

DOCUMENT DE TRAVAIL

FICHES DE RECOMMANDATIONS SUR L'ORGANISATION DES SOINS EN SITUATION DE PANDEMIE GRIPPALE

12 décembre 2005



Ministère de la Santé et des Solidarités
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

Avant-propos

Le risque « grippe » peut prendre des formes multiples et les réponses apportées doivent y être adaptées.

La grippe est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, d'origine virale (virus influenza). L'incubation (ou délai d'apparition des premiers symptômes) dure de 1 à 7 jours, les signes (toux, fièvre, courbatures) durant entre 5 à 10 jours. Le malade est contagieux 24 à 48 heures avant l'apparition des signes cliniques et le demeure pendant la période symptomatique de la maladie, il peut donc potentiellement contaminer plusieurs personnes pendant un maximum de 12 jours.

Le virus se transmet essentiellement par voie aérienne (respiratoire) lors des contacts rapprochés ; les espaces confinés favorisent sa transmission.

Des épidémies hivernales (grippes saisonnières) surviennent régulièrement, pouvant toucher 5 à 10 % de la population, et sont le résultat de modifications (par « glissement antigénique ») du virus, mais grâce à une estimation correcte de ces mutations (créant des sous-types de virus), il est possible de préparer un vaccin adéquat en temps opportun.

Une pandémie grippale survient quand un virus connaît une variation brutale (on parle alors de « cassure antigénique »), que ce sous-type a acquis une capacité de transmission interhumaine et contre lequel l'immunité de la population est faible ou nulle. Cette cassure antigénique, rare, résulte d'échanges entre des souches de virus animales et humaines. Ces mutations ne peuvent pas être prévues de la même façon que pour les virus grippaux annuels, de sorte qu'aucun vaccin ne peut être préparé à l'avance.

La plupart du temps, quelques décennies séparent deux pandémies de grippe ; le siècle passé en a connu trois :

- En 1918-1919, la « grippe espagnole » : 50 à 100 millions de morts dans le monde
- En 1957-1958, la « grippe asiatique » : 1 million de morts dans le monde
- En 1968-1969, la « grippe de Hong Kong » : 1 million de morts dans le monde

Aujourd'hui, nous sommes depuis 2004 en phase pré pandémique de « peste aviaire », qui est une maladie animale due à la souche H5N1 ; cela signifie qu'il y a eu des cas humains d'infection à virus aviaire en Asie (116 cas notifiés à l'OMS au 4 octobre 2005, dont 60 décès), mais à ce jour, la transmission du virus demeure de l'oiseau à l'homme, et il n'y a pas de transmission interhumaine. La transmission entre l'oiseau et l'homme se fait essentiellement par voie aérienne, soit par contact direct avec les sécrétions respiratoires et les matières fécales des animaux malades, soit de façon indirecte par l'exposition à des matières contaminées (par l'intermédiaire de la nourriture, de l'eau, du matériel, des mains ou des vêtements souillés).

Ce virus H5N1 pouvant potentiellement entraîner une pandémie, il est nécessaire de s'y préparer pour en limiter les conséquences, si elle devait survenir.

L'objet de ce projet de guide rassemblant des fiches de recommandations est de permettre dès à présent aux Etablissements de santé, DDASS, DRASS et ARH d'engager des réflexions sur de nombreux points propres aux situations de pandémie et de préparer le dispositif d'organisation sanitaire.

Il est par ailleurs essentiel d'initier dès maintenant un certain nombre de « bonnes pratiques » applicables à tout risque infectieux.

SOMMAIRE

PARTIE I : ORGANISATION GENERALE	
LES CIRCUITS DE L'INFORMATION	Page 5
LA SUPPLEANCE ET LE RENFORCEMENT DU PERSONNEL	Page 7
LE « CORPS DE RESERVE SANITAIRE »	Page 9
LA PROTECTION ET LES MESURES BARRIERES	Page 12
PARTIE II : ORGANISATION PRE HOSPITALIERE	
L'ORGANISATION PRE HOSPITALIERE ET LE « SAMU REFERENT »	Page 16
PARTIE III : ORGANISATION HOSPITALIERE	
LA MISE EN PLACE DU PLAN BLANC - ANNEXE BIOLOGIQUE	Page 19
LA CELLULE DE CRISE	Page 20
L'ACCUEIL ET LA SECTORISATION DES ETABLISSEMENTS	Page 21
LA DEPROGRAMMATION	Page 23
L'ORGANISATION DES SOINS EN REANIMATION	Page 25
LA PRISE EN CHARGE DES DETENUS	Page 27
LA GESTION DES PERSONNES DECEDEES	Page 30
L'ORGANISATION LOGISTIQUE DE L'ETABLISSEMENT	Page 33
• La blanchisserie	Page 34
• La restauration	Page 35
MISE EN PLACE D'EXERCICES	Page 37

PARTIE I :

ORGANISATION GENERALE

PARTIE I : ORGANISATION GENERALE

LES CIRCUITS DE L'INFORMATION

RAPPEL DES CIRCUITS D'INFORMATION POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE DEVANT UN CAS SUSPECT

Un risque se définit par la combinaison de la probabilité d'occurrences du danger et de la gravité de ses conséquences.

Les risques biologiques, que leur origine soit un acte malveillant ou une épidémie, imposent l'élaboration d'un plan spécifique. L'alerte pour ce type d'événement ne suivra pas la logique habituelle des accidents catastrophiques. C'est le croisement d'informations transmises par les médecins généralistes, les services hospitaliers et les DDASS qui permettra la réactivité adaptée. L'alerte dans le cas de la grippe aviaire sera de type veille sanitaire. L'InVS, dans ce sens, est un élément essentiel du dispositif d'alerte immédiat.

Le circuit de l'information est primordial. Schématiquement, le circuit doit être :

- Le niveau local (Etablissement de santé ou Etablissement médico-social) prévient le niveau départemental (DDASS et SAMU/Centre 15).
- Le niveau départemental prévient le niveau régional (DRASS, ARH et CIRE) et le niveau national (Ministère de la santé et des solidarités : Direction Générale de la Santé et Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins).

● Les questions à se poser

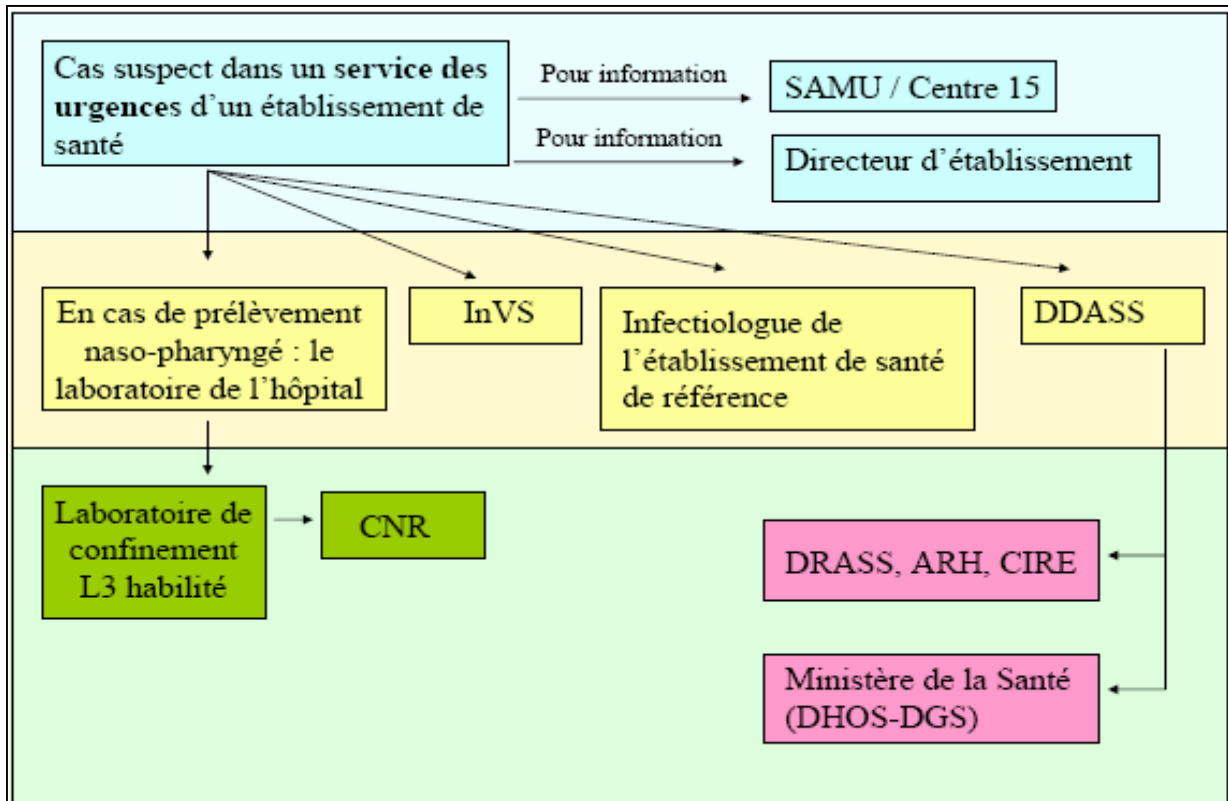
- Quels rôles jouent les services déconcentrés dans les remontées et les descentes d'information ?
- Quel est le rôle des Etablissements de Santé de Référence dans ce dispositif ?
- Qui peut communiquer ? Quand ? Comment ?

● Les pistes de travail

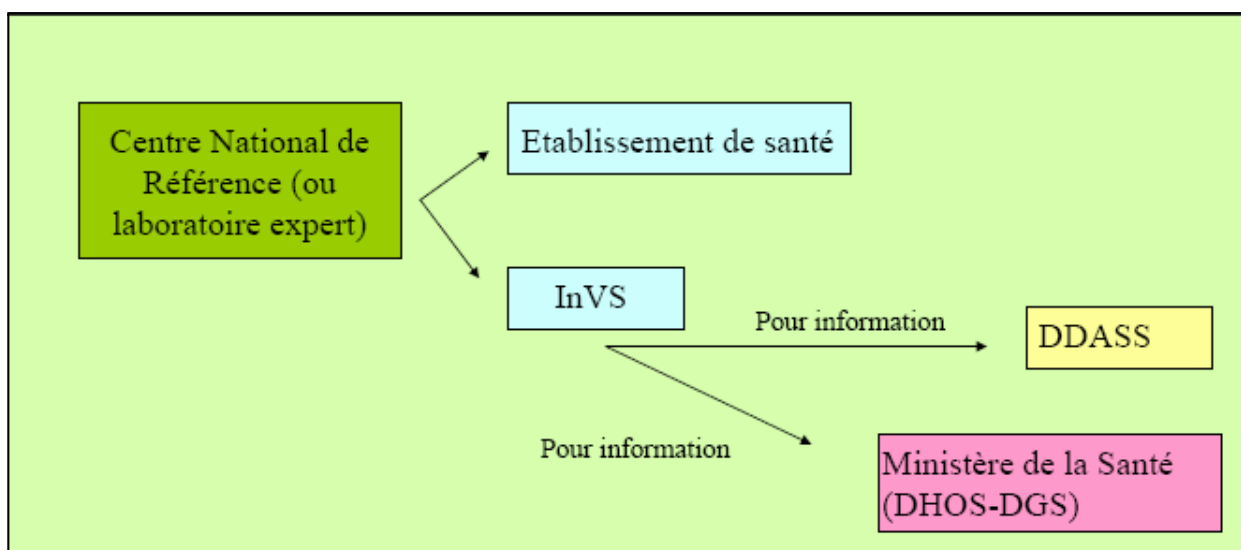
Les schémas de la page suivante décrivent le circuit d'alerte et le circuit de remontée de l'information.

Tous les établissements de santé et médico-sociaux doivent travailler pour parvenir à mettre en œuvre de tels circuits, quelles que soient les circonstances.

