des actions de communication. Tout changement de position doit donc être expliqué avec pédagogie.

Méthodologie d'élaboration

Le présent document constitue un cadre méthodologique utilisable et adaptable pour l'élaboration des fiches « communication de crise » par chaque ARS.

Ce « vade-mecum » a été rédigé dans une logique opérationnelle de façon à en faciliter la reprise en toute ou partie, couvre de manière globale la communication en lien avec les différentes situations sanitaires exceptionnelles et donne quelques cas concrets dans sa dernière partie.

L'élaboration de sa propre « fiche communication de crise » par chaque ARS nécessite une implication de la direction de la communication de l'ARS dans le processus global d'élaboration du dispositif ORSAN régional.

La trame type est proposée à titre indicatif pour en guider la rédaction par chaque direction de la communication, pour permettre d'assurer la cohérence nationale et de proposer à cet effet une approche commune des principes et des modalités de coordination en matière de communication de crise.

Qui communique ? : le rôle de l'ARS et de ses partenaires

Principes généraux

L'ARS assure la communication de crise au niveau régional sur le champ de la santé et du médico-social (en lien avec les Départements), sous l'éventuelle coordination interministérielle des préfetures, et sur la base d'échanges engagés le plus rapidement possible.

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 santé de ville, en direct ou via leurs représentants sont indispensables. Une communication avec les élus (parlementaires, maires...) et les autres partenaires (préfetures, rectorat...) est à mettre en œuvre dès le début de la crise. Toutefois, l'ARS ne doit pas se substituer à leur propre communication, mais favoriser la cohérence des prises de parole.

Prises de parole

En cas de SSE, les prises de parole sur le champ proprement sanitaire sont assurées par le DG d'ARS. Dans certaines circonstances et au regard de la nature de l'évènement, celles-ci peuvent être déléguées aux directeurs/délégués territoriaux ou aux directeurs métiers, préalablement désignés pour le faire.

Dès le déclenchement de la réponse, des points d'information (communiqués communs, conférences de presse ou point presse...) sont organisées conjointement par la/les préfetures et l'ARS.

Articulation de la communication entre l'ARS et le Ministère

La portée potentiellement nationale d'une crise sanitaire nécessite une information et une coordination le plus en amont possible avec le ministère chargé de la santé.

S'agissant en particulier des relations avec la presse, le ministère envoie des éléments de langage (EDL) et une FAQ dédiée, en tant que de besoin. Les directeurs de la communication des ARS sollicitent le ministère en cas de question à portée nationale, par mail (copie SGMAS), selon les sujets, auprès :

- Du Cabinet du ministre chargé de la santé (conseiller presse et communication) ;
- De la direction du ministère chargée de la crise.

Les ARS informent le ministère en cas de communication sur un sujet sensible impactant le niveau national et le cas échéant font valider les EDL et/ou communiqué de presse (niveau Direction de crise et/ou Cabinet santé)³⁴.

Le ministère assure la diffusion des outils de communication nationaux aux ARS (mise à disposition d'infographies par exemple), notamment pour les campagnes de communication (avec ou sans réquisition). Les agences en assurent le relais au niveau local, notamment sur les réseaux sociaux.

Les actions de communication des ARS, de type campagne, sont transmises au ministère et peuvent être reprises par d'autres agences (attention aux droits d'auteur).

³⁴ Un annuaire des contacts communication et presse au sein du ministère est mis à disposition par le SGMAS, qui assure l'animation du réseau des responsables de la communication des ARS.

Les fondamentaux de la communication de crise

La communication est une fonction sensible en situation exceptionnelle et de crise. La communication doit servir les objectifs de gestion de la situation (protection des populations et santé publique). Elle pourra aussi permettre de mettre en évidence et valoriser l'action publique. Dans tous les cas, le principe « **qui doit quoi, à qui, pour obtenir quel effet** » doit être respecté.

Une situation exceptionnelle doit être analysée au regard du contexte global afin de proposer une communication équilibrée sans :

- Surestimer une situation en mettant en œuvre des actions trop importantes et génératrices d'inquiétudes ;
- Sous-estimer une situation en se trouvant face à une situation amplifiée par absence de réactivité et nécessitant de « rattraper » la communication.

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 maîtrisée, dans laquelle les messages sont clairs et validés, où les informations sont fiables et vérifiées.

Informer rapidement la population impactée par la situation, à savoir :

- La population concernée par un éventuel impact sanitaire avec des messages clairs, en incitant chaque citoyen à devenir acteur et responsable face au risque et à sa santé, et à favoriser la solidarité ;
- Les élus (maires, députés, conseillers territoriaux) et les riverains / personnes directement impliquées (parents, proches...) ;
- Les professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens...), relais incontournables des informations à caractère sanitaire vers la population, et les structures de santé et du médico-social des décisions prises par les autorités de santé ;
- Les instances en lien avec l'agence : le conseil de surveillance de l'agence et les instances de démocratie en santé (CRSA, CTS).

