

# Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles

2014

# Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles

2014



# Glossaire

## A

AMAVI	Accueil massif de nombreuses victimes non contaminées
ARS	Agence régionale de santé
ARSZ	Agence régionale de santé de zone de défense et de sécurité

## C

CAI	Centre d'accueil et d'information du public
CESU	Centre d'enseignement des soins d'urgence
CODAMUPS	Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
COREB	Coordination des urgences infectieuses et du risque épidémique et biologique
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectif et de moyen
CSP	Code de la santé publique
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels

## D

DDRM	Dossier départemental sur les risques majeurs naturels et technologiques
DGARS	Directeur général de l'agence régionale de santé

## E

EPRUS	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
EMS	Établissement médico-social
ES	Établissement de santé
ESR	Établissement de santé de référence

## H - I

HIA	Hôpital d'instruction des armées
InVS	Institut de veille sanitaire

## L - N

LABM	Laboratoire de biologie médicale
NOVI	Nombreuses victimes
NRBC	Nucléaire radiologique biologique chimique

## O

ORSAN	Organisation de la réponse du système sanitaire
ORSEC	Organisation de la sécurité civile
ORU	Observatoire régional des urgences

## P

PBE	Plan blanc élargi
PCS	Plan communal de sauvegarde
PSM	Poste sanitaire mobile
PZM	Plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires

## R

REB	Risque épidémique et biologique
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
ROR	Répertoire opérationnel des ressources

## S

Samu	Service d'aide médicale urgente
SCMM	Samu de coordination médicale maritime
SDACR	Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
Smur	Service mobile d'urgence et de réanimation
SPRA	Service de protection radiologique des armées
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SRP	Schéma régional de prévention
SSA	Service de santé des armées
SSE	Situation sanitaire exceptionnelle
SSSM	Service de santé et de secours médical
SU	Service d'urgence

## T - U

TS	Transporteur sanitaire
UA	Urgence absolue
UR	Urgence relative
URPS	Union régionale des professionnels de santé

# Sommaire

<b>Présentation du guide</b>	<b>7</b>
<b>Principes de l'organisation de l'offre de soins en situation exceptionnelle</b>	<b>9</b>
Cadre général	11
Le schéma ORSAN	14
Les plans de renfort	17
Le plan blanc élargi	17
Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires	18
Articulation avec le dispositif ORSEC	19
<b>Rôle des acteurs du système de santé</b>	<b>21</b>
L'agence régionale de santé	23
Les établissements de santé	24
Les professionnels libéraux	27
Les établissements médico-sociaux	28
La réserve sanitaire	28
Les autres acteurs de la réponse	29
<b>Méthodologie d'élaboration</b>	<b>31</b>
La synthèse des risques et des effets à obtenir	33
La cartographie des risques	33
La définition des effets à obtenir	34
La prise en compte des ressources sanitaires	36
L'élaboration des volets du schéma ORSAN	39
L'élaboration des annexes du PBE	40
L'évaluation et le retour d'expérience	41

<b>Les modèles de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles</b>	<b>43</b>
ORSAN BIO	45
ORSAN EPI-VAC	49
ORSAN NRC	53
ORSAN AMAVI	56
ORSAN CLIM	59
Annexe du PBE - Évacuation d'un (ou plusieurs) établissement(s) de santé ou medico-social	62
Annexe du PBE - Campagne de vaccination de masse dans des centres dédiés	64
Annexe du PBE - Distribution de produits de santé en dehors du circuit pharmaceutique	65
<b>Annexes</b>	<b>67</b>
Annexe 1 : Organisation de la gestion de crise	68
Annexe 2 : Samu de zone	69
Annexe 3 : Tableau de synthèse de typologie des risques et des capacités de réponse	70

# Présentation du guide

La préparation, dans le domaine sanitaire, a évolué ces dernières années suite à différentes crises. La politique de planification basée sur des plans interministériels ou ministériels spécifiques et « autoporteurs »<sup>1</sup> s'est progressivement réorientée vers la définition de stratégies générales de réponse déclinées en guides et outils pratiques pour une mise en œuvre opérationnelle par les acteurs de terrain<sup>2</sup>.

Au niveau territorial, initialement centrée sur les opérateurs (plan blanc des établissements de santé) dont l'intervention était généralement coordonnée à l'échelle départementale via le plan blanc élargi (PBE), la préparation tend, avec la création des agences régionales de santé (ARS), à s'organiser sur une maille régionale et à prendre en compte toutes les composantes de l'offre de soins (hospitalière, libérale, médico-sociale).

Il est donc apparu nécessaire de fournir aux ARS un **dispositif intégré de préparation** ayant pour objet de déterminer toutes les mesures organisationnelles nécessaires pour que le système de santé puisse monter en puissance lors de tous types d'événements inhabituels susceptibles de le mettre en tension ou de perturber son fonctionnement.

À cette fin, est mis en place le **dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles dit « ORSAN »** qui comprend :

- un schéma de planification relatif à l'organisation du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles, appelé schéma ORSAN ;
- des mesures d'attribution et de gestion des moyens de réponse (ex : Postes sanitaires mobiles (PSM)) ;
- des orientations relatives à la formation des professionnels de santé.

---

1 - Plan variole, guides « peste-charbon-tularémie »...

2 - Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale » (2011), Plan gouvernemental NRBC (2010)...

**Le schéma ORSAN présenté dans ce guide** a vocation à prédéfinir et structurer, dans une logique régionale et zonale, les parcours de soins des patients adaptés aux événements et les modalités de leur coordination entre les acteurs concernés. Élaboré à partir du projet régional de santé (PRS) et des principaux scénarios auxquels le système de santé peut être confronté, il intègre toutes les dimensions de l'offre de soins (hospitalière, médico-sociale, libérale...). Ces éléments font l'objet d'une **fiche synthétique départementale** pouvant être intégrée dans les plans de défense et de sécurité et sont déclinés par les opérateurs de soins dans les plans blancs des établissements de santé et les plans bleus des établissements médico-sociaux.

Par ailleurs, il est également envisagé qu'un recours à des ressources complémentaires spécifiques soit nécessaire. Des plans de renfort sont ainsi établis aux échelons d'intervention des préfets dans le cadre de l'organisation gouvernementale de la gestion de crise (département et zone de défense et de sécurité) : le plan blanc élargi et le plan zonal de mobilisation.

Le présent guide propose ainsi aux directeurs généraux des agences régionales de santé (DGARS), un cadre général de planification permettant de répondre à leurs besoins ainsi qu'aux demandes de planification opérationnelle des préfets, quelle que soit la nature de l'événement.

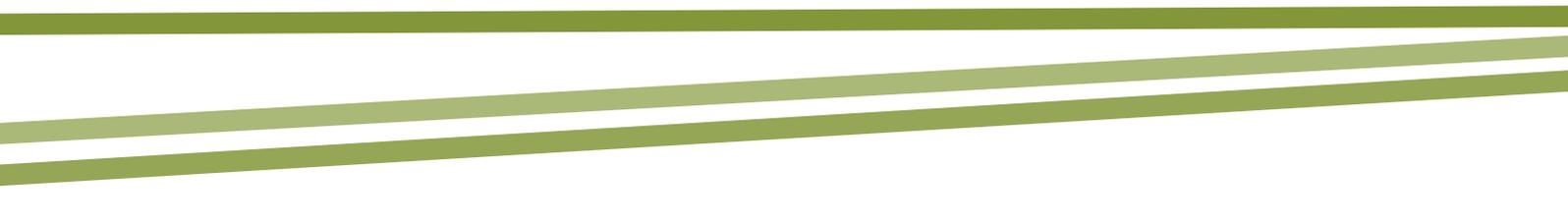
Il présente :

- l'articulation entre les dispositifs (notamment le schéma ORSAN, les plans de renfort, les plans gouvernementaux de défense et de sécurité ou les autres dispositifs opérationnels tel que le dispositif ORSEC) ;
- les rôles des différents acteurs, notamment les ARS, dans la préparation et la mise en œuvre de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- les orientations générales, ainsi que les éléments méthodologiques et techniques pour organiser et adapter l'ensemble des composantes de l'offre de soins territoriale aux événements.

À ce titre, qu'il s'agisse d'un événement géré au niveau territorial ou national, la prise en compte des éléments méthodologiques et techniques fournis doit permettre de garantir une organisation homogène de l'offre de soins. Néanmoins, les spécificités locales doivent également être prises en compte pour garantir l'efficacité de la réponse à la situation sanitaire donnée.



Principes  
de l'organisation  
de l'offre de soins  
en situations  
exceptionnelles





## Cadre général

La réponse sanitaire aux situations exceptionnelles doit permettre d'optimiser la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels, et de garantir la continuité et la qualité des soins, au bénéfice des blessés, malades ou parturientes non directement impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires.

Le cadre général de planification présenté dans ce guide permet de répondre à l'ensemble des demandes de planification opérationnelle des préfets quelle que soit la nature de l'événement considéré. Il repose sur deux notions :

- la notion de « **situation sanitaire exceptionnelle** » (SSE), allant du quotidien à la crise ayant un impact sanitaire de grande ampleur. Elle englobe toutes les situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation de l'offre de soins, qu'elles soient liées notamment à une maladie infectieuse à potentiel épidémique, une catastrophe naturelle, un accident technologique ou encore un acte malveillant. Cette notion très large, intégrée au Code de la santé publique, a vocation à permettre le développement d'un véritable continuum entre le fonctionnement « habituel » du système de santé et la réponse opérationnelle aux crises de grande ampleur ;
- la notion d'« **effets à obtenir** », qui en terme de relation entre les préfetures et les ARS opère le passage d'une logique de moyens recensés au niveau du département à une logique de « conséquences sanitaires » d'un événement à traiter, servant de base à la définition d'une organisation adaptée des soins.

L'objectif consiste à rechercher les approches les plus efficaces au sein de chaque territoire, en prenant en compte les particularités et les ressources locales disponibles dans le secteur libéral, pré-hospitalier, hospitalier et médico-social.

Il s'agit de privilégier l'adaptation des parcours de soins utilisés en routine par les patients et de limiter le recours à des dispositifs d'exception aux seules situations pour lesquelles le système de santé ne pourrait agir seul. De surcroît, il convient de mettre en place une organisation cohérente du système de santé permettant de formuler des réponses progressives, strictement adaptées aux besoins de la population et à l'ampleur de l'événement, associant l'ensemble des secteurs de l'offre de soins, tout en restant compatible avec des impératifs éventuels de montée en puissance.

Le renforcement de l'offre de soins du système de santé repose dans un premier temps sur la mobilisation de ses ressources propres, puis, si besoin, sur celle des autres moyens extérieurs.

On entend par **ressources sanitaires, les moyens matériels ou humains relevant du champ de compétence de l'ARS** tels que les établissements de santé, les professionnels libéraux, les établissements médicaux sociaux, la réserve sanitaire

et les produits de santé détenus par l'EPRUS. Par extension, **les ressources extérieures sont celles ne relevant pas du champ de compétence de l'ARS** (centres médicaux des armées, hôpitaux d'instruction des armées, ambulanciers, services d'incendie et de secours et leurs services médicaux, médecins du travail...).

Dans ce cadre, la planification de la réponse à une SSE s'articule autour :

- **d'un socle d'organisation du système de santé en SSE.** Il repose :
  - d'une part sur le **schéma de planification relatif à l'organisation du système de santé en SSE, appelé schéma ORSAN**, ayant pour objet de prédéfinir les parcours de soins des patients à l'échelle régionale ou zonale et de prévoir l'organisation de la montée en puissance coordonnée du système de santé. Il est construit sur la base du schéma régional d'organisation des soins (SROS) et des scénarios auxquels le système sanitaire peut être confronté,
  - d'autre part sur la déclinaison de ce schéma **au niveau des opérateurs de soins** dans les plans blancs des établissements de santé, les plans bleus des établissements médico-sociaux, voire les contrats d'objectifs et de performance des maisons pluridisciplinaires de santé ;
- **des plans de renfort** établis aux échelons d'intervention des préfets dans le cadre de l'organisation gouvernementale de la gestion de crise :
  - le plan blanc élargi au niveau départemental,
  - le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires au niveau de la zone de défense et de sécurité.

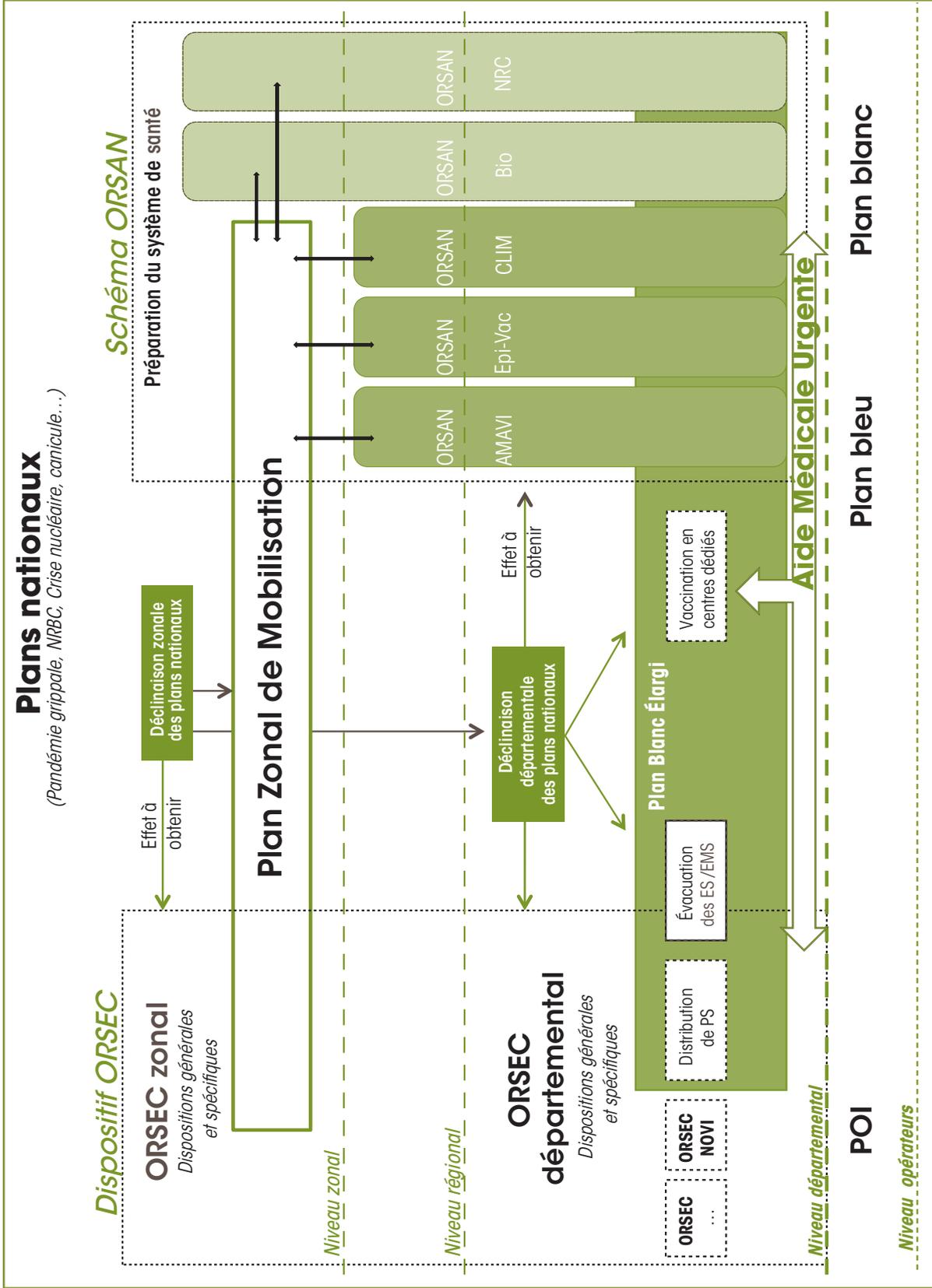
Ainsi, quelle que soit la situation exceptionnelle envisagée et ses conséquences sanitaires, la réponse reposera *a minima* :

- sur les mesures prises au titre du schéma ORSAN, pour adapter les parcours de soins des patients utilisés en routine et organiser la montée en puissance coordonnée du système de santé ;
- et sur les plans d'opérateurs (plan blanc ou le plan bleu) concernés.

