

ORGANISATION DE LA RÉPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES FOCUS OCCITANIE

Dr A. RAYNAUD-LAMBINET - Médecin Urgentiste - Référent SSE - CHU Toulouse

Situation Sanitaire Exceptionnelle

Comment la définir ?



Situation Sanitaire Exceptionnelle

Une situation sanitaire exceptionnelle, au sens de la présente circulaire, s'entend comme la survenue d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise.

En Résumé...

Une inadéquation entre la demande de soins,

et les moyens humains et matériels disponibles.

DGS/DUS/CORRUS2013/274 du 27 juin 2013

Plan ORSAN

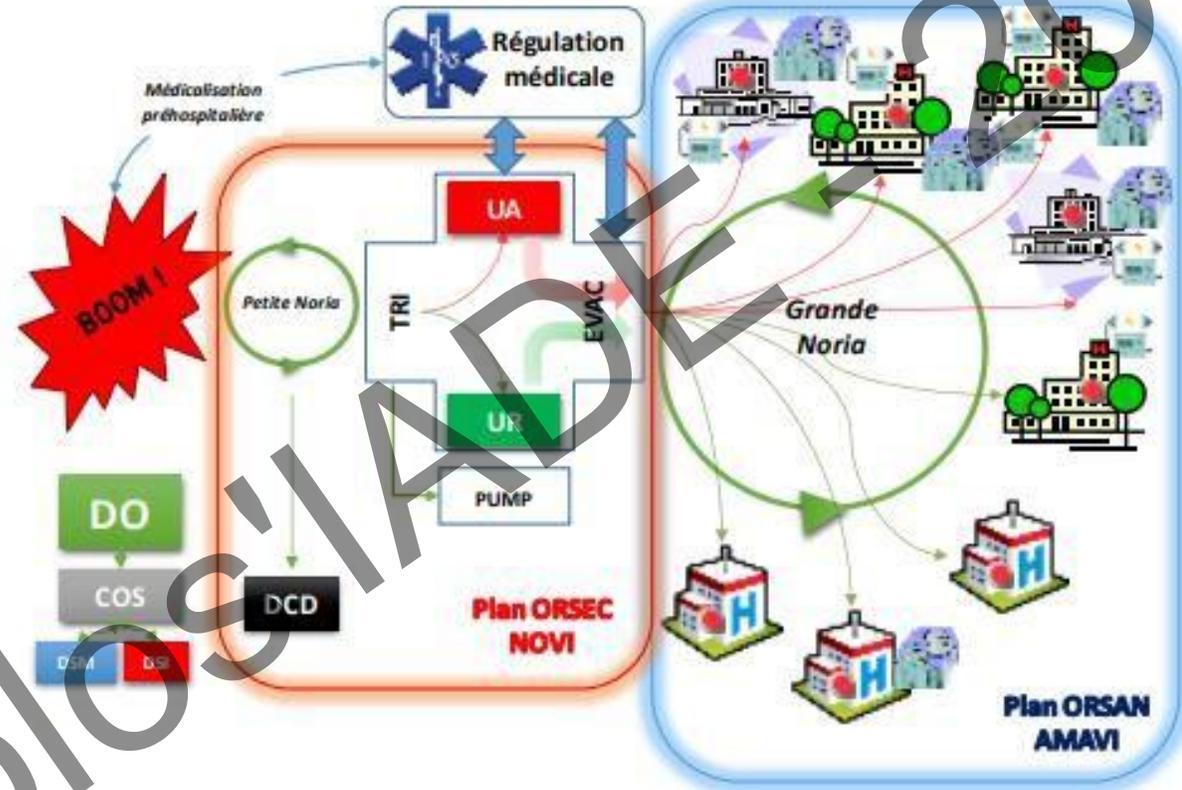
- Organiser la montée en puissance du système de santé pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle

- Garantir la continuité et la qualité des soins, des patients non directement impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires

Organisation de la Réponse du système de SANTé

Plan ORSAN

Complémentarité des plans ORSEC NOVI et ORSAN AMAVI



Rôle des ARS dans l'ORSAN

- ✓ Réguler l'offre de santé en région
- ✓ Piloter la politique de santé publique
- ✓ **Anticiper, préparer, gérer les crises sanitaires en liaison avec le préfet**

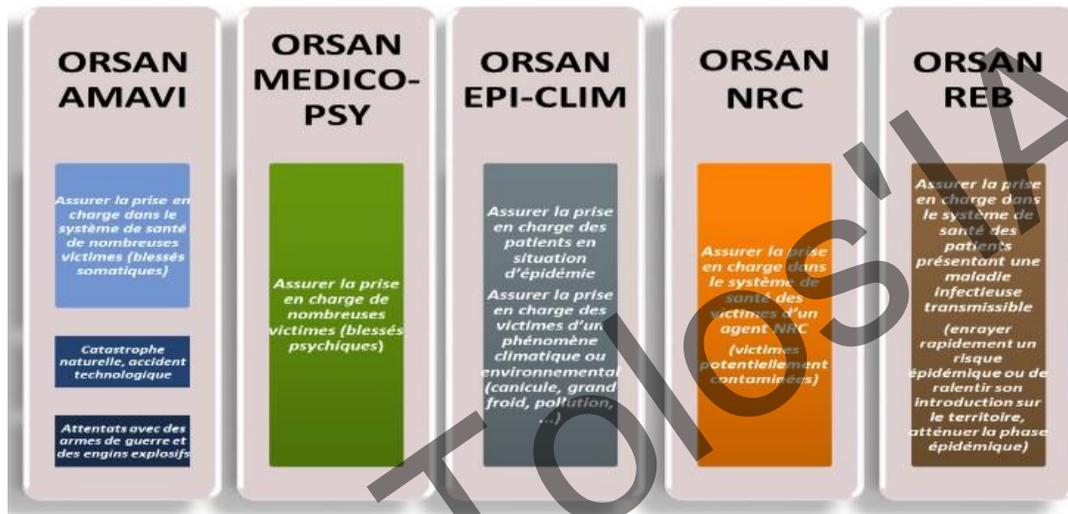
DISPOSITIF ORSAN:

- Plan opérationnels de réponse ORSAN
- Plans de mobilisation départementaux et zonaux
- Soutien ARS zonales et des Etablissements de santé de référence (ESR)

Le dispositif ORSAN

Le dispositif ORSAN a pour objectif d'organiser la réponse du système de santé pour faire face aux SSE. Il coordonne la mobilisation des professionnels de santé et la montée en puissance des structures de soins.

Un décret en Conseil d'Etat précise l'organisation actuelle du dispositif ORSAN basé sur un corpus de 5 plans opérationnels et de 8 dispositions spécifiques transversales.



N°	Disposition Spécifique Transversale
1	DST mobilisation des ressources Humaines
2	DST organisation d'une vaccination exceptionnelle
3	DST montée en puissance des soins critiques
4	DST organisation des évacuation sanitaire (EVASAN)
5	DST évacuation des ES et ESMS
6	DST dépistage massif d'agent infectieux
7	DST coordination de la sécurisation des ES
8	DST accueil et gestions des renforts projetés

Objectifs du volet AMAVI

L'objectif du plan ORSAN AMAVI (accueil massif de blessés somatiques non contaminés) 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.

Cet afflux de victimes peut être la conséquence :

- D'un **accident**
- D'une **action terroriste**

Il s'agit d'apporter une réponse adaptée à l'événement tout en garantissant la continuité et la qualité des soins des patients non directement impliqués, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires.

Etablissements de santé de « 1^{ère} ligne »

ES avec structure d'accueil des urgences (SAU) + plateau technique chirurgical (24h/24)

ES « experts » avec plateau technique hautement spécialisé (neurochirurgie, chirurgie cardio-thoracique, traumatologie pédiatrique, brûlés graves, etc...) et trauma centers

ES à proximité d'un site présentant des risques spécifiques (exemple: site industriel)

Etablissements de santé de « 2^{ème} ligne »

ES avec plateau technique médico-chirurgical

Mobilisables en seconde intention

Contribuent à l'augmentation de la capacité des ES de 1^{ère} ligne

Etablissements de santé de repli

Contribuent à l'augmentation de la capacité des ES de 1^{ère} ligne et experts

Prise en charge des patients ne nécessitant plus de soins aigus mais ne pouvant rentrer à domicile

LA BONNE VICTIME AU BON ENDROIT/ LE CIRCUIT DES PATIENTS

ESRR

ESRN



ES + Proximité Sites à risque



ES URGENCES H24
+
plateau MEDICOCHIR



AMAVI: victimes UA et UR
NRC: DU et DA 2 heures autonomie



- AMAVI: toutes victimes non régulées
- Renfort transfert 1ere ligne
- NRC: Protection: fermeture / sécurisation des accès
- PRVH et décontamination d'urgence



- PEC UA et EU grand nombre et plateau technique spécialisé
- NRC: UA sans décontamination approfondie initiale (décontamination H +/- bloc opératoire)
- Décontamination nombreuses victimes invalides avec médicalisation continue
- Capacité d'expertise et Capacité de renfort: projection de personnel et d'équipements
- Capacité de PEC de victimes irradiées

LA NOMINATION DES ESRR et ESRN: une préparation et une réponse coordonnée aux SSE



Plan ORSAN Régional, volet AMAVI

Stratégie régionale AMAVI
En OCCITANIE

3 spécificités occitanes :

- La catégorisation des établissements de santé
- La cellule d'appui et de réorientation inter-hospitalière
- Le SAMU hémi-régional

La stratégie de prise en charge

Plusieurs critères ont présidé pour l'organisation de la réponse du système de santé :

- La compétence médicale des établissements à recevoir ce type de victimes,
- La disponibilité des établissements à recevoir ces victimes,
- La proximité de l'évènement,
- L'orientation du plus grand nombre de victimes vers un établissement compétent avec un délai de transport compatible.