Être transparent et veiller à la qualité de l'information

- Relayer les explications du « pourquoi » des décisions pour entretenir la confiance de la population et la crédibilité des pouvoirs publics ;
- Organiser une communication sans délais et régulière, adaptée en fonction de la situation (CP, conférence de presse, réseaux sociaux) délivrant des informations factuelles et faciles à comprendre, sans porter de jugement sur la situation ;
- Répondre aux attentes et questions du public ;
- Être présent sur Internet et les réseaux sociaux pour une information rapide, transparente et mobilisante.

Rester à l'écoute de l'opinion, et répondre rapidement

- Être à l'écoute des préoccupations de la population et y répondre rapidement, en étant attentif aux « signaux faibles » ;
- Connaître, en temps réel, l'état de l'opinion et ses différentes composantes, sa perception du risque et son adhésion aux mesures prises : individus, familles, professionnels de santé. Détecter les rumeurs infondées (« fake news ») et expliquer pourquoi elles sont fausses ;
- L'opinion peut évoluer rapidement. Les réseaux sociaux représentent aujourd'hui un mode majeur d'informations et de communication. Face aux informations erronées et aux rumeurs qui peuvent circuler, les informations vraies, sourcées scientifiquement, doivent être délivrées rapidement par les autorités sanitaires sur les mêmes canaux.

Les phases de la communication de crise

Anticiper la crise

- Préparer en amont le cadre de référence stratégique de la communication, si possible par grands types de risques (principes, objectifs, cibles, messages, moyens...), pouvant être enrichi suite aux exercices de simulation de crise ;
- Identifier tous les acteurs amenés à communiquer et définir qui est le pilote de la communication selon les sujets (quels logos faire figurer, qui inviter à tel ou tel point presse...) ;
- Identifier un ou plusieurs porte-paroles (DGARS, DD, DSP...) et leur proposer une formation au media training ;
- Constituer une base documentaire : modèle de CP, annuaire presse à jour, contacts préfecture de région et de département, gabarits d'infographies... prêts à être adaptés aux spécificités de chaque situation, document avec les codes d'accès au site internet et aux comptes sociaux ;
- Créer un espace partagé qui réunira tous les documents diffusés pendant la crise ;
- Concevoir un dispositif de veille presse, internet et réseaux sociaux ;
- Établir un réseau de communication et d'information sur le territoire (préfectures, établissements de santé...) ;
- Prévoir la mise en place d'outils de relation directe avec le public (plate-forme téléphonique, FAQ, réseaux sociaux, boîte générique mail...)
- Participer à des exercices de simulation de crise, incluant nécessairement la dimension communication ;
- Constituer en amont un réseau des communicants (préfecture, parquet, établissements de santé...).

Organiser la communication de crise

- Constituer et mobiliser une équipe de pilotage (avec un dispositif d'astreinte le cas échéant), définir la mission de chacun en particulier pour la gestion des relations presse et des réseaux sociaux ;
- Accompagner le ou les porte-paroles dans leur prise de parole (préparation des messages, diffusion régulière des éléments de langage et de la position du directeur général...) ;
- Recueillir et traiter en temps réel l'implication des décisions prises par la cellule de gestion de crise en termes de communication ;
- Disposer, le cas échéant, d'un prestataire de service en communication pour produire des outils / être secondé dans l'action.

Communiquer en temps de crise

- Participer à la cellule de crise, au titre de représentant de la communication. Le déclenchement du dispositif ORSAN impose l'activation immédiate de la CRAPS selon la procédure interne à l'ARS. Le dimensionnement de la CRAPS est adapté à la cinétique et à la dimension de l'événement ;
- Évaluer le risque médiatique et le risque d'opinion (propension à mobiliser les opinions contre les positions et stratégies des acteurs publics) ;
- Appliquer le cadre de référence de la communication (objectifs, cibles, messages, moyens...), et l'adapter en fonction de l'évolution de la crise ;
- En fonction de chaque cible, définir qui communique (ARS pour les professionnels de santé, Éducation nationale pour les élèves, etc.) ;
- Définir les canaux de communication à mettre en place en fonction des cibles (GP, PS, ES...) ;
- Adapter les outils de communication : éléments de langage (EDL), questions-réponses (FAQ), en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et du risque pour la population ;
- Assurer en continu une veille média (tous supports) et une veille interne ;
- Analyser en continu les effets obtenus par les différentes actions de communication et réguler éventuellement la stratégie ;
- Ouvrir un numéro vert régional et une boîte mail dédiée, le cas échéant ;
- Activer le réseau des communicants impliqués sur le territoire (établissements de santé, établissements médico-sociaux, assurance maladie...) au regard des besoins de

communication : il est par exemple, recommandé de s'assurer que pour un hôpital multisites la communication locale soit maîtrisée ;

- Solliciter des experts en lien avec le sujet sur lequel une communication est nécessaire, qui soient bons praticiens pour communiquer ; rechercher si possible des « alliés » hors champ institutionnel afin de renforcer l'adhésion du public aux messages et aux conduites à tenir (chercheurs, professionnels de santé...) ;
- Impliquer les acteurs locaux dans la communication (élus...) ;
- Maintenir la communication interne (intranet, bulletin interne...) ;
- Tracer et archiver l'ensemble des actions de communication réalisées ;
- Concevoir des actions de communication, le cas échéant, en s'inspirant ou s'appuyant sur les initiatives d'autres ARS.