De manière concomitante, en fonction de l'ampleur, de la cinétique, des besoins liés à la nature de l'événement dont il est question, un renfort pourra être opéré via le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires et/ou le plan blanc élargi, si les capacités sanitaires locales sont dépassées.

Dans la mesure où leur finalité diffère, ce socle et ces plans de renfort ne sont pas opposés mais complémentaires. La réponse aux SSE s'appuie donc sur une démarche graduée selon laquelle les nécessités de montée en puissance déterminent la nature et le volume de l'engagement des ressources sanitaires et extérieures.

Les ARS et les ARSZ coordonnent leur élaboration à partir des effets à obtenir exprimés par les préfets dans les différents plans de réponse dont ils ont la responsabilité, et veillent à leur articulation avec les autres dispositifs territoriaux de gestion de crise (ex. ORSEC). Ce socle et ces plans de renfort sont mis à disposition de l'autorité préfectorale chargée de la conduite de crise.



## Le schéma ORSAN

Le schéma ORSAN est l'outil central de la **planification de la réponse du système de santé en SSE**. En effet, il est destiné à identifier les adaptations à prévoir sur l'organisation de l'offre de soins pour faire face aux situations pour lesquelles la réponse implique la mobilisation des ressources sanitaires disponibles au niveau territorial. Dans un objectif de cohérence avec l'organisation classique des soins, ce schéma est ainsi élaboré à partir du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins (SROS) et le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).

Il ne constitue donc pas un simple recensement de moyens à l'échelle régionale mais a pour objet de planifier l'organisation de la montée en puissance progressive et coordonnée du système de santé au cours d'événements exceptionnels.

Dans cette optique, il intègre les scénarios de situations susceptibles d'impacter le système de santé et **répond aux « effets à obtenir » exprimés par le préfet au système de santé dans le cadre de la déclinaison ou de la mise en œuvre des plans intersectoriels** (pandémie grippale, terrorisme NRBC, gestion d'une crise nucléaire, chikungunya/dengue, canicule...).

Ce schéma prédéfinit ainsi les parcours de soins des patients et les modalités de leur coordination entre les différents intervenants du système de santé pour répondre aux situations envisagées. En fonction des risques identifiés les parcours de soins sont organisés suivant une logique régionale, ou zonale pour les prises en charge spécifiques (traitement par exemple des maladies émergentes ou du risque nucléaire, radiologique, chimique) nécessitant des moyens rares voire extra-régionaux (laboratoires de sécurité biologique de niveau 3, capacités de réanimation, de prise en charge de grands brûlés...).

Dans ce cadre le schéma ORSAN comprend cinq volets dont :

- trois volets s'inscrivant dans une logique régionale :
  - accueil massif de victimes non contaminées (**ORSAN AMAVI**),
  - prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique (**ORSAN CLIM**),
  - gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé (**ORSAN EPI-VAC**) ;
- deux volets structurés suivant une logique zonale :
  - prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent (**ORSAN BIO**),
  - prise en charge d'un risque NRC (**ORSAN NRC**).

**Le schéma ORSAN s'intègre dans les plans de défense et de sécurité des préfets, notamment sous la forme de fiches synthétiques départementales** décrivant les parcours de soins des patients dans le département concerné et recensant les moyens sanitaires de couverture départementale.

Pour s'adapter à la nature de l'événement et aux besoins de la population, le schéma ORSAN est décliné au niveau des opérateurs de soins : il s'agit pour les structures de soins de tenir compte du rôle qui leur a été attribué au sein des volets régionaux et zonaux et d'intégrer dans leur plan blanc, plan bleu ou contrat d'objectifs et de moyens des maisons pluridisciplinaires de santé, le cas échéant, les dispositions permettant leur mise en œuvre opérationnelle. Le rôle attribué à l'établissement de santé dans les volets du schéma ORSAN fait également l'objet d'une mention dans la fiche interface HAS/ARS établie dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé.

Le schéma ORSAN comprend ainsi les éléments suivants :

- **cinq volets** (dont trois régionaux et deux zonaux) ;
- une **identification des éventuels besoins de renfort zonaux et nationaux** pouvant s'avérer nécessaires au regard des scénarios de situations susceptibles d'être rencontrées et des capacités de réponse existantes dans la région ;
- les **modalités de retour au fonctionnement habituel du système de santé** ;
- une **synthèse des besoins de formation** (recueillis auprès des réseaux régionaux des CESU) **et de leur priorisation**, ayant vocation à intégrer le volet formation du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires ;
- si des écarts entre l'organisation cible déterminée par l'ARS et les capacités des opérateurs existent, le **schéma ORSAN est complété par un document cadre appelé « programme d'actions »**. Ce document vise à mettre en perspective les capacités détenues et les organisations ciblées afin d'envisager les actions correctives à conduire et les réajustements à programmer pour développer les capacités et modalités de réponse nécessaires. À ce titre, il fixe les objectifs à atteindre et identifie les priorités d'actions ainsi que les étapes à franchir pour y parvenir.

Le tableau suivant présente de manière synthétique les situations à traiter et les volets ORSAN correspondants :

Situations à traiter (indépendantes ou simultanées)	Spécificités de la situation	Cinétique	Volets ORSAN	Plans gouvernementaux et dispositif de réponse correspondants
Patients à risques spécifiques	Contaminés NRC	Rapide	ORSAN NRC	- Plan gouvernemental NRBC - Plan national de réponse accident nucléaire ou radiologique majeur - ORSEC
	Contaminés BIO (risques émergents, épidémie ou pandémie)	Rapide	ORSAN BIO ORSAN EPI-VAC	- Plan gouvernemental NRBC - Plan national de lutte « pandémie grippale » - Plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole - ORSEC
Lente		ORSAN BIO ORSAN EPI-VAC		
Rupture matérielle ou humaine de l'organisation de l'offre de soins	Manque de personnel (mouvement social, pénurie hydrocarbure, perturbations climatiques)	Lente à rapide	ORSAN AMAVI ORSAN CLIM	- ORSEC
	Dégradation du fonctionnement des installations (catastrophe naturelle ou technologique, pénurie d'eau ou d'électricité...)	Rapide	ORSAN AMAVI	- ORSEC
Afflux de patients conventionnels	Non contaminés (événements climatiques ; canicule ; catastrophe naturelle ou technologique)	Lente à rapide	ORSAN EPI-VAC ORSAN AMAVI ORSAN CLIM	- Plan national canicule - Plan national grand froid - Plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole - Plan « évacuations massives » - ORSEC

Le schéma ORSAN est arrêté par le directeur général de l'ARS après avis des préfets de département, des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) concernés et de l'ARSZ. Il est révisé annuellement.

**Il revient également à l'ARS de fournir, à la demande des préfets, une fiche synthétique départementale du schéma ORSAN intégrant les volets ORSAN**

**correspondants pour établir le lien avec la déclinaison territoriale des plans nationaux de défense et de sécurité.**

Dans le cadre de l'organisation gouvernementale de gestion de crise<sup>3</sup>, le directeur général de l'ARS peut décider, en fonction de la situation, de mettre en œuvre tout ou partie des mesures d'un (ou plusieurs) volet(s) ORSAN, le cas échéant à la demande du ministre chargé de la santé ou du préfet. **Aussi, leur mise en œuvre peut être totale ou partielle, suivant la nature, l'étendue géographique et la gravité de l'événement considéré.** Dans tous les cas, le DGARS tient informé(s) le(s) préfet(s) de département concerné(s), l'ARSZ et le ministre chargé de la santé de la mise en œuvre de tout ou partie des mesures prises au titre du schéma ORSAN.

## Les plans de renfort

### Le plan blanc élargi

**Le plan blanc élargi (PBE) constitue un outil de réponse à disposition du préfet de département.**

**Il est réservé aux situations pour lesquelles l'organisation du système de santé renforcée ne permet pas, à elle seule, de faire face à l'événement considéré. Il consiste à mobiliser des ressources sanitaires et/ou extérieures par le préfet : soit par mobilisation dans le cadre de conventions préalablement établies, soit par réquisition.**

L'article L.3131-8 du Code de la santé publique (CSP) précise en effet que : « *Si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifient, le représentant de l'État dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social dans le cadre d'un dispositif dénommé plan blanc élargi* ».

Par conséquent, le PBE doit comprendre tous les éléments permettant au préfet de mobiliser rapidement les ressources, quelle que soit leur origine, **en cas de situation ne pouvant être traitée en totalité par le système de santé.**

Il a dorénavant vocation à répondre aux situations dépassant les capacités du système de santé et à définir les modalités d'organisation et de recours à des dispositifs d'exception. Dans ce cadre, il identifie :

- **les critères permettant de cibler les ressources extérieures**, publiques et privées (étatiques, des collectivités, des transporteurs privés, des associations...),

3 - Cf. Circulaire n° 5567/SG du 2 janvier 2012 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures.

Cf. Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS 2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

susceptibles d'être mobilisées par le préfet pour répondre à la situation. Le choix et l'identification de ces ressources sont ainsi opérés par le préfet sur la base des critères fournis par l'ARS ;

- les **modalités de leur mobilisation**, soit via des conventions préétablies, entre l'État et un tiers (acteur public ou organisme privé), soit par le biais d'une réquisition ;
- les **modalités de levée de ces dispositifs d'exception**.

Il comprend notamment **trois annexes élaborées selon les dispositions prévues dans les différentes circulaires envisagées à cet effet** (cf. modèles fournis en dernière partie de ce guide) :

- annexe relative à l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle **dans des centres dédiés** ;
- annexe relative à l'organisation d'une distribution de produits de santé **en dehors du circuit pharmaceutique** ;
- annexe relative à l'évacuation d'un (ou plusieurs) établissement(s) de santé ou médico-social, **lorsque les moyens propres du système de santé sont dépassés**.

Par ailleurs, il doit permettre, **en cas de nécessité et sur proposition du DGARS, de renforcer la mobilisation des ressources sanitaires (humaines ou matérielles) dans le département par le biais de la réquisition**. Quelle que soit la situation, les professionnels de santé bénéficieront d'une indemnisation et d'une réparation des préjudices subis du fait des réquisitions réalisées par le préfet.

Le PBE est arrêté par le préfet de département après avis de l'ARSZ et du CODAMUPS, conformément aux dispositions de l'article R.3131-6 du CSP.

Afin d'avoir une dénomination plus conforme à sa finalité, **ce plan constituera in fine le plan départemental de mobilisation**.

## Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires

Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires est défini à l'article L.3131-11 du CSP. Il a pour objectif de permettre le suivi et la mobilisation des moyens sanitaires zonaux et la répartition des moyens nationaux attribués en renfort pour faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins à l'échelle de la zone de défense et de sécurité.

Il identifie notamment :

- la répartition et les modalités de mobilisation des moyens matériels mobiles au sein de la zone, dits « tactiques », ainsi que les ressources humaines propres à la zone pouvant être mobilisées en renfort ;
- les modalités de suivi de l'offre de soins zonale et notamment des capacités à prendre en charge les pathologies induites par l'exposition à un risque NRBC-E ;

- les modalités de mobilisation des moyens d'autres zones ou de l'État (stocks stratégiques de produits de santé, réserve sanitaire) en renfort en cas de dépassement des capacités de la zone ;
  - le plan de formation et d'entraînement des acteurs de la santé au sein de la zone.
- Les volets ORSAN structurés sur une maille zonale, c'est-à-dire les **volets BIO et NRC**, s'articulent d'emblée avec le plan zonal de mobilisation pour permettre la mobilisation des moyens zonaux et/ou nationaux nécessaires en renfort (capacités de prise en charge rares : labos P3, lits de grands brûlés, PSM 2, produits de santé des stocks nationaux...).
- Le plan zonal de mobilisation est arrêté par le préfet de zone, après avis du comité de défense de zone mentionné à l'article R.1311-25 du Code de la défense.

## Articulation avec le dispositif ORSEC

Le dispositif ORSEC (organisation de la sécurité civile) et le schéma ORSAN ont des finalités différentes. Le dispositif ORSEC sert à organiser la réponse intersectorielle de sécurité civile à différentes situations d'urgence, notamment en matière de secours à personnes.

**Tableau n° 1** Champ d'application du dispositif ORSEC

Protection des populations	Protection des biens et environnement	Fonctionnement dégradé des réseaux
Secourir de nombreuses victimes. Soutenir les populations. Gérer les décès massifs.	Protéger les biens mobiliers et immobiliers. Protéger le patrimoine culturel. Évacuer le cheptel...	Approvisionnement d'urgence. Alimentation électrique. Alimentation en eau potable...

Pour sa part, le schéma ORSAN sert à planifier l'organisation de la réponse du système de santé en matière de dispensation des soins en libéral, en phase préhospitalière ou encore en établissement de santé pour une prise en charge adaptée des patients ou victimes. **Le schéma ORSAN est ainsi complémentaire du dispositif ORSEC.**

Les mesures prises au titre du dispositif ORSEC ou du schéma ORSAN peuvent ainsi être mises en œuvre séparément ou concomitamment. Lorsqu'il s'agit de prendre en charge de nombreuses victimes par exemple, le volet ORSAN AMAVI s'articule avec l'ORSEC Novi pour dispenser les soins aux victimes.

Par conséquent, l'aide médicale urgente (AMU), compte tenu de sa mission et de son rôle de « porte d'entrée » dans le système de soins, sert d'interface entre les deux dispositifs. Elle constitue une ressource du système de santé qui participe

à l'ORSEC pour la prise en charge préhospitalière des victimes sur le terrain, puis, elle amorce l'ORSAN en introduisant les patients dans les filières de soins d'aval. En effet, le système de santé participe à l'ORSEC par la prise en charge préhospitalière des urgences médicales, en collaboration avec les services médicaux des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS). Le schéma ORSAN constitue ainsi le prolongement, en aval, de la régulation des patients par le Samu.

# Rôle des acteurs du système de santé



Afin de gérer une SSE, le système de santé doit répondre aux objectifs généraux d'organisation suivants :

- anticiper les conséquences de l'événement en terme d'impact sur l'organisation de la permanence et la continuité des soins ;
- assurer la prise en charge sanitaire des personnes ;
- éviter les perturbations de l'offre de soins, en réduisant notamment la vulnérabilité des installations (alimentation en eau, électricité, approvisionnement...) ;
- s'assurer du fonctionnement optimal du système en mode dégradé pendant l'événement ;
- permettre un retour à la normale dans les meilleurs délais.

Les éléments énoncés ci-dessous ont pour objet de mettre en lumière les principes généraux d'organisation à préparer pour faire face aux différents scénarios de situations sanitaires identifiées.

L'organisation prévue est définie selon un principe de réponse graduée permettant l'adaptation des parcours de soins des patients en fonction de l'impact, de l'ampleur et de la cinétique de l'événement.

La mobilisation des structures de médecine d'urgence s'accompagne de celle de l'offre de soins d'aval dans les établissements de santé pour assurer l'accueil et la prise en charge des patients. La mobilisation du secteur libéral et du secteur médico-social facilite l'accueil et la prise en charge des patients dans les établissements de santé.