● Le circuit de l'alerte



● Le circuit de remontée de l'information



PARTIE I : ORGANISATION GENERALE

LA SUPPLEANCE ET LE RENFORCEMENT DU PERSONNEL

L'absentéisme dans les établissements de santé et médico-sociaux dans la phase pandémique peut-être estimé à environ 40% de l'effectif. L'absentéisme observé, hors pandémie, est d'environ 12%*, même si ce chiffre est très hétérogène. A cet absentéisme habituel, s'ajoute un absentéisme résultant soit de l'épidémie de grippe, soit de problèmes divers - transport, enfants malades, ... - qui empêcheraient la personne de travailler. Ce pourcentage, indicatif, peut varier en fonction du taux d'attaque du virus et des situations locales.

L'absentéisme du personnel pourrait certes être un problème aggravant de la crise. Cependant, la seule augmentation importante du nombre de patients impose de renforcer le personnel soignant.

On peut distinguer deux types de ressources pouvant suppléer ou renforcer le personnel :

- un vivier qui correspond au redéploiement de certains personnels soignants dans les services sous tension
- un « Corps de réserve sanitaire » composé de personnels externes

● Les questions à se poser

- Comment faire face à un absentéisme fort ?
- L'établissement a-t-il déjà connu par le passé un tel absentéisme et quelles solutions a-t-il mis en œuvre ?
- Comment libérer le personnel de la garde de ses enfants ou des personnes à charge ?
- Peut-on avoir recours à des personnels de suppléance ? Lesquels ? Pour quelles activités ? Dans quelles conditions ?

● Les pistes de travail

Le rappel des personnels en formation et en congé est la première mesure à réaliser.

La réorganisation des conditions de travail au sein des établissements est à programmer. Elle peut passer par une augmentation du temps de travail pour les salariés à temps partiel, par une augmentation de l'amplitude du temps de travail, et par l'ajustement des cycles de travail. Ces mesures ne sont valables que pendant la durée de la phase pandémique. Il est nécessaire d'informer en amont les instances consultatives et délibératives de l'établissement.

* Rapport 2004 de la Cour des Comptes

La logistique d'une telle réorganisation, tel que l'hébergement sur place ou la garde des enfants, doit être réfléchi et passe par la mise en place de moyens exceptionnels. En ce qui concerne la garde des enfants de personnels soignants, toutes les solutions doivent être préparées : réseaux d'entraide, sensibilisation des familles, recours à des organismes d'œuvres sociales, à des sociétés de services à personnes, etc. L'ensemble de ces mesures doivent être débattues en Comité Technique d'Etablissement et avec les organismes représentatifs du personnel.

Il convient de **renforcer et/ou de suppléer les effectifs à partir d'un vivier de personnes ressources, internes et externes aux établissements.**

- Ce vivier pourra notamment être « alimenté » grâce aux effets de la déprogrammation d'un certain nombre d'activités et par le redéploiement de toute autre catégorie de personnels, dans une logique intra établissement ou dans une logique inter établissement. L'ensemble des praticiens et des personnels soignants des établissements de santé devront concourir au bon fonctionnement de ce dispositif.
- Les établissements pourront, selon des modalités déterminées par le Préfet, faire appel à des ressources externes (appelées « Corps de réserve sanitaire») :
 - en rappelant les médecins retraités de moins de 3 ans dans leur établissement d'origine.
 - en sollicitant les résidents de médecine générale.
 - en ayant recours à des personnels intérimaires.

● Qui met en œuvre ce dispositif ?

AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Chaque établissement doit dès maintenant procéder au recensement des personnels susceptibles de suppléer ou de renforcer les effectifs en période de pandémie et sensibiliser l'ensemble du personnel soignant au redéploiement potentiel en situation de pandémie. Chaque établissement doit établir une liste des personnels retraités de moins de 3 ans.

AU NIVEAU DEPARTEMENTAL

Chaque département (Préfet, DDASS) en lien avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins et les organismes représentatifs des professions paramédicales établira la liste des médecins retraités et des catégories de médecins (Médecin Exercice Particulier, spécialistes) et des professionnels paramédicaux (retraités, remplaçants, etc) susceptibles de suppléer ou de renforcer les personnels.

AU NIVEAU REGIONAL

Le niveau régional doit organiser la partie « corps de réserve sanitaire » concernant le recensement des étudiants : conventions avec les écoles, facultés de médecine et de pharmacie, accords avec les médecins salariés, etc. Il est en outre de son ressort de recenser les professionnels de santé et leurs spécialités, en particulier les médecins ayant une Capacité en Aide Médicale Urgente ou un Diplôme Universitaire de régulation, les spécialistes, etc, en lien avec les Conseils Régionaux pour tout ce qui concerne les organismes de formation.

LE « CORPS DE RESERVE SANITAIRE »

● Les questions à se poser

- Qu'appelle-t-on « Corps de réserve sanitaire » ?
- Comment le constituer et l'organiser en amont ?
- Comment redéployer les personnels ?
- Quelles compétences médicales doivent être placées dans quels services ?

● Les pistes de travail

Le « corps de réserve sanitaire » correspond aux personnels pouvant suppléer les équipes soignantes mais dont l'activité est habituellement différente. La composition du « corps de réserve sanitaire » varie en fonction du type de soins et des structures accueillantes.

Pour les soins de ville

Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins :

- Médecins libéraux retraités de moins de 3 ans
- Médecins en exercice particulier (MEP)
- Certains spécialistes
- Médecins remplaçants
- Médecins salariés (Médecins conseil CNAM, Médecins de l'Education Nationale, Médecins du travail, Médecins de PMI, etc.)
- Etudiants en médecine de 3^{ème} cycle

Personnels pouvant suppléer et renforcer les paramédicaux :

- Infirmières libérales en retraite de moins de 3 ans
- Infirmières remplaçantes
- Infirmières salariées (médecine scolaire, médecine du travail, PMI, etc.)
- Aides-soignants

Personnels pouvant renforcer les pharmacies :

- Etudiants en pharmacie en fonction des équivalences
- Assistants, préparateurs et aide préparateurs en fonction des équivalences

Personnels pouvant suppléer et renforcer les transporteurs sanitaires :

- Associations de secouristes
- Taxis

Pour les établissements de santé et médico-sociaux :**Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins :**

- Etudiants de 3^{ème} cycle
- Médecins retraités de moins de 3 ans, réaffectés dans leur dernier établissement d'origine

Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins régulateurs SAMU :

- Médecins titulaires de la CAMU, d'un DU de régulation et expérimentés

Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins réanimateurs :

- Internes en réanimation en fonction des équivalences
- Anesthésistes réanimateurs

Personnels pouvant suppléer et renforcer les paramédicaux :

- Etudiants en médecine en fonction des équivalences
- Etudiants en IFSI en fonction des équivalences
- Personnel intérimaire
- Personnels paramédicaux à la retraite depuis moins de 3 ans

La requête de ces professionnels se fait via le Conseil de l'Ordre des Médecins et les services de Caisse de retraite et les établissements de soins.

Une liste des étudiants pouvant renforcer le personnel devra être établie au niveau régional, en tenant compte de leur année de scolarité, des équivalences possibles et des affectations de stage. Sont concernées :

- les écoles paramédicales (instituts de formation d'aides-soignants et d'auxiliaires de puériculture, instituts de formation en soins infirmiers, instituts de formation d'infirmières spécialisées (IBODE, IADE, PDE), instituts de formation de cadres de santé), les écoles de sages-femmes, les écoles de kinésithérapeutes, les écoles d'ambulanciers, etc.
- les facultés de médecine et de pharmacie.

Les équivalences recensées et validées par les représentants des écoles et facultés sont les suivantes :

- élève aides-soignantes ⇒ ASH
- 1^{ère} année d'IDE validée ⇒ ASH
- 2^{ème} et 3^{ème} année d'IDE validée ⇒ Aide-soignant
- élève infirmière IBODE et IADE ⇒ Infirmier
- élève en Institut de formation puéricultrice DE ⇒ Infirmier
- 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} année de formation Sages-femmes ⇒ Aide-soignant
- élève en écoles de cadres de santé ⇒ Infirmier
- 5^{ème} année étudiante sage-femme ⇒ Sage-femme remplaçante

- 2^{ème} année étudiant en médecine validée ⇒ Aide-soignant
- 4^{ème} année étudiant en médecine validée ⇒ Infirmier
- Etudiant en médecine 3^{ème} cycle ⇒ médecin généraliste

Les étudiants seront embauchés sous contrat de CDD et seront soumis au droit du travail en vigueur. Ils devront en outre faire l'objet de la même protection que l'ensemble du personnel.

● Textes juridiques

- Article L4151-2, 3^{ème} alinéa du Code de la Santé Publique : Autorisation d'exercice par des étudiants en médecine ayant validé le 2^{ème} cycle des études médicales, à titre exceptionnel (arrêté ministériel habilitant les préfets pendant une période déterminée).
- Circulaire N°1510 du 11 juin 1975 modifiée par les circulaires 98-411 du 8 juillet 1998 et 2000-406 du 17 juillet 2000 autorisant les étudiants en médecine DCEM3 et DCEM4 à exercer comme infirmiers auxiliaires et DCEM1 et DCEM2 comme aides soignants
- Article L4151-6 du Code de la Santé Publique

● A RETENIR

- Chaque établissement doit dès maintenant recenser les personnels pouvant suppléer ou renforcer le personnel habituel, sensibiliser puis former les personnels soignants au redéploiement potentiel en situation de pandémie.
- Le « corps de réserve sanitaire » doit être organisé au niveau régional et départemental selon leur tutelle et leur responsabilité, en lien avec les établissements.

PARTIE I : ORGANISATION GENERALE

LA PROTECTION ET LES MESURES BARRIERES

Le virus grippal se transmet par voie aérienne, notamment par l'intermédiaire de gouttelettes respiratoires émises lors des accès de toux. Par ailleurs, le virus peut se trouver sur les mains des malades et sur des surfaces inertes.

Les mesures « barrières » sont l'ensemble des mesures faisant barrière à la diffusion de l'agent infectieux, connu ou présumé, à partir d'une source d'infection, qu'il s'agisse d'une personne infectée ou de son environnement immédiat, pour éviter sa transmission à des individus non infectés et non porteurs mais réceptifs.

Des critères permettant de définir les facteurs de risque d'exposition majeure ont été retenus par les experts du Comité Supérieur d'Hygiène Publique de France : proximité de moins de 2 mètres d'une personne malade, densité de personnes dans ce rayon de proximité, proportion de personnes infectées ou d'agents infectieux dans ce rayon de proximité, confinement, absence de remplacement des personnels dans ce rayon, auxquels s'ajoutent des facteurs favorisants variables : atmosphère humide, température basse, etc.

● Les questions à se poser

- Quels sont les moyens de protection du personnel ?
- Quels sont les moyens de protection des patients ?
- Comment sensibiliser les personnels à leur importance ?

● Les pistes de travail

Un strict respect des principes d'hygiène standard est de rigueur. Il passe notamment par un niveau de vigilance de base élevé face à un risque infectieux potentiel, par la sensibilisation de tout le personnel au risque infectieux en général et comprend l'application des mesures suivantes :

- La désinfection des mains au savon ou utilisation de soluté hydro-alcoolique ; ce geste est essentiel et doit être réalisé après chaque contact avec un malade ou avec du matériel.
- La mise à disposition à l'entrée des services d'urgence de masques anti-projections, mouchoirs en papier à usage unique, ...
- L'utilisation au maximum des matériels à usage unique, gants, blouses, draps, etc.
- La désinfection du matériel avec des produits détergents/désinfectants en usage dans l'établissement selon les procédures habituelles (DAKIN®, solution polyvalente de décontamination, eau de Javel à 2,6 %).
- L'élimination des déchets suivant la filière DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux).
- La vaccination du personnel soignant contre la grippe saisonnière.