Sortir de la crise (RETEX, retour d'expérience)

- Analyser a posteriori les prémisses de la crise et son déroulement ;
- Effectuer un retour d'expérience sur le fonctionnement de la communication ;
- Échanger avec les autres acteurs institutionnels impliqués ;
- Ne pas hésiter à communiquer sur une crise bien gérée ;
- Capitaliser sur la notoriété acquise et asseoir les missions de l'agence au-delà de la crise.
- Conserver les outils et supports produits (infographies, CP...) à des fins de partage avec d'autres ARS ou de réutilisation ultérieure, le cas échéant.

La boîte à outils de la communication de crise

Les différents vecteurs de communication (relations presse, site internet, réseaux sociaux...) sont complémentaires des uns et des autres et permettent de toucher différents publics.

Les relations avec la presse

La pression médiatique peut être très intense en pleine crise sanitaire, avec des pics en fonction des situations locales (60/80 sollicitations presse par jour, pendant la crise COVID par exemple). Pour y faire face :

- Déployer une stratégie de relations presse ;
- Prendre en compte les formats (espace disponible), les rythmes de diffusion, les lignes éditoriales et les publics des médias qui serviront de relai à vos messages ;
- Préparer en amont le fichier presse et l'actualiser régulièrement ;
- Traiter toutes les demandes presse dans des délais courts (ce qui implique de revoir les circuits de validation pour les réduire au maximum et gagner en réactivité) ;
- Déterminer qui répond à la presse (porte-parole), et qui participe aux conférences de presse (ARS seule ou avec le préfet, élus, directeurs d'établissements, assurance maladie, professionnels de santé...) ;
- Définir la façon dont la réponse est apportée : organisation d'une conférence de presse quotidienne (pour délivrer des messages clefs et répondre aux nombreuses questions si pression média), diffusion d'un CP (point de situation plus factuel), ou faire un « brief presse » pour plus de pédagogie sur un sujet complexe par exemple ;
- Veiller à la régularité de la communication : diffusion de **communiqués de presse**, avec des points de situation sanitaire journaliers, hebdos... en fonction de l'évolution de la crise et sur des sujets que l'ARS souhaite « pousser » : CP régional et/ou décliné par département en lien avec la préfecture ;
- Construire des liens privilégiés avec les médias ;
- Répondre aux sollicitations des journalistes de manière pédagogique, sans utiliser un jargon trop technique ;
- Diffuser des points de situation réguliers pour maîtriser la communication et diminuer le nombre d'appels entrants des médias ;
- Établir un état des demandes presse pour en assurer le suivi et planifier les réponses.

A ne pas faire

- *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 ne rien dire) ;*
- *Ne pas désigner un interlocuteur ;*
- *Sous-estimer la rapidité de réaction des médias et leurs moyens ;*
- *Vouloir rassurer à tout prix ;*
- *Oublier les victimes.*

Les sites web

Une crise sanitaire place les agences comme relai prioritaire d'information sur les territoires et nécessite le développement d'une communication pro-active.

Pour répondre à ces enjeux, il est recommandé de :

- Développer une stratégie web pour devenir le site de référence sur la crise ;
- Diffuser des informations de manière régulière à destination des différents publics (grand public, professionnels de santé, presse...) ;
- Mettre en ligne une rubrique dédiée à la crise, et l'actualiser régulièrement ;
- Publier des bulletins quotidiens, pluri-hebdomadaires ou hebdomadaires en fonction de la cinétique de la crise.

Les réseaux sociaux

Les comptes sociaux d'une agence peuvent être fortement mobilisés pendant une crise. Il est essentiel que l'institution soit identifiée et de publier régulièrement des actualités.

Les réseaux sociaux (liste non exhaustive, pouvant voir évoluer leurs cibles) constituent des outils de communication utilisables selon une certaine typologie de destinataires :

- Facebook : grand public ;
- Twitter : journalistes et professionnels de santé, élus, leaders d'opinion ;
- LinkedIn : professionnels de santé, structures de santé, grand public ;
- Instagram : jeunes et grand public (RS + visuel) ;
- Tik Tok : cible jeunes ;
- Etc.

A ce titre, les professionnels de santé sont des acteurs essentiels et des relais incontournables des informations à caractère sanitaire vers la population. Ces derniers sont des destinataires prioritaires de l'information sur le « pourquoi » des décisions.