## L'agence régionale de santé

L'ARS doit pouvoir bénéficier d'une vision globale des éléments nécessaires pour adapter l'offre de soins aux besoins et en assurer le pilotage lors d'un événement entraînant une tension sur celle-ci. Aussi, elle est responsable de la préparation du schéma ORSAN, du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires et du PBE pour le compte du préfet, conformément aux dispositions de l'article L.1435-1 du CSP et à l'organisation gouvernementale de gestion de crise<sup>4</sup> (cf. Annexe 1 : « Schéma général d'organisation de la gestion de crise »). Les modalités suivant lesquelles ce travail de préparation s'effectue pourront être intégrées dans les protocoles prévus à l'article R.1435-2 du CSP.

4 - Cf. Instruction n° DGS/DUS/CORRUS 2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Pour élaborer le schéma ORSAN, il revient à l'ARS, le cas échéant en lien avec l'ARSZ, de structurer la réflexion au niveau régional et zonal, en s'appuyant sur le réseau des urgences et les instances collégiales existantes. Les conventions ARS/ARSZ déterminent les modalités de conduite de ce projet. Également, la construction du schéma ORSAN nécessite l'association de l'ensemble des professionnels de santé concernés, dès la phase initiale de conception des volets. Par ailleurs, l'ARS doit ainsi veiller à respecter les éléments de cadrage suivants :

- les orientations stratégiques définies dans les plans gouvernementaux de défense et de sécurité (pandémie grippale, NRBC, canicule...);
- les orientations fixées par le préfet, coordonnateur de la gestion de crise, sous forme d'effets à obtenir par le système de santé ;
- l'organisation de l'offre de soins définie dans le PRS et l'organisation de la permanence des soins ;
- l'articulation avec les autres dispositifs de planification territoriaux, notamment le dispositif ORSEC dont le schéma ORSAN est complémentaire.

## Les établissements de santé

### ■ Capacité de prise en charge

Il est essentiel que les établissements de santé, publics et privés, se mobilisent pour assurer l'accueil et les soins des personnes prises en charge.

La mobilisation des établissements de santé pour accueillir les patients après régulation par le Samu repose sur une hiérarchisation fonctionnelle à trois niveaux : première ligne, recours et repli. L'ARS prédéfinit dans le schéma ORSAN le rôle dévolu aux établissements de santé pour chaque situation exceptionnelle considérée.

Toutefois, chaque établissement doit également envisager dans son plan blanc la possibilité d'accueillir et de prendre en charge des victimes se présentant spontanément, avant que celles-ci soient réorientées vers les établissements de santé adaptés à leur état de santé après régulation par le Samu.

Le plan blanc des établissements de santé disposant d'une structure de médecine d'urgence (Samu, Smur, SU) doit également intégrer les dispositions permettant la mobilisation de ressources propres pour renforcer ces structures. Ces services doivent être en mesure d'assurer la réponse à l'événement tout en assurant conjointement l'activité courante.

Aussi, les établissements de santé doivent assurer la continuité des soins et anticiper une éventuelle augmentation de la demande de soins malgré un fonctionnement potentiellement dégradé. Ils vérifient leur inscription au service prioritaire, la fiabilité des installations de secours, les délais de réalimentation en cas d'avarie électrique sur les tronçons d'alimentation, les conditions de maintenance et procèdent à des tests périodiques de leur source de remplacement.

Dans ce cadre ils veillent à actualiser les dispositions de leur plan blanc et de leur plan de continuité d'activité.

#### ■ Aide médicale urgente

La mise en œuvre de la réponse sanitaire face à une SSE nécessite une organisation structurée de l'aide médicale urgente en adéquation avec l'organisation administrative, l'ampleur et la cinétique de la situation. Le Samu territorialement compétent assure la mise en œuvre et la régulation de la réponse médicale d'urgence en lien avec l'ARS. Ce dispositif de montée en puissance doit également prendre en compte les organisations mises en place dans le cadre de l'aide médicale urgente de proximité, en particulier le réseau des médecins correspondant du Samu et les SDIS dans le cadre des conventions Samu-SDIS.

Dans la phase de réponse immédiate, ce dispositif de réponse doit naturellement s'appuyer sur l'assistance que les Samu voisins portent au Samu confronté à une situation grave, nécessitant une augmentation rapide de ses capacités de prise en charge des victimes. Ces dispositions d'assistance ont vocation à être formalisées dans le cadre d'un réseau, sans toutefois obérer leur caractère nécessairement spontané et immédiat. Ce réseau peut organiser la coordination de l'aide médicale urgente en s'appuyant notamment sur un Samu désigné par l'ARS parmi les Samu de la région concernée pour assurer auprès d'elle un appui technique.

Si des renforts sont nécessaires à ces services, ceux-ci seront prioritairement mobilisés dans les structures de médecine d'urgence de la zone par la mise à disposition d'équipes de professionnels de santé. Leur intervention sera autorisée et coordonnée par l'ARS de zone et régulée par le Samu de zone (Samu de l'établissement de santé de référence (ESR) désigné par l'ARSZ). Le Samu de zone assure auprès de l'ARSZ une mission d'appui technique, en particulier en ce qui concerne la mise en œuvre du plan zonal de mobilisation (*cf.* Annexe 2 : « Samu de zone »).

Dans le cas d'événements à cinétique rapide (notamment le **volet ORSAN AMAVI ou encore l'annexe évacuation du PBE**), les structures de médecine d'urgence (en particulier les Samu et les Smur) concourent à la mise en œuvre du dispositif ORSEC-NOVI notamment en ce qui concerne la prise en charge médicale préhospitalière des victimes ou patients, avec la participation du service de santé et de secours médical (SSSM), et leur régulation vers les établissements de santé ciblés suivant leur état de santé et l'organisation prédéfinie par l'ARS au sein du schéma ORSAN.

Lors de l'assistance médicale fournie dans le cadre des opérations de sauvetage maritime de grande ampleur, le Samu de coordination médicale maritime (SCMM) organise l'accueil et la prise en charge des victimes en lien avec le ou les Samu territorialement compétents du ou des points d'arrivée terrestres et, le cas échéant, avec le ou les Samu de zone des zones impactées.

N.B. : La sécurisation physique et technique des CRRA et des autres structures d'urgence est primordiale et doit donc être assurée.

Les Samu disposent d'équipements de communication (téléphone, radiocommunication...) et de dispositifs informatiques qui doivent être opérationnels en permanence et en capacité d'assumer une augmentation d'activité lors d'une crise sanitaire. **Une attention particulière sera portée sur la capacité du CRRA départemental à prendre en charge un flux important d'appel, notamment sur l'existence de dispositifs de débordement ou de mise en réseau des CRRA au niveau de la région.**

Les systèmes d'information constituent souvent un point de fragilité qu'il convient de bien identifier pour mettre en place, en cas de nécessité, des solutions de résilience. Outre la nécessaire sécurisation des systèmes existants, des solutions de suppléance doivent être identifiées en particulier pour ce qui concerne la téléphonie, l'informatique et les radiocommunications.

#### ■ Les établissements de santé de référence

Les ESR mentionnés à l'article R.3131-9 du CSP disposent de capacités spécifiques pour la gestion de SSE et de ressources humaines et techniques sur lesquelles s'appuie la réponse zonale. Ils sont également le siège du Samu de zone dont les missions sont définies à l'annexe 2.

Dans ce cadre, une « cellule opérationnelle zonale », venant en appui de l'ARSZ, sera mise en place au sein de l'ESR, regroupant notamment les compétences en infectiologie (risque biologique), toxicologie (risque chimique), médecine nucléaire (risque nucléaire et radiologique) et en médecine d'urgence nécessaires à :

- développer des capacités d'expertise relatives aux pathologies induites par des agents NRBC notamment des maladies infectieuses émergentes ou ré-émergentes à potentiel épidémique ;
- optimiser et standardiser la prise en charge des patients contaminés par un agent NRBC ;
- organiser le processus d'identification des agents NRBC et développer les capacités des laboratoires (prélèvements, acheminement des prélèvements, réseau de laboratoire...) ;
- constituer et animer le réseau des établissements de santé susceptibles d'accueillir ces patients et leur apporter l'appui médical et technique nécessaire ;
- apporter un appui aux Samu de la zone pour la régulation de ces patients ;
- participer à la formation des professionnels de santé concernés notamment sur la protection contre ces risques.

## Les professionnels libéraux

Les praticiens libéraux (y compris les praticiens salariés des centres de santé) constituent le premier maillon du parcours de santé des patients. Leur association à la préparation et à la réponse aux SSE constitue donc un facteur clé pour l'acceptation des décisions publiques par la population.

Par exemple, au cours d'une apparition différée de cas d'une pathologie progressive et potentiellement épidémique de nature infectieuse ou en relation avec une exposition à un agent NRBC (situation 6 du plan gouvernemental NRBC), **la réponse sanitaire reposera, en grande partie, sur une gestion en médecine libérale** pour l'identification des cas et leur prise en charge médicale, **afin de favoriser l'hospitalisation des formes compliquées ou graves.**

Dans ce cadre, notamment par le biais d'une contractualisation préalable avec l'ARS, les professionnels de santé libéraux peuvent par exemple être amenés à participer à des campagnes de vaccination exceptionnelle, au suivi de patients hospitalisés à domicile dans le cadre de situations nécessitant de conserver des lits disponibles, à la réalisation d'analyses biologiques, à l'information de la population, ou encore à participer au dispositif de veille sanitaire.

Par ailleurs, afin d'organiser la réponse du secteur libéral et sensibiliser les professionnels, l'ARS peut s'appuyer sur :

- les unions régionales des professionnels de santé (URPS) ;
- les équipes pluridisciplinaires de proximité, comme les pôles de santé ou toute autre structure de regroupement de professionnels de santé ;
- un réseau de médecins correspondants qu'elles auront constitué à une échelle pertinente compte tenu de ses différents territoires de santé.

L'ARS pourrait ainsi confier à ces partenaires un rôle d'appui technique et d'animation des professionnels de santé libéraux, notamment pour :

- participer à la préparation et la mise en œuvre de la réponse sanitaire, sous la responsabilité de l'ARS ;
- sensibiliser et inciter les professionnels de santé à participer à ces actions ;
- diffuser une culture commune sur les risques émergents et la gestion de crise entre les citoyens, les professionnels de santé, les décideurs et l'ensemble des acteurs concernés ;
- renforcer la régulation des soins ambulatoires au sein du centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) du Samu.

Ces missions pourraient être contractualisées et, dans le cas des équipes pluridisciplinaires de proximité, être intégrées dans leur projet de santé.

Par ailleurs, l'ARS veille à relayer l'action de l'EPRUS notamment pour inciter les professionnels de santé libéraux à intégrer la réserve sanitaire.

## Les établissements médico-sociaux

En tant que de besoin, l'ARS veille à la mobilisation des établissements médico-sociaux. À cette fin, le « plan bleu » permet la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables à un établissement médico-social lors de la gestion d'une SSE, quelle que soit sa nature, permettant notamment de maintenir autant que possible leur fonctionnement habituel, avant d'envisager de faire appel à leur site de repli.

En outre, l'ARS s'assure de l'efficacité de la prise en charge médico-sociale. Des conventions de partenariat solides entre établissements médico-sociaux et établissements de santé de proximité (dans le cadre des CPOM) sont ainsi mises en place. Elles ont pour objet d'énoncer les règles de transfert en milieu hospitalier, lorsque cela s'avère indispensable, et de faciliter les échanges avec les autres établissements du secteur médico-social et ceux du secteur sanitaire. Le principe est que le transfert de patients en externe doit être réduit le plus possible : seuls les résidents nécessitant une prise en charge hospitalière justifient une orientation vers un établissement de santé. Aussi, le maintien à domicile le plus longtemps possible avec prise en charge thérapeutique sur place par les professionnels de santé libéraux est la règle à appliquer.

Ces conventions définissent également les droits et devoirs de chaque structure signataire ainsi que la nature des prises en charge. Elles énoncent les mesures à mettre en œuvre dans le cadre d'une SSE et définissent des modalités de coopération et d'échange de bonnes pratiques visant à prévenir les hospitalisations.

## La réserve sanitaire

La mobilisation des réservistes sanitaires, en particulier des professionnels de santé remplaçants, retraités, non exerçants et des étudiants, relève d'une autorisation du ministère chargé de la santé et d'une mise en œuvre par son opérateur l'EPRUS selon les doctrines de mobilisation en vigueur<sup>5</sup>. Elle peut être sollicitée auprès du ministre chargé de la santé par :

- l'ARS et l'ARS de zone dans le cas d'un événement ne dépassant pas le champ sanitaire ;
- le préfet, si la situation ou l'événement dépasse le seul cadre sanitaire et nécessite une gestion par l'autorité préfectorale. Dans ce cadre, la réserve peut alors être sollicitée à la demande du préfet dans le cadre du PBE et du PZM.

Différentes missions peuvent être identifiées dans ce cadre :

- appui des structures d'urgence (augmentation des capacités de régulation médicale...)

---

5 - Cadre d'emploi de la réserve sanitaire disponible sur le site du ministère en charge de la santé.

- renfort des structures de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux, cabinets libéraux...);
- accueil et prise en charge sanitaire de voyageurs (ports, aéroports) ou de rapatriés (ressortissants français, étrangers);
- campagne de vaccination exceptionnelle (épidémie, pandémie);
- dispositif sanitaire exceptionnel dans le cadre d'un phénomène climatique exceptionnel (canicule, grand froid...).

## Les autres acteurs de la réponse

### Le service de santé des armées

Le service de santé des armées (SSA) dispose de capacités d'expertise et d'offre de soins. Le projet de restructuration du SSA, actuellement en cours, a notamment pour objectif une optimisation des interfaces avec les structures civiles. L'interlocuteur concerné est la direction en région du SSA en collaboration avec le délégué militaire départemental (DMD).

En tant que de besoin, l'ARS peut solliciter l'offre de soins de premier recours du SSA qui est assurée par 55 centres médicaux des armées (CMA) sur le territoire métropolitain et leurs 300 antennes sur tout le territoire national (il existe par ailleurs 14 centres médicaux interarmées dans les territoires d'outre-mer). Ces structures correspondent à des formations multiprofessionnelles et multidisciplinaires associant des praticiens généralistes et des paramédicaux infirmiers, qui conformément à leurs missions au profit des forces armées, sont formés aux risques spéciaux NRBC. Les limites à leur engagement potentiel dans le domaine des SSE sont représentées par leur obligation de disponibilité opérationnelle militaire et la fréquence de leur projection lors d'opérations extérieures.

Par ailleurs, l'ARS peut solliciter l'offre de soins hospitalière, qui est assurée par neuf hôpitaux d'instruction des armées (HIA) présents sur le territoire métropolitain. Ces hôpitaux ont développé des compétences rares en matière de prise en charge des grands brûlés et d'oxygénothérapie hyperbare et sont investis dans l'accueil de victimes d'événements NRBC. En parallèle des ESR, ils disposent de modules de décontamination préhospitalière, de laboratoires de sécurité biologique de niveau 3 et de personnels entraînés pour leur mise en œuvre. Certains disposent d'un centre d'accueil et de traitement de blessés radiocontaminés et le site de Percy, à Clamart (92), associe notamment les services cliniques d'hématologie et des grands brûlés et le service de protection radiologique des armées (SPRA).

### Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)

Les SDIS sont des acteurs de la sécurité civile. Ils sont particulièrement impliqués dans le secours à la personne et collaborent étroitement avec les ARS dans le cadre de la mise en cohérence des schémas régionaux d'organisation des soins

avec les schémas départementaux ou interdépartementaux d'analyse et de couverture des risques.

Signataires de conventions bipartites avec l'établissement de santé siège du Samu, ils contribuent, notamment par leurs services de santé et de secours médical, à l'aide médicale urgente.

Leur mobilisation est immédiate, sous l'autorité du préfet, lors de situations exceptionnelles telles qu'elles sont définies dans le cadre du dispositif ORSEC ou du plan blanc élargi.