Grade A Instabilité clinique réfractaire et/ou lésion anatomique sévère	Grade B Stabilisation clinique et/ou lésion anatomique à risque	Grade C Traumatisme sévère suspecté sur des critères de cinétique
<ul style="list-style-type: none"> PAS < 90 mmHg et/ou shock index > 1 après 1000 ml de remplissage, nécessité d'amines ou de transfusion (Prudence si ≥ 75 ans seuil de PAS < 110mmHg) SpO2 ≤ 90% malgré une oxygénothérapie de 15 l/min Trauma crâniens sévères : Glasgow ≤ 9, Glasgow moteur ≤ 4, aggravation clinique, ou modification pupillaire Nécessité d'intubation oro-trachéale 	<ul style="list-style-type: none"> PAS ≥ 90 mmHg et shock index ≤ 1 avec remplissage vasculaire < 1000 ml (≥ 110 mmHg pour plus de 75 ans) SpO2 > 90% sous oxygénothérapie Glasgow compris entre 10 et 13 sans signe focal ou signe d'aggravation 	<ul style="list-style-type: none"> Jugement clinique du médecin préhospitalier Chute ≥ 6 m ou 2 étages Victime projetée, éjectée, écrasée ou blastée Décès d'une victime dans le même habitacle
<ul style="list-style-type: none"> Déformation thoracique importante, écrasement ou volet thoracique clinique, emphysème extensif Suspicion traumatisme vertébro-médullaire avec déficit moteur ou sensitif transitoire ou permanent Traumatisme pénétrant : <ul style="list-style-type: none"> Plaie crânio-cérébrale ou cervico-faciale Thoracique profond, soufflant ou de l'aire cardiaque Abdominal complexe notamment balistique ou avec délabrement de la paroi abdo-pelviennne Suspicion fracture du bassin avec instabilité mécanique ou ayant nécessité un remplissage vasculaire (Prudence si ≥ 75 ans seuil de PAS < 110mmHg) Fracture ouverte ou complexe du fémur ou de l'humérus Délabrement cutané complexe de membre Amputation proximale (au-dessus du genou ou du coude), hémorragique ou complexe Lésion vasculaire hémorragique ou ischémiant Epanchement significatif à l'EFast pré-hospitalier : hémopéricarde, hémothorax ou hémopéritoine Plusieurs lésions à risque répondant au Grade B 	<ul style="list-style-type: none"> Traumatisme pénétrant simple et isolé de l'abdomen ou du thorax Suspicion de traumatisme vertébral sans atteinte médullaire clinique Suspicion de fracture du bassin sans instabilité hémodynamique et n'ayant pas nécessité de remplissage vasculaire Amputation distale non hémorragique, dégantage, écrasement de membres isolé Fracture fermée ou ouverte simple du fémur ou de l'humérus 	<p>Terrain fragile</p> <ul style="list-style-type: none"> Femme enceinte > 24 SA Patient sous AVK, AOD ou association AAP Personnes âgées ≥ 75 ans Comorbidités sévères



Fig. 2 Triage intrahospitalier

Catégorisation intrahospitalière	Triage médical tuerie de masse	Priorité de prise en charge	Délai de prise en charge	Commentaire
Blessé physique urgence absolue (UA)	Extrême urgence (EU)	Immédiate	Sans délai	Pronostic vital engagé en l'absence de prise en charge immédiate
Blessé physique urgence relative (UR)	Urgence grave (U1)	Urgente	< 2 à 6 h	Pronostic vital engagé en l'absence de prise en charge rapide
Urgences dépassées (UD)	Urgences différées (U2)	Différée	< 12 à 18h	Traitement urgent mais pouvant être différé sans mettre en jeu le pronostic vital
	Urgences différées (U3)	Différée	< 36 h	Traitement sans urgence ou absence d'indication chirurgicale
	Dépassée	Dépassée	-	Lésions graves nécessitant un traitement lourd et long avec probabilité limitée de survie



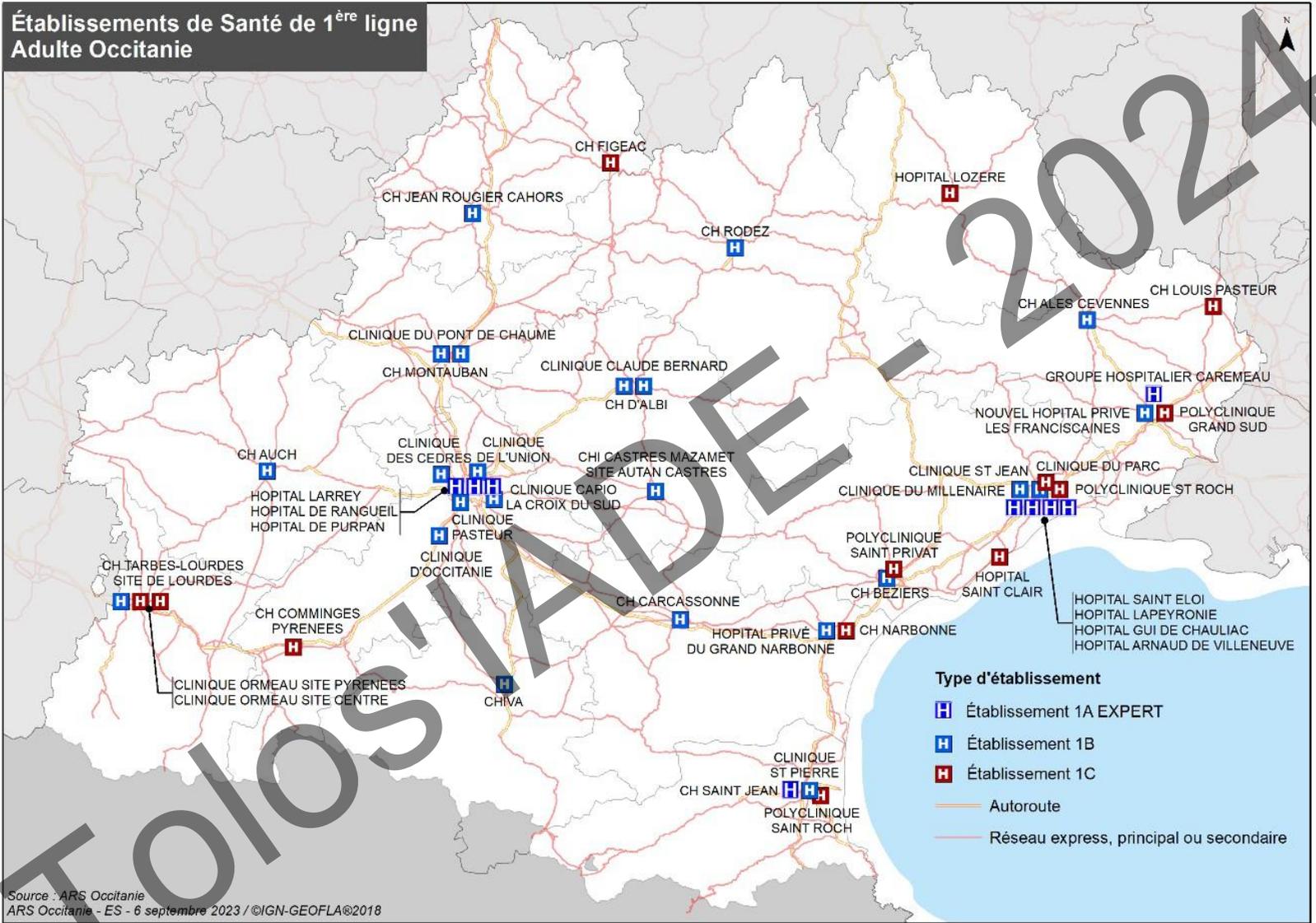
ES à proximité d'un site présentant des risques spécifiques (exemple: site industriel)

Contribuent à l'augmentation de la capacité des ES de 1^{ère} ligne

La catégorisation des établissements de santé

ROLE DES STRUCTURES DE PREMIERE LIGNE : <i>Admission directe, déchocage, stabilisation, ± 1^{ER} Intervention stabilisatrice</i>		
⇒ Orientation directement du site de l'accident par le SAMU, ou provenance du PMA		
Classification de 1 ^{ère} LIGNE	Critères	Equivalent Occi.TRAUMA
1A	Centre compétent pour tout profil (<i>hors chir cardiaque</i>)	1A 1B
1B	Centre capable de stabilisation en conditions dégradées	2
1C	Centre capable d'interventions ciblées et en faible nombre → transférable qu'après accord de leur part	3, Non-classée
1C ORTHO 1C ORL 1C OPHTALMO 1C CARDIO-TH 1C Médical	Capacité à réaliser des soins ou interventions orthopédiques Capacité à réaliser des soins ou des interventions ORL Capacité à réaliser des soins ou des interventions en Ophtalmologie Capacité à réaliser une sternotomie ou un thoracotomie Capacité à réaliser des soins complexes de pansement et autres	
ROLE DES STRUCTURES DE SECONDE LIGNE : <i>Hospitalisation/soins critiques, reprise chirurgicale, soins médicaux</i>		
⇒ Admission envisagée après un passage en 1 ^{ère} ligne, ou éventuellement un PMA		
Classification de 2 ^{ème} LIGNE	Critères	Equivalent Occi.TRAUMA
2A	Réanimation et/ou Unités de Soins Intensifs et/ou Unités de Surveillance Continue + bloc spécialisés	1A 1B
2B	Réanimation et/ou Unités de Soins Intensifs et/ou Unités de Surveillance Continue + bloc avec compétences non-spécifiques	2 ou cliniques
2C	Unités de Surveillance Continue + bloc avec compétences non-spécifiques	3 ou cliniques
2D	Hospitalisation simple ± Bloc	cliniques
ROLE DES STRUCTURES TROISIEME LIGNE (ES non catégorisés en 1 ^{ère} ou 2 ^{ème} ligne) : <i>mobilisables, ils doivent envisager la possibilité d'accueillir et de prendre en charge des patients non régulés se présentant spontanément. Ils peuvent également 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.</i>		

Établissements de Santé de 1^{ère} ligne Adulte Occitanie



Établissements de Santé de 2^{ème} ligne Adulte Occitanie



ORSAN AMAVI ADULTE

SDIS et SAMU organisent le triage des victimes

Collaboration entre la cellule de crise du SAMU compétent, la CRAPS, le SAMU héli-régional et le COD afin de réguler au mieux l'utilisation des moyens à disposition pour prendre en charge les victimes. L'objectif est d'organiser le flux afin que le plus grand nombre puisse bénéficier de parcours de soins spécialisés. Pour cette mission ils disposent d'outils d'aide à la décision et d'informations en temps réel des moyens disponibles.

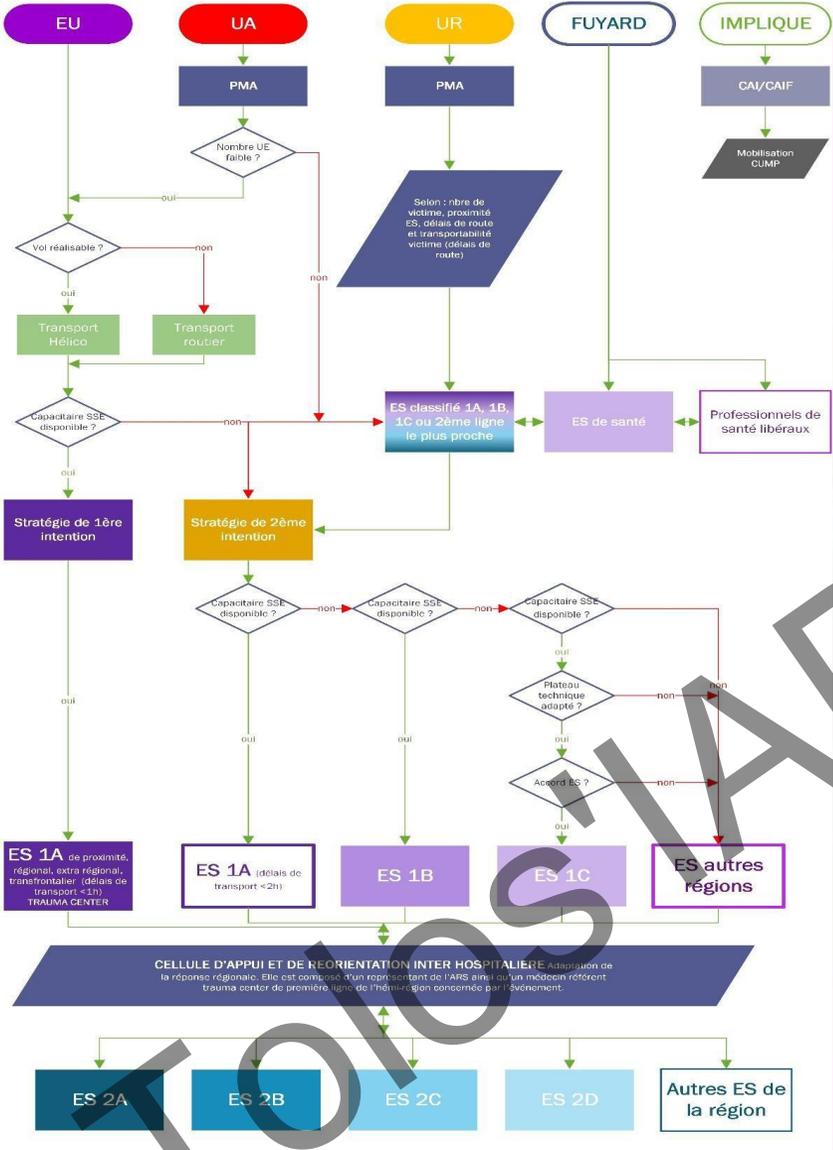
Les ES les plus proches de ou des événements peuvent être sollicités pour stabiliser une EU (première ou seconde ligne).

Au regard du capacitaire disponible sur les ES de première ligne de la région Occitanie et de la situation géographique du ou des événements, la sollicitation d'ES de première ligne d'autre région et/ou transfrontalier est possible.

Points de vigilance :
- la prise en compte des fuyards ;
- la mobilisation de moyens rares (unités de grands brûlés ; saison hyperbare...) qui demandera certainement une collaboration inter-régionale voir transfrontalière.

L'accès aux ES de seconde ligne est possible dès la sortie du PMA pour les UA et les UR au regard de critères spécifiques : nombre de victimes, - délais d'acheminement sur l'ES, - disponibilité du capacitaire SSE des Ets de première ligne, - disponibilité des véhicules de transport, - proximité des ES.

Il reste possible d'envisager des transferts inter-ES afin de permettre la prise en charge des victimes.



ORSAN AMAVI PEDIATRIQUE
Enfant < 30 kg (10 ans)

SDIS et SAMU organisent le triage des victimes

Tenant compte de la rareté des Ets en capacité de prendre en charge la pédiatrie, en cas de SSE, la notion de délais de transport est liée à l'application au cas par cas du médecin régulateur.

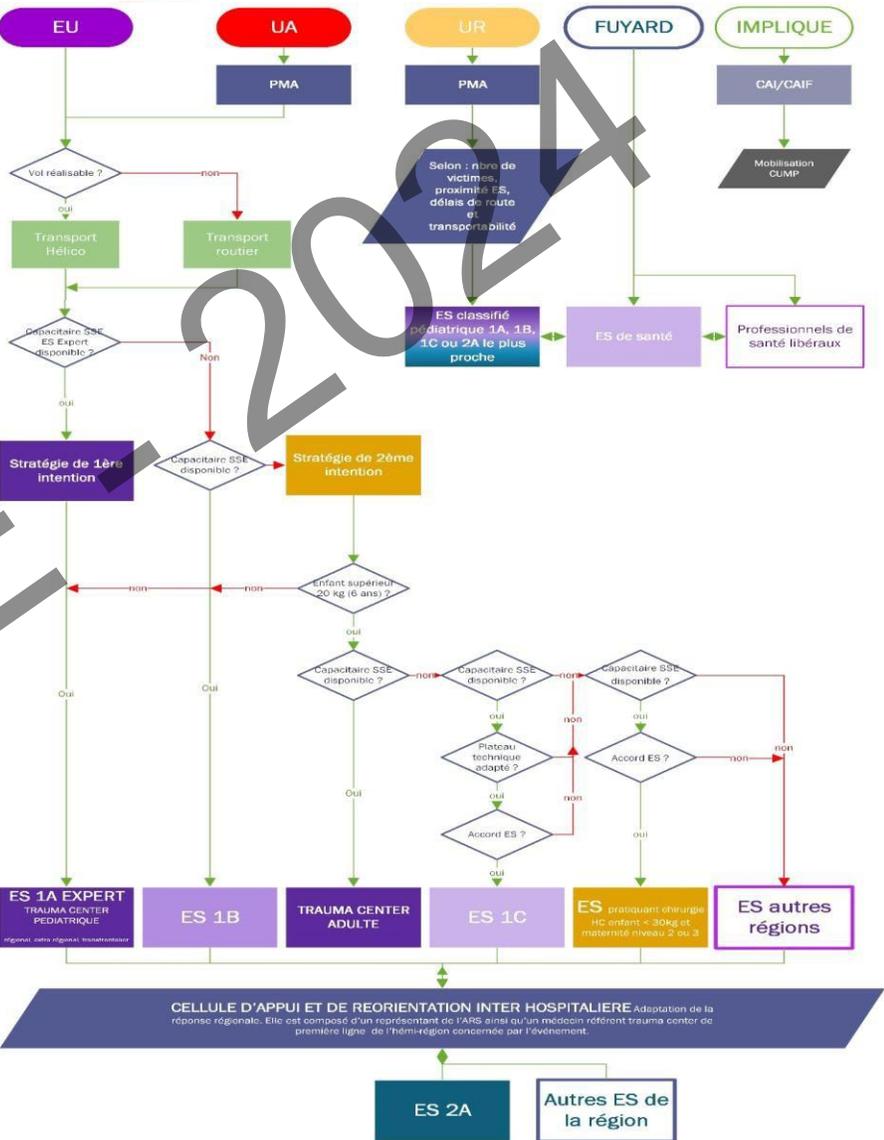
Collaboration entre la cellule de crise du SAMU compétent, la CRAPS, le SAMU héli régional et le COD afin de réguler au mieux l'utilisation des moyens à disposition pour prendre en charge les victimes. L'objectif est d'organiser le flux afin que le plus grand nombre puisse bénéficier de parcours de soins spécialisés. Pour cette mission ils disposent d'outils d'aide à la décision et d'informations en temps réel des moyens disponibles.