Vis-à-vis des différents publics, il s'agira selon les cas de :

- Informer de manière régulière sur la situation ;
- Partager les opérations et actions menées (ex : ouverture de cellules d'urgences médico-psychologiques, campagnes de mesure de la pollution, opérations de vaccination, dépistage, etc.) ;
- Partager avec les partenaires les différentes campagnes lancées sur les réseaux sociaux ;
- Relayer les mesures nationales le cas échéant.

En termes de suivi de l'opinion et de suivi des sujets sensibles, il est recommandé que la direction de la communication exploite le dispositif de veille sur les réseaux sociaux, pour assurer la cohérence des messages et adopte une politique spécifique vis-à-vis des commentaires.

Il est particulièrement recommandé d'intégrer l'utilisation des réseaux sociaux dans les exercices de simulation de crise.

Enfin, des campagnes publicitaires digitales (cf. ci-dessous) et des partenariats avec des influenceurs peuvent être menés, sous certaines conditions (coût, modalités contractuelles envisagées, efficacité attendue...).

Les campagnes de communication (hors réquisition, avec achats d'espaces publicitaires)

Certaines situations de crise peuvent nécessiter l'achat d'espace médias (presse, télé, radio, affichage, réseaux sociaux...).

En situation de crise, les campagnes médias sociaux publicitaires (ou « campagne social ads ») permettent en particulier de s'adapter rapidement au contexte.

Elles permettent de toucher des cibles très précises (en termes d'âge, et de territoire par exemple, en utilisant une ou plusieurs plateformes de médias sociaux (Facebook, Twitter par exemple pour diffuser des messages d'alerte...). Ces campagnes médias sociaux présentent l'avantage d'être rapide à mettre en œuvre (comme pour la radio) et d'être adaptable, et sont plus économiques que les campagnes sur les médias traditionnels.

Recommandations :

- *Les posts doivent être clairs et concis, aller droit au but. Un post efficace sur Facebook est un post qui crée de l'engagement. Il peut être recommandé de placer à la fin du post, un call-to-action (un bouton d'appel à l'action). Pour les vidéos, le format à privilégier est de moins de 30 secondes avec une accroche forte.*
- *Il est recommandé de prévoir plusieurs contenus (3/4 par campagne) avec des accroches différentes, de privilégier des campagnes courtes (15 jours) avec 2 à 4 répétitions sur la cible pour ne pas lasser, de veiller à adapter - à chaque RS - en termes de forme.*

EXEMPLES D'UTILISATION DES OUTILS DE COMMUNICATION

Exemple de « kit de com »	Outils de communication
Opération de communication incitant à la vaccination, auprès du grand public	Outils « standard » : • Diffusion d'un communiqué de presse régional, à destination des média (PQR...) ; il comprend les logos République française/ARS, la date, un titre « accrocheur », un texte avec le plus important au début, et le « contact presse » (service communication et/ou nom du contact, téléphone, adresse mail, compte Twitter), avec une présentation aérée aux couleurs de l'ARS ; • Organisation de points presse, ou des conférences de presse, avec les partenaires de l'agence (préfectures, assurance maladie, représentants des professionnels de santé ...), au niveau régional et/ou départemental ; • Réponse aux sollicitations d'interviews dans les médias ; • Publication d'une actualité en page d'accueil/ou page dédiée sur le site internet de l'agence ; • Déclinaison du CP régional par département (DD), en coordination avec la préfecture de département : le CP comprend le logo de la préfecture et le logo de l'ARS ; • Partage du CP sur les réseaux sociaux de l'agence : Twitter, Facebook et LinkedIn ; • Post(s) de rappel sur les RS, le cas échéant ; • Médiatisation de la présence du DG dans un centre de vaccination (par exemple). Autres actions complémentaires (selon possibilités) : • Campagne radio (avec achat d'espace) : préparation du message avec une agence de communication ; • Diffusion d'une campagne sur les RS (motion design, format 16/9 notamment), sponsorisé sur FB, Instagram. Relai des actions de communication nationale ou régionale (le cas échéant) • Relai du national : si mise à disposition de documents d'information (dépliant, kakémono et affichette), d'annonce presse (avec adaptation aux formats RS), de vidéo... • Relai de campagne radio, RS... d'une autre ARS.

EXEMPLES DE COMMUNICATION PAR TYPE DE RISQUES

L'élément déclencheur de la communication « santé » est dans de nombreux cas le déclenchement par le DG d'ARS du plan ou des plans opérationnels de réponse ORSAN en lien avec l'événement (AMAVI, REB, NRC, EPI-CLIM, MEDICO-PSY). Le Directeur général de l'ARS peut également déclencher chaque plan à la demande du Préfet de département ou du Ministre chargé de la santé.