### Les transporteurs sanitaires

Les transporteurs sanitaires (TS) sont des partenaires de l'aide médicale urgente. Ils sont mobilisés par les Samu dans le cadre des mesures prises au titre du schéma ORSAN. Signataires de conventions bipartites avec l'établissement de santé siège du Samu, ils intègrent le dispositif de mobilisation de l'aide médicale urgente pour effectuer le transport sanitaire.

# Méthodologie d'élaboration



La démarche proposée s'appuie sur trois étapes :

- synthèse des risques et des effets à obtenir ;
- prise en compte des ressources sanitaires ;
- élaboration des volets ORSAN et des annexes du PBE.

## La synthèse des risques et des effets à obtenir

### La cartographie des risques

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

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

- **le schéma régional de prévention**, le volet VAGUSAN du schéma régional de prévention dresse un état des lieux des différents risques sanitaires pouvant impacter l'offre de soins au niveau des territoires de santé ;
- **les plans nationaux**, (le plan NRBC, pandémie grippale, chikungunya/dengue, canicule...) qui prennent en compte les problématiques et les risques propres au champ sanitaire, en particulier ceux susceptibles de provoquer un recours important au système de santé ;
- **le processus de planification ORSEC**. Dans le cadre de la planification ORSEC<sup>6</sup>, il est demandé à chaque préfet de département et à chaque préfet de zone d'élaborer un dispositif opérationnel basé sur un inventaire et une analyse des risques ;
- **le dossier départemental sur les risques majeurs naturels et technologiques (DDRM)** ;
- **le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR) élaboré par le service départemental d'incendie et de secours**, ou tout autre document de nature à apporter des informations utiles en cas de risques majeurs et de menaces graves, en particulier les documents relatifs à la protection des secteurs d'activités d'importance vitale ;
- **le plan communal de sauvegarde (PCS)**, qui détermine en fonction des risques recensés à l'échelle communale, les mesures de sauvegarde et de protection des personnes. Ces plans, si les communes de la région en disposent, peuvent utilement compléter le recensement des risques obtenus à partir des plans ORSEC départementaux et zonal.

6 - Article L.741-2 du Code de la sécurité intérieure.

À partir de cette cartographie des risques pouvant impacter le système de santé, il convient de réaliser une synthèse des « effets à obtenir » formulés par les préfets dans la déclinaison des plans de défense et de sécurité.

## La définition des effets à obtenir

Dans le cadre de la préparation gouvernementale, une démarche systématique d'évaluation des risques se structure suite aux recommandations du livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2013. Cette démarche devrait se développer au sein de chaque zone de défense et se traduire par une analyse des risques menée au regard d'objectifs de sécurité. Ces travaux permettront ainsi de préciser au fur et à mesure les effets à obtenir dans le domaine sanitaire.

Par anticipation de cette démarche il est proposé quelques éléments dimensionnants pour préciser ces effets, le cas échéant en fonction des différents types d'événements. **Ces éléments sont indicatifs et doivent être amendés en fonction des orientations et demandes des services préfectoraux.**

### ORSAN BIO

**Dans le cadre de maladies émergentes transmissibles**, sauf éléments spécifiques fournis par l'InVS en fonction des modélisations réalisées ou des données épidémiologiques disponibles, il est préconisé par la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) d'envisager le besoin d'avoir à détecter précocement et à prendre en charge simultanément quatre à cinq cas hautement infectieux par région. Cette organisation de base doit ensuite pouvoir être adaptée à la prise en charge de plusieurs dizaines de cas, avant un basculement vers le volet ORSAN EPI-VAC.

**Pour le terrorisme biologique**, à défaut d'orientations ultérieures précises transmises par les préfets, il convient de considérer, pour une agglomération prioritaire, la possibilité d'avoir à traiter :

- pour une maladie à transmission interhumaine : 200 cas index avec potentiellement 2 000 personnes à prendre en charge simultanément dans le système de santé ;
- pour une maladie non transmissible : 15 000 personnes potentiellement exposées à prendre en compte pour organiser, le cas échéant, une action de prophylaxie collective.

### ORSAN-EPIVAC

Sur la base des données liées aux épidémies/pandémies de grippe passées, l'InVS est en mesure de fournir aux différentes CIRE des modèles simples de scénarios épidémiques adaptés à leur région et leur permettant de définir l'impact potentiel d'une épidémie/pandémie à gérer. Pour les régions concernées, ces travaux peuvent également être adaptés aux maladies comme la dengue ou le chikungunya.

Au fur et à mesure du développement des connaissances, notamment dans le domaine de la modélisation des maladies infectieuses, ces modèles et les hypothèses qui les sous-tendent seront affinés et mis à la disposition des ARS.

### ORSAN-NRC

**Pour le risque d'accident nucléaire**, les effets à obtenir sont à établir sur la base des orientations des préfets au regard de la déclinaison du plan gouvernemental accident nucléaire ou radiologique majeur. En tout état de cause, il s'agira principalement de prendre en charge quelques personnes irradiées et un grand nombre de personnes potentiellement exposées dans des centres d'accueil et d'information du public (CAI).

**Pour le risque terroriste**, à défaut d'orientations ultérieures précises définies soit au niveau national soit par les préfets, il convient de considérer, pour une agglomération prioritaire, la possibilité d'avoir à prendre en charge par le système de santé :

- pour le risque chimique : 1 000 personnes potentiellement exposées ;
- pour le risque radiologique (scénario contamination/bombe sale) : 2 000 à 3 000 personnes potentiellement exposées ;
- pour le risque radiologique (scénario irradiation/source orpheline) : 1 000 personnes potentiellement irradiées sur plusieurs semaines.

### ORSANAMAVI

Pour les accidents et les catastrophes, les plans particuliers d'intervention (PPI) identifiant les risques particuliers liés à l'existence ou au fonctionnement d'installations dont l'emprise est localisée ou fixe, comprennent une étude de dangers qui, d'une part, expose les dangers que peut présenter l'installation en cas d'accident, et d'autre part, justifie les mesures propres à en réduire la probabilité d'occurrence et les effets. Une cartographie doit également être incluse. Ces éléments doivent permettre aux services préfectoraux de déterminer, au moins potentiellement, le nombre de personnes susceptibles d'être touchées par la matérialisation des différents aléas. Ces effets peuvent par ailleurs être actualisés au regard des derniers événements survenus localement ou dans des territoires similaires.

Au final, et sauf si les analyses réalisées localement permettent de déterminer un ratio spécifique, il est proposé de retenir le critère de 25 % d'UA (urgences absolues) et 75 % d'UR (urgences relatives) pour établir le dimensionnement des personnes à prendre en charge au regard des études de danger et les analyses des risques conduites localement.

### ORSAN-CLIM

À défaut d'analyse disponible ou d'orientation spécifique, le dimensionnement de la réponse à ce type d'événement peut se baser, au niveau de chaque région, sur les effets constatés des épisodes climatiques passés.

**Une fois la synthèse des risques et des effets à obtenir effectuée, il convient de réaliser un état des lieux des capacités d'offre de soins.**

## La prise en compte des ressources sanitaires

En fonction des risques et des effets à obtenir identifiés, il est indispensable que l'ARS dispose d'une vision globale des capacités d'offre de soins de sa région pour répondre de manière efficiente aux événements.

À partir du SROS elle effectue ainsi un état des lieux des capacités d'offre de soins régionales et, sur la base du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), elle recense les professionnels de santé susceptibles de participer à la réponse aux SSE.

Sur cette base, pour planifier l'organisation de la montée en puissance du système sanitaire et l'optimisation des capacités recensées, l'ARS se rapproche des établissements et des acteurs du système de santé susceptibles d'être les plus impactés pour évaluer à froid la marge d'ajustement de leur offre de soins. Il s'agit de l'évaluation des capacités d'offre de soins dites « adaptées ».

### À titre d'exemple

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

Pour effectuer cette évaluation des capacités d'offre de soins adaptées, l'ARS peut s'appuyer, si besoin, sur les Samu de sa région.

Par ailleurs, au cours d'une SSE, la vigilance doit être renforcée pour que la montée en puissance de l'offre de soins et la coordination des établissements, assurée sous l'égide de l'ARS, garantisse un juste équilibre entre les disponibilités en lits et les besoins. Il est donc souhaitable qu'une cartographie opérationnelle des capacités du système de santé soit réalisée en temps réel. Pour cela, l'ARS dispose notamment : des fichiers des professionnels de santé, des serveurs informatiques

relatifs aux disponibilités des lits, des données issues des répertoires opérationnels des ressources (ROR) lorsqu'elles sont dynamiques et, le cas échéant, des observatoires régionaux des urgences (ORU) pour assurer un suivi des disponibilités en lits hospitaliers d'aval (par discipline) et des décès survenus dans les établissements.

Il est également important de tenir compte des indicateurs fournis par le secteur libéral via les URPS, tel que l'indicateur d'activité des maisons de santé pluridisciplinaires, qui peuvent être pertinents en situation de tension. En outre, l'ARS bénéficie de la remontée informatisée de l'activité des services d'urgence à partir notamment des indicateurs sanitaires suivants :

- nombre de passages aux urgences toutes causes confondues (tous âges, et pour les classes d'âge 15-44 ans et 75 ans et plus) ;
- passages aux urgences tous âges par cause.

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

L'arrêté 24 juillet 2013<sup>7</sup> décrit les principes de remontées des informations issues des structures des urgences. Ce dispositif sera actualisé prochainement pour tenir compte notamment du système d'information sur l'aide médicale urgente.

L'enjeu réside donc autant dans la constitution d'un recensement en amont de l'offre de soins que dans la mise à jour des listes et annuaires. Cette mise à jour est un élément essentiel de l'opérationnalité de la réponse. Aussi, les différentes capacités répertoriées n'ont pas vocation à être mobilisées de manière systématique. Elles doivent l'être de manière raisonnée, adaptée à l'ampleur de la situation, à son caractère évolutif ou non, et à la typologie des patients, en prenant en compte notamment les spécificités liées aux enfants et aux personnes âgées. En définitive, afin de déterminer les modalités de réponse qui serviront à développer l'ossature du schéma ORSAN et des plans blancs élargis départementaux, les risques et les effets à obtenir répertoriés sont confrontés aux capacités d'offre de soins régionales. Ce travail peut être présenté sous la forme d'un **tableau de synthèse de typologie des risques et des capacités de réponse en annexe 3**. L'objectif est de disposer d'une vision globale et d'un outil partagé par l'ARS, les préfets et les acteurs du système de santé.

---

7 - Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du Code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires.

### Les questions à se poser pour structurer la démarche

Comment l'ensemble des acteurs de la réponse communiquent-ils entre eux ?  
Les partenaires extérieurs sont-ils associés à l'élaboration des procédures qui les concernent ?

#### Établissements de santé

Les acteurs du dispositif connaissent-ils leur rôle respectif et sont-ils formés et exercés pour réagir à une alerte et gérer une crise ?

Les moyens de communication de crise entre l'ARS et les établissements de santé sont-ils clairement identifiés et connus de tous ?

Quels sont les établissements de santé de première ligne, de recours et de repli ?  
Chaque établissement de santé dispose-t-il d'un plan blanc faisant régulièrement l'objet d'un exercice de mise en œuvre ?

Quels sont les dispositifs de montée en puissance de l'aide médicale urgente en termes de ressources humaines et techniques ?

Quelle est la robustesse des dispositifs de communication du Samu avec : les autres Samu de la région, le Samu de zone, ses effecteurs (téléphonie, radiocommunication, informatique...) et l'ARS ?

#### Professionnels libéraux

Les acteurs du dispositif connaissent-ils leur rôle respectif et sont-ils formés et exercés pour réagir à une alerte et gérer une situation sanitaire exceptionnelle ?  
Existe-t-il des moyens d'information et de communication entre l'ARS et les professionnels de santé libéraux clairement identifiés et connus de tous ? Ce système permet-il de diffuser régulièrement à ces professionnels des recommandations sur les modalités de gestion de la situation ?

La gestion et le suivi des hospitalisations à domicile s'appuient-ils bien sur les professionnels de santé libéraux ?

#### Établissements médico-sociaux

Les acteurs du dispositif connaissent-ils leur rôle respectif et sont-ils formés et exercés pour réagir à une alerte et gérer une situation sanitaire exceptionnelle ?  
Existe-t-il des moyens de communication de crise entre l'ARS et les établissements médico-sociaux clairement identifiés et connus de tous ?

Chaque établissement médico-social dispose-t-il d'un plan bleu faisant régulièrement l'objet d'un exercice de mise en œuvre ?

## L'élaboration des volets du schéma ORSAN

Une fois le tableau de synthèse de typologie des risques et des capacités de réponse préparé, les volets du schéma ORSAN sont élaborés pour définir les modalités d'adaptation, voire les options de renforcement de l'offre de soins en situation exceptionnelle.

L'élaboration des trois volets régionaux (AMAVI, EPI-VAC, et CLIM) et des deux volets zonaux (NRC et BIO) est **obligatoire**.

Les modèles de volets disponibles au chapitre V ont pour objet de fournir un cadre commun pour permettre aux ARS d'élaborer leurs propres volets. Ils ont donc vocation à être détaillés et adaptés au regard des contingences locales, en lien avec les partenaires offreurs de soins.

Dans ce cadre, les mesures et les procédures permettant d'articuler la prise en charge des patients entre les différents acteurs et de mobiliser les ressources y sont déclinées de manière opérationnelle (renforcement de certaines filières de soins à privilégier selon le contexte, adaptation des moyens de régulation, structuration des différents niveaux de réponse, organisation spécifique vis-à-vis des besoins médico-sociaux...).

Plus précisément, les volets doivent faire l'objet d'une réflexion concernant :

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

Par ailleurs, en fonction des ressources sanitaires régionales et des situations susceptibles d'être rencontrées, les volets identifient les besoins sanitaires susceptibles d'être demandés en renfort à l'échelon zonal et/ou national (réservistes, stocks de produits de santé), dont la répartition et les modalités de mobilisation sont définies dans le **plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires**.

## L'élaboration des annexes du PBE

Le plan blanc élargi comprend notamment trois annexes qui concernent les dispositifs d'exception relatifs aux situations pour lesquelles des ressources extérieures doivent être mobilisées. Il s'agira notamment de :

- l'annexe relative à l'organisation d'une campagne de vaccination de masse **dans des centres dédiés**, selon les orientations définies dans le guide méthodologique relatif à la préparation d'une campagne de vaccination exceptionnelle ;
- l'annexe relative à l'organisation d'une distribution de produits de santé **en dehors du circuit pharmaceutique**, selon les orientations définies dans le guide méthodologique relatif à la préparation d'une distribution exceptionnelle de produits de santé ;
- l'annexe relative à l'évacuation d'un (ou plusieurs) établissement(s) de santé, **lorsque les moyens propres du système de santé sont dépassés**, selon les orientations définies en partie V.

Ces solutions sont généralement justifiées en cas de situation exceptionnelle d'ampleur importante, nécessitant la mise en œuvre de mesures de protection des populations à un grand nombre de personnes, dans des délais restreints.

Leur élaboration nécessite de lister l'ensemble des critères techniques (relatifs à la localisation, au fonctionnement, la disponibilité dans le temps, l'accessibilité et la sécurité, les spécificités techniques requises en fonction des circonstances...) permettant de déterminer quelles sont les ressources extérieures - privées et publiques – qui permettront de faire face à tout type de crise, telles que : les moyens de transport (ambulances, transports aériens, hélicoptères ou maritimes...) et les sites qui pourront servir de structures intermédiaires (gymnases, salles de fêtes, bâtiments scolaires, salles polyvalentes, dispensaires, établissements publics, cabinets médicaux...) ou encore les groupes hôteliers susceptibles de fournir un nombre important de lits.

En cas de saturation du système de santé, les structures intermédiaires permettent de décharger les établissements de santé des hospitalisations non prioritaires, de stocker des produits de santé, ou encore d'organiser des campagnes de vaccination dans des centres dédiés.

Les sites seront ainsi sélectionnés par le préfet, sur la base de l'expertise technique de l'ARS.

