

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Circulaire interministérielle DGS/DUS/DGSCGC n° 2013-374 du 26 septembre 2013 relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires

NOR : AFSP1326916C

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 26 juillet 2013. – Visa CNP 2013-180.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : le plan zonal de mobilisation, volet sanitaire des plans zonaux de défense et de sécurité dont le dispositif ORSEC zonal, a pour objectif de 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 permet la mise en place d'une organisation adaptée lors d'une situation ayant un impact sanitaire exceptionnel, assurant l'expression rapide des besoins, ainsi que le suivi de la mobilisation et de la répartition des moyens sanitaires humains et matériels mobilisés en renfort.

Mots clés : zone de défense – situation sanitaire exceptionnelle – offre de soins – personnel – matériel – formation.

Références :

Code de la santé publique (notamment art. L. 3131-11, R. 3131-8 et suivants);

Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires;

Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles.

Annexe : guide d'aide à la réalisation d'un plan zonal de mobilisation.

La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de l'intérieur à Messieurs les préfets de zone de défense et de sécurité; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé de zone de défense et de sécurité; Mesdames et Messieurs les préfets de département; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour information).

La présente circulaire a pour objet de présenter les modalités d'élaboration du plan zonal de mobilisation, volet sanitaire des plans zonaux de défense et de sécurité, dont le dispositif ORSEC zonal, introduit par la loi du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le plan zonal de mobilisation a pour objectif de 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.

Il est préparé par le directeur général de l'ARS de zone, en concertation avec les ARS de la zone, le préfet de zone et l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), sur la base du guide d'aide à la réalisation d'un plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires de la zone de défense et de sécurité que nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint.

Chaque préfet de zone arrête son plan zonal de mobilisation, après avis du comité de défense de zone mentionné à l'article R. 1311-25 du code de la défense, d'ici à la fin de l'année 2014.

Chaque préfet de zone de défense et de sécurité veillera à la diffusion de ce plan auprès des préfets de département concernés et chaque directeur général d'ARS de zone auprès des directeurs généraux d'ARS concernés.

Vous veillerez à nous tenir informés des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer à l'élaboration de ce plan.

Pour la ministre des affaires sociales
et de la santé et par délégation :
Le directeur général de la santé,
DR J.-Y. GRALL

Pour le ministre de l'intérieur et par délégation :
*Le directeur général de la sécurité civile
et de la gestion des crises,*
M. PAPAUD

ANNEXE

**GUIDE D'AIDE À LA RÉALISATION D'UN PLAN ZONAL
DE MOBILISATION**

Sommaire

I. – LE CONTENU DU PLAN ZONAL DE MOBILISATION

1. Répartition et mobilisation des ressources humaines du système de santé et des moyens matériels mobiles au sein de la zone

- a) Le personnel
- b) Le matériel

2. Suivi de la mobilisation de l'offre de soins zonale en situation exceptionnelle

3. Modalités de mobilisation des moyens de l'État en renfort en cas de dépassement des moyens zonaux du système de santé

- a) Les stocks stratégiques de produits de santé de l'État
- b) La réserve sanitaire

4. Plan de formation et d'entraînement des intervenants du système de santé

5. Cohérence zonale des plans de réponse

II. – LES MODALITÉS D'ÉLABORATION DU PLAN ZONAL DE MOBILISATION

1. Modalités techniques

2. Modalités administratives

ANNEXE 1. – RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE NATIONAL

ANNEXE 2. – MODALITÉS DE MOBILISATION DES MOYENS TACTIQUES

ANNEXE 3. – PROCÉDURE DE RECOURS AUX PRODUITS ET ÉQUIPEMENTS DE SANTÉ ISSUS DES STOCKS STRATÉGIQUES NATIONAUX DE L'ÉTAT

ANNEXE 4. – PROCÉDURE DE RECOURS À LA RÉSERVE SANITAIRE

ANNEXE 5. – PLAN DE FORMATION ZONAL

Le plan zonal de mobilisation, volet sanitaire des plans zonaux de défense et de sécurité, a pour objectif de 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 est introduit par l'article 25 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Son contenu et les modalités de sa réalisation sont précisés par le décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles.

Chaque agence régionale de santé (ARS) de zone est responsable de la déclinaison et de la mise en œuvre du plan zonal de mobilisation sur son territoire.

I. – LE CONTENU DU PLAN ZONAL DE MOBILISATION

Le plan zonal de mobilisation 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 (nucléaire, radiologique, biologique, chimique, explosion) ;
- 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.