Plan ORSAN AMAVI

- Plan de prise en charge d'un afflux massif de blessés (non contaminés) dans les établissements de santé.
- Périmètre : accident (accident collectif de circulation, explosion, incendie, catastrophe naturelle, ...), action terroriste (agression collective par armes de guerres, explosion, ...).
- Acteurs de la communication : préfet, procureur de la république + DGARS/ministère + directeur(s) d'établissement

La crise impactant un ou plusieurs établissements de santé, le préfet et le procureur sollicitent le DGARS pour les éléments de langage santé ou pour consolider le bilan victimaire.

- **Ex : attentat**
L'information sur le nombre de victimes (bilan victimaire) n'est pas assurée par l'ARS, mais par le Procureur de la République ou le parquet antiterroriste si ce dernier se saisit de l'affaire. Il est possible en revanche de communiquer sur la stratégie régionale de prise en charge des blessés, dans le respect du secret médical et, 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...
- **Ex : toxi-infections alimentaires collectives (plusieurs dizaines de cas)**
Les TIAC peuvent entraîner un nombre important de victimes, notamment d'enfants nourris en collectivité et impliquer des acteurs multiples (santé, intérieur, éducation nationale, collectivités locales, SpFrance, DGAL, DGCCRF, industriels...) : nécessité d'informer largement les familles et de coordonner la réponse avec les autorités locales ou nationales

Plan ORSAN MEDICO-PSY

- **Ex : attentat**
Il est nécessaire de communiquer dans les meilleurs délais sur la mise en place d'une CUMP avec toutes les informations pratiques (tel, lieu pour que les bénéficiaires puissent rapidement entrer en contact avec les psychologues).

Il faut par ailleurs veiller à une communication conjointe avec la Préfecture, communiquer autant de fois que cela est nécessaire (annonce de la mise en place, informations pratiques sur modalités d'accueil physiques et / ou téléphoniques) car il s'agit de dispositifs qui évoluent régulièrement lors de la gestion de la crise, et communiquer régulièrement sur le nombre de personnes prises en charge.

Plan ORSAN EPI-CLIM

Plan de gestion des tensions dans l'offre de soins liée à une épidémie (saisonnière ex. grippe, bronchiolite, dengue, chikunguya, etc.), un aléa climatique (canicule, vague de froid) ou environnemental important (épisode de pollution, etc.).

Dans ces situations, les préfets pilotent généralement la communication avec l'appui des ARS qui transmettent les risques de santé encourus et les recommandations sanitaires et de décision pour le préfet ou les maires et les recommandations pour la population générale. L'ARS participe aux COD en Préfecture et les liens sont faits entre les services communication.

Plus spécifiquement pour les fortes chaleurs, l'ARS peut être amenée à communiquer auprès des établissements sanitaires et médico-sociaux, à émettre des recommandations à destination des différents publics pour éviter les déshydratations et coups de chaleur.

Pour les autres situations de crise environnementales, elle assure la communication auprès des établissements de santé ou des médecins libéraux qui peuvent être amenés, là aussi, à recevoir des victimes ou des malades > identification des symptômes, recommandations de prise en charge, etc.

- **Ex : campagne de vaccination exceptionnelle (de faible ampleur/régionalisée)**
S'articuler avec les acteurs locaux (université, collectivité, employeur, associations...) pour informer les usagers et convoquer les publics cible à la campagne de vaccination.
- **Ex : maladie vectorielle**

Plan ORSAN REB (risque épidémique et biologique)

Plan de gestion d'un risque épidémique et biologique connu ou émergent dans le système de santé

L'ARS élabore les éléments de langage santé.

- **Ex : pandémie de type Covid (incluant vaccination exceptionnelle de la population générale de grande ampleur)**
Les deux niveaux de communication sont nécessaires : être en relais des EDL (éléments de langage) nationaux généraux et partager des éléments d'informations pragmatiques/de proximité du territoire
Communication sur :
 - L'épidémie (données médicales/connaissances scientifiques...): *reprise des EDL nationaux*
 - Les mesures de freinage de l'épidémie (gestes barrières) /marketing social : *reprise des EDL nationaux*
 - Les stratégies de dépistage/vaccinales... *reprise des EDL nationaux*
 - Les indicateurs de santé régionaux/départementaux/locaux : *niveau de l'épidémie*
 - Les tensions hospitalières liées à la crise/les modalités d'accès aux soins du territoire
 - Les modalités d'accès à l'information (n° tél régional info service)

Points de vigilance :

- Adapter les ressources humaines des équipes de communication et recentrer sur les activités prioritaires ;
- Constituer un réseau de communicants régionaux : préfectures/hôpitaux/métropoles/... ;
- Informer en interne des temps forts/stratégiques etc... liés à la crise en incarnant le plus possible les sujets par des témoignages d'agents internes ;
- Veiller à une communication non stigmatisante lorsqu'une épidémie touche une population/communauté spécifique.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

A

ABM : Agence de la biomédecine

ACSS : Accompagnement cybersécurité des structures de santé

AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

AMU : Aide médicale urgente

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ANSP : Agence nationale de santé publique