Dans ce cadre, les préfets de département, en lien avec les ARS, engageront un dialogue avec les collectivités pour définir localement les modalités appropriées à l'identification et la mobilisation de ces sites.

Dans la mesure du possible, l'État s'accordera avec les acteurs privés et publics pour que la mobilisation des ressources extérieures identifiées fasse l'objet de conventions, dans le respect de l'arrêté du 25 juin 1980. Ces conventions sont préparées par la préfecture de département.

## L'évaluation et le retour d'expérience

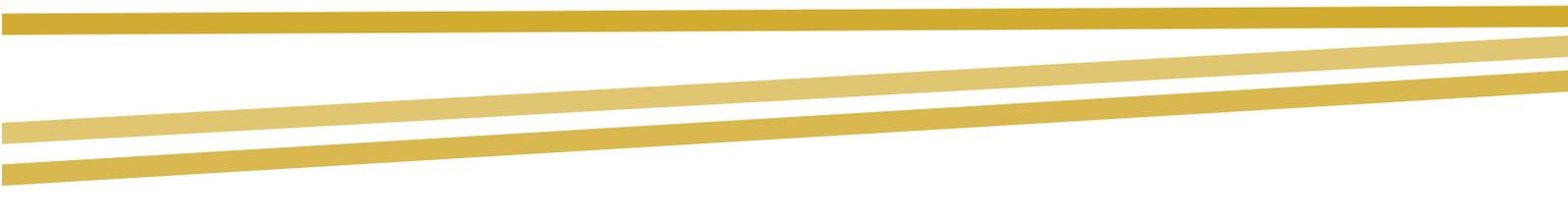
L'évaluation est une étape essentielle dans le processus d'amélioration de la préparation de la réponse aux SSE. Elle s'appuie sur les exercices et les entraînements organisés, notamment par les préfetures, sur le retour d'expérience et les réajustements qui en découlent.

Les retours d'expérience à partir des exercices réalisés et des situations exceptionnelles survenues doivent donner lieu à un processus continu d'amélioration associant, dans la mesure du possible, l'ensemble des services concernés.





Les modèles  
de réponse aux  
situations sanitaires  
exceptionnelles



## ORSAN BIO

### Objectifs et enjeux

L'objectif recherché est de retarder l'introduction d'un agent infectieux potentiellement émergent ou la propagation d'une maladie épidémique sur le territoire en limitant les transmissions interhumaines.

Cet objectif consiste ainsi à contrôler la diffusion d'agents à risques épidémiques connus ou émergents à travers la prise en charge de quelques cas atteints de pathologies hautement contagieuses et/ou graves (H5N1, H7N9, SRAS, fièvres hémorragiques virales, tuberculoses MDR ou XDR...) ou liées à des agents du bioterrorisme à potentiel épidémique (variolo, peste pulmonaire).

**Ce volet contribue également au volet B de la déclinaison territoriale du plan gouvernemental NRBC pour ce qui concerne la prise en charge médicale des victimes.**

Il s'agit, en réponse à la détection d'une menace à l'étranger ou sur le territoire national, d'enrayer rapidement un risque épidémique ou de ralentir son introduction sur le territoire (ex. « stratégie de freinage » décrite dans le plan gouvernemental pandémie grippale) en :

- identifiant rapidement les cas et leurs contacts selon une procédure préétablie permettant le tri et la confirmation diagnostique ;
- mettant en œuvre les mesures de prise en charge médicale éventuelles pour les personnes malades et les sujets contacts ou co-exposés.

Il s'agit également d'acquérir les connaissances nécessaires au système de santé pour adapter son organisation et sa réponse. Dans ce cadre le système de surveillance sera basé généralement sur une surveillance des patients suspects, des cas individuels possibles et des cas groupés selon les recommandations de l'InVS. Celle-ci sera organisée autour de la confirmation des cas par le Samu, les référents en infectiologie et l'InVS, dans le cadre de procédures formalisées. La confirmation microbiologique est systématiquement demandée.

Dans ce cadre, le secteur hospitalier est à activer au début de l'émergence des premiers cas pour en assurer la détection précoce et permettre de réaliser rapidement les investigations nécessaires à l'expertise épidémiologique. Elle permet aussi la mise en œuvre contrôlée des mesures d'isolement.

**Le volet ORSAN EPI-VAC** s'applique dans un second temps dès que l'investigation systématique des cas suspects devient moins déterminante dans le processus d'acquisition des connaissances cliniques et épidémiologiques et/ou que l'on entre dans une étape de circulation active de l'agent infectieux.

### Méthodologie

L'apparition d'un risque épidémique connu ou émergent nécessite une surveillance renforcée et le cas échéant une prise en charge spécifique des premiers cas, en liaison étroite avec les dispositifs de veille et de sécurité sanitaires.

Cette prise en charge requiert :

- une information des points d'entrée (ports et aéroports ouverts au trafic international) sur les risques et les recommandations afférentes, selon les dispositions des plans ORSEC-ports et ORSEC-aéroports mis en place dans le cadre de la mise en œuvre du règlement sanitaire international (RSI) ;
- un renforcement de la surveillance sanitaire par la mobilisation et l'information des professionnels de santé libéraux sur les risques et les données clinico-épidémiologiques disponibles afin de leur permettre de détecter les cas potentiels et de les signaler ;
- des dispositifs de prise en charge des prélèvements par les laboratoires de biologie médicale ;
- l'investigation des patients suspects, en lien avec l'InVS, les Samu et les référents en infectiologie, à partir de la définition des cas ;
- la mise en place de filières spécifiques de prise en charge (centres de référence en infectiologie), régulées par le Samu, sans passage par les services d'accueil des urgences.

La prise en charge et le suivi de patients hautement contagieux et/ou grave doit être organisée d'emblée dans une logique zonale, compte tenu du besoin de recourir à des plateaux techniques spécialisés, notamment pédiatrique.

Dans ce cadre, la réponse sanitaire doit être élaborée en lien étroit avec les ARS de zone. Les ESR, via leur cellule opérationnelle zonale, pourront à ce titre être utilement mobilisés pour organiser, optimiser et standardiser la prise en charge des patients suspects d'un portage ou d'une infection par un agent infectieux à potentiel épidémique. Par ailleurs, les CCLIN (centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales et associées aux soins) et ARLIN (antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales) peuvent être amenés à apporter leur expertise s'agissant de la prévention de la dissémination de l'agent infectieux dans l'organisation des soins. Enfin, la Coordination des urgences infectieuses et du risque épidémique et biologique (COREB) sera chargée de l'animation nationale des cellules zonales et veillera notamment à la diffusion des procédures de prise en charge des patients.

Afin de diriger les patients suspects vers les établissements de santé les mieux adaptés en tenant compte des critères cliniques et épidémiologiques (définition de cas) et des besoins de prise en charge spécifiques, il s'agit de mettre en place une ou des filières de prise en charge spécialisées adultes et enfants pour des patients hautement pathogènes, selon les orientations suivantes :

- les établissements de première ligne : tous les établissements disposant d'un service d'accueil des urgences et d'un service d'infectiologie susceptibles de mettre en place un accueil et une prise en charge dédiés et de s'intégrer dans une filière d'analyse (prélèvement – transport – laboratoire de biologie de référence de la région ou de la zone) ;
- les établissements de recours : les établissements ciblés en fonction de :
  - leur plateau technique en infectiologie (chambres ventilées avec sas, chambres à pression négatives...),
  - leur unité de réanimation, de pédiatrie,
  - leur laboratoire en capacité de manipuler des agents biologiques selon les dispositions précisées ci-dessous.

Dans la mesure du possible, il est souhaitable que ces établissements de santé soient en mesure d'accueillir en permanence des patients suspects. En outre, les filières de soins mises en place pourront notamment être structurées autour de l'ESR qui peut constituer un appui aux établissements de santé impliqués, tant pour une aide à la prise en charge que pour la régulation des patients par l'intermédiaire du Samu de zone en liaison avec le Samu territorialement concerné.

Des circuits de prise en charge et des sites d'hospitalisation appropriés doivent être définis dans le cadre des plans blancs de chaque établissement de santé intégrant notamment les mesures d'isolement adaptées (chambres à un lit, chambres à pression négative) et, le cas échéant, les mesures de désinfection ou de décontamination de la chambre.

Il conviendra également de veiller à une bonne articulation opérationnelle entre les Samu et les ARS au sein de la zone de défense et de sécurité, notamment pour l'investigation autour des patients suspects (recherche et suivi des personnes contacts). Dans cet objectif, une harmonisation zonale des outils mis en place (ex. ROR) pourrait utilement être recherchée.

Une filière d'analyse biologique des prélèvements hautement infectieux est mise en place autour de laboratoires territoriaux de référence répondant aux capacités suivantes :

- réalisation des diagnostics de confirmation biologique par des méthodes de biologie moléculaire (PCR) ;
- infrastructure de sécurité biologique de niveau 3, à défaut infrastructures de sécurité biologique de niveau 2 et pouvant mettre en œuvre des procédures de type 3 (protection des personnels et gestion des déchets notamment) ;
- réception 24h/24 des prélèvements biologiques à analyser et rendu des analyses 7j/7, à défaut 6j/7 avec la possibilité en fonction des besoins de passer à un fonctionnement 7j/7.

Il s'agira de privilégier les laboratoires de biologie dont le plateau technique est implanté dans le même établissement de santé que les services hospitaliers qui seront identifiés pour prendre en charge les patients suspects. En effet les prélèvements biologiques doivent être réalisés préférentiellement dans les services spécialisés de prise en charge sauf si ces derniers ne peuvent être différés pour la réalisation de diagnostic d'exclusion. Enfin il convient de mettre en place un dispositif robuste d'information des professionnels de santé libéraux afin d'être en mesure de leur communiquer des éléments sur la situation sanitaire, de leur faire parvenir les recommandations sur les modalités de prise en charge de leurs patientèle et les filières de soins à privilégier. Il s'agit notamment de préparer une mobilisation du secteur libéral pour la prise en charge des patients en cas d'installation de l'épidémie sur le territoire (cf. « **ORSAN EPI-VAC** »).

### Capacités zonales d'offre de soins à prendre en compte

- Offre préhospitalière
  - Nombre de Samu, de Smur (dont Smur pédiatrique et polyvalent adulte/enfant) et de SAU.
  - Nombre d'équipes Smur et nombre de vecteurs associés (hélicos, ambulances...).
- Une estimation du nombre de cas pouvant être régulés, transportés, accueillis et pris en charge simultanément par les structures de médecine d'urgence (Samu, Smur, SAU) lors de SSE devra être réalisée. Idéalement, cette estimation prend en compte les acteurs

concourant à l'aide médicale urgente (transports sanitaires, SDIS, SSSM...).

#### Offre hospitalière

- Nombre de lits en chambre individuelle.
  - Nombre de lits en chambre d'isolement à pression négative dans les structures adultes et pédiatriques.
  - Nombre de lits de surveillance continue et de réanimation : adulte ; pédiatrique ; pédiatrique spécialisée permettant :
    - l'oxygénation par membrane extra-corporelle (ECMO) ;
    - la mise en œuvre de techniques d'épuration extrarénale.
- Il s'agit de recenser les capacités de prise en charge en routine et les capacités supplémentaires pouvant être mobilisées en SSE.

#### Capacités des laboratoires

- Nombre d'établissements disposant d'un service de maladies infectieuses et tropicales en mesure de réaliser des prélèvements et de les transférer en direction des laboratoires de référence.
  - Nombre de laboratoires de confinement de niveau 3 opérationnels pour réaliser la détection d'un agent infectieux / biologique (bactéries, virus) et nombre de ces laboratoires en mesure de recevoir et d'analyser des échantillons en continu 7j/7.
  - Nombre de laboratoires de niveau 2, en mesure de mettre en œuvre des procédures de type 3 et de recevoir et d'analyser des échantillons en continu 7j/7.
  - Nombre de laboratoires en mesure de réaliser des tests PCR.
- Il convient d'estimer le nombre de tests PCR pouvant être réalisés en une semaine : en routine et en SSE, ainsi que le nombre moyen d'échantillons pouvant être prélevés, transférés et analysés en une semaine : en routine et en SSE.

#### Références documentaires

- Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale ».
- Plan gouvernemental NRBC et outils spécifiques associés (plan variole, plan PCT, plan toxines).

## ORSAN EPI-VAC

### Objectifs et enjeux

Il s'agit en priorité de réduire l'impact sanitaire d'un agent infectieux qui circule activement sur le territoire, dès lors que de nombreux cas sont atteints.

**Ce volet prévoit ainsi une prise en charge médicale des cas par les praticiens libéraux et une prise en charge hospitalière réservée aux patients présentant des critères de gravité ou d'isolement. Il prépare également l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par la médecine libérale et les établissements de santé.**

Il peut ou non être précédé du **volet ORSAN BIO**, selon la situation épidémiologique, la localisation géographique du foyer épidémique et les caractéristiques de l'agent infectieux. Par exemple, lorsque la circulation de l'agent infectieux est active au sein de la population, l'étape de freinage telle que décrite dans le **volet ORSAN BIO** peut s'avérer inutile et l'atténuation est alors mise en œuvre immédiatement.

En effet, il s'agit ici de permettre le renforcement de la surveillance réalisée par les professionnels de santé libéraux et d'organiser la gestion d'une épidémie, hyper-endémie ou pandémie selon les deux situations suivantes :

- épidémie liée à un agent infectieux déjà identifié (ex. chikungunya, dengue...);
- circulation active d'un agent infectieux émergent sur le territoire (ex. pandémie grippale liée à un nouveau variant de virus grippal...), **les mesures planifiées au sein de ce volet peuvent être mises en œuvre à la suite de celles du volet ORSAN BIO.**

Dans ce cadre, la prise en charge médicale est majoritairement dédiée à la médecine libérale. Seuls les patients présentant des formes compliquées, graves ou nécessitant des mesures d'isolement doivent être hospitalisés.

**Il s'agit également de définir les modalités consistant à prendre en charge des maladies à prévention vaccinale et à organiser une campagne de vaccination exceptionnelle par la médecine libérale et les établissements de santé (ex : campagne de vaccination survenue en cas de méningites ou d'hyperendémie...).** Pour les maladies à prévention vaccinale (ex. épidémie de grippe), la vaccination sera effectuée par les professionnels libéraux, voire dans les centres de vaccination des établissements de santé situés à proximité de l'événement (à défaut elle sera effectuée dans des centres de vaccination identifiés dans le cadre de l'annexe spécialisée du plan blanc élargi). Dans tous les cas, la vaccination doit être placée sous la responsabilité de médecins spécialistes en maladies infectieuses. Les équipes des services de maladies infectieuses de la zone ou de l'ESR peuvent être sollicités dans ce cadre.

**L'objectif général est donc de disposer d'une organisation régionale du système de santé en capacité de prendre en charge des patients en situation de pandémie, et/ou de procéder à des vaccinations, tout en assurant la continuité des autres activités.**

### Méthodologie

L'apparition d'un risque épidémique nécessite en premier lieu la mise en place d'une surveillance renforcée, associée à une prise en charge des patients par les médecins libéraux.

La surveillance sanitaire repose ici sur une surveillance populationnelle coordonnée par l'InVS permettant la remontée d'indicateurs non exhaustifs (réseaux sentinelles, passages aux urgences hospitalières, données mortalité...) et sur le suivi des formes

compliquées ou graves et des décès. La confirmation microbiologique n'est dans ce cadre pas systématique.