Protections respiratoires individuelles (PRI)

- Pour les personnels de soins, l'usage d'un masque FFP2, ou à défaut masque FFP1 est recommandé. La protection apportée dépend de la classe de l'appareil choisi et de son bon ajustement au visage. Les appareils de protection respiratoire sont des équipements de protection individuelle qui relèvent de la directive européenne 89/686/CEE. La conformité de ces appareils aux exigences essentielles de la directive précitée est attestée par le marquage CE dont le sigle, suivi du numéro d'un organisme notifié, figure sur l'appareil lui-même, EN 149.

Modalités d'utilisation du masque FFP2

La durée d'utilisation est celle recommandée par le fabricant (notice d'utilisation).

L'ajustement correct des masques ou de l'appareil de protection respiratoire est essentiel : dépliage complet, liens serrés ou élastiques en place, pince-nez ajusté.

Une fois en place, la manipulation du masque ou de l'appareil de protection respiratoire doit être limitée au maximum car il existe un risque de détérioration de celui-ci et de contamination des mains.

La désinfection des mains doit être systématique après avoir enlevé le masque ou l'appareil de protection respiratoire.

L'élimination du masque ou de l'appareil de protection respiratoire utilisé passe par la filière des Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI).

Lors de la réalisation d'actes exposant aux sécrétions respiratoires (prélèvements naso-pharyngés, intubation,...), la protection du soignant inclue au minimum : un masque FFP2, des gants à usage unique, des lunettes de protection, une surblouse à usage unique.

- Pour les patients infectés ou cas suspects, l'usage d'un masque anti-projections, dit chirurgical, par le malade pour éviter la projection des gouttelettes respiratoires est obligatoire. Les masques médicaux sont des dispositifs médicaux (de classe I) de type 2 avec une capacité de filtration de 98 % qui relèvent de la directive européenne 93/42/CEE. La conformité de ces masques aux exigences essentielles de la directive précitée est attestée par le marquage CE dont le sigle est porté sur l'emballage. Sa durée d'utilisation est d'environ 4 heures.
- Pour les visiteurs, le port d'un masque chirurgical est préconisé durant toute leur visite dans l'établissement de santé.

☉ Qui met en œuvre ce dispositif ?

AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS

Les établissements ont la responsabilité de protéger au maximum les personnels soignants et administratifs ainsi que les patients. Ils doivent prévoir toutes les procédures pour la mise en œuvre de cette protection.

PARTIE II :

ORGANISATION

PRE HOSPITALIERE

PARTIE II : ORGANISATION PRE HOSPITALIERE

L'ORGANISATION PRE HOSPITALIERE

En situation de pandémie grippale les SAMU/Centre 15 seront au cœur du dispositif de régulation des soins de ville, des transports sanitaires et des hospitalisations. Les SAMU seront également très sollicités dans un rôle de conseil médical auprès de la population, nécessitant un message national homogène et clair quant aux réponses à apporter.

Le surcroît d'appels auxquels ils devront faire face risque d'être très important, nécessitant de facto un renforcement des moyens humains et matériels.

Le renforcement de tous les SAMU dans des circonstances de pénurie probable de personnel risque d'être difficile. Aussi une mutualisation de la régulation en situation exceptionnelle et plus particulièrement en cas de pandémie grippale doit être mise en œuvre.

Un « SAMU référent » sera désigné dans chaque région pour assurer la gestion des appels « grippe ».

La régulation libérale de chaque SAMU départemental sera assurée 24H/24

● **Les questions à se poser**

- Quel rôle pour le « SAMU référent » et quelles modalités d'organisation ?
- Quels sont les moyens de renforcement du personnel?
- Quel est le rôle des SAMU départementaux ?
- Quelle est l'organisation de la régulation libérale ?
- Quelle est la coordination su « SAMU référent » avec la médecine libérale ?

● **Les pistes de travail**

Le « SAMU référent » et ses liens avec les SAMU départementaux

Pour la population cette organisation ne conduit à aucun changement quant aux numéros à d'appel (15, 18 et 17 maintenus).

Organisation logistique du « SAMU référent »

Le « SAMU référent » sera située au sein d'un CHU.

Une « cellule de crise permanente pandémie grippale » sera adjointe au Centre 15 du « SAMU référent ».

Cette cellule disposera d'un renfort des personnels (permanenciers et médecins régulateurs).

Les personnels pré identifiés devront bénéficié d'une formation minimale.

Cette cellule de crise devra également bénéficier de la présence d'une expertise permanente en maladies infectieuses et en biologie clinique.

Gestion des appels

La mission du « SAMU référent » sera d'assurer la gestion de tous les appels concernant les patients relevant de cette problématique, la mise en œuvre des décisions relevant des SAMU des départements.

Tout appel de particulier arrivant vers un Centre 15 départemental et concernant la pandémie grippale, sera immédiatement re-routé (sans ouverture de dossier) par des voies simples de transferts d'appels vers le « SAMU référent » « cellule de crise pandémie grippale ».

Outre ces fonctions spécifiques ce SAMU assurera ces fonctions départementales. La régulation au niveau du « SAMU référent » pourra conduire :

- A un simple conseil médical. Celui-ci devra dans ce cas répondre à un message homogène du niveau national et des recommandations identiques seront appliquées à l'ensemble du territoire. Ces fiches seront fournies par les services de l'Etat.
 - A l'envoi d'un médecin généraliste. L'appel sera alors renvoyé à la régulation médicale du SAMU départemental
 - A l'envoi d'un transport sanitaire si une hospitalisation est jugée nécessaire. La SAMU départemental sera également en charge de mobiliser les moyens nécessaires
- Un état des lieux sera conduit dans chaque SAMU/centre 15 afin d'identifier les moyens matériels et les possibilités d'extension de ceux-ci (lignes téléphoniques).

Organisation de la régulation libérale dans les départements

Ce dispositif sera unique, installé au sein des SAMU/Centre 15 des départements. Il fonctionnera 24H/24. La présence de régulateurs libéraux devra être renforcée ainsi que les permanenciers. Une coordination sera réfléchie tenant compte des autres systèmes de régulation pouvant exister au sein des départements.

Ce dispositif nécessitera une adaptation de la permanence des soins répondant à une situation exceptionnelle.

Régulation des transporteurs sanitaires

Cette mission incombera également aux SAMU des départements.

Une circulaire commune, aux SAMU, aux SDIS et aux transporteurs sanitaires privés, à paraître dans les jours à venir, précisera les conditions de ceux-ci.

● Mise en œuvre de ce dispositif

L'organisation de ce dispositif notamment la mise en place des « SAMU référents » sera menée à l'échelon régional par les ARH en lien avec le SAMU désigné référent.

Cette réflexion sera conduite avec les responsables des SAMU des départements de la région et un représentant de chaque CODAMUPS désigné par les préfets de département.

Ce dispositif sera présenté à chaque CODAMUPS. Les modalités d'organisation du dispositif départemental seront défini après avis des CODAMUPS par les préfets de départements.

PARTIE III :

ORGANISATION

HOSPITALIERE

PARTIE III : ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS

LA MISE EN PLACE DES PLANS BLANCS « ANNEXE BIOLOGIQUE » DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

La complexification des mondes hospitaliers et technologiques, les exigences légitimes des patients et de leur entourage, la fréquence de survenue d'événements à caractère inhabituel constaté au cours de ces dernières années nécessitent que tout établissement de santé quel qu'il soit mais également les établissements médico-social se prépare en adaptant son organisation.

Le risque biologique présente trois caractéristiques :

- Il existe une période d'incubation ;
- Il existe une possible contagiosité ;
- Le début est insidieux.

Dans ce sens, la préparation de l'établissement de santé en cas de risque biologique doit être spécifique.

La pandémie grippale s'intègre tout à fait dans cette dimension et un plan blanc « annexe biologique » doit être mis en place dans tous les établissements de santé.

● **Les questions à se poser**

- Quel est l'établissement de santé de référence pour le risque biologique ?
- Quelle est la capacité d'accueil de l'établissement pour ces patients et comment augmenter cette capacité ?
- Comment et où isoler les patients ?
- Quels sont les protocoles de désinfection, de traitement, de vaccination éventuelle ?

● **Les pistes de travail**

Globalement, l'annexe biologique du plan blanc préconise une procédure de tri à l'entrée de l'établissement de santé. Ce sera aussi le cas pour une crise de type pandémie grippale.

Par ailleurs, l'activation de circuits dédiés et de procédures pour protéger au maximum les patients et les personnels doivent être mise en œuvre.

Les médecins référents pour le risque biologique de l'établissement et du département devront être identifiés en amont.

Une logique inter hospitalière devra prévaloir pour certaines spécialités.

PARTIE III : ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS

LA CELLULE DE CRISE

Chaque établissement de santé doit disposer d'une « cellule de prévention et de gestion des risques » dont le rôle est notamment de mettre en place ces plans de formation et d'adapter les problématiques à ce type de risque spécifique.

En période de pandémie, la cellule de crise est le véritable organe de commandement : les informations y sont centralisées, la tactique y est décidée et les ordres donnés en conséquences. Ce poste décisionnel rassemble les principaux responsables de l'établissement pour coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs.

La cellule de crise est un organe essentiel dont dépend le bon fonctionnement de l'établissement de santé lors de la crise. **Elle est décrite en détail dans le « guide plan blanc » paru en mai 2004 et consultable sur Internet à l'adresse :**

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/planblanc2004.pdf>

● **Les questions à se poser**

- Quelle est l'adaptation de cette cellule de crise à une pandémie grippale ?

● **Les pistes de travail**

Nonobstant toutes les règles de fonctionnement général, la cellule de crise doit être adaptée au type de situations de crise à laquelle elle est confrontée. Selon la nature de l'événement, l'appel à des personnes expertes (internes ou externes à l'établissement) peut s'avérer indispensable : les inclure alors, dans la cellule de crise.

Les fonctions essentielles de la cellule de crise en cas de pandémie grippale seront les suivantes :

- Une fonction communication, interne à l'établissement (à destination des professionnels de santé et administratifs, patients et visiteurs) et externe.
- une fonction logistique, permettant de s'assurer des prestations indispensables à la continuité du service public et de soins.
- Une fonction de soutien à la décision médicale. En cas de pandémie, la cellule de crise devra inclure une cellule d'aide à la décision médicale. Elle aura un caractère pluridisciplinaire et sera composée de personnels expérimentés.
- Une fonction de sécurisation de l'établissement.

Il est indispensable de tester régulièrement le bon fonctionnement de cette cellule en initiant des exercices appropriés.

PARTIE III : ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS

L'ACCUEIL ET LA SECTORISATION DES ETABLISSEMENTS

L'organisation de l'accueil dans les établissements de santé revêt un caractère essentiel pour la protection du personnel et des patients.

L'organisation des secteurs d'hospitalisation doit contribuer au respect de ces mêmes objectifs

Le principe retenu en phase de pandémie grippale est le maintien à domicile des patients, l'hospitalisation étant réservée aux cas les plus graves.

L'objectif est que toute hospitalisation soit préalablement régulée par le SAMU / Centre 15.

Nonobstant ces règles, des patients se présenteront spontanément dans les établissements de santé quelque soit leur caractérisation nécessitant de définir les règles générale pour le tri

● Les questions à se poser

- A quels critères spécifiques d'organisation doivent répondre les services d'urgence ?
- Un accueil doit-il être organisée en amont des urgences ?
- Quelle organisation pour les établissements de santé sans services d'urgence ?
- Quels seront les critères de tri ?
- Comment renforcer le personnel ?
- Quels moyens de protection ?

● Les pistes de travail

Accueil des patients dans l'établissement : Principes généraux

Tous les établissements de santé, publics et privés, doivent prendre les mesures nécessaires pour sécuriser leurs entrées. L'objectif est d'aboutir à une entrée unique permettant le contrôle des admissions. La déclinaison de cette mesure sera à adapter à la spécificité des établissements étant précisé que celle-ci fait partie intégrante des mesures à prendre dans le cadre du plan Vigipirate.