ANSSI : Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information

ARS : Agence régionale de santé

AS : Autorisation avec servitudes

ASIP Santé : Agence Française de la sécurité numérique

ASN : Autorité de sûreté nucléaire

B

BIOTOX : plan d'intervention spécialisé dans le domaine biologique

C

CAF : Centre d'accueil des familles

CESU: Centre d'enseignement des soins d'urgence

CCH : Cellule de crise hospitalière

CH : Centre hospitalier

CHI : Centre hospitalier intercommunal

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CIAV : Cellule interministérielle d'aide aux victimes

CIC : Cellule interministérielle de crise

CMA : Centre médical des armées

CME : Commission médicale d'établissement

CMIA : Centre médical interarmées

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNFSU : Commission nationale des formations aux soins d'urgence en situation sanitaire normale et exceptionnelle

CNUH : Conseil national de l'urgence hospitalière

COD : Centre opérationnel départemental

CODAMUPS-TS : Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

COS : Commandant des opérations de secours

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRAPS : Cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire CRRA : Centre de réception et de régulation des appels

CRRA : Centre de réception et de régulation des appels

CUMP : Cellule d'urgence médico-psychologique

D

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

DDRM : Dossier départemental sur les risques majeurs naturels et technologiques

DG : Directeur général

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DGSCG : Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises

DMC : Directeur médical de crise

DO : Directeur des opérations

DPC : Développement professionnel continu

DRH : Directeur des ressources humaines

E

EFS : Établissement français du sang

EPI : Équipement de protection individuelle

ESMS : Établissements et services médico-sociaux

ESR : Établissement de santé de référence

ETS : Établissement de transfusion sanguine

F

FEDORU : Fédération des observatoires régionaux des urgences

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

FHF : Fédération hospitalière de France

FHP : Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France

FHP MCO : Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France spécialisés en médecine, chirurgie et obstétrique

FSI : Forces de sécurité intérieure

G

GHT : Groupement hospitalier de territoire

H

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HFDS : Haut fonctionnaire de défense et de sécurité

HA : Hôpital des armées

I

IML : Institut médico-légal

M

MARS : Message d'alerte rapide sanitaire

MSS : Ministère des solidarités et de la santé

N

NOVI : Nombreuses victimes

NRBC-E : Nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosif

O

ORSAN : Organisation du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

ORSEC : Organisation de la sécurité civile

ORU : Observatoires régionaux des urgences

P

PCA : Plan de continuité d'activité

PCS : Plan communal de sauvegarde

PCA : Plan de continuité d'activité

PDM : Plan départemental de mobilisation

PFR : Point focal régional

PMA : Poste médical avancé

POI : Plan d'opération interne

PPI : Plan particulier d'intervention

PPP : Plan particulier de protection

PRV : Point de regroupement des victimes

PSE : Plan de sécurisation d'établissement

PSM : Poste sanitaire mobile

PUI : Pharmacie à usage intérieur

PUMP : Poste d'urgence médico-psychologique

PZM : plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires

R

RETEX : Retour d'expérience

ROR : Répertoires opérationnels des ressources

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

RSI : Règlement sanitaire international

RSSI : Responsable de la sécurité des systèmes d'information

S

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SI : Système d'information

SISAC : Système d'information sanitaire des alertes et des crises

SI-VIC : Système d'information des victimes

SU : Structure des urgences

SDACR : Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques

SDIS : Services départementaux d'incendie et de secours

SGDSN : Secrétariat général de la Défense et de la Sécurité nationale

SPILF : Société de pathologie infectieuse de langue française

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

SRP : Schéma régional de prévention

SSA : Service de santé des armées

SSE : Situation sanitaire exceptionnelle

SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle

SSSM : Service de santé et de secours médical

U

UA : Urgence absolue

UIVC : Unité d'identification de victimes de catastrophes

UR : Urgence relative

URPS : Union régionale des professionnels de santé

USC : Unité de surveillance continue

USPPI : Urgence de santé publique de portée internationale

CONTRIBUTEURS

La Direction générale de la santé et la Direction générale de l'offre de soins remercient la Direction centrale du service de santé des armées et toutes les personnes qui ont apporté leur expertise à l'élaboration de ce guide, dont la finalité est d'accompagner les agences régionales de santé dans l'organisation de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles.