Ce renforcement nécessite :

- la mobilisation et l'information des professionnels de santé libéraux sur les risques et les données clinico-épidémiologiques disponibles afin de leur permettre de détecter les cas potentiels et de les signaler ;
- une prise en charge médicale des patients reposant :
  - sur le secteur libéral et médico-social pour la gestion des patients ne présentant pas de signes de gravité,
  - sur les établissements de santé en complément de l'offre de soins en médecine libérale et pour la prise en charge des patients graves, après régulation par le Samu territorialement compétent : consultations dédiées services d'accueil des urgences, unités de réanimation, services spécialisés identifiés dans le cadre du **volet ORSAN BIO** ;
- une filière d'analyse biologique et de prise en charge des prélèvements par les laboratoires de biologie médicale (LABM).

Ce type d'événement pouvant impacter durablement l'offre de soins, la réserve sanitaire (retraités, remplaçants et étudiants) pourra également être mobilisée pour renforcer les structures de soins.

Pour ce volet, les professionnels de santé libéraux sont donc en première ligne et il s'agit notamment de veiller à organiser, voire renforcer, la permanence des soins en médecine libérale. Ainsi, l'opportunité d'adapter l'offre de soins par secteur concourant à la permanence des soins sera discutée avec les professionnels de santé concernés. L'ARS peut ainsi s'appuyer sur des relais au sein de ces secteurs (URPS, maisons de santé, professionnels « référents »...) pour sensibiliser leurs confrères.

Il pourra également être envisagé le recours à des modes d'organisation différenciés (exemple : mise en place de centres de consultation dédiés à la pathologie concernée), notamment en cas d'organisation d'une campagne de vaccination. Pour structurer cette organisation, l'ARS pourra s'appuyer sur des réseaux de professionnels relais qu'elle aura structurés, notamment les équipes pluridisciplinaires de proximité.

Par ailleurs il est nécessaire de structurer une filière d'analyse biologique permettant aux médecins libéraux de ne pas orienter par défaut les patients suspects vers les établissements de santé afin d'obtenir un diagnostic de confirmation. En fonction de la disponibilité de tests commerciaux, la prise en charge des prélèvements pourra être confiée aux LABM ou simplement limitée aux laboratoires hospitaliers impliqués dans la surveillance microbiologique (cf. **ORSAN BIO**).

**Cette filière spécifique doit donc se structurer, à partir du SROS biologie, autour des LABM pour la réalisation des prélèvements et des analyses ou le transfert le cas échéant des échantillons en direction des laboratoires hospitaliers.** Une articulation entre les LABM et les CHU dans une région ou une zone doit donc être recherchée.

En cas de survenue d'épidémie, les **établissements de santé disposant d'un service d'accueil des urgences et de consultations dédiées d'infectiologie sont mobilisés pour la prise en charge des patients graves.** Il convient ainsi de s'assurer que ces différents établissements seront en capacité d'adapter leur organisation à l'ampleur de l'épidémie en prévoyant de réaffecter des services, selon des modalités définies dans les plans blancs.

En outre les patients les plus graves sont pris en charge dans des établissements de santé dotés d'un service spécialisé, après régulation du Samu, selon l'organisation définie dans le volet **ORSAN BIO**.

De la même façon, les établissements médico-sociaux doivent avoir identifié des modalités de réponse intégrant les aspects liés à la réalisation de diagnostics biologiques (prélèvements et envois à un laboratoire de biologie médicale ou le cas échéant au laboratoire de référence de la région).

Il conviendra *in fine* de veiller à une bonne articulation du secteur libéral et hospitalier par l'opérationnalité, voire le renforcement des Samu.

Pour ce qui la concerne, la méthodologie consistant à organiser une campagne de vaccination par la médecine libérale et les établissements de santé est définie dans le guide *Préparation d'une campagne de vaccination exceptionnelle*.

### Capacités régionales d'offre de soins à prendre en compte

#### Offre libérale

→ Il s'agit d'estimer le nombre moyen de consultations et de vaccinations pouvant être réalisées en une semaine, en activité normale et en SSE, par le secteur libéral (cabinets médicaux, maisons pluridisciplinaires de santé, sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires...).

#### Offre préhospitalière

- Nombre de Samu, de Smur (dont Smur pédiatrique et polyvalent adulte/enfant) et de SAU.

- Nombre d'équipes Smur et nombre de vecteurs associés (hélicos, ambulances...).

→ Une estimation du nombre de cas pouvant être régulés, transportés, accueillis et pris en charge simultanément par les structures de médecine d'urgence (Samu, Smur, SAU) lors de SSE devra être réalisée. Idéalement, cette estimation prend en compte les acteurs concourant à l'aide médicale urgente (transports sanitaires, SDIS, SSSM...).

#### Offre hospitalière

- Nombre moyen de vaccinations pouvant être réalisées en une semaine par les établissements de santé et les structures<sup>8</sup> réalisant une activité régulière de vaccination.

- Nombre moyen de consultations pouvant être réalisées en une semaine par les établissements disposant de consultations dédiées en infectiologie.

- Nombre de lits de surveillance continue et de réanimation : adulte ; pédiatrique ; pédiatrique spécialisée permettant :

- l'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO),
- la mise en œuvre de techniques d'épuration extra-rénale.

→ Il s'agit d'estimer les capacités de prise en charge en routine et les capacités supplémentaires pouvant être mobilisées en SSE.

#### Offre médico-sociale

- Nombre d'établissements médico-sociaux en mesure de réaliser des prélèvements et de les transférer en direction des laboratoires hospitaliers.

8 - Centres de vaccination, centres de prévention ou de dépistage réalisant des vaccinations, services de protection maternelle et infantile, services de santé au travail, services de promotion de la santé en milieu scolaire, services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, centre médicaux des armées...

→ Il s'agit d'estimer le nombre moyen de prélèvements et de transferts pouvant être réalisés en une semaine : en routine et en SSE.

→ Le nombre moyen de patients pouvant être pris en charge simultanément pendant une semaine en routine et en SSE est également à prendre en compte.

#### Capacités des laboratoires

■ Nombre de LABM en mesure de réaliser des prélèvements et des analyses en continu 7j/7 ou de transférer des échantillons en direction des laboratoires hospitaliers.

■ Nombre de laboratoires hospitaliers impliqués dans la surveillance microbiologique.

→ Il convient d'estimer le nombre moyen d'échantillons pouvant être transférés et analysés en une semaine : en routine et en SSE.

#### Références documentaires

- Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale ».
- Guide *Préparation d'une campagne de vaccination exceptionnelle*.
- Guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole.

## ORSAN NRC

### Objectifs et enjeux

En fonction des événements pouvant survenir, des filières de soins spécialisées pour la prise en charge des patients doivent être préalablement identifiées par l'ARS et leurs capacités de montée en puissance formalisées.

La survenue d'un événement provoquant de nombreux patients (ou victimes) dans un contexte NRC (exposition brutale à un agent NRC, situations 3 voire 4 du plan gouvernemental NRBC) impose des dispositions particulières à envisager dans la préparation de la réponse sanitaire, conformément aux modalités prévues dans le plan national de réponse accident nucléaire ou radiologique majeur. Ainsi un contexte NRC impose une logique zonale en ce qui concerne la prise en charge des patients, en s'appuyant sur l'expertise réalisée par l'ESR.

En outre, il s'agit d'assurer la prise en charge des personnes exposées en établissement de santé, et leur décontamination, le cas échéant, en limitant au maximum le risque de transfert de contamination. Les mesures de décontaminations hospitalières des patients sont mises en œuvre, en cas de nécessité, par les établissements de santé dans le cadre des dispositions de la note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière validée par le CNP le 4 mai 2012 (visa CNP 2012-124) et suivant les modalités prévues dans le plan blanc.

Il s'agit également d'assurer la protection des personnels notamment ceux des Smur et des établissements de santé (équipements de protection individuels, mise en place de circuits distincts pour les patients potentiellement contaminés par exemple) ainsi que des effecteurs mobilisés par le Samu.

### Méthodologie

De façon générale, les professionnels de santé libéraux assurent la prise en charge et le suivi des personnes exposées asymptomatiques, notamment le suivi des éventuels traitements prophylactiques mis en œuvre. Ces professionnels de santé disposent des informations nécessaires diffusées par les autorités sanitaires à cet effet.

Dans certaines circonstances (accident nucléaire ou radiologique, accident chimique), des **populations impliquées, potentiellement exposées, peuvent être regroupées dans des centres d'accueil et d'information du public (CAI)**, selon les modalités définies dans les guides prévus à cet effet. La mise en œuvre de ces centres peut nécessiter la présence de professionnels de santé pour assurer, en cas de nécessité, la prise en charge médicale et médico-psychologique des personnes regroupées.

**La prise en charge des patients (ou victimes) symptomatiques est constituée dans une logique zonale.** Les ESR sont ainsi chargés de proposer à l'ARS de zone une organisation de la prise en charge médicale des patients et des examens complémentaires liés aux pathologies radiologiques ou toxicologiques par les établissements de santé de la zone. Les patients sont principalement pris en charge dans les établissements de santé dans les circonstances suivantes :

- victimes symptomatiques, le plus souvent régulées par le Samu, le cas échéant selon les dispositions des circulaires interministérielles n° 700 et 800, et dont la prise en charge est assurée par les services de soins dédiés des établissements de santé préalablement identifiés ;
- personnes exposées (asymptomatiques) se présentant directement dans un établissement de santé.

Les unités de soins à mobiliser concernent principalement la réanimation médicale et chirurgicale, la neurotraumatologie, les unités de prise en charge de brûlés, les unités pouvant assurer la prise en charge de patients irradiés ou radio-contaminés (hématologie, brûlés...).

À ce titre, les établissements de santé en capacité d'assurer ce type de prise en charge sont identifiés. Les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) peuvent constituer une ressource complémentaire à mobiliser à cette fin. Des circuits de prise en charge et des sites d'hospitalisation appropriés doivent être définis dans le cadre des plans blancs de chaque établissement de santé.

Les capacités diagnostiques d'exposition à des agents NRC doivent faire l'objet d'une organisation prédéfinie. Les laboratoires en mesure de réaliser la détection d'un risque NR (service de protection radiologique des armées, de l'IRSN...), et/ou chimique/toxicologique (laboratoires de toxicologie...) doivent être identifiés et une organisation zonale pour l'acheminement des prélèvements doit également être formalisée.

La surveillance épidémiologique populationnelle ainsi que le dispositif d'identification et de validation des exposés et des cas, mis en place par l'InVS, contribuent à une organisation des soins adaptée selon la situation épidémiologique.

### Capacités zonales d'offre de soins à prendre en compte

#### Offre préhospitalière

- Nombre de Samu, de Smur (dont Smur pédiatrique et polyvalent adulte/enfant) et de SAU.
  - Nombre d'équipes Smur et nombre de vecteurs associés (hélicos, ambulances...).
  - Nombre d'établissements détenteurs de PSM1 et nombre de PSM1.
  - Nombre d'établissements détenteurs de PSM2 et nombre de PSM2.
- Une estimation du nombre de victimes (UA et UR) pouvant être régulées, transportées, accueillies et prises en charge simultanément par les structures de médecine d'urgence (Samu, Smur, SAU) lors de SSE devra être réalisée. Idéalement, cette estimation prend en compte les acteurs concourant à l'aide médicale urgente (transports sanitaires, SDIS, SSSM...).

#### Offre hospitalière

- Nombre d'unités de décontamination hospitalière en conformité avec le cahier des charges de la note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière - validée par le CNP le 4 mai 2012 (visa CNP 2012-124).
- Nombre d'unités de décontamination hospitalière (« unité fixe »). Nombre de chaînes pour personnes valides et pour personnes invalides.
- Nombre d'unités de décontamination mobile projetable (« unité mobile »). Nombre de chaînes pour personnes valides et pour personnes invalides.
- Nombre de lits de surveillance continue et de réanimation : adulte ; pédiatrique ; pédiatrique spécialisée permettant :
  - l'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) ;
  - la mise en œuvre de circulation extracorporelle (CEC) ;
  - la mise en œuvre de techniques d'épuration extrarénale.
- Nombre d'établissements dotés d'un service d'hématologie et nombre de lits en chambres stériles au sein de ces services.
- Nombre d'établissements dotés d'un service de médecine nucléaire et nombre de lits au sein de ces services.

- Nombre de lits de grands brûlés (adultes et pédiatriques) et nombre de coopérations sanitaires transfrontalières permettant la prise en charge de grands brûlés.
- Il s'agit de recenser les capacités de prise en charge en routine et les capacités supplémentaires pouvant être mobilisées en SSE.

#### Offre libérale

- Nombre de professionnels de santé libéraux en mesure d'assurer le suivi des personnes exposées asymptomatiques et des traitements prophylactiques. Estimation du nombre moyen de patients pouvant être pris en charge en une semaine par ces professionnels.

#### Capacités des laboratoires

- Nombre de laboratoires en mesure :
  - de réaliser la mesure d'une contamination interne ;
  - de réaliser la détection d'un risque chimique/toxicologique ;
  - d'orienter les analyses lorsque le ou les toxiques potentiels ne sont pas suspectés ;
  - de réaliser les analyses toxicologiques sur des liquides biologiques ;
  - d'analyser des échantillons diversifiés pour rechercher des toxiques rares ;
  - d'analyser, de confirmer et/ou d'identifier un toxique de guerre.
- Pour chacune de ces activités, nombre de laboratoires en mesure de recevoir et d'analyser des échantillons en continu 7j/7 et estimation du nombre moyen d'échantillons pouvant être analysés en une semaine en routine et en SSE.

#### Références documentaires

- Circulaire n° 700/SGDN/PSE/PPS du 7 novembre 2008 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques.
- Circulaire n° 800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives.
- Note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière validée par le CNP le 4 mai 2012 (visa CNP 2012-124).
- Plan national de réponse accident nucléaire ou radiologique majeur.
- Plan gouvernemental NRBC.

## ORSAN AMAVI

### Objectifs et enjeux

L'objectif consiste à définir l'organisation des soins en réponse à un événement entraînant la prise en charge de nombreuses victimes (accident collectif de circulation, explosion, incendie, accident technologique, naturel...).

La finalité est de disposer d'une organisation régionale du système de santé, élaborée notamment à partir du SROS, en capacité d'assurer la prise en charge médico-chirurgicale et médico-psychologique des victimes tout en assurant la continuité des autres activités.

### Méthodologie

La survenue d'un nombre important de victimes dans un territoire va impacter l'offre de soins. Il s'agit, dans la grande majorité des cas, d'un événement à cinétique rapide, qui va imposer au système de santé de s'adapter en urgence à la demande de soins, tout en continuant à assurer, dans la mesure du possible, ses missions habituelles.

**La réponse à cette SSE repose d'une part sur la mise en œuvre du dispositif ORSEC-Novi pour porter secours aux personnes sur le terrain, et d'autre part sur la mise en œuvre des modalités planifiées au sein de ce volet ORSAN AMAVI afin de participer à l'organisation de la prise en charge des victimes et d'organiser les soins médico-chirurgicaux dans les établissements de santé.**

**L'articulation opérationnelle entre les mesures prises au titre du dispositif ORSEC et du schéma ORSAN est assurée par le Samu.**

La prise en charge des urgences médico-psychologiques fait partie intégrante du dispositif de l'aide médicale urgente et doit, à ce titre, être intégrée à la démarche de planification. Elle s'appuie sur l'organisation mise en œuvre par l'ARS dans le cadre des dispositions réglementaires relatives à l'urgence médico-psychologique.

La régulation médicale réalisée par le Samu a pour objectif de répartir les victimes vers les établissements de santé les mieux adaptés en tenant compte de la gravité des lésions qu'elles présentent, de leur nombre, des capacités et de la disponibilité des établissements. Dans ce cadre, l'établissement de santé siège du Samu a vocation à constituer l'établissement « pivot » de l'organisation départementale de l'offre de soins hospitalière.

La réponse sanitaire repose prioritairement sur les filières de prise en charge (adultes, pédiatriques et pédiatriques spécialisées) suivantes : médico-chirurgicales, réanimation, traumatologie, grands brûlés...