Points de vigilance :
- la prise en compte des fuyards, - la mobilisation de moyens rares (unités de grands brûlés, saison hyperbare...) qui demandera certainement une collaboration inter-régionale.

Point de rupture du secteur de chirurgie pédiatrique en région Occitanie (Tmax atteint rapidement que ce soit en volume de victime qu'en distance d'acheminement), sollicitation d'ES de première ligne d'autre région et/ou transfrontalier possible

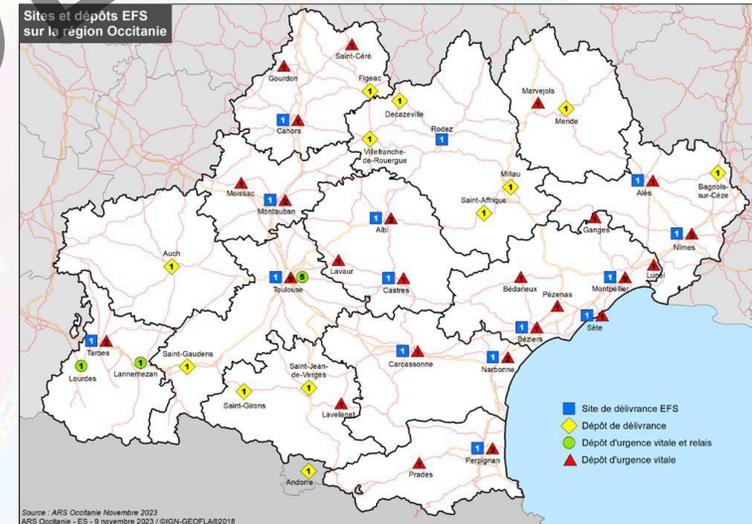
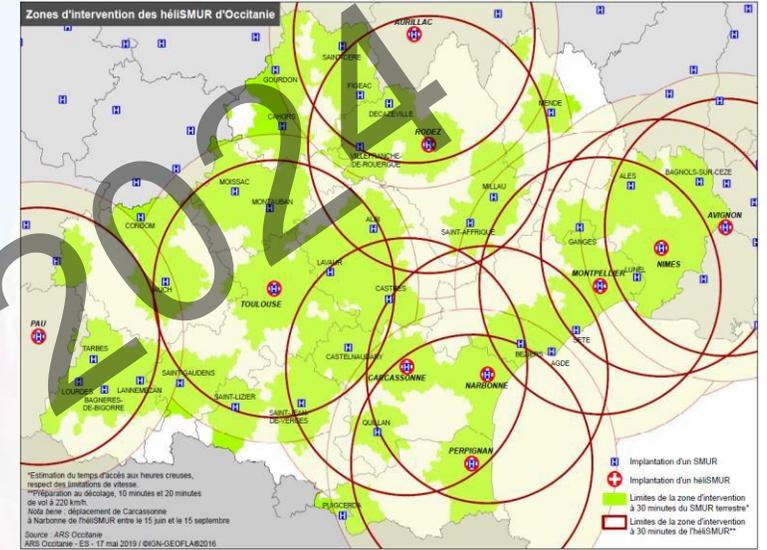
L'accès aux ES de seconde ligne est possible dès la sortie du PMA pour les UA et les UR au regard de critères spécifiques : nombre de victimes, - délais d'acheminement sur l'ES, - disponibilité des véhicules de transport, - proximité des ES.

Il reste possible d'envisager des transferts inter-ES afin de permettre la prise en charge des victimes.



La mobilisation des moyens

- Une stratégie
- Une cartographie
- Des fiches réflexes



La cellule d'appui et de réorientation inter hospitalière

- **Objectif** : faire le lien entre les établissements concernés d'une part et les établissements non ou moins impactés par l'orientation des blessés, qui pourraient soulager les premiers dans un souci de prise en charge adaptée des patients. Il s'agit alors de réfléchir au transfert non justifié de patients ou dont la prise en charge dans l'établissement « spécialisé » n'est plus nécessaire afin de libérer de la place.
- **Composition** : **ARS** et **un médecin anesthésiste réanimateur** de l'ES de 1ère ligne A hémi régional concerné par l'évènement.
- S'appuie sur le réseau des professionnels (chirurgien, MAR, urgentiste...) des ES concerné ou non par l'évènement, sur le Bed Manager référent de l'ORU-Occitanie et le SAMU Hémi régional concerné par l'évènement.

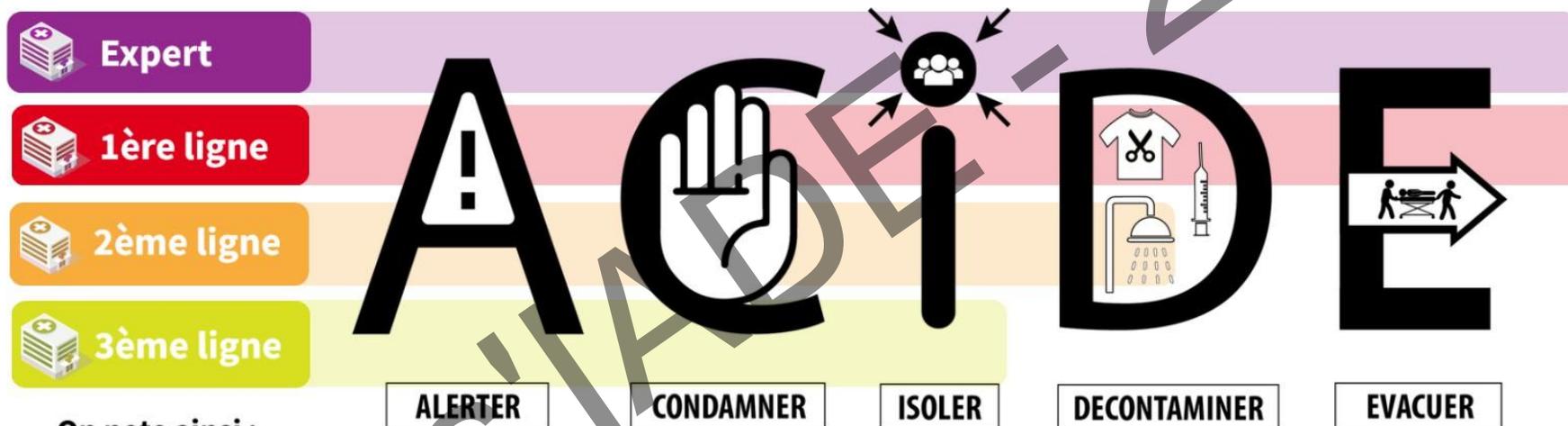
Volet NRC

Stratégie régionale NRC
En OCCITANIE

Classification des établissements de santé et protocole ACIDE

Le protocole ACIDE (Alerter – Condamner – Isoler – Décontaminer – Evacuer) énumère graduellement les actions à mettre en œuvre par l'établissement de santé face à un évènement NRC.

En le corrélant à la classification ORSAN, le protocole ACIDE permet d'identifier les effets à obtenir pour chacun d'entre eux. Le niveau de réponse attendu est matérialisé par les bandes de couleurs dans l'illustration ci-dessous

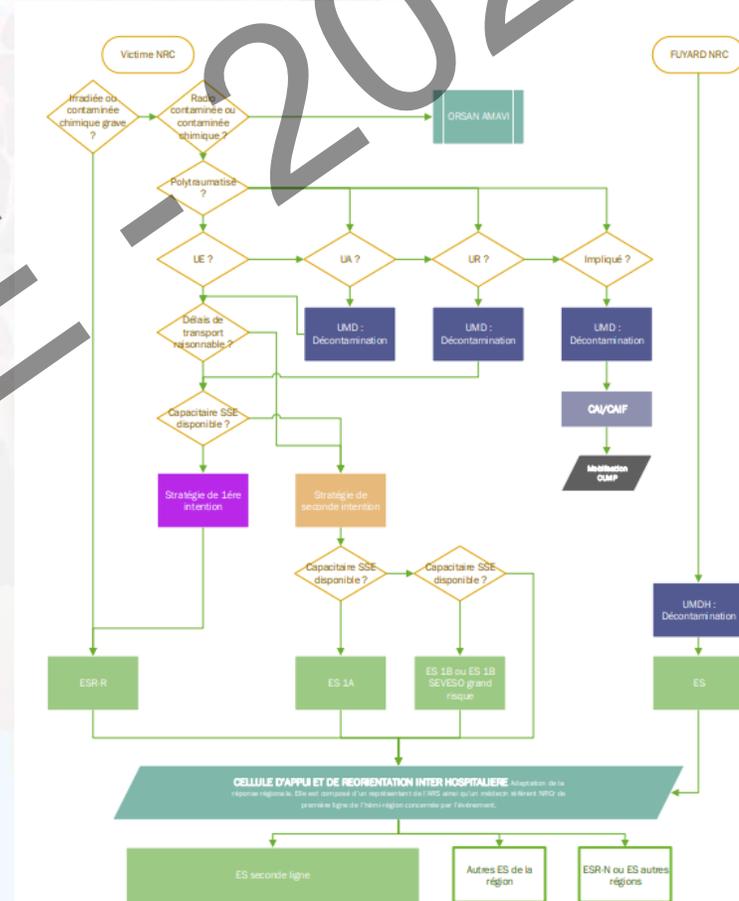


On note ainsi :

- ▶ Les établissements experts et de 1ère ligne mettent en oeuvre l'ensemble des actions du protocole
- ▶ Les établissements de 2ème ligne n'effectuent qu'une partie de la décontamination (seulement DU et pas DA)
- ▶ Les établissements de 3ème ligne ne prennent en charge aucune victime contaminée

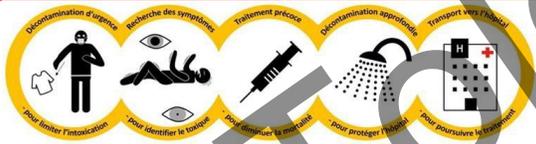
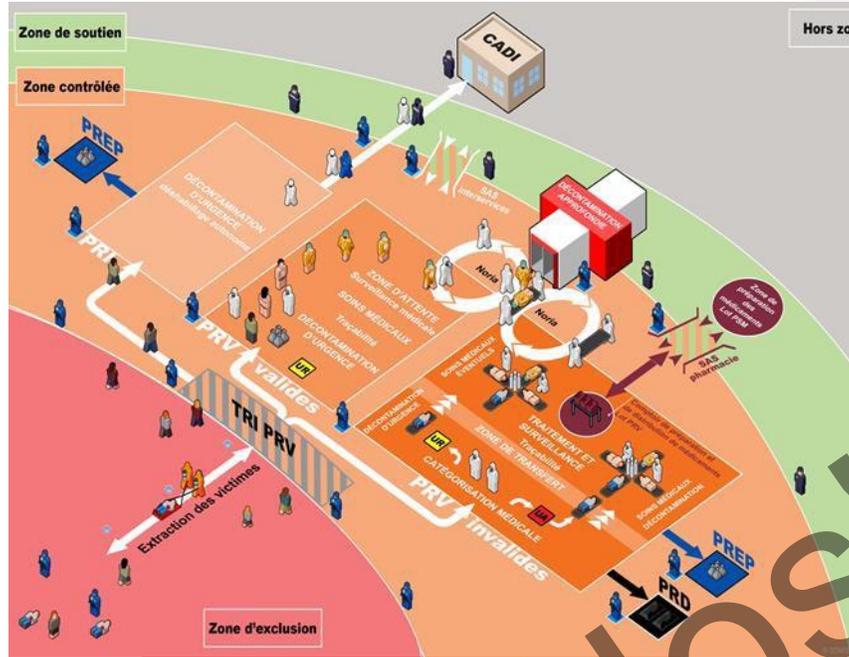
Connaître sa classification ORSAN NRC pour adapter sa réponse terrain

Une classification NRC Occitanie plus fine:
ESRR, 1A NRC, 1B NRC, 2 et 3

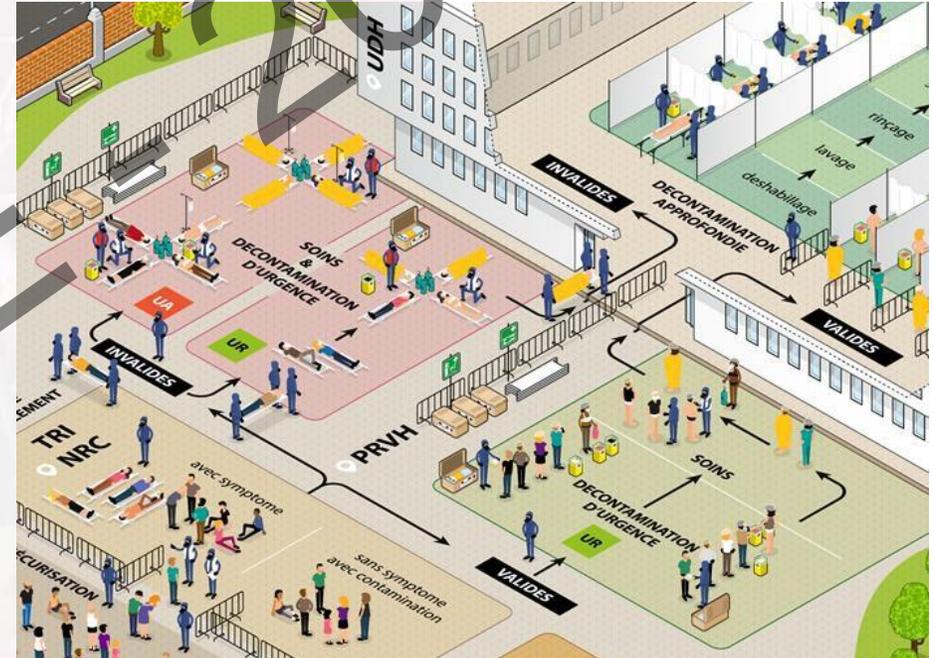


Une réponse adaptée à la classification: effets à obtenir en miroir:

- des équipes projetées sur le terrain de l'événement
- des équipes projetées sur le terrain hospitalier : « un hôpital hors les murs » pour assurer les maillons de la chaîne de survie: logistique PRVH, pharmacie, DM, kits DU

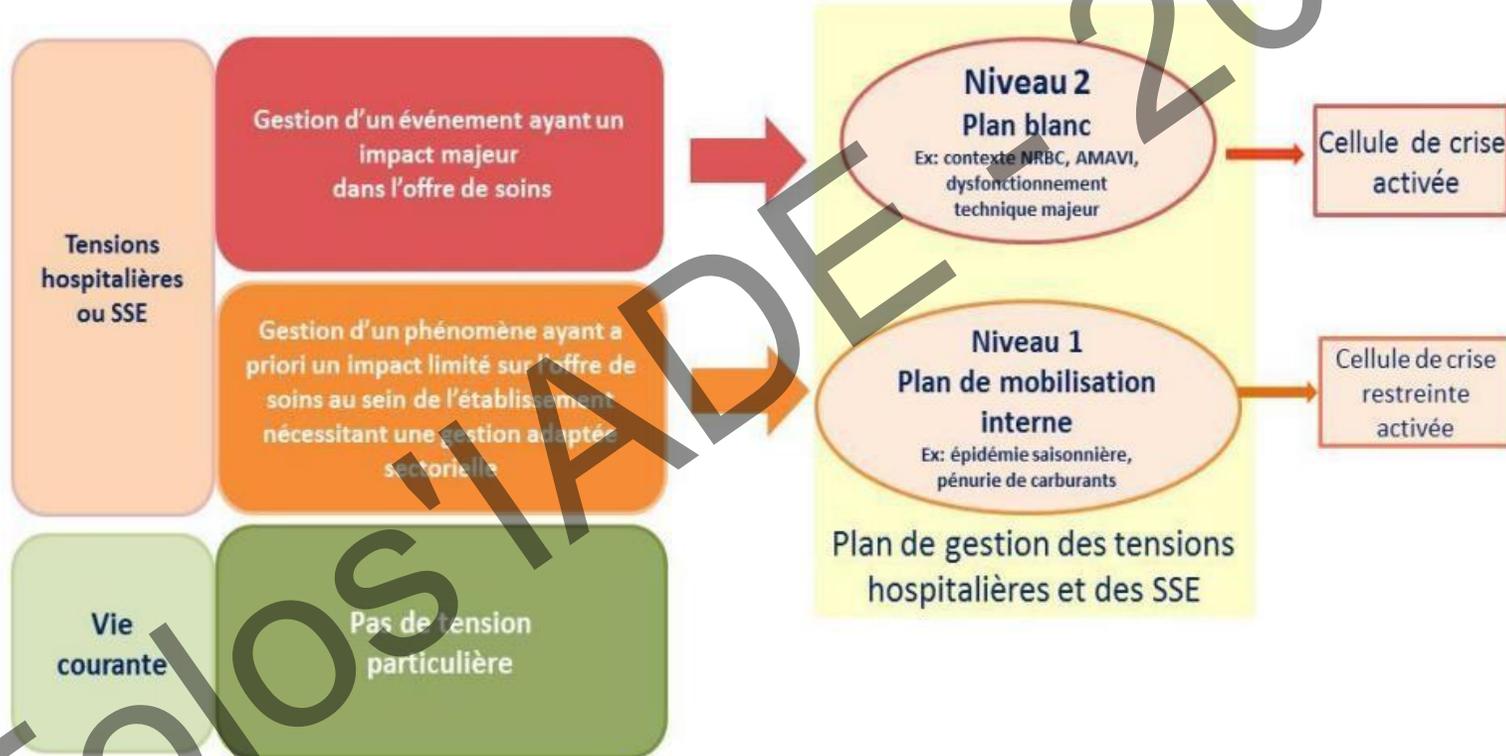


Colamai, F., Derkenne, C., Jost, D. et al. The chemical, biological, radiological and nuclear (CBRN) chain of survival: a new pragmatic and didactic tool used by Paris Fire Brigade. Crit Care 23, 66 (2019).



Protocole ACIDE: ES face à un événement NRC, Raynaud-Lambinet. a

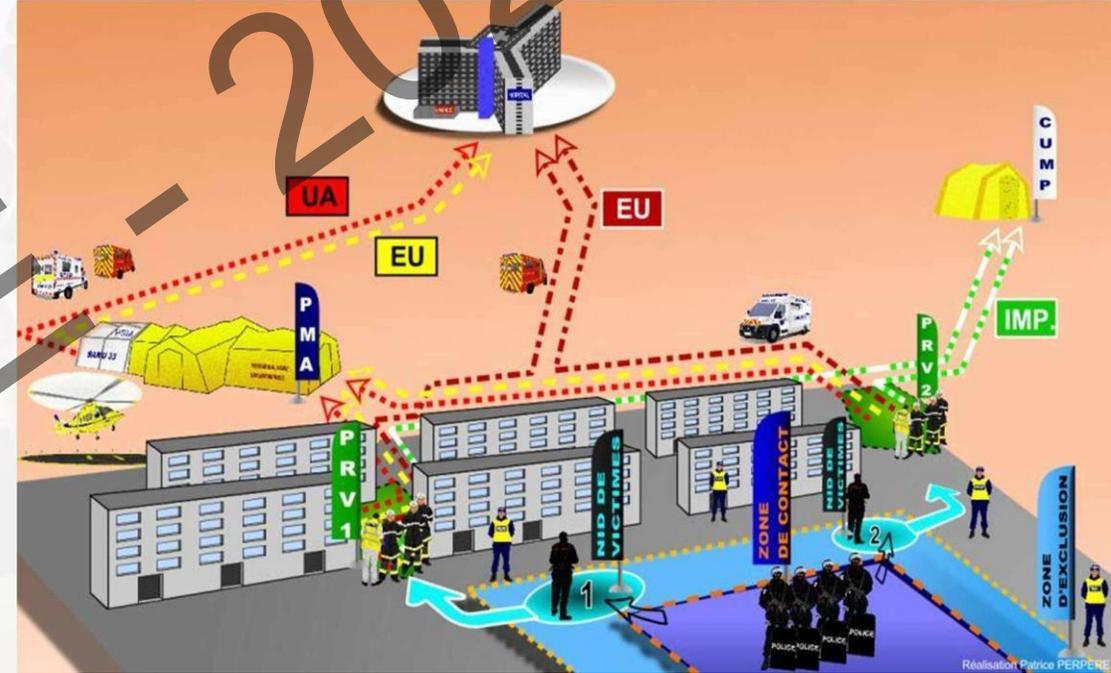
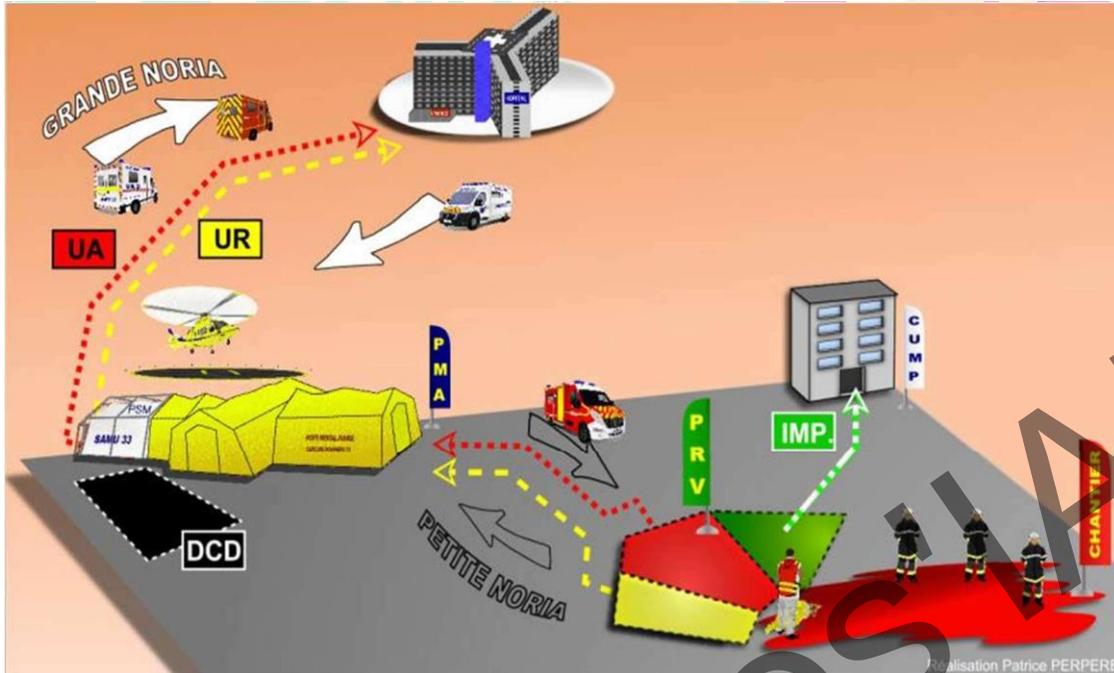
Définition du PGTH-SSE et effets à obtenir



EVOLUTION DE LA DOCTRINE DE REPONSE: NOTION DE DAMAGE CONTROL Application SSA au CIVIL

Des risques industriels et naturels, accidents de transports..... au risque attentat....

Quand la Médecine de catastrophe se heurte à l'actualité géopolitique



- ▶ lésions particulièrement graves: notion de damage control
- ▶ mobilisation massive de compétences spécialisées
- ▶ mobilisation d'une capacité de soins importante et dans des délais brefs
- ▶ insécurité y compris pour les soignants et l'établissement
- ▶ Attentats multi sites ou multi modaux
- ▶ persistance du risque

- ▶ Demande rapide d'information par les tutelles et pouvoirs publics
- ▶ angoisse des familles et des proches,
- ▶ pression médiatique
- ▶ Possibilité d'un risque NRBC
- ▶ Maladies infectieuses émergentes : on y est!!!

LE TRYPTIQUE DES SSE



COPILOTT/GT/sous GT
Equipe pluridisciplinaire
Coordination des GT
Cible= Effets à obtenir



Exercices
Entraînements

Engagement ES/ PGTHSSE

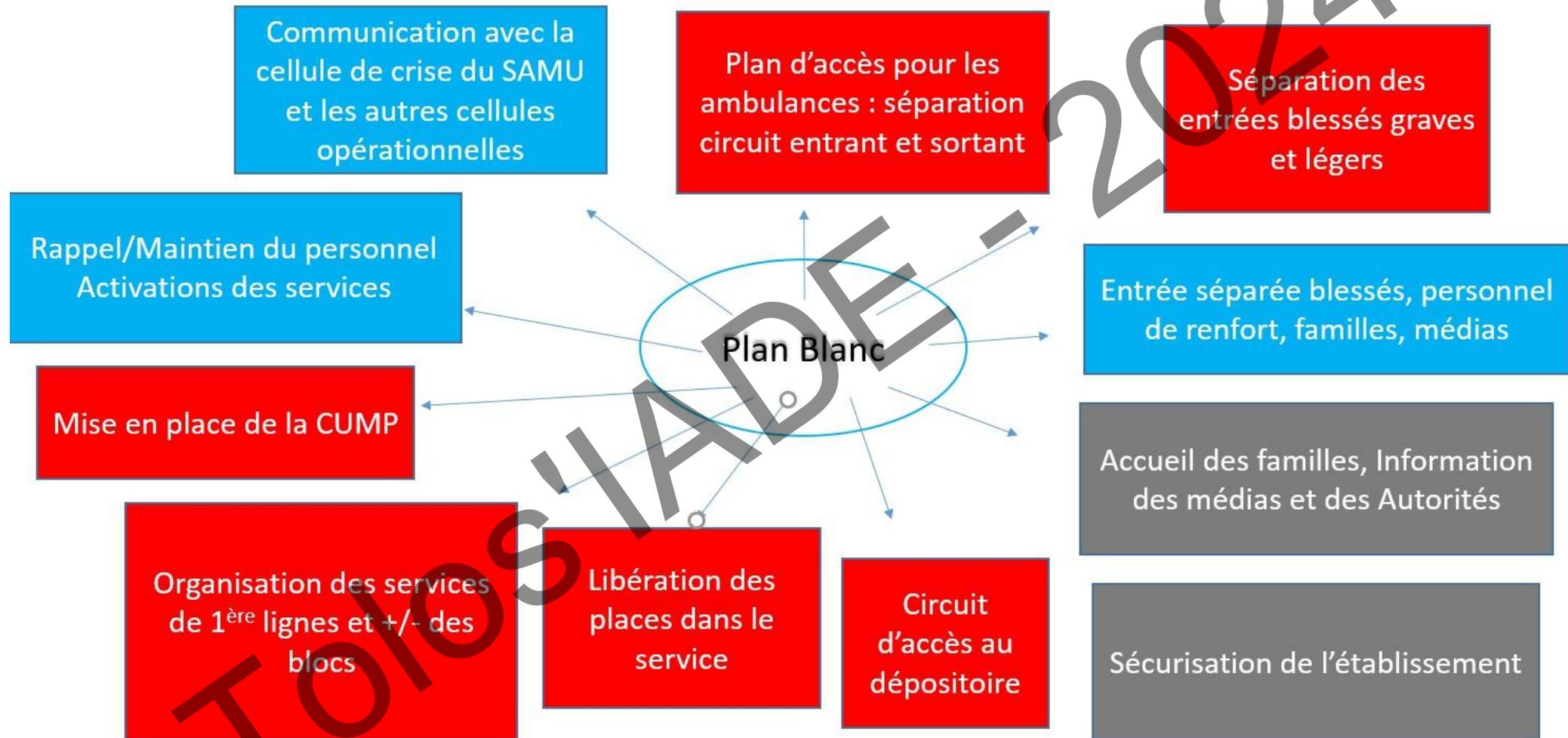


ToლოსΙΑΔΕ 2024

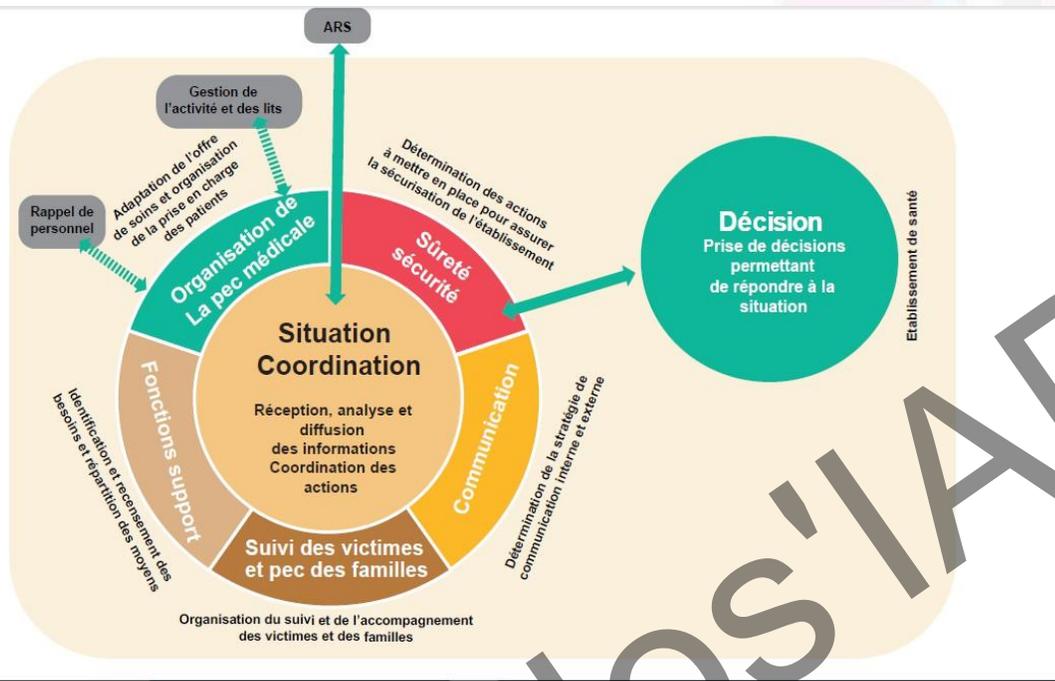
Définition du PGTH-SSE et effets à obtenir

- Anticipation et Réponse = Effets à obtenir pour les établissements de santé
- Préparation des établissements de santé à la gestion des tensions hospitalières et des SSE
- Adaptation rapide des organisations internes
 - Arsenal de mesures graduées (fonction de la nature, de l'ampleur et de la cinétique de l'événement)
 - Optimisation de la prise en charge des patients, tout en garantissant la continuité et la qualité des soins.

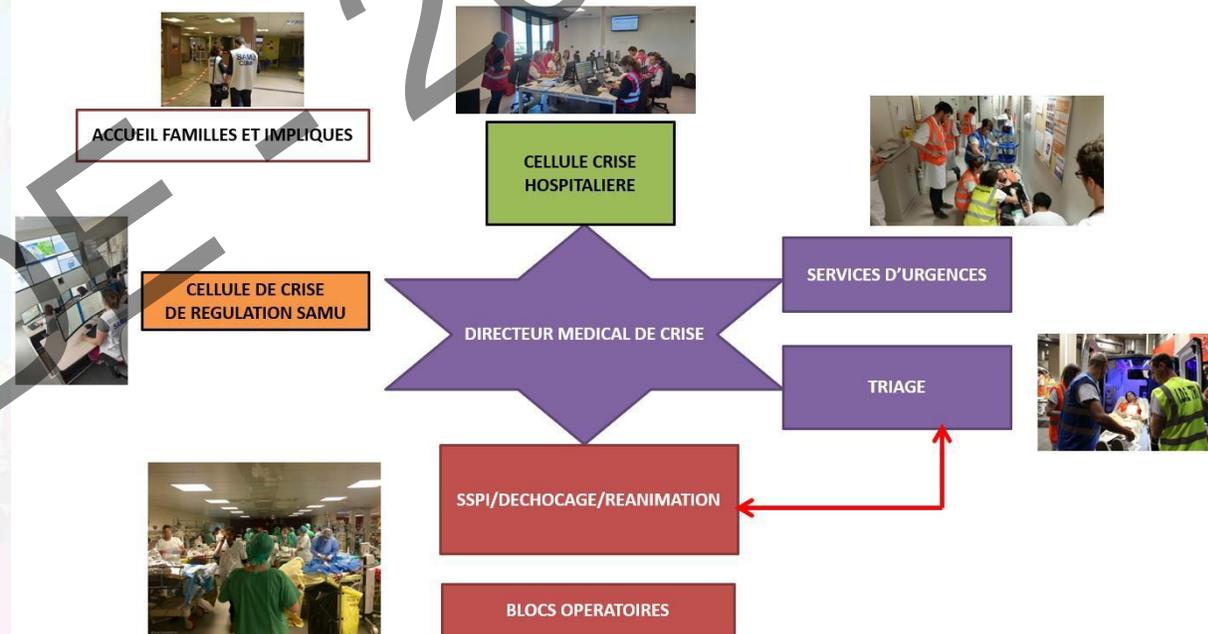
Des cellules de crise à la gestion du terrain : les missions du plan blanc



Des cellules de crise à la gestion du terrain: la communication pieuvre



Exemple d'interconnexions en SSE: une communication complexe

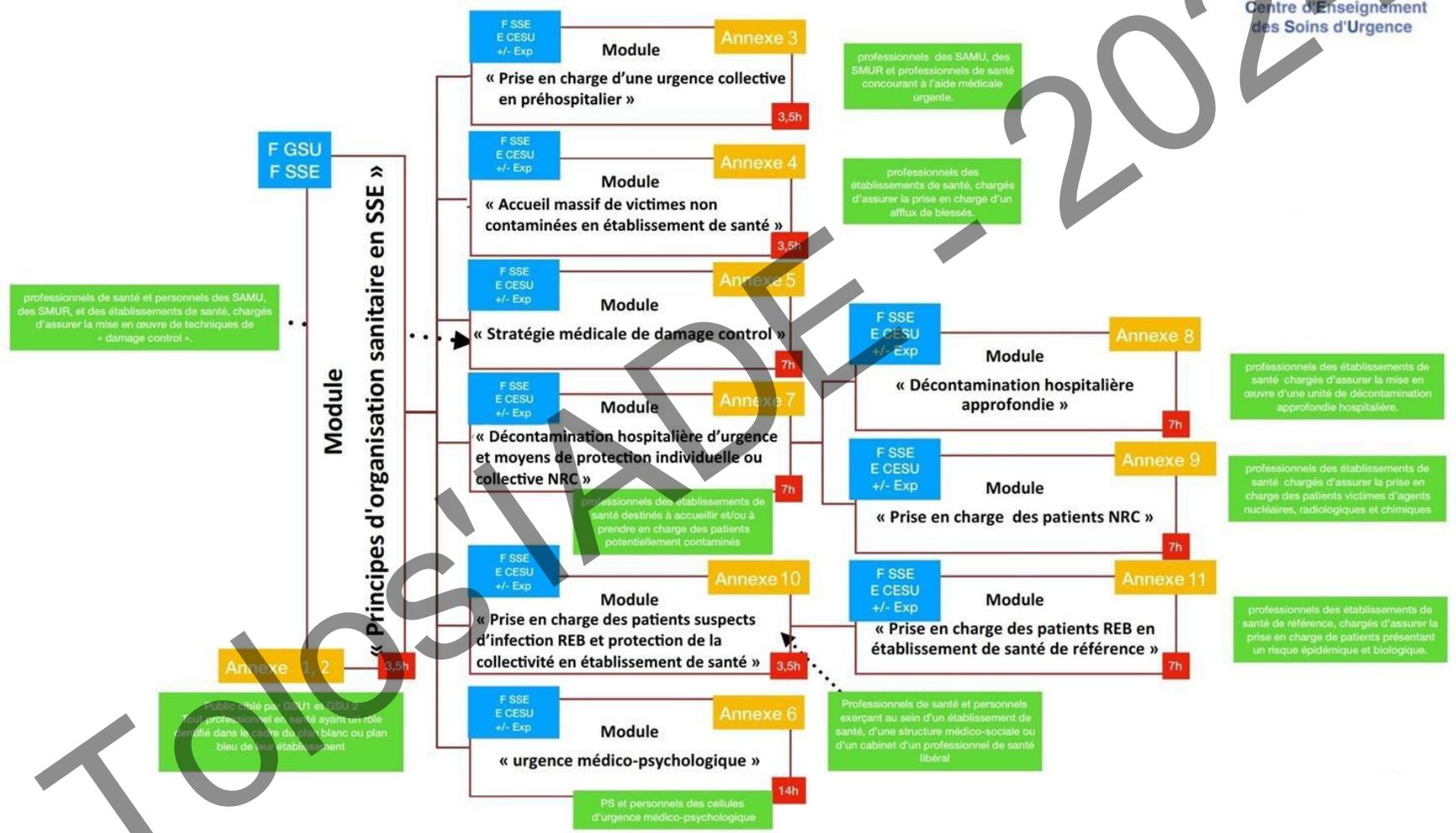


**Quels personnels faut-il former
à la réponse et à la gestion de crise ?**



**Quelles formations spécialisées
pour quels personnels ?**

Attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle



Master NRBC EVDG
Master E-ESP Gestion crise
Master CHU/UPS 31 GORC



Modules
CNCMFE NRBC-E



Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers



La mise en condition
de survie du blessé de
guerre



DMC/DSM

Référent de site SSE
Formateur SSE



Centre d'Enseignement
des Soins d'Urgence



DC
CHIRURGICAL

AFGSU 2



AFGSU SSE



Centre d'Enseignement
des Soins d'Urgence

DU CAPA CATA



Exemple Formation supplémentaires locales CHU Toulouse

- ✓ Formation pharmacie NRBC
- ✓ Filière patient NR
 - Brulés
 - Blocs
- ✓ EPI non soignants (sécu/logistique)
- ✓ Montage démontage unité mobile de décontamination (agents volontaires)
- ✓ Amphi SSE
- ✓ Formation SSE des directeurs et des cadres



Exercices: POURQUOI?



= **Clef de voûte de la planification** : dispositif pleinement efficace si mis en œuvre, testé et approprié



= **Elément essentiel de la formation**

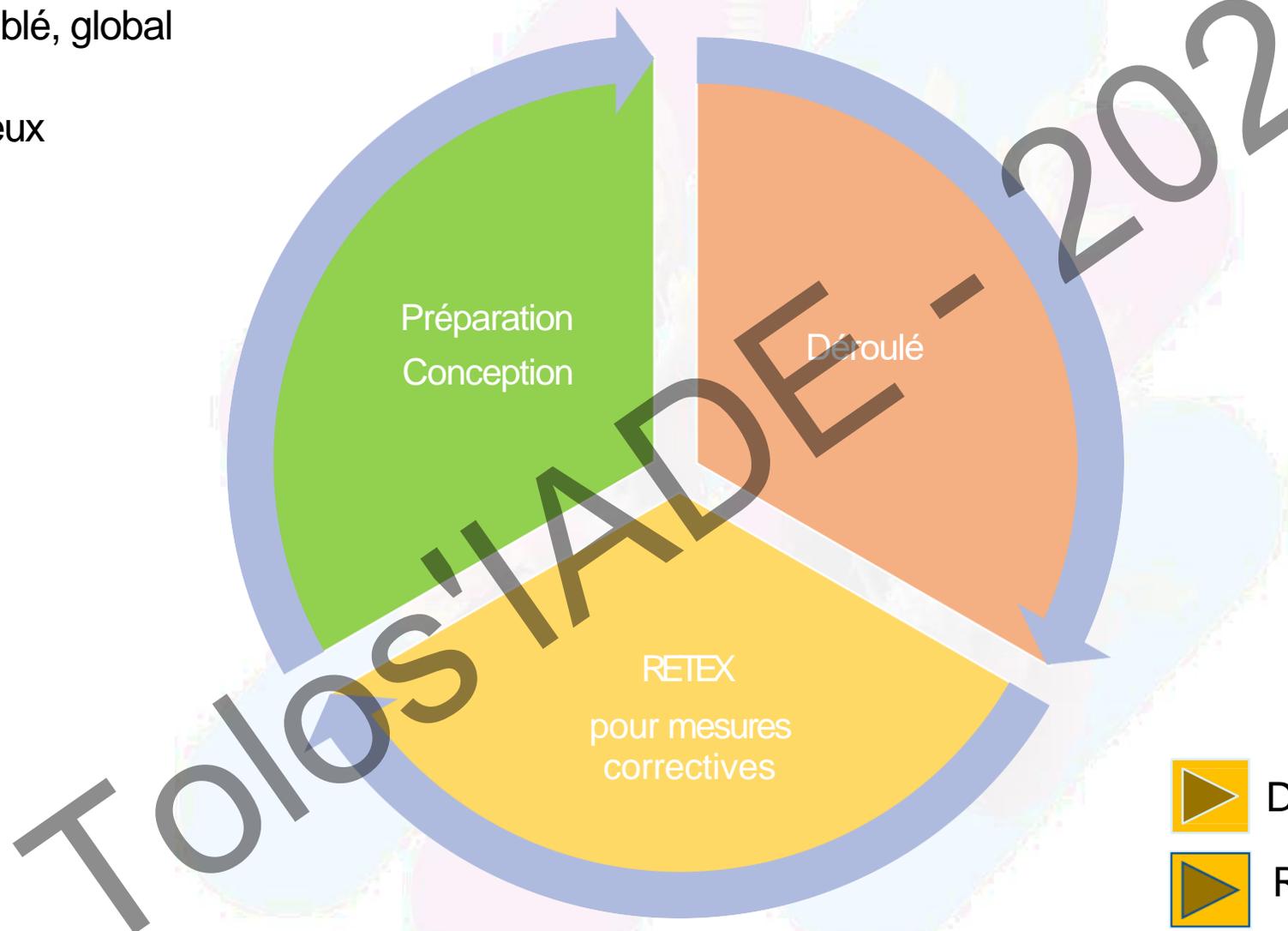
POUR SAVOIR FAIRE FACE



Cycle d'un exercice ou d'un entraînement

- ▶ Ex Cadres
- ▶ Ex Terrain: ciblé, global
- ▶ Ex jeux sérieux

- ▶ Pilotage pluridisciplinaire
- ▶ Objectifs Ire et Ilaire
- ▶ Animation/Obs/Acteurs



- ▶ Debriefing: libération parole
- ▶ RETEX: axes d'amélioration

LES SSE...l'affaire de tous! Des agents de 1ères lignes aux 2^e et fonctions supports

*Et un vrai partenariat SAMU/URGENCES/ANESTHESIE-REANIMATION/CHIRURGIE
+ EXPERTISE selon les risques*





CHU TOULOUSE EXERCICE AMAVI





CHU TOULOUSE EXERCICE NR



Victimes conditionnées sans
décontamination préalable



2024



Take home message

- Inculturation des soignants à tout afflux massif brutal de victimes
- Anticipation et formation
- Debriefing et axes d'amélioration
- Adaptation et souplesse pendant la crise: ATTENTION A LA DICTATURE DU PLAN

Organisation de la réponse aux SSE

=

Limitation et organisation à minima de la désorganisation

« La difficulté n'est pas tant de prévoir l'imprévisible, mais de s'entraîner à y faire face »

Patrick Lagadec, spécialiste de la prévention et de la conduite des crises



RAYNAUD-LAMBINET

ANNE

URGENTISTE – CHU – TOULOUSE



Tolos' IADE - 2023