Les fonctions mentionnées ci-après sont celles occupées par les contributeurs au moment où ils ont été sollicités pour participer aux travaux d'actualisation du guide ORSAN

Équipe de rédaction

- Dr Julien CARRICABURU, chef de projet auprès de la Directrice générale de l'offre de soins
- M. Enzo DELVECCHIO, chargé de mission auprès de la Direction générale de la santé
- M. Ritchcard BERVIN, chargé de mission auprès de la Direction générale de la santé
- M. Vamara FOFANA, chargé de mission auprès de la Direction générale de la santé
- Mme Jessica MICHEL, chargée de mission auprès de la Directrice générale de l'offre de soins
- M. Jean-Emmanuel PAILLON, chargé de mission auprès du Secrétariat général des ministères sociaux
- Dr Jean-Marc PHILIPPE, conseiller médical auprès du Directeur général de la santé (coordination de la rédaction)
- Mme Lucile PREVOST-SANSAC DE TRAVERSAY, chargée de mission auprès de la Direction générale de la santé
- Mme Victorine SIRVAUX, chargée de mission auprès de la Direction générale de la santé

Contributeurs

- Pr Nadia AISSAOUI, professeurs des universités-praticien hospitalier, service de médecine intensive et réanimation à l'hôpital Européen Georges-Pompidou, AP-HP ;
- Dr Antoine AUBRION, praticien Hospitalier SAMU 14 - CHU de Caen, mission SI-ORSAN
- Dr Emilie BARO, médecin de santé publique à l'Agence régionale de santé Grand-Est ;
- Dr Aurélie AVONDO-RAY, conseillère médicale pour les crises sanitaires à la Direction générale de l'offre de soins
- Mme Marie BAVILLE, sous-directrice veille et sécurité sanitaire à la Direction générale de la santé ;
- Dr Déborah BENCHETRIT, praticien hospitalier, service de surveillance post interventionnelle et d'accueil des polytraumatisés aux hôpitaux universitaires Pitié Salpêtrière, AP-HP
- Dr Catherine BERTRAND, praticien hospitalier SAMU 94, hôpital Henri Mondor de Créteil, AP-HP, présidente de la société française de médecine de catastrophe

- Mme Pauline BOILLET, adjointe au chef de bureau des prises en charge post-aiguës, santé mentale, populations spécifiques et pathologies chroniques à la Direction générale de l'offre de soins
- Dr Marie BOREL, praticien hospitalier, service de surveillance post interventionnelle et d'accueil des polytraumatisés aux hôpitaux universitaires Pitié Salpêtrière, AP-HP
- M. Olivier BRAHIC, sous-directeur veille et sécurité sanitaire à la Direction générale de la santé
- Mme Céline BRIDLEY, adjointe au directeur de la qualité, de la performance et de l'innovation à l'Agence régionale de santé du Grand-Est
- Mme Michelle BRONNER, adjointe au chef du bureau premier recours à la Direction générale de l'offre de soins
- Mme Sandrine CAMBERLIN-DEFROCOURT, cadre référent situations sanitaires exceptionnelles à l'Agence régionale de santé Occitanie
- Pr Pierre CARLI, professeur des universités-praticien hospitalier, chef du service d'anesthésie réanimation du CHU Necker-Enfants-Malades, AP-HP, président du conseil national de l'urgence hospitalière
- M. Jérémie CARRE, chargé de mission planification nationale à la Direction générale de la santé
- Dr Jean-Marc CHAPPLAIN, responsable médical de la mission COREB nationale, infectiologue au Centre hospitalier universitaire de Rennes
- Mme Flavie CHATEL, cheffe de projet à la mission COREB nationale
- Mme Sophie CHAUMIEN-CZUWAK, adjointe à la sous-directrice veille et sécurité sanitaire de la Direction générale de la santé ;
- Mme Catherine CHOMA, directrice de la santé publique de l'Agence régionale de santé d'Occitanie
- Dr Hélène COIGNARD, praticien hospitalier aux Hospices civils de Lyon, membre de la mission COREB nationale
- Pr Jean-Michel CONSTANTIN, chef du service réanimation chirurgicale et polyvalente aux hôpitaux universitaires Pitié Salpêtrière, AP-HP
- M. Thomas COONE, chef de la mission soins de suite et de réadaptation, Ministère de la santé et de la prévention
- Dr Benoît COTTRELLE, responsable veille et sécurité sanitaire à l'Agence régionale de santé Normandie
- Mme Christine CUN, ingénieur de défense civile, pole coordination et préparation aux situations exceptionnelles, direction de santé publique à l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
- M. Laurent DAL MAS, directeur de la qualité, de la performance et de l'innovation à l'Agence régionale de santé du Grand-Est
- M. Rémy DARBON, infirmier CUMP aux Hospices civils de Lyon
- M. Jean-Malo DEAN, chef de projet au bureau de préparation aux crises de la Direction générale de la santé
- M. Isaac DESVEAUX, interne de médecine d'urgence à la Direction générale de la santé