Dans ce cadre l'ARS identifie dans ce volet :

- les établissements de première ligne : disposant d'un service d'urgence et d'une structure de réanimation en mesure d'accueillir et de traiter les urgences absolues et relatives ;
- les établissements de recours : ciblés en fonction de leur plateau technique et de leur spécialisation ;
- les établissements de repli : ils contribuent à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne et de recours en accueillant certains de leurs patients ne nécessitant plus de soins aigus mais ne pouvant rentrer à leur domicile. Lorsqu'un établissement de repli est alerté par l'ARS, il lui indique :

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

Par ailleurs, les établissements de santé doivent intégrer dans leur plan blanc l'éventualité d'un accueil important de victimes non régulées et s'organiser en conséquence en prévoyant notamment les circuits d'accueil et les espaces de prise en charge. Le plan blanc doit aussi envisager des dispositions visant à réorganiser rapidement son offre de soins (libération de lits, mobilisation de lits d'aval...).

Les professionnels libéraux sont *a priori* peu impactés par ce type de SSE. Toutefois, ils sont susceptibles d'apporter un soutien à la mobilisation des établissements de santé en limitant les hospitalisations de leur patientèle aux seules urgences qui ne peuvent être différées. Les autres professionnels de santé libéraux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) peuvent également contribuer à la prise en charge et au maintien des résidents à domicile ou en institution. Dans ce cadre, il convient qu'un dispositif approprié soit mis en œuvre pour permettre d'informer les praticiens libéraux du déclenchement du plan blanc de tel ou tel établissement de santé.

Les médecins correspondants du Samu, qui sont dans la majorité des cas des praticiens libéraux, sont mobilisés dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Le secteur médico-social, bien que non directement concerné par cette situation doit, dans la mesure du possible, d'une part limiter le recours, pour leurs résidents, aux établissements de santé impactés par la prise en charge des victimes et d'autre part faciliter l'accueil des patients adressés par les établissements de santé afin de libérer des lits d'hospitalisation.

### Capacités régionales d'offre de soins à prendre en compte

#### Offre préhospitalière

- Nombre de Samu, de Smur (dont Smur pédiatrique et polyvalent adulte/enfant) et de SAU.
  - Nombre d'équipes Smur et nombre de vecteurs associés.
  - Nombre d'établissements détenteurs de PSM1 et nombre de PSM1.
  - Nombre d'établissements détenteurs de PSM2 et nombre de PSM2.
  - Nombre d'établissements disposant d'un service d'accueil des urgences.
- Une estimation du nombre de victimes (UA et UR) pouvant être régulées, transportées, accueillies et prises en charge simultanément par les structures de médecine d'urgence (Samu, Smur, SAU) lors de SSE devra être réalisée. Idéalement, cette estimation prend en compte les acteurs concourant à l'aide médicale urgente (transports sanitaires, SDIS, SSSM...).

#### Offre hospitalière

- Nombre d'établissements disposant d'unités de :
  - surveillance continue et de réanimation : adulte, pédiatrique et/ou pédiatrique spécialisée ;
  - chirurgie orthopédiques et traumatologiques ;
  - chirurgie viscérale ;
  - neurochirurgie et de neurotraumatologie.

→ Il convient de recenser le nombre de lits au sein de ces unités et le nombre de lits supplémentaires pouvant être mobilisés en SSE.

#### Références documentaires

- Circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences

## ORSAN CLIM

### Objectifs et enjeux

Il s'agit de faire face aux conséquences de l'exposition de la population à un phénomène climatique (canicule, grand froid) tout en assurant la continuité de la prise en charge des autres patients.

L'objectif est de garantir à la population impactée la qualité et la sécurité d'une prise en charge adaptée afin de ne pas compromettre les missions du système de santé dans son ensemble.

Aussi, il s'agit d'optimiser l'organisation de l'offre de soins pour prévenir les conséquences sanitaires et sociales, directes et indirectes, liées aux phénomènes climatiques (intoxications au monoxyde de carbone, hypothermie, hyperthermie, traumatismes dus aux chutes, déshydratation...).

L'enjeu principal est de réduire le nombre d'hospitalisations non justifiées, et de faciliter les sorties (et donc d'optimiser la disponibilité des lits) pour permettre une prise en charge médico-sociale des patients dans les meilleures conditions possibles.

### Méthodologie

Les événements climatiques sont en général annoncés quelques jours avant leur survenue et ont une cinétique lente. Toutefois, ils sont susceptibles de durer sur des périodes de temps relativement longues, de quelques jours à plusieurs semaines.

Les personnes âgées et les jeunes enfants constituent des populations à risque qu'il convient de prendre en compte.

Les mesures de gestion de l'événement dont il est question doivent être mises en œuvre de façon continue et graduée, selon l'analyse de la situation :

- renforcement de la surveillance sanitaire associée à une prise en charge des patients dans le secteur libéral. Dans ce cadre, l'InVS met en place une surveillance épidémiologique populationnelle et assure la remontée d'indicateurs dont l'analyse peut renseigner la nature des effets rencontrés, leur sévérité, et apporter des précisions pouvant contribuer à une optimisation de l'organisation des soins ;
- prise en charge des patients graves par les établissements de santé en mobilisant les établissements de santé de première ligne et de recours, voire de repli si cela est nécessaire.

Sous l'égide de l'ARS une vigilance renforcée est mise en place pour que la coordination des établissements, surtout pendant les périodes de congés, garantisse un équilibre entre disponibilité des lits et besoins de santé.

Les critères d'attribution du rôle dévolu à chaque établissement de santé correspondent à ceux énoncés dans le **volet ORSAN AMAVI**. La programmation des capacités d'hospitalisation et de leur adaptation en fonction des fluctuations saisonnières fait l'objet de la part des DGARS d'une réflexion anticipée et coordonnée au niveau régional.

Une attention particulière est ainsi portée sur l'adaptation des capacités d'hospitalisation dans les **unités de soins intensifs et de surveillance continue, dans les services de réanimation adulte, pédiatrique et néo-natale et en service de médecine polyvalente**. Il est également recommandé de veiller aux **capacités d'hospitalisation en court séjour gériatrique et en soins de suite et de réadaptation**.

L'établissement de santé dispose d'indicateurs sur la gestion des lits par spécialité, analyse son activité et ajuste les mesures à mettre en œuvre, en articulation avec la cellule de veille de l'établissement, en vue de garantir la qualité des soins et d'anticiper les phénomènes de tension.

Il est essentiel d'assurer la fluidité de l'aval des urgences. À ce titre, les établissements de santé sièges d'un service d'urgence, assurent la mise en œuvre du dispositif « établissement de santé en tension ». Par ailleurs, la formalisation des relations entre les services d'urgence et les autres services hospitaliers, par le réseau des urgences est un facteur déterminant pour une bonne gestion des flux de patients et de leur prise en charge. Dans ce cadre, les DGARS veilleront à l'utilisation des fiches de dysfonctionnement.

D'autre part, l'ARS doit s'assurer de l'effectivité de la permanence des soins en médecine libérale, notamment pendant les périodes de congés des médecins libéraux et de fermeture de cabinets médicaux. En cas de survenue d'un événement climatique risquant d'interrompre l'organisation habituelle de la permanence des soins, il est recommandé que des solutions soient étudiées au sein des CODAMUPS (comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins) et de travailler en lien avec les conseils départementaux de l'ordre des médecins afin que la réponse aux demandes de soins non programmées puisse être assurée. Pour que la sectorisation soit adaptée à la demande de la population et à l'offre de soins, il s'agit de renforcer la permanence des soins en médecine libérale.

Enfin, l'ARS intervient pour faciliter la signature des conventions non encore conclues entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé. Dans le cas où un certain nombre de patients, seuls, âgés, voire handicapés, nécessitent une prise en charge sociale adaptée, elle veille, en lien avec les conseils généraux, à la mobilisation des établissements médico-sociaux, et plus particulièrement les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par activation des mesures prévues dans leur « plan bleu ».

### Capacités régionales d'offre de soins à prendre en compte

#### Offre libérale

→ Il s'agit d'estimer le nombre moyen de consultations pouvant être réalisées en une semaine par le secteur libéral : en activité normale, en période de congés et en SSE.

#### Offre préhospitalière

■ Nombre total de Samu, de Smur (dont Smur pédiatrique et polyvalent adulte/enfant) et de SAU.

→ Il s'agit d'estimer le nombre de patients pouvant être régulés, transportés, accueillis et pris en charge simultanément par ces structures de médecine d'urgence lors de SSE. Idéalement, cette estimation prend en compte les acteurs concourant à l'aide médicale urgente (transports sanitaires, SDIS, SSSM...).

#### Offre hospitalière

■ Nombre d'établissements disposant d'un service de gériatrie en mesure de dispenser des soins de suite et de réadaptation et nombre de lits au sein de ces services.

■ Nombre de lits de surveillance continue et de réanimation : adulte, pédiatrique et/ou pédiatrique spécialisée.

→ Il s'agit de recenser les capacités de prise en charge en routine et les capacités supplémentaires pouvant être mobilisées en SSE.

#### Offre médico-sociale

- Nombre d'établissements médicaux-sociaux spécialisés dans l'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Il convient d'estimer le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément pendant une semaine dans ces structures : en routine et en SSE.

#### Références documentaires

- Plan national canicule.
- Guide national relatif à la prévention et à la gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid.

## Annexe du PBE - Évacuation d'un (ou plusieurs) établissement(s) de santé ou médico-social(aux)

### Objectifs et enjeux

La finalité est de disposer d'une organisation du système de santé en capacité de faire face aux conséquences d'une évacuation, notamment pour assurer la continuité de prise en charge des patients.

### Méthodologie

L'évacuation d'établissements de santé ou d'établissement médico-sociaux peut être liée à des événements à cinétique lente ou rapide. Le principe général est que l'évacuation complexe et longue d'un établissement de santé ou médico-social ne doit être décidée qu'en dernier recours, lorsqu'il n'existe plus d'alternative ni de possibilités de maintien d'un fonctionnement, même dégradé, sur site.

Le transfert des patients et résidents vers les structures adaptées doit avoir été, au préalable, planifié, en lien avec le Samu. Dans ce cadre, les critères d'identification des établissements de première ligne, de recours et de repli correspondent à ceux précisés dans le **volet ORSAN AMAVI**.

D'une part, les patients évacués nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge spécialisée doivent être transférés vers les services concernés (réanimation, grands brûlés...). D'autre part, les patients évacués dont l'hospitalisation n'est pas nécessaire doivent être suivis par les professionnels de santé du secteur libéral, dans le cadre d'une prise en charge à domicile.

À la demande de l'ARS, les médecins libéraux peuvent également être mobilisés pour assurer la prise en charge ambulatoire des patients orientés vers leur domicile après régulation par le Samu. Dans ce cadre, un médecin régulateur libéral pourra être positionné au Samu pour faciliter la mise en œuvre de cette mesure.

Les transporteurs sanitaires privés sont mobilisés par le Samu et, en cas de nécessité dans le cadre d'une réquisition par le préfet, en complémentarité des Smur et véhicules des SDIS médicalisés ou non. Ils peuvent être sollicités pour :

- participer à l'évacuation des patients vers les établissements de santé ou médico-sociaux identifiés ;
- assurer les transports secondaires de ces établissements ;
- prendre en charge la sortie des patients, dès lors qu'elle s'impose pour libérer des lits dans l'établissement.

Un correspondant privilégié devra alors être désigné pour les contacts avec l'ARS, et, en tant que de besoin, un coordinateur ambulancier sera positionné au Samu.

En cas de nécessité, des centres de regroupement des évacués (CRE), adossés à un établissement de santé et/ou colocalisés avec un centre de regroupement des moyens (CRM) pourront être identifiés au préalable pour accueillir, avant leur transfert vers des structures plus adaptées, la majorité des patients et résidents des établissements auxquels ils ont été appariés.

Les centres de regroupement des moyens (CRM) où sont regroupés la totalité des transports sanitaires dédiés à l'évacuation de l'établissement, y compris les renforts qui y seront éventuellement envoyés, doivent être prédéterminés dans chaque territoire de santé. Chaque établissement est apparié à un seul CRM. Néanmoins, il convient d'éviter les transits par les CRE en privilégiant le transport direct vers les établissements de destination finale.

#### Offre de soins à prendre en compte

L'offre de soins à prendre en compte correspond à celle précisée dans le volet ORSAN AMAVI et le guide méthodologique « évacuations massives ».

#### Références documentaires

- Guide méthodologique « évacuations massives ».

## Annexe du PBE - Campagne de vaccination de masse dans des centres dédiés

### Objectifs et enjeux

Cette annexe du plan blanc élargi consiste à organiser une campagne de vaccination dans des centres dédiés selon les deux situations suivantes :

- lorsque l'organisation préparée dans le volet ORSAN EPI-VAC ne permet pas de répondre à elle seule à la situation sanitaire ;
- lorsque l'événement concerné constitue un trouble majeur à l'ordre public.

### Méthodologie

Les éléments d'orientation sont définis dans le guide *Préparation d'une campagne de vaccination exceptionnelle*.

### Offre de soins à prendre en compte

L'offre de soins à prendre en compte correspond à celle précisée dans le volet ORSAN EPI-VAC et le guide *Préparation d'une campagne de vaccination exceptionnelle*.

### Références documentaires

- *Guide Préparation d'une campagne de vaccination exceptionnelle*.

## Annexe du PBE - Distribution de produits de santé en dehors du circuit pharmaceutique

### Objectifs et enjeux

Cette annexe du plan blanc élargi prévoit la mobilisation de circuits de distribution exceptionnelle de produits de santé en dehors du circuit pharmaceutique, lors de situations sanitaires exceptionnelles dont la cinétique et l'ampleur le justifient.

Il s'agit de pré-identifier des sites de distribution à la population au niveau des communes et des sites de rupture de charge au sein du département pour les alimenter et prendre en compte les contraintes logistiques, ainsi que les dispositions propres à la gestion de ces produits.

### Méthodologie

Les éléments d'orientation sont définis dans le guide méthodologique relatif à la préparation d'une distribution exceptionnelle de produits de santé.

### Offre de soins à prendre en compte

L'offre de soins à prendre en compte correspond à celle précisée dans le guide méthodologique relatif à la préparation d'une distribution exceptionnelle de produits de santé.

### Références documentaires

- Guide méthodologique *Préparation d'une distribution exceptionnelle de produits de santé*.