Tous les établissements de santé doivent organiser un point d'accueil et d'orientation des patients.

Tous les patients admis (symptomatiques ou asymptomatiques) devront porter un masque chirurgical. Ce masque devra être conservé durant toute l'hospitalisation. Le principe est d'éviter la contamination de l'environnement.

Tous les professionnels de santé en zone de tri et dans les services d'urgences devront porter un masque de type FFP2.

De façon analogue, il conviendra de prévoir l'accueil des visiteurs (port obligatoire du masque chirurgical), la règle étant de limiter au maximum les visites.

Zone de tri

Tous les établissements de santé, publics et privés, doivent mettre en place une zone de tri.

L'objectif de cette zone de tri est de réguler l'arrivée spontanée des patients. L'objectif essentiel est d'identifier les patients relevant d'une hospitalisation, qu'ils soient grippés ou non.

Les patients ne nécessitant pas d'hospitalisation mais dont l'état de santé requiert un suivi médical seront orientés vers la médecine libérale de préférence ou vers un service de consultations ad hoc mis en place par l'établissement.

Les patients nécessitant une hospitalisation seront orientés selon leur état clinique vers les urgences ou vers les zones et services appropriées de l'établissement.

L'organisation de cette zone de tri est à réfléchir au sein de chaque établissement de santé en tenant compte de sa configuration et des spécificités locales (tente de type poste médical avancé, algeco, ou un secteur dédié du service des urgences).

Pour les établissements dotés d'un service des urgences, la zone de tri sera située en amont ou à la porte du services des urgences.

Pour les autres établissements la zone de tri correspondra au point d'accueil.

L'organisation du pré tri doit se faire par du personnel soignant qualifié, dans la mesure du possible par un médecin.

Service des Urgences

Seuls les patients nécessitant une hospitalisation (hospitalisations régulées par le SAMU ou décidés après le pré tri) devraient être admis aux urgences

Les patients régulés par le SAMU seront admis directement au service des urgences ou directement dans le service retenu.

Le service des urgences est considéré comme une zone à forte densité virale. Toutes mesures seront prises pour procéder rapidement au dispatching de ces patients selon leur état grippé ou non.

Sectorisation de l'établissement

Tous les établissements de santé et médico-sociaux doivent prévoir l'identification d'une zone à forte densité virale (regroupement des patients grippés) et d'une zone à faible densité virale (regroupement des patients considérés comme non grippés). La création de nouvelles structures n'est pas envisagée, en raison d'une pénurie prévisible de personnel.

Dans la mesure du possible, le personnel sera dédié à une zone et se déplacera le moins possible dans les autres services. Cette mesure ne concerne pas le personnel medico-technique et le personnel transversal amené à se déplacer dans les différents services. La protection physique du personnel (masques) est identique quelle que soit sa zone d'affectation.

Seuls les examens complémentaires indispensables seront réalisés. Leur réalisation sera menée dans le respect du moindre déplacement et devra tenir compte des flux de patients. Les services médico-techniques (en particulier le service de radiologie) devront s'organiser pour l'accueil de ces patients : plages horaires spécifiques si possible, règles d'hygiène strictes, protection maximum du personnel. Ces services sont considérés comme des zones à forte densité virale.

PARTIE III : ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS

LA DEPROGRAMMATION

La déprogrammation de toutes les activités ou d'une partie des activités de soins est une mesure figurant dans les plans blancs des établissements de santé, publics et privés.

En situation de pandémie grippale cette mesure sera essentielle pour permettre de redéployer des capacités hospitalières et des personnels et de regrouper des activités assurant ainsi le maximum de protection pour les patients et les professionnels de santé

Les principes établis (cf. fiche urgence et sectorisation) disposent que chaque établissement organise en son sein des zones à faible densité et à forte densité virale.

Ce principe pourra de même se voir appliqué au sein d'une ville, d'un département voire d'une région selon les activités à regrouper et leur niveau de spécialisation.

● Les questions à se poser

- Quelles sont les activités dé programmables ?
- A quel niveau et comment doit être organisée la déprogrammation ?
- Niveau établissements de santé : objectifs et modalités
 - Niveau départemental : objectifs et modalités
 - Niveau régional : objectifs et modalités
 - Quelle coordination entre ces différents niveaux ?
- Peut-on parler de déprogrammation en mode dégradé ? quelle signification ?
- Conséquence sur les établissements privés ? Seront-ils les plus concernés ?
- Intérêt de conduire des modélisations régionales partant d'un nombre x de patients à hospitaliser dont y en réanimation ?

● Les pistes de travail

Chaque établissement organise dès maintenant son plan de déprogrammation.

Si les circonstances l'exigent toute activité peut-être déprogrammée mais il est nécessaire de tenir compte que certains actes ne peuvent être déprogrammés de facto. Ils concernent notamment les urgences (médicales et chirurgicales), les dialyses, les accouchements...

La déprogrammation des autres activités sera déterminée au cas par cas, en fonction d'un rapport risque/bénéfice, en tenant compte de la durée du report de l'activité.

Ce plan doit être coordonné entre les établissements de santé d'une ville et d'un département et être intégré au plan blanc élargi (plan départemental), voire planifier au niveau régional pour un certain nombre de spécialités (réanimation, pédiatrie, chirurgie spécialisée...).

Des modélisations régionales doivent être conduites par les ARH sur la base des données indicatives du rapport de l'InVS du nombre d'hospitalisations potentielles attendues de patients qui relèveraient de réanimation et des enfants de à prendre en charge

Les plans de déprogrammation des établissements de santé et les plans blancs élargis tiendront compte des résultats de cette modélisation notamment pour ce qui concerne l'identification des services de spécialités dont le maintien sera nécessaire et l'organisation des secteurs réanimation adulte et pédiatrique.

Le déclenchement de la déprogrammation doit être engagé dès le début de la pandémie, tenant compte des délais nécessaires pour bénéficier des effets de cette mesure.

Les personnels de ces services seront réaffectés en tenant compte de leur spécialisation (infirmières, infirmières anesthésistes, etc.).

L'ensemble de la communauté hospitalière (médicale, et technique) devra concourir au fonctionnement de l'établissement selon un plan d'organisation défini par la cellule de crise de l'établissement.

Tout médecin quelle que soit sa spécialité doit être à même de contribuer au renforcement d'activités générales qui le nécessitent (urgences, consultations...etc)

L'organisation de la déprogrammation au niveau des établissements de santé relève de la cellule de crise.

La cellule de crise est le véritable organe de commandement du plan blanc : les informations y sont centralisées, la tactique y est décidée et les ordres donnés en conséquences. Ce poste décisionnel rassemble les principaux responsables de l'établissement pour coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs.

L'organisation d'une cellule de crise implique que les fonctions soient clairement réparties. Les procédures doivent être connues de tous et répertoriées dans des documents facilement accessibles. La circulation de l'information parmi les membres de cette cellule de crise est indispensable.

Un espace suffisamment vaste, pré équipé de tous les moyens de télécommunications et de visualisation des informations doit être rapidement activé.

En cas de pandémie la cellule de crise sera renforcée par une cellule d'aide à la décision médicale. Cette cellule aura un caractère pluridisciplinaire et sera composée de personnels expérimentés.

PARTIE III : ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS

L'ORGANISATION DES SOINS EN REANIMATION

Une pandémie grippale pourrait conduire, en référence à celle de 1918, à un nombre de important patients relevant de soins de réanimation. Compte tenu des formes cliniques connues, ce type de réanimation serait lourde et longue, comportant essentiellement une composante respiratoire.

Elle concernerait tant les enfants que les adultes. La spécificité de cette discipline et le nombre limité des capacités d'hospitalisation impose dès à présent de prévoir les modalités d'accueil.

● Les questions à se poser

- Comment organiser la prise en charge des patients relevant de soins de réanimation ?
- Quels moyens pour d'augmenter les capacités d'hospitalisation ?
- Quels sont les moyens en personnel (médecin et soignant) sur la base du minimum requis ? Concernant les moyens matériels, quels sont les produits pharmaceutiques indispensables ?
- En terme de modalités d'organisation :
 - Quelle organisation pour les services de réanimation ?
 - Y a-t-il une sectorisation grippés et non grippés ?
 - Faut-il réserver des services de réanimation non grippés ?
 - Faut-il réserver des services de réanimation pédiatrique ?
 - Quelle organisation pour les soins intensifs en cardiologie ?

● Les pistes de travail

Les capacités d'hospitalisation

Les capacités d'hospitalisation en réanimation pourraient être doublées en tenant compte :

- De l'application des plans de déprogrammation qui conduiront à libérer des places de réanimation (déprogrammation de certaines activités chirurgicales) ;
- De l'utilisation de salle de réveil et de leur personnel rendues disponibles du fait de la non activité de certains blocs opératoires ;
- De l'utilisation des secteurs de soins intensifs et de soins continus.

Il conviendra de prévoir dans les plans d'organisation d'un établissement, d'une ville, d'un département ou d'une région la mutualisation de ces moyens, permettant un regroupement des activités, une meilleure optimisation des ressources en personnel, en matériel et une meilleure protection de l'environnement.

Il conviendra si possible d'individualiser des lits ou services de réanimation à faible densité virale. L'objectif est de pouvoir disposer de sites de réanimation à faible densité virale. Cette recommandation est à analyser site par site.

La création de lits de réanimation de novo est à exclure eu égard aux difficultés d'encadrement par du personnel qualifié et à la pénurie prévisible de ce personnel.

Le redéploiement des moyens utilisés pour l'activité chirurgicale programmée (anesthésiste - réanimateur, IADE, réveil) vers l'activité de réanimation constitue une solution adaptée pour faire face à l'afflux de patient relevant de la réanimation.

Les moyens matériels

Le matériel minimum nécessaire inclut par patient pris en charge : un scope, un ventilateur et des seringues électriques. Le doublement des capacités des services de réanimation implique le doublement des consommables et des produits pharmaceutiques. Le fonctionnement des ventilateurs nécessite que soit analysées les conditions d'alimentation en O₂.

Le personnel

Dans la mesure du possible le personnel qualifié est recommandé. La pratique de ce type de réanimation ne nécessite pas de qualifications complémentaires spécifiques. Tout réanimateur ou anesthésiste réanimateur devrait être à même d'assurer ces fonctions.

Les effectifs médicaux pourraient être suppléés et renforcés par le déploiement des anesthésistes réanimateurs exerçant habituellement dans les blocs opératoires.

Les effectifs paramédicaux pourraient bénéficier des mêmes règles (infirmières anesthésistes, infirmières de salles de réveil, infirmières de bloc opératoires...).

Chaque établissement de santé devrait identifier les infirmières ayant pratiqué en réanimation et établir un réseau permettant une mutualisation des compétences en inter établissement.

Prise en charge des enfants en bas âge (fiche pédiatrie à venir)

Prenant en compte les estimations de l'InVS, le nombre d'enfants en bas âge relevant de soins de réanimation ne pourraient être pris en charge dans les conditions actuelles d'offre de soins hospitaliers dans ce domaine. Il convient donc d'envisager la création possible de services de novo, le plus proche des structures déjà existantes pour une meilleure rationalisation du personnel. Les services de réanimation adultes devront revoir en ces circonstances le seuil pondéral de prise en charge de enfants.

La post réanimation

Le circuit de sortie de réanimation doit être privilégié, l'objectif étant de répondre à un « turn over » rapide. Les structures ou unités d'accueil dédiées à la post réanimation doivent être situées à proximité de ces unités. L'organisation des services de réanimation compte tenu de ce « turn over » rapide devra prendre en compte les besoins en personnel de remise en état des locaux.

L'ensemble de ces actions nécessite au préalable que chaque région sous la coordination de l'ARH établisse un état des lieux :

- Des capacités existantes d'hospitalisation en réanimation, des salles de réveil, des soins intensifs et continus et des lits d'aval. Ce recensement doit être réalisé pour le secteur adulte et pédiatrie.
 - Des moyens matériels notamment des respirateurs ;
 - Des capacités de stockage d'oxygène des établissements ;
 - Des moyens en personnel soignant susceptible de suppléer voire renforcer.
- Cet état sera à mettre en regard à la modélisation conduite au niveau régional.

● Points particuliers au moment de la crise

La cellule de crise, organe de commandement de l'établissement, aura un rôle essentiel. C'est à son niveau que devront être appréhendées toutes les questions relatives notamment à la logistique et aux décisions médicales.

PARTIE III : ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS

LA PRISE EN CHARGE DES DETENUS

Au divers facteurs de risque que présente la population détenue (état de santé général moins favorable que la population générale, surincidence du VIH et de l'hépatite, conduites à risques ...), s'ajoute la promiscuité liée à la détention, elle même accrue en cas de surpopulation carcérale. Il importe de sensibiliser les professionnels sanitaires et sociaux qui travaillent auprès d'elles, afin qu'ils redoublent de vigilance en cas de pandémie.

● Les questions à se poser

- Peut on éviter la surpopulation carcérale en cas d'épidémie de grippe aviaire ?
- Comment est il possible d'éviter l'introduction du virus grippal en milieu pénitentiaire?
- Dans l'hypothèse de l'introduction du virus au sein de l'établissement pénitentiaire, comment peut on réduire les risques de contagion vis-à-vis des autres personnes ?
- En cas de personnes détenues malades, mais sans signe de gravité, peut on les regrouper et leur délivrer des soins sur place ?
- Comment assurer la permanence des soins par les personnels de l'UCSA ?
- Comment organiser l'hospitalisation simultanée d'une grand nombre de personnes détenues en cas de complications majeures :
 - organisation des transferts sanitaires ?
 - garde statique sur place au sein des hôpitaux ?
- Doit on privilégier, dans ce cas, les hospitalisations dans les UHSI et/ou à l'EPSNF?
- En cas de déprogrammation des autres activités de soins dans les UHSI, les soins urgents peuvent ils être assurés dans les hôpitaux de proximité (pb de la garde) ?
- Dans les régions dépourvues d'UHSI , est il pertinent d'organiser des unités dédiées provisoires afin de simplifier la garde des locaux ?
- Quelle est la doctrine d'emploi des masques et de distribution des antiviraux (tant pour le personnel et que pour les personnes détenues) ?

● Les pistes de travail

Les échanges seront limités avec l'extérieur et il est nécessaire de limiter au maximum le nombre de personnes incarcérées.

UHSI : Unité d'hospitalisation sécurisées inter régionales
 UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires
 EPSNF : Etablissement public de santé national de Fresnes

Il s'agit de prendre en compte les établissements pénitentiaires possédant une « nurserie » (enfants de moins de 18 mois) et il n'est pas à exclure, en situation épidémique importante, d'écarter provisoirement les enfants.

Des règles de sectorisation à l'intérieur des établissements pénitentiaires seront établies : les personnes détenues atteintes de grippe seront regroupées dans des bâtiments ou étages spécifiques afin de les isoler de la population indemne et de faciliter les soins. Des quartiers « arrivants » ou, le cas échéant d'établissements « arrivants », doivent être créés.

L'organisation de la surveillance médicale devra se faire sur la base de la continuité médicale au sein des UCSA, même en dehors des heures d'ouvertures ? dès lors que les patients détenus malades y sont regroupés. Dans ce cadre, tant les établissements pénitentiaires que les établissements de santé doivent prévoir une gestion du personnel en situation dégradée, en particulier dans les UCSA.

Les modalités de recours aux antiviraux pour les détenus sont identiques à celles en cours pour les malades non détenus. La distribution de Tamiflu pour les détenus malades sera assurée par la pharmacie hospitalière sur prescription du médecin de l'UCSA.

La doctrine d'emploi des masques dans les établissements pénitentiaires doit s'appuyer sur les recommandations nationales. Les personnels pénitentiaires porteront des masques chirurgicaux ou FFP2 fournis par le Ministère de la justice dans les UCSA.

- Population à risque faible = masque simple voire foulard
- Sujets « contacts » = masque chirurgicaux
- Personnels exposés = masques FFP2.

Il apparaît néanmoins souhaitable que soit établie une doctrine d'emploi des masques annexée par la médecine de prévention, les personnels pénitentiaires n'étant pas tous exposés de la même façon. Les personnels affectés aux quartiers de « quarantaine » (quartiers arrivants et quartier dédié aux personnes détenues malades) seront fournis en priorité.

De manière analogue, **les mesures prophylactiques de base** non spécifiques (lavage des mains, vaccination, port du masque ou des lunettes de protection...) devront être mises en œuvre.

La gestion des déchets : a priori à traiter comme des déchets ne présentant pas de risque infectieux important.

Les établissements de santé gérant les UCSA doivent être particulièrement attentifs à plusieurs points :

- **La limitation au maximum des hospitalisations.** Pour ce faire, les personnels de l'UCSA au sein des établissements pénitentiaires doivent être en mesure d'assurer les soins généraux aux patients détenus malades ne présentant pas de signes de gravité **il est nécessaire, dans ce mode d'organisation que les personnels de l'UCSA délivrent les soins directement dans les cellules des personnes détenues grippées et y assurent la surveillance médicale.**
- **En cas d'hospitalisation de détenus grippés, les admissions sont effectuées par priorité dans les UHSI** (pour les régions qui en sont dotées) et vers l'EPSNF (pour les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires du pôle parisien) en déprogrammant les hospitalisations froides. En corollaire de cette organisation, il s'agira d'utiliser les établissements de proximité pour prendre en charge les hospitalisations urgentes non infectieuses afin de dégager les UHSI. Ces activités urgentes habituellement réalisées par les UHSI devront être assurées de manière dérogatoire, dans les hôpitaux de proximité signataire du protocole UCSA, y compris pour des durées supérieures à 48 heures Cette disposition devra néanmoins avoir fait l'objet d'une discussion préalable au niveau régional et départemental pour s'assurer de l'organisation des gardes statiques.
- En cas d'hospitalisation de détenus grippés dans les régions pénitentiaires non desservies par une UHSI, **un regroupement des patients détenus dans un petit nombre de sites hospitaliers, au sein d'une unité provisoirement dédiée et sécurisée** doit être prévue, sous réserve d'une organisation préalablement établie avec les forces de police et de gendarmerie sous l'autorité des préfets territoriaux.

Les aspects relatifs à l'organisation de la sécurité de ces unités provisoires devront être évalués sous l'autorité des Préfets territoriaux concernés. La question du seuil de déclenchement de ces dispositions sera par ailleurs précisée.

● **Qui met en œuvre le dispositif ?**

- L'équipe médicale de l'UCSA en liaison avec le directeur de l'établissement pénitentiaire (organisation interne à l'établissement pénitentiaire) met en œuvre ce dispositif.
- Le Préfet de département organise les gardes et les escortes.
- Les ARH et établissements de santé doivent suivre la déprogrammation des hospitalisations froides en UHSI ainsi que l'organisation d'unités dédiées provisoires.
- Le chef d'établissement pénitentiaire, le directeur établissement de santé et le préfet ont la responsabilité de l'utilisation dérogatoires de l'hospitalisation de proximité au delà de 48 h en cas d'urgence.

● **Textes juridiques**

- Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale
- Décret 84-77 du 30 janvier 1984 modifiant certaines dispositions du CPP
- Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

PARTIE III : ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS

LA GESTION DES PERSONNES DECEDEES

Le plan blanc fixe les règles générales de gestion des personnes décédées. En revanche, face à une pandémie grippale, il est à prévoir un afflux massif de personnes décédées.

Dans la logique de prévention de l'épidémie, les déplacements des professionnels et des familles doivent être restreints au maximum et les manipulations des corps doivent être réduites.

Une coordination départementale est mise en place, conformément aux décisions du Ministère de l'Intérieur. Elle apporte les précisions complémentaires nécessaires.

● Les questions à se poser

- Comment organiser la gestion d'un afflux massif de personnes décédées ?
- Quelle est la capacité de la chambre mortuaire de l'établissement de santé ? Est-il possible d'augmenter facilement la capacité de cette chambre ?
- Comment garantir la fluidité du flux de décédés à travers la chaîne funéraire ? Existe-t-il des points de blocage et lesquels ?

● Les pistes de travail

Les mesures de protection individuelle des personnels intervenant auprès des corps doivent être rappelées. En effet, la contagiosité inter humaine s'effectuant principalement par voie respiratoire, la manipulation des corps présente donc des risques de contamination potentielle moindres, mais qui ne doivent pas être négligés. Ces risques pourraient persister jusqu'à plusieurs jours après le décès, en fonction de la température ambiante.

- port de gants à usage unique .
- port d'une surblouse à usage unique : cette blouse et ces gants permettent de faire à la suite plusieurs opérations, mais ils doivent être retirés et ne pas être réutilisés dès que le personnel quitte les lieux.
- port de bottes et d'une charlotte si les personnels intervenant en la matière l'utilisent habituellement.
- port d'un masque de type FFP2 : pour la durée de port du masque, consulter la notice sur les conditions d'utilisation du fournisseur.
- port de lunettes de protection (à usage multiple).
- lavage des mains fréquent et régulier entre deux opérations malgré l'usage de gants. Le personnel, susceptible d'intervenir dans des lieux dépourvus de lavabos, devra être équipé de produit de désinfection des mains sans eau de type « solution hydro-alcoolique ».

- concernant les déchets d'activité de soins, dans la mesure où ils sont produits dans un établissement de santé, ils doivent suivre la filière adaptée selon le risque qu'ils présentent. En cas de risque infectieux, ces déchets doivent être éliminés selon la filière DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux).

Dans la même logique de prévention de l'épidémie, les déplacements des professionnels et des familles doivent être restreints au maximum et les manipulations des corps doivent être réduites.

Une coordination départementale est mise en place, conformément aux décisions du Ministère de l'Intérieur. Elle apporte les précisions complémentaires nécessaires.

Les établissements de santé publics et privés et les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépourvues de chambres mortuaires ou qui ne peuvent disposer de salles de dépositoire seront systématiquement identifiés par la coordination funéraire départementale.

Le taux d'occupation de la chambre mortuaire et, le cas échéant, le nombre de cercueils placés dans un dépositoire seront transmis au minimum quotidiennement à la coordination funéraire départementale (mise en place au centre opérationnel départemental de la préfecture)

Le processus funéraire adapté aux circonstances, arrêté par le préfet, précisera la procédure à suivre dans le cas des défunts isolés (exemple : tenir à jour une liste des défunts isolés).

Le préfet préconisera, conformément à l'article R. 2213-18 du Code général des collectivités territoriales (CGCT), la mise en bière immédiate en cercueil usuel (conformément à l'article R. 2213-25 du CGCT), sur lequel sera fixée une plaque portant le nom, le prénom, l'année de naissance et celle de décès du défunt. Une cellule de coordination funéraire sera activée par la préfecture de Police le cas échéant.

Le transport de corps avant mise en bière ne doit intervenir qu'à titre exceptionnel.

Il est rappelé que dans tous les cas, les stimulateurs cardiaques doivent être retirés des corps des défunts avant mise en bière.

La pratique de la thanatopraxie est déconseillée (voire interdite) car elle peut s'avérer dangereuse sur le plan de l'épidémie. Cette pratique doit être réservée au seul cas où elle s'imposerait, c'est-à-dire en cas de rapatriement du corps dans un pays qui l'exigerait.

Le corps sera enfermé dans une housse blanche biodégradable agréée, avant d'être placé dans un cercueil simple, cela afin de prolonger leur durée de conservation dans les dépositaires avant inhumation ou crémation.

L'utilisation des cercueils hermétiques ne permet pas la crémation. Aussi doit-elle être réservée uniquement aux situations suivantes :

- rapatriement du corps dans un pays qui l'exigerait ;
- pour la mise en bière des patients porteurs, conjointement à la grippe aviaire, de maladies contagieuses prévues réglementairement.

Des dépositoires provisoires sont, si besoin, mis en place.

Dépotoire provisoire au sein des établissements de santé

En fonction des besoins et du processus funéraire particulier mis en place, des lieux de regroupement des défunts mis en bière peuvent être organisés. Ces lieux sont appelés dépositoires provisoires ou plus communément chapelles ardentes. Si la configuration de l'établissement le permet, vous pouvez prévoir la création d'un dépotoire provisoire interne qui devra répondre aux critères suivants : la salle doit être propre, sèche, non chauffée, peu sensible à la chaleur du soleil, au mieux naturellement fraîche ; elle doit pouvoir être close, facilement adaptable au dépôt des corps, facilement accessible au transport par route et adaptée à un accueil décent des familles.

Si l'établissement dispose d'un dépotoire provisoire interne, les corps mis en bière y sont provisoirement placés. Dans le cas contraire, leur transfert est assuré vers le dépotoire extérieur mis en place par les autorités.

Le défunt est pris en charge par un opérateur funéraire et suivi par la coordination funéraire départementale (activée sur décision du préfet et intégrée au centre opérationnel départemental). Dans ce cas, si les circonstances le permettent, les modalités selon lesquelles les familles pourront se recueillir avant mise en bière devront être organisées à défaut une communication adaptée devra être élaborée à leur intention.

Certaines pratiques culturelles (exemple : toilette mortuaire, veille des défunts, etc.) pourraient être limitées voire interdites en situation de pandémie grippale pour des raisons de santé publique.

L'établissement doit prévoir la suppléance du personnel de ce secteur.

● **Les points particuliers au moment de la crise**

- Travailler, dans le cadre de la coordination funéraire départementale, avec l'ensemble de la chaîne funéraire, impliquant des entités très diverses (administrations, médecins, opérateurs privés, etc.)
- Réfléchir aux points de blocage possibles

● **Textes**

- Circulaire (Ministère de l'intérieur) du 24 août 1994 relative aux accidents entraînant de nombreuses victimes décédées
- Circulaire (Ministères de la santé et de l'intérieur) du 19 décembre 1989 relative au contenu et à l'élaboration des plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes dénommés "plans rouges"
- Les plans ORSEC départementaux, mais de manière très succincte faute de consignes nationales d'élaboration.

PARTIE III : ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS

ORGANISATION LOGISTIQUE DE L'ETABLISSEMENT

● Les questions à se poser

- Quelle organisation l'établissement doit-il prévoir pour assurer, en situation de crise, les services logistiques essentiels ?
- En cas de prestation extérieure, dans quelles conditions les contrats actuels sont-ils adaptés aux situations de crise de type pandémique ?
- Quelles sont les possibilités de délestage vers d'autres structures ou d'intégration d'activités d'autres structures ?
- Faut-il augmenter les compétences en interne ?

● Les pistes de travail

Il s'agit tout d'abord de **réaliser un état des lieux des prestataires de services** publics ou privés pour lesquels des personnels absents en phase pandémique poseraient problème. Certains domaines sont particulièrement sensibles, à savoir :

Distribution en eau potable, Distribution d'électricité, Continuité de production d'électricité, Distribution gaz médicaux, Sécurité incendie, Chauffage et climatisation, Standard téléphonique, Magasin médical / Magasin hôtelier, Transport des malades / Service Brancardage, Restauration et hôtellerie, Blanchisserie, Assainissement et ordures ménagères, Nettoyage, Stérilisation des équipements biomédicaux, Maintenance, Informatique, ...

A partir de cette liste non exhaustive des prestations impactées en situation de crise, l'établissement doit construire une stratégie logistique adaptée.

Des réunions de travail avec chaque prestataire de services seront organisées pour sensibiliser ces sociétés aux risques de pandémie et de rechercher avec eux les solutions alternatives de continuité du service. Il conviendra que ces adaptations fassent l'objet d'une clause particulière dans les contrats de sous-traitance. En cas d'impossibilité pour le prestataire de répondre aux contraintes nées de la crise, l'établissement se réserve la possibilité de rechercher tout autre partenaire.

En cas de défaillance des prestataires, l'établissement devra élaborer un plan de substitution, le cas échéant en collaboration avec les collectivités territoriales.

Les établissements doivent dresser la liste des prestations indispensables à la continuité du service public hospitalier, puis des prestataires qui y sont associés, afin qu'une réquisition soit possible par le Préfet le cas échéant.

LE SERVICE BLANCHISSERIE

● Les questions à se poser

- Quels sont les possibilités de passage à l'usage unique ?
- Quels types de linge doit être strictement obligatoire de traiter ?
- Quels sont les fréquences de lavage ?

● Les pistes de travail

Approvisionnement

- Contractualiser avec son service de transport, une clause spécifique pour la continuité de livraison

Service de transport interne à l'établissement / Personnel

- Réaliser une étude rapide pour définir le nombre de personnel strictement nécessaire pour la livraison et le ramassage du linge au sein de l'établissement
- Définir les procédures de ramassage du linge et les procédures d'enlèvement. Connaître les circuits de passage des agents.
- Identifier les zones contaminées
- Quels sont les mesures de protections des agents qui assurent la distribution et le ramassage ?

Choix du linge

- Définir le rythme et le type de linge strictement nécessaire au traitement

Usage unique

- Définition des stocks du prestataire de service.
- Connaître l'organisation du prestataire en cas d'arrêt de la production du linge à usage unique.
- Identifier au préalable le linge sur lequel il faut passer à l'usage unique en cas de crise
- Le choix du passage à l'usage unique pour l'ensemble de l'hôpital

Stock

- Identifier les capacités de stockage interne à l'établissement. Connaître les lieux de stockage.
- le stockage du linge sale – sécuriser le stockage

Traitement du linge

- Analyser la chaîne de traitement de linge pour évaluer son efficacité.

LE SERVICE BLANCHISSERIE (suite)

● **Points particuliers au moment de la crise**

Des réunions d'informations doivent être organisées de façon régulière pour tenir informés l'ensemble du personnel et de la cellule de crise. Un point d'étape doit être réalisé chaque matin pour définir la méthodologie à mettre en place. L'évolution de la crise peut générer des changements dans la façon d'aborder le traitement du linge. La cellule de crise doit se tenir constamment informée de l'évolution de la crise.

● **Qui met en œuvre ce dispositif ?**

Le responsable de la blanchisserie doit œuvrer dans l'organisation de ses moyens et de son personnel en lien direct avec le responsable crise de l'établissement. Des réunions associant les responsables des services de soins et le personnel hôtelier doivent être organisées pour juger les prestations.

LE SERVICE RESTAURATION

● **Les questions à se poser**

- L'événement justifie-t-il de continuer les repas du personnel ?
- L'événement entraîne-t-il la mise à disposition de repas pour des structures existantes dans le voisinage en essayant d'appréhender leur faculté de réaction ?

● **Les pistes de travail**

Rendre prioritaire les repas des patients

- Privilégier les repas des patients, dans ce cas, prévoir un fonctionnement réduit des selfs du personnel hospitalier.

Adaptater des produits alimentaires aux conditions particulières

- Prévoir des produits pour la fabrication des repas nécessitant pas ou un minimum de préparation.
- Définir un menu unique qui intègre ces contraintes.

Approvisionnement

- Prévoir un stock adéquat de produits alimentaires en cas d'impossibilité de livraison par les fournisseurs (notamment les produits à conserver à température ambiante).

LE SERVICE RESTAURATION

Stockage des denrées alimentaires

- Prévoir un stock de vaisselle à usage unique pour éviter une surcharge de travail au niveau des agents de restauration et du personnel des unités de soins chargés du nettoyage de la vaisselle.

Fournisseur – Clauses du contrat

- Délai de livraison
- Société apte à stocker un stock tampon de secours (difficile à mettre en place)
- Existe-t-il un plan de secours en cas d'incident majeur ?

Protocole de travail spécifique

- Mettre en place une procédure dégradée sur l'ensemble du processus de production et distribution des repas intégrant les contraintes particulières, notamment le pourcentage d'agents absents.
- Démarche qualité dans les conditions particulières
- Assurer la Qualité sanitaire et réglementaire des repas servis aux patients.
- Unité de production est délocalisée du site
- Livraison dans les offices des unités de soins
- La connaissance précise du nombre de points de livraison s'avère alors indispensable. Identifier les points de livraison et le personnel nécessaire – camion de livraison
- Organisation du transport entre le lieu de production et les offices alimentaires dans les unités d'hospitalisation
- Prévoir un stock tampon de produits alimentaires dans les offices alimentaires en cas d'impossibilité de livraison des services logistiques ?

Préparation des repas

- Préparation des plateaux effectués par les hôtelières au sein des offices des unités de soins à l'aide des cartes de plateaux nominatives individuelles des hospitalisés
- La remise en température des assiettes cuisinées est effectuée à l'office de l'unité de soins
- Utiliser au maximum de la vaisselle à usage unique.

Personnel

- Comptabiliser le personnel strictement nécessaire au fonctionnement de l'unité de production
- Encadrement nécessaire - Nombre de personnel, aide soignant formés à la fonction hôtelière à la prise de commandes informatisées des repas.
- Personnel de soins
- Distribution des repas et petit déjeuner
- Prise de commande des repas

Durant la crise, des réunions associant les responsables des services de soins et le personnel hôtelier doivent être organisées pour juger les prestations.

PARTIE III : ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS

MISE EN PLACE D'EXERCICES

Les exercices et simulations de crise revêtent une importance majeure dans la mesure où ils testent le bon fonctionnement général du dispositif. Ces exercices doivent avoir lieu à plusieurs niveaux :

- En interne à l'établissement : le première exercice à mener est de tester l'opérabilité de la cellule de crise, dont l'importance est décisive. D'autres exercices mettant à contribution un grand nombre de professionnels de santé différents doit par ailleurs être organisé.
- Au niveau départemental et régional, dans une logique inter établissement et coordination ville/hôpital.


La réalisation d'un exercice n'implique pas systématiquement un rappel de personnel et l'organisation d'un afflux de victimes fictives aux urgences. Les tests peuvent être réalisés sous forme d'exercices sur papier en ciblant des objectifs. Il ne paraît pas recommandé de déclencher un plan blanc fictif dans un établissement sans avoir testé préalablement un certain nombre de circuits de fonctionnement.

● Les questions à se poser

- Avez-vous mis en place un groupe de pilotage pour la préparation de l'exercice ?
- Avez-vous ciblé le ou les objectifs visés ?
- Avez-vous élaboré un scénario crédible en lien avec les objectifs ?
- Avez-vous déterminé une grille d'évaluation ?
- Avez-vous la possibilité de faire appel à des observateurs extérieurs ?
- Avez-vous déterminé le mode de déclenchement et le fil conducteur de l'équipe d'animation ?
- Avez-vous prévu une ou plusieurs séances d'évaluation et les modalités de

● A RETENIR

Le document fournit en annexe rassemble des pistes de travail pour organiser un exercice de gestion de crise au sein de l'établissement.



**Vous pouvez consulter
toutes les informations
sur le site :
www.grippeaviaire.gouv.fr**

**Info'Grippe Aviaire
0 825 302 302
(0,15€ par minute)
Numéro d'appel ouvert 7 jours / 7
De 8h00 à 20h00**

Une seconde version de ce document de travail sera disponible à partir du 18 Janvier 2006.

Le guide de recommandation définitif devrait paraître en février 2006.

ANNEXE :

L'EXERCICE

DE GESTION DE CRISE

L'exercice de gestion de crise

Tous les directeurs qui ont eu à gérer une crise reconnaissent l'aide apportée par l'expérience acquise grâce aux exercices. Il est à noter que l'évaluation des modalités de réactions face à une situation de crise fait partie d'une démarche qualité et rentre dorénavant dans le processus d'accréditation.

Si les centres hospitaliers apparaissent spontanément comme les plus impliqués, les établissements du secteur privé peuvent être amenés à participer à la gestion d'une crise d'envergure. Ainsi, tous les établissements de santé sont donc sollicités, par les pouvoirs publics, pour mettre en œuvre des exercices de gestion de crise.

Ceux-ci visent principalement à mettre en situation l'ensemble des acteurs à la gestion de crise et à évaluer les capacités (davantage d'ailleurs de l'organisation que des hommes) à faire face à une situation mettant en danger le fonctionnement de l'institution et compromettant ses missions.

Il est impératif de considérer le fait que l'exercice nécessite en amont une préparation importante et qu'un exercice insuffisamment préparé conduit à des effets contre-productifs.

Les recommandations qui suivent ont vocation à constituer une aide méthodologique aux chefs d'établissement ayant décidé de conduire un exercice de gestion de crise. S'il n'existe pas de réponse normée en matière de gestion de crise, chaque établissement s'inscrivant dans un environnement spécifique, en revanche, le questionnement vis-à-vis de cette thématique peut être standardisé.

Dix éléments fondamentaux figurent d'emblée, éléments dont l'absence de mise en œuvre pourrait compromettre la démarche. Viennent ensuite, sous forme de « fiches techniques » divers développements sur l'exercice de gestion de crise, abordés successivement dans un principe chronologique de progression de l'exercice : préparation, déroulement et évaluation.

Cette réflexion est assortie en annexe d'un scénario type d'exercice.

Les 10 fondamentaux de l'exercice de gestion de crise

1. Un exercice pour quoi faire : rassurer les autres ou s'assurer soi-même

« Exercice démonstration »

Le premier type d'exercice concerne celui qui a vocation à essayer de démontrer à des tiers l'aptitude de l'organisation à répondre à ses missions quel que soit le cas de figure y compris celui d'un événement critique.

En fait, il s'agit, dans l'esprit des promoteurs d'une telle démarche, de rassurer. Ce type d'exercice ne sera pas évoqué plus avant.

« Exercice formatif »

Construire un exercice de gestion de crise, c'est mettre en place une démarche pédagogique visant d'une part l'apprentissage, d'autre part l'évaluation.

L'apprentissage

L'exercice doit pouvoir constituer un moment de l'organisation sanitaire où, de façon didactique, se construisent des mécanismes susceptibles d'être reproduits après qu'ils ont été intégrés dans un ensemble de connaissances plus vaste.

L'évaluation

Dans une visée pédagogique, la capacité des acteurs à évaluer les effets concrets de leurs actions constitue *de facto* un but en soi.

2. L'exercice n'est pas un début mais l'aboutissement d'une réflexion préalable

Il doit être clairement établi que l'exercice n'est pas le moment zéro d'une démarche de gestion de crise, mais plutôt l'aboutissement de la phase relative à la préparation de l'organisation confrontée à une crise de quelque nature que ce soit. L'exercice va venir confirmer ou infirmer la pertinence de la construction du plan blanc en l'éprouvant. Il devra donner lieu à des actions correctrices.

3. L'exercice éprouve différemment les décideurs et les exécutants

La conception de l'exercice peut avoir deux objectifs selon que celui-ci a vocation à tester l'organisation du système de prise de décision ou tester la mise en œuvre concrète du plan

4. L'exercice contient des incontournables

Il n'existe pas de gestion de crise qui puisse faire l'économie d'une au moins des sept fonctions incontournables ci-après désignées et qui, dans le cadre d'un exercice global ou d'exercices partiels successifs, doivent être confortées :

- le fonctionnement de la cellule de crise ;
- la prise en charge, tant qualitative que quantitative des patients ;
- la chaîne logistique ;
- le rappel des personnels ;
- la communication interne, externe, les médias ;
- le schéma de l'alerte ;
- les systèmes d'information.

5. Le principe de progressivité dans la complexité

Un établissement qui met en œuvre un exercice doit impérativement mesurer son aptitude à faire face à des événements classés dans un ordre de complexité croissant.

Il serait contre-productif de construire un exercice de type NRBC par exemple, sans avoir pris la précaution préalable d'une expérience acquise au cours des années en s'exerçant sur des scénarios plus simples.

6. L'exercice peut être global ou partiel

Avant d'engager l'institution tout entière dans un exercice qui met en jeu tous les éléments constitutifs de la gestion de la crise, il peut être profitable de les tester successivement, dans une démarche progressive.

7. Compter sur une équipe plus que sur un homme

La réflexion sur l'organisation à mettre en œuvre en cas de crise intègre la notion d'équipe. Si seul, le responsable de l'établissement décide, en revanche, les éléments de la décision sont construits collectivement, appelant des compétences issues notamment du corps de direction, médical, soignant, technique. Il est clair que l'équipe qui pilote une crise doit savoir prendre des libertés par rapport au plan blanc conçu comme une matrice, comme un cadre général ayant vocation à être ajusté en fonction des événements.

8. Inscrire l'exercice dans une démarche pluriannuelle

La mise en œuvre d'un exercice ne se conçoit qu'intégrée 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.

9. L'autoévaluation : le point de départ

Avant de mettre en œuvre quelque action que ce soit, dans le domaine de la gestion de crise, il convient de construire un diagnostic, une autoévaluation permettant de situer l'établissement dans ses capacités de réponses.

10. L'évaluation - réajustement

La capacité de l'institution à construire une analyse précise à l'issue d'un exercice ou d'une crise constitue, bien entendu, un élément essentiel du processus d'apprentissage.

Les conclusions de l'évaluation doivent être prises en considération et déboucher sur des actions correctrices lorsqu'elles sont nécessaires.

Une directive interministérielle du 15 novembre 2004 relative à la politique nationale d'exercices de défense et de sécurité prévoit l'organisation d'exercices dont l'objectif est de tester régulièrement les procédures et les mesures prévues par les plans gouvernementaux et ministériels (biotox, piratox...) afin d'identifier les dysfonctionnements dans les chaînes de gestion de crise et de proposer les modifications appropriées.

Le champ d'application de chaque scénario peut intégrer une dimension internationale.

Les exercices nationaux peuvent impliquer plusieurs ministères, les échelons déconcentrés, les collectivités territoriales, et les opérateurs publics et privés.

La politique d'exercices au niveau zonal et départemental incombe aux préfets de zone.

Une démarche de retour d'expérience, commune à tous les types d'exercices, sera engagée dès la planification initiale.

fiche

Conception et déroulement d'un exercice

Conception et déroulement d'un exercice

La conception, l'organisation et le suivi de l'exercice nécessitent comme préalable la mise en place d'un comité de pilotage pluridisciplinaire, sous l'égide du directeur de l'établissement, qui a pour mission de :

- définir l'objectif,
- concevoir le scénario,
- déterminer les moyens nécessaires,
- organiser les conditions d'animation et d'observation de l'exercice,
- définir les modalités d'évaluation de l'exercice.

Les questions à se poser

Comment définir l'objectif de l'exercice ?

Que souhaite-t-on tester ?

- Une partie du plan blanc ?
- Le plan blanc dans son ensemble ?
- Une annexe (NR, B ou C) du plan blanc ?

Quel est le contexte externe ?

- Quelles sont les orientations stratégiques du schéma départemental des plans blancs ?
- Quelle est la place de l'établissement dans le schéma départemental ?
- Quelle est la nature des risques locaux (entreprises classées Séveso, nucléaire, inondations, feu...)?

Quel est le contexte interne ?

- Quelle est l'expérience acquise à l'occasion de crises antérieures ?

- Où en est l'expertise produite dans le cadre d'une réflexion préalable ?
- Existe-t-il un plan blanc finalisé ou est-on en cours d'actualisation ?
- Où en est l'institution dans sa démarche d'exercice ?

Quel scénario concevoir ?

- Le scénario finalisé de l'exercice est-il en lien avec l'objectif défini au départ ?
- Est-il adapté à la taille, à la mission, à la culture de l'établissement ainsi qu'au niveau d'expertise des professionnels ?
- Est-il compatible avec le maintien d'une sécurité d'accueil et de traitement des patients réels ?
- L'exercice est-il inopiné ou annoncé ?
- À quel moment déclencher l'exercice ?
- Le scénario doit-il prévoir des pauses permettant des réajustements immédiats ?
- Le scénario prévoit-il des événements intercurrents ?
- Quel est le circuit d'information pour confirmer les étapes du scénario et le timing de l'exercice ?
- Le scénario prévoit-il un déroulement sur un « temps compressé » (trois jours réels réduits en un jour par exemple) ?
- À quel moment, sur quels critères, selon quelles modalités, l'exercice sera-t-il déclaré comme terminé ?
- Quels seront les critères d'évaluation de l'exercice ?

35

fiche

Quels sont les moyens ?

- Quelle est la méthodologie employée ?
- Le contenu du plan blanc est-il à jour (logistique... numéros de téléphone, liste des personnels à rappeler...)? A-t-il fait l'objet d'une autoévaluation ?
- Quels sont les moyens humains à mobiliser (nombre et qualité) ?
- Si de « fausses victimes » (plastons) interviennent dans l'exercice : qui sont-elles ?
- Quels sont les services qui sont mobilisés ?
- Quels sont les matériels utilisés ?
- Comment identifier les observateurs, les animateurs, les invités ?
- Faut-il associer des partenaires extérieurs (sapeurs pompiers, gendarmes, médecins généralistes) ?
- Y a-t-il des documents (listing des intervenants...) et supports pédagogiques à préparer ?
- Qui se charge des invités ? Peuvent-ils accéder à l'ensemble des services ?
- Quelle est la conséquence financière des moyens engagés ?

Comment organiser l'animation et l'observation ?

- Qui seront les animateurs, les observateurs ?

Pour les animateurs

- Quel est leur rôle précis ?
- Disposent-ils d'une marge de manœuvre ?
- Quels sont les documents et supports à préparer (fil conducteur de l'exercice, rôle de chaque animateur...)?

- Les réunions de cadrage des animateurs ont-elles permis de cibler tous les aspects du déroulement de l'exercice ?

Pour les observateurs

- Pour les observateurs étrangers à l'institution, faut-il organiser une réunion pour annoncer l'objectif et le déroulement de l'exercice ? pour cibler des points particuliers nécessitant une évaluation systématique ?
- Sont-ils répartis préalablement ou l'observation est-elle globale ?

Comment préparer l'évaluation de l'exercice ?

- Quels sont les indicateurs ?
- Comment centraliser les remarques des observateurs ?
- Quelle est la date du débriefing ?
- Quelles sont les modalités de remontée des informations ?
- Qui est chargé de la synthèse ?
- Qui est chargé des réajustements ?

Les pistes de travail

La définition de l'objectif

Niveau de complexité : il dépend du niveau des exercices préalables : une progression dans la complexité est souhaitable. Ainsi, les exercices NRBC succèdent à des exercices plus classiques.

fiche

Exercice global ou partiel

- L'exercice global doit être l'aboutissement de tests préalables.

Ces derniers portent sur le rôle fondamental de la cellule de crise, du directeur, la communication entre la cellule de crise et les services concernés. L'expérience montre que des études de cas, des mises en situation itératives sur de courtes durées (une demi-journée), et dans un secteur très limité d'activité, peuvent contribuer à l'acquisition d'une réelle maîtrise pour ceux qui se trouvent confrontés ensuite à une crise.

- Les cibles d'exercices partiels doivent concerner *a minima* :
 - la cellule de crise,
 - la communication interne, externe (tutelles, médias...),
 - l'afflux des victimes : tri, identification, orientation...,
 - la diffusion de consignes claires en situation de crise, le schéma de l'alerte,
 - les systèmes d'information.
- Il est souhaitable d'éviter de polariser les exercices sur le seul secteur des urgences.
- Certains aspects de la réalité d'une crise ne peuvent être évalués à leur juste valeur au cours d'un exercice : arrivée simultanée des journalistes..., appels multiples des familles...

Le scénario**Les réajustements immédiats**

- Une suspension temporaire de l'exercice peut être justifiée pour opérer des réajustements immédiats et éviter que le dysfonctionnement d'une phase ne compromette la suivante.
- Ces pauses sont, en règle générale, réservées à des exercices partiels (par exemple, l'opérationnalité de la cellule de crise).

Le temps compressé

Ce choix modifie le jeu des acteurs et les comportements. L'évaluation est plus complexe.

Un exercice inopiné ou annoncé

L'effet de surprise ne se justifie que si le personnel est déjà entraîné. L'exercice inopiné sera

réservé dans un premier temps à des objectifs très ciblés : la vérification des circuits de l'alerte, le rappel des personnels...

Le moment du déclenchement

Le choix du moment de déclenchement de l'exercice est déterminant. Il sera judicieusement retenu en fonction de l'objectif défini et de la nécessité de garantir la qualité des soins. Si le test concerne par exemple le délai de constitution de la cellule de crise, il peut être préférable de choisir un dimanche ou un jour férié.

Le coût de l'exercice et la compensation doivent être estimés au moment de la préparation du scénario car peuvent conditionner celui-ci.

Les modalités d'organisation

Il peut être nécessaire d'envisager une information à destination du public sur la tenue d'un exercice.

La méthodologie

La méthodologie employée peut aller de l'exercice cadre (étude de cas sur papier) jusqu'à la simulation « grandeur nature ». Le type d'exercice dépend de l'objectif poursuivi. Pour tester les capacités décisionnelles, un exercice cadre peut suffire. Pour tester les capacités de mise en œuvre, la mobilisation effective des moyens est nécessaire. Exemple de type d'exercices :

- face à une situation théorique, quelles sont les décisions essentielles prises par la cellule de crise dans les dix premières minutes ? puis analyse de ces décisions ;
- estimation des capacités en lits disponibles à T 0, T + 1h, T + 6h avec appels dans les services dans un contexte d'afflux supposé... ;
- Arrivée de plastrons en nombre dans le service des urgences...

Les messages de déclenchement et de fin d'exercice, explicites, rôdés et connus de tous sont élaborés.

Une convention d'exercice, formalisée, servira de document de référence aux différents participants.

Intervenants - Invités

Figurant : personne jouant un rôle.

Plastron : personne qui joue le rôle de la victime et porte une pancarte sur la poitrine précisant les données cliniques.

Acteur : personnel institutionnel qui joue l'exercice.

Observateur : personne chargée d'observer le déroulement des séquences notamment sur la base d'items prédéterminés pour nourrir l'évaluation.

Animateur : personne chargée d'actionner le scénario de l'exercice.

Invité : personne autorisée à assister aux phases du déroulement de l'exercice sans rôle particulier.

Des fiches d'observation sont préétablies

Les intervenants

Les acteurs

La participation aux exercices est obligatoire pour l'ensemble des personnels. Dans le cadre d'une première expérience, il peut être judicieux de mobiliser des acteurs volontaires sur un exercice partiel.

Les observateurs

Ils peuvent contribuer à la préparation de l'exercice et adoptent, pendant son déroulement, une attitude neutre afin de ne pas induire ou modifier les comportements. Les observateurs seront retenus en nombre suffisant et sur la base de compétences *ad hoc*.

Les figurants

- Les plastrons

Lors d'une réunion préalable, ils sont informés du rôle qu'ils ont à jouer individuellement et des évolutions possibles du scénario. Une pancarte avec les éléments cliniques non simulables (pouvant être évolutifs) renseigne les acteurs sur l'état de la victime.

- Les autres

Des figurants peuvent jouer le rôle des familles, des journalistes...

Les animateurs

Une fiche de tâche issue du scénario précise le rôle propre de chacun des animateurs avec un horaire précis.

Les invités (médias, usagers...)

Un professionnel, au fait du sujet du scénario, accompagne les invités pour une meilleure compréhension de l'exercice.

Pour certaines personnes extérieures à l'établissement, une convention préalable et une information à la compagnie d'assurance adaptée peuvent être nécessaires.

Les moyens

Un réseau de communications dédié (portables, radios...) sera prévu pour les animateurs et le comité de pilotage afin d'intervenir en cas d'aléas, de s'informer mutuellement du déroulement de l'exercice et de prendre connaissance des événements notables.

Une équipe chargée de la sécurité est constituée pour accueillir, diriger, faire circuler et filtrer toute personne entrant dans l'établissement.

Un responsable est chargé de l'encadrement de chaque groupe : visiteurs, observateurs..., pour :

- maîtriser la gestion du temps ;
- contrôler les déplacements ;
- recueillir les questions posées et les remarques
- apporter les réponses aux questions.

Des brassards, des badges seront mis à disposition de toutes les personnes impliquées.

Une équipe médicale d'intervention sera dépêchée sur les lieux de l'exercice pour faire face à d'éventuels problèmes sanitaires réels dans le cours de l'exercice.

Les modalités de remise en état du site sur lequel s'est déroulé l'exercice sont envisagées d'emblée.

Un dossier documentaire à destination des invités et médias sera constitué.

La main courante relatant le déroulement chronologique des événements est tenue au niveau de la cellule de crise de l'exercice.

36

Évaluation d'un exercice

L'évaluation de l'exercice est une étape essentielle dans le processus d'amélioration du plan blanc de l'établissement. Elle s'appuie notamment sur le retour d'expérience et les réajustements qui en découlent.

Selon la définition proposée par l'École nationale des Mines, «*le retour d'expérience est un outil de management, utilisé par l'encadrement pour identifier les causes de dysfonctionnement par l'analyse des faits (séances de débriefing, interviews, etc.) et pour en tirer des leçons (nouvelles consignes, modifications organisationnelles, etc.)*». Ainsi, «*la nécessité de tirer des enseignements des incidents, dysfonctionnements, quasi-accidents, accidents ou crises pour éviter leur répétition, de procéder à des retours d'expérience est aujourd'hui assez généralement admise et même considérée comme essentielle pour la survie de certaines activités à risques. Mais, quelle que soit la reconnaissance de cette nécessité, diverses contraintes pèsent sur le développement des pratiques de retour d'expérience, déterminant assez étroitement les formes mêmes qu'elles peuvent prendre, les solutions qui tendent à être privilégiées*» (Gilbert 2001).

Les questions à se poser

L'exercice a-t-il permis de :

- répondre aux objectifs fixés ?
- mettre en évidence d'autres objectifs à tester ?
- mesurer les écarts entre les procédures proposées et la simulation ?
- proposer des réajustements ?
- passer à un niveau supérieur de complexité ?
- confirmer les missions confiées à l'établissement dans le schéma départemental des plans blancs ?

Comment recenser et mettre en valeur tout ce qui est productif au cours de l'exercice pour l'exploiter ?

- Quelles grilles ? quels outils ? quels critères d'évaluation ?
- Quels modes d'observation ?
- Comment intégrer l'audiovisuel ? Certaines séquences particulières ont-elles intérêt à être filmées ?
- Qui décide, qui pilote et qui contrôle les réajustements à opérer ?
- Quelle forme donner au débriefing immédiat et à distance : un forum pour mettre chacun en présence ? par intranet ? par questionnaires complétés individuellement ou par équipe... ?
- Qui anime le débriefing ?
- Comment y associer le plus grand nombre et ménager le temps d'expression de chacun ?
- Le débriefing doit-il être organisé par secteur ?
- Quelles règles « éthiques » respecter au cours du débriefing ?

36

fiche

Les pistes de travail

- Les modalités et critères d'évaluation doivent :
 - permettre d'exploiter et de partager les expériences avec d'autres établissements,
 - être préparés et connus à l'avance,
 - être similaires à ceux qui pourraient être utilisés en post-alerte ou post-crise,
 - permettre de mesurer des écarts entre un résultat souhaité et le résultat observé.
- La forme des grilles d'observation reste simple afin de ne pas apporter de contraintes de remplissage pouvant limiter le champ de l'observation.
- Les objectifs de départ et les résultats attendus servent de support pour valoriser les points positifs relevés pendant le déroulement de l'exercice.
- L'expression libre des observateurs complète utilement les grilles d'observations.
- L'évaluation comporte :
 - une analyse globale concernant l'institution dans son ensemble (si exercice global),
 - une analyse secteur par secteur, service par service et *a minima* par grandes fonctions :
 - activation de la cellule de crise,
 - rappel et ou maintien des personnels,
 - les chaînes logistiques,
 - le cheminement de l'alerte,
 - le flux des familles, des médias,
 - la libération et la recherche des lits,
 - la communication,
 - les systèmes d'informations.

- Les erreurs ou dysfonctionnements sont utilisés positivement pour permettre un réajustement sans jugement de valeur.
- La conduite de l'animation du débriefing est déterminée au moment de la préparation du scénario. L'organisation du débriefing est confiée au comité de pilotage du plan blanc qui aura contribué aussi à la préparation de l'exercice.
- Le premier débriefing est organisé immédiatement après l'exercice et favorise l'expression spontanée de l'ensemble des participants, sans se limiter à l'encadrement.
- Le débriefing à distance ne doit pas se faire dans un délai supérieur à 15 jours après l'exercice.

Les points particuliers

- Les observateurs ont une expérience des fonctions évaluées et veillent à garder une attitude neutre. Ils s'appuient sur des éléments factuels et établissent un rapport final à chaque étape.
- L'utilisation d'images d'acteurs est négociée avant toute utilisation.
- Tous les participants notent leurs impressions, leurs remarques immédiatement après l'exercice sinon il y aura reconstruction socio-mentale avec le temps qui passe.
- Un « moment de convivialité », dès la fin de l'exercice, favorise les échanges informels et clôture la phase opérationnelle.

fiche

36

Évaluation d'un exercice

Annexe

Élaboration du rapport final

Ce document est constitué à partir des éléments essentiels relatifs à la conception, au déroulement et à l'évaluation de l'exercice. Il préconise des mesures correctrices. Certains éléments du rapport seront, le jour venu, destinés à l'élaboration d'une base de données nationales qui contribuera utilement à l'amélioration d'un savoir collectif.

- La méthodologie de rédaction du rapport est commune aux situations de crise et d'exercice.
- Les rédacteurs sont identifiés au moment de la préparation de l'exercice.
- Le document présenté au sein de l'établissement comporte le plan d'actions correctrices à court, moyen et long terme.
- Le rapport final est établi dans le mois suivant l'exercice et proposé par le comité de pilotage.
- Les éléments contenus dans ce document sont factuels, mesurables et exploitables.

Le rapport final comprend notamment :

- les objectifs ;
- le thème de l'exercice, résumé du scénario.
- le déroulement de l'exercice :
 - Quelles ont été les actions et initiatives ayant contribué à l'efficacité du dispositif mis en place ?
 - Quels ont été les difficultés particulières, les dysfonctionnements ?
 - Quelles ont été les dispositions prises pour y faire face ?

Il convient de détailler l'organisation des fonctions suivantes :

- modalités d'activation de la cellule de crise,
- cheminement de l'alerte,
- rappel ou maintien des personnels,
- chaînes logistiques,
- flux des familles, des médias,
- circuits de communication interne, externe,
- systèmes d'information ;
- les propositions de réajustement :
 - Quelles sont les priorités ?
 - Quelles en sont les modalités ?
 - Quelle est la programmation ?
 - Que peut-on réajuster immédiatement ?

La synthèse extraite du rapport final est diffusée en interne et auprès des autorités sanitaires.