- Dr Anne-Marie DURAND, directrice de la santé publique à l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
- Dr François DUCOCQ, praticien hospitalier au CHRU de Lille, référent de la CUMP régionale et zonale, psychiatre référent national adjoint
- Mme Sylvie ESCALON, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins à la Direction générale de l'offre de soins
- Pr Etienne GAYAT, professeur des universités-praticien hospitalier, service d'anesthésie-réanimation à l'hôpital Lariboisière, AP-HP
- Mme Marie GED, responsable de l'unité vigilances et préparation aux crises sanitaires à l'agence régionale de santé Occitanie
- Dr Gaël GHENO, chef de service SMUR et CESU au centre hospitalier d'Annecy-Genevois, président de l'association nationale des centres d'enseignement des soins d'urgence
- Mme Marie-Hortense GOUJON, cheffe du département organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles à l'Agence régionale de santé du Grand-Est
- Dr Daniel HABOLD, directeur de la santé publique à l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine
- Mme Anne HGOBURU, adjointe à la Sous-Directrice de la régulation de l'offre de soins à la Direction générale de l'offre de soins
- Mme Cécile HENRY, cheffe du bureau préparation aux crises à la Direction générale de la santé ;
- Dr Romain HELLMANN, praticien hospitalier, conseiller médical pour les urgences à l'Agence régionale de santé Grand-Est
- Pr Stephan HERMANN, professeur de médecine intensive et réanimation au CHRU de Tours ;
- Dr Elisabeth HUBERT, directrice de la fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
- M. Judicaël LAPORTE, adjoint à la Directrice de la santé publique et environnementale à l'Agence régionale de santé du Centre-Val de Loire
- Mme Isabelle LAURENCE-PY, cadre référent situations sanitaires exceptionnelles à l'Agence régionale de santé Occitanie
- Dr Florian LAURENT, chirurgien-dentiste libéral
- Dr Clément LAZARUS, adjoint à la sous-directrice veille et sécurité sanitaire à la Direction générale de la santé
- Mme Caroline LE BORGNE, cheffe du CORRUSS
- Dr Christophe LEROY, responsable du service gestion des crises sanitaires-SSE à l'AP-HP
- Pr Xavier LESCURE, professeur des universités-praticien hospitalier, service d'infectiologie et de maladies tropicales, hôpital Bichat-Claude Bernard, AP-HP
- M. Mathieu LETARTRE, chargé mission grands événements du bureau préparation aux crises à la Direction générale de la santé
- Dr Céline LONGO, praticien hospitalier, responsable médical du CESU au CHU de Nantes
- Pr Éric MAURY, professeur des universités-praticien hospitalier, service de médecine intensive-réanimation à l'hôpital Saint-Antoine, AP-HP

- M. Matthieu METZER, conseiller défense à l'Agence régionale de santé Ile-de-France
- Mme Laura MOLINATTI, chargée de mission préparation et gestion de crises à l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Dr Bruno MOREL, directeur délégué veille et sécurité sanitaire à l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
- Dr Houria MOUAS, directrice de la santé publique et environnementale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire
- M. Alexis PERNIN, chef du bureau des risques infectieux émergents à la Direction générale de la santé
- Pr Patrick PESSAUX, chef du service chirurgie digestive et endocrinienne, nouvel hôpital civil de Strasbourg
- M. Evariste PETITJEAN, apprentis à la Direction générale de la santé
- Mme Florence PEYRONNARD, responsable du pôle coordination de la préparation aux situations exceptionnelles à l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
- M. Christopher POISSON-CALAIS, adjoint à la cheffe du bureau plateaux techniques et prise en charge des pathologies aiguës à la Direction générale de l'offre de soins
- Dr Didier POURRET, médecin colonel, conseiller auprès du Directeur Général de la sécurité civile et de la gestion des crises
- Dr Nathalie PRIETO, praticien hospitalier aux Hospices civils de Lyon et responsable de la cellule d'urgence médico-psychologique Auvergne-Rhône-Alpes, psychiatre référente nationale
- Dr Alaa RAMDANI, conseiller zonal défense et sécurité du Directeur général de l'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Pr Mathieu RAUX, chef du service de surveillance post interventionnelle et d'accueil des polytraumatisés ainsi que le bloc opératoire des urgences aux hôpitaux universitaires Pitié Salpêtrière, AP-HP
- Pr France ROBLOT, professeure des universités-praticien hospitalier au CHU de Poitiers, vice-présidente de la Société de pathologie infectieuse de langue française
- M. Nicolas SAUTHIER, directeur adjoint en charge de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles à l'Agence régionale de santé Occitanie
- M. Pierre SAVARY, chef du bureau premier recours à la Direction générale de l'offre de soins
- Pr Karim TAZAROURTE, professeur des universités-praticien hospitalier, pôle de médecine d'urgence, président de la société française de médecine d'urgence
- Mme Laora TILMAN, adjointe au chef de bureau des prises en charge post-aiguës, santé mentale, populations spécifiques et pathologies chroniques à la Direction générale de l'offre de soins
- Mme Tiphaine VESVAL, adjointe au responsable veille et sécurité sanitaire de l'Agence régionale de santé Normandie
- Mme Nathalie VIARD, directrice de santé publique à l'Agence régionale de santé Normandie
- M. Josselin VINCENT, responsable veille et sécurité sanitaire à l'Agence régionale de santé Pays-de-la-Loire



DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

2024



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

*Liberté
Égalité
Fraternité*