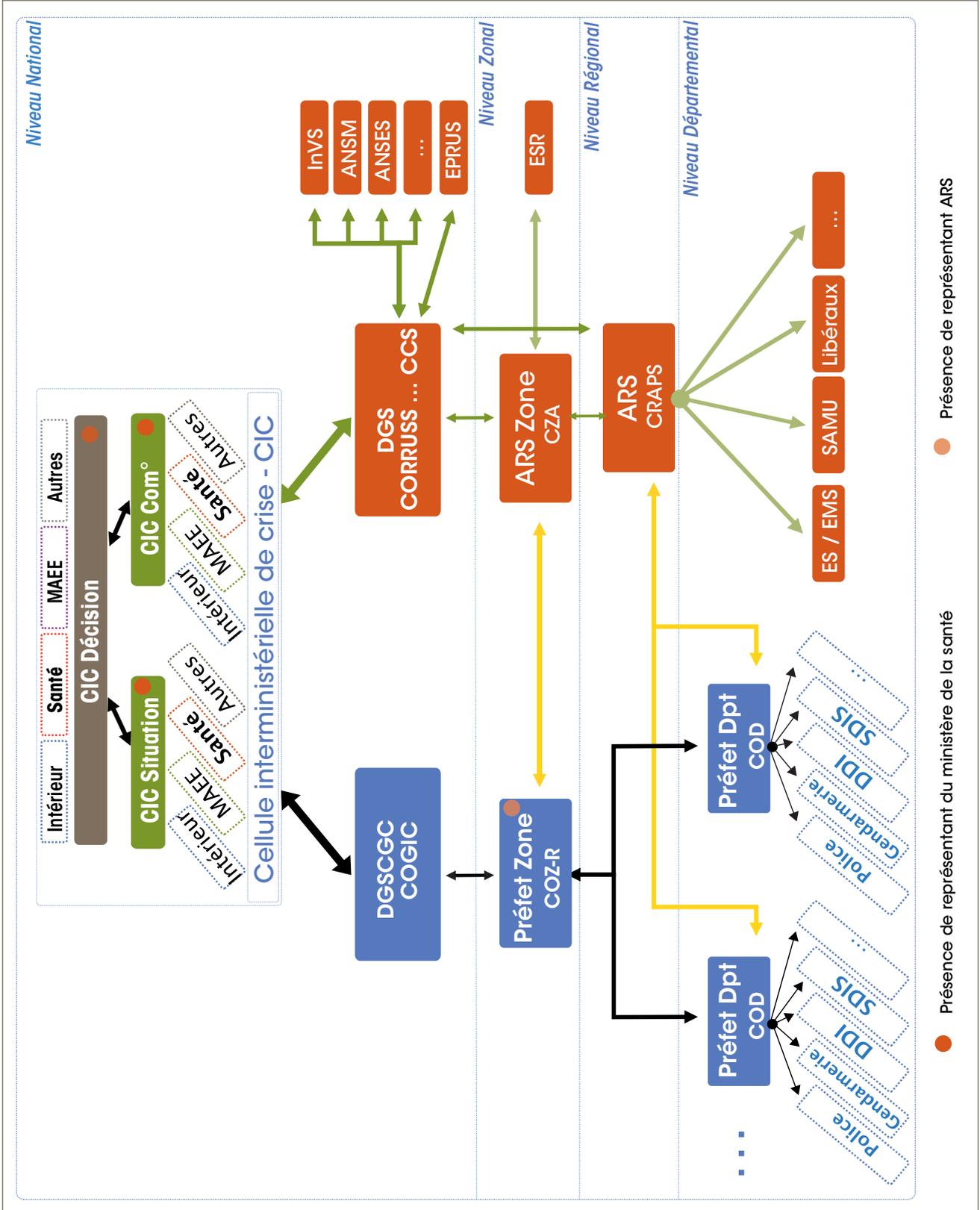


# Annexes

- Annexe 1 Organisation de la gestion de crise
- Annexe 2 Samu de zone
- Annexe 3 Tableau de synthèse de typologie des risques et des capacités de réponse

# ORGANISATION DE LA GESTION DE CRISE

annexe 1



Dans le cadre du plan zonal de mobilisation, le Samu de zone apporte un appui technique à l'ARSZ.

### Lors d'une SSE

#### ■ Pour renforcer les Samu impactés par une SSE

- il propose la répartition et la mobilisation des moyens tactiques au sein de la zone de défense et de sécurité au regard des besoins potentiels (secteurs de mobilisation préférentiels et organisation des transports sur les sites de destination) ;
- il met en œuvre les modalités de renfort en professionnels de santé pour les Samu et les autres structures de médecine d'urgence au sein de la zone, d'un département à un autre au sein de la même zone, ou d'une zone à une autre<sup>9</sup> ;
- il propose les modalités d'intégration des renforts en équipement en provenance d'autres régions de la zone pour les Samu ;
- il assure la synthèse des moyens disponibles dans les régions (Smur véhicules terrestres et hélicoptères, moyens humains et équipements) ;
- il assure la coordination des hélicoptères sanitaires des Smur (héliSMUR) au niveau zonal<sup>10</sup> ;
- il veille à ce que le (ou les) Samu territorialement compétent(s) transmette(nt) les informations sur la prise en charge médicale des victimes et leur orientation.

#### ■ Pour évacuer un ou plusieurs établissements de santé ou médico-sociaux dans la zone de défense et de sécurité

- il apporte ainsi un appui au Samu territorialement compétent pour la régulation médicale en vue de l'accueil dans les établissements de santé des patients évacués. En lien avec le Samu territorialement compétent, il assure la coordination du renfort en moyens de transports sanitaires.

### En dehors d'une SSE

- pour participer aux travaux de planification diligentés par l'ARSZ ;
- pour coordonner au sein de la zone le développement des organisations et la mise en œuvre des outils techniques (applications métiers, moyens de communication, etc.) permettant de répondre à la mission définie précédemment ;
- pour participer, dans le cadre du réseau zonal d'enseignement des soins d'urgence animé par l'ESR, à la formation des professionnels de santé aux SSE et à la réalisation d'exercices.

9 - Les modalités d'intervention d'un Smur vers un pays frontalier sont à envisager dans le cadre des conventions transfrontalières entre le pays concerné et la France.

10 - Cf. Instruction interministérielle du 4 novembre 2013 relative à la coordination et à l'optimisation des moyens aériens en cas de crise localisée sur le territoire national.

# TABLEAU DE SYNTHÈSE DE TYPOLOGIE DES RISQUES ET DES CAPACITÉS DE RÉPONSE

annexe 3

Type d'événement	Typologie des victimes	Cinétique événement	Effet à obtenir	Atteinte du système de santé
Risque biologique émergent (H5N1, H7N9, SRAS, fièvre hémorragique virales, maladie infectieuse transmissible de personne à personne...).	Apparition de cas dispersés à prendre en charge dans les services de maladies infectieuses et tropicales.	Anticipation possible de plusieurs jours à semaines.	4 à 5 cas hautement infectieux à prendre en charge.	Système de santé très sollicité compte tenu du besoin de limiter/freiner la transmission et d'acquérir des connaissances pour adapter l'organisation de la prise en charge.
Épidémie ( <i>par exemple de type respiratoire</i> ) ou pandémie grippale liée à un nouveau variant de virus grippal ( <i>ex. : maladie vectorielle de type chikungunya, dengue...</i> ).  N.B. : est pris en compte ici le terrorisme biologique.	Un grand nombre de patients à prendre en charge, couplé, le cas échéant, à une campagne de vaccination exceptionnelle à organiser.	Anticipation possible de plusieurs jours à semaines, événement long (plus de 8 semaines) et progressif avec un pic de 2 à 4 semaines.	Cf. données fournies par l'InVS.  <b>N.B. : Pour le terrorisme biologique</b> , pour une maladie à transmission interhumaine : 200 cas index avec potentiellement 2 000 personnes à prendre en charge simultanément. Pour une maladie non transmissible : 15 000 personnes potentiellement exposées pour organiser une action de prophylaxie collective.	Déstabilisé par le nombre de patients à prendre en charge, et amplifié par l'incapacité prévisible de certains soignants touchés par l'épidémie.

Partie du système de santé principalement engagée	Estimation des capacités d'offre de soins renforcées	Rôle des acteurs du système de santé	Plans de renfort
<p>Établissements de santé, et plus spécifiquement les services des urgences et les services spécialisés (pédiatrie, maladies infectieuses et tropicales, réanimation, pneumologie...).</p> <p>Laboratoires hospitaliers.</p>	<p>Établissements de santé disposant de XX lits en chambre stérile existants et en mesure de mobiliser XX lits supplémentaires en SSE.</p> <p>Établissements de santé disposant d'un service de pédiatrie doté de XX lits en chambre d'isolement à pression négative et en mesure de mobiliser XX lits supplémentaires en SSE.</p>	<p><b>Rôle des établissements de santé</b> : prise en charge des cas suspects, mise en œuvre de mesures d'isolement.</p> <p><b>Rôle des professionnels de santé libéraux</b> : détection et orientation des cas, suivi des recommandations sanitaires et préparation d'une éventuelle mobilisation renforcée.</p>	<p>En tant que de besoin, mobilisation de ressources extérieures, notamment moyens de transports en urgence d'échantillons biologiques.</p> <p>Lien avec le niveau zonal et national pour renforts (moyens tactiques et stratégiques, réserve sanitaire).</p>
<p>Médecine libérale et établissements médico-sociaux ou à défaut de permanence des soins, les services d'accueil, des urgences ; les services spécialisés des établissements de santé (infectiologie, pneumologie, réanimation...).</p> <p>En cas de vaccination exceptionnelle : médecine libérale, centres de soins primaires, établissements dotés de capacités de vaccination.</p>	<p>Établissements médico-sociaux pouvant prendre en charge XX % d'activité en plus.</p> <p>XX consultations pouvant être réalisées en une semaine par le secteur libéral, en activité normale, et XX consultations pouvant être réalisées en plus, en une semaine en SSE.</p>	<p><b>Rôle des établissements de santé</b> : adaptation de l'organisation des soins à la baisse d'effectifs de personnels. Prise en charge des patients présentant des signes de gravité. Vaccination des personnels et des patients de l'établissement.</p> <p><b>Rôle des professionnels de santé libéraux</b> : accroissement des capacités de prise en charge (hospitalisation à domicile...). Renforcement de l'offre de soins vaccinale par la mobilisation des professionnels réalisant une activité régulière de vaccination.</p> <p><b>Rôle des établissements médico-sociaux</b> : accueil de patients venant des établissements saturés par les cas urgents. Vaccination des personnels et patients de l'établissement.</p>	<p>Mobilisation de ressources extérieures pour organiser, le cas échéant, une campagne de masse <b>de vaccination dans des centres dédiés</b>.</p> <p>Lien avec le niveau zonal et national pour renforts (EPRUS, stocks tactiques et stratégiques, réserve sanitaire).</p>

Type d'événement	Typologie des victimes	Cinétique événement	Effet à obtenir	Atteinte du système de santé
Accident technologique (catastrophe industrielle...) ou acte de malveillance impliquant des agents NRC.	Beaucoup de poly-traumatologie, de brûlés, nombreuses UA et UR, contamination des victimes + un grand nombre de personnes potentiellement impliquées à prendre en charge dans le système de santé (suivi, prise en charge...).	Préparation possible mais pas d'anticipation sauf alerte des services de renseignement. Cinétique rapide, phase aigüe de quelques heures.	Cf. orientations des préfets au regard de la déclinaison du plan gouvernemental accident nucléaire ou radiologique majeur.  <b>N.B. : Pour le risque terroriste.</b> Pour le risque chimique : 1 000 personnes potentiellement exposées. Pour le risque radiologique : 2 000 à 3 000 personnes potentiellement exposées. Pour le risque radiologique : 1 000 personnes potentiellement irradiées sur plusieurs semaines.	Déstabilisé voire dépassé par le nombre de victimes à prendre en charge, voies d'accès limitées, établissements plus ou moins opérationnels.
Accident avec nombreuses victimes non contaminées (accident de transport de personnes, catastrophe naturelle, séisme...).	Beaucoup de poly-traumatologie, nombreuses UA et UR, urgences psychologiques, nombreux décédés.	Rapide : pas d'anticipation possible, événement rapide – quelques heures à quelques jours en aigu, plus long pour le post-crise.	Cf. Plans particuliers d'intervention (PPI) (avec un ratio de 25 % UA et 75 % UR).	Déstabilisé voire dépassé par le nombre de victimes à prendre en charge, voies d'accès limitées, établissements plus ou moins opérationnels.

Partie du système de santé principalement engagée	Estimation des capacités d'offre de soins renforcées	Rôle des acteurs du système de santé	Plans de renfort
ESR, hôpitaux, services d'accueil des urgences, unités de soins spécialisées (réanimation, neurotraumatologie, services de prise en charge des grands brûlés, services d'hématologie...).	Établissements de santé disposant de XX lits de grands brûlés adultes et pédiatriques et en mesure de mobiliser XX lits supplémentaires en SSE.	<p><b>Rôle des établissements de santé</b> : mise en place de mesures visant à protéger le personnel et les établissements (équipements de protection dédiés, définition de circuits spécialisés pour les victimes potentiellement contaminées). Prise en charge des victimes symptomatiques.</p> <p><b>Rôle des professionnels de santé libéraux</b> : prise en charge des victimes asymptomatiques et des personnes exposées.</p>	En tant que de besoin, montée en puissance en lien avec le niveau zonal et national pour renforts (EPRUS, stocks tactiques et stratégiques, réserve sanitaire), voire, mobilisation de ressources extérieures.
Hôpitaux, services des urgences pour prise en charge des victimes (traumatologie, chirurgie orthopédique, réanimation, brûlés...).	Adaptation de l'offre de lits de réanimation permettant de mobiliser XX % de lits en plus en SSE.	<p><b>Rôle des établissements de santé</b> : régulation, organisation prise en charge victimes, libération de lits, pilotage des transferts.</p> <p><b>Rôle des professionnels de santé libéraux</b> : appui aux services d'urgences, prise en charge des petites pathologies.</p> <p><b>Rôle des établissements médico-sociaux</b> : accueil de patients venant des établissements saturés par les cas urgents.</p>	En tant que de besoin, montée en puissance en lien avec le niveau zonal et national pour renforts (EPRUS, stocks tactiques et stratégiques, réserve sanitaire), voire, mobilisation de ressources extérieures.

Type d'événement	Typologie des victimes	Cinétique événement	Effet à obtenir	Atteinte du système de santé
Phénomène climatique (canicule, grand froid).	Besoin de prendre en charge les patients isolés nécessitant des soins et les patients en rupture thérapeutique. Prise en compte des populations à risque (personnes âgées et jeunes enfants).	Anticipation possible de quelques jours.	Se référer aux épisodes climatiques passés.	Nécessité de prévenir les conséquences directes et indirectes tant sociales que sanitaires (ex. : manque de personnels...).
Distribution d'antidote à la population (ex. : suite à un accident nucléaire).	Besoin de prendre en charge la population exposée pour prévenir tous risques sanitaires.	Anticipation possible de quelques jours, délai court : moins d'une semaine.		Mobilisation de l'ensemble des officines d'un territoire pendant plusieurs jours ou mise en place de professionnels de santé au sein de <b>centres dédiés de distribution</b> .

Partie du système de santé principalement engagée	Estimation des capacités d'offre de soins renforcées	Rôle des acteurs du système de santé	Plans de renfort
<p>Médecine libérale et établissements médico-sociaux. Afflux au service des urgences.</p>	<p>EHPAD pouvant prendre en charge XX patients simultanément pendant une semaine en situation habituelle et XX en plus en SSE.</p>	<p><b>Rôle des établissements de santé</b> : prise en charge des patients présentant des signes de gravité. Gestion de l'aval des urgences et adaptation des capacités d'hospitalisation dans les services spécialisés (réanimation, gériatrie...). Gestion anticipée des relèves.</p> <p><b>Rôle des professionnels de santé libéraux</b> : appui à l'identification des personnes isolées. Accueil et prise en charge des patients âgés, isolés, handicapés nécessitant une prise en charge sociale adaptée.</p> <p><b>Rôle des établissements médico-sociaux</b> : accueil de proximité de patients isolés.</p>	<p>En tant que de besoin, montée en puissance en lien avec le niveau zonal et national pour renforts (EPRUS, stocks tactiques et stratégiques, réserve sanitaire), voire, mobilisation de ressources extérieures.</p>
<p>Pharmacies, grossistes.</p>		<p><b>Rôle des établissements de santé</b> : préparation à une éventuelle prise en charge des victimes contaminées si nécessaire.</p> <p><b>Rôle des professionnels de santé libéraux</b> : appui aux officines et centres de distribution. Identification des patients isolés.</p> <p><b>Rôle des établissements médico-sociaux</b> : distribution d'antidotes aux patients de l'établissement.</p>	<p>Pilotage d'une campagne de <b>distribution exceptionnelle de produits de santé</b> en dehors du circuit pharmaceutique traditionnel.</p>

*Conception et coordination*  
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes  
Direction générale de la santé (DGS)

*Secrétariat d'édition et réalisation*  
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes  
Délégation à l'information et à la communication (Dicom)

Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2014

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes  
Direction générale de la santé (DGS)  
Département des urgences sanitaires (DUS)  
Bureau organisation et planification  
14 avenue Duquesne 75007 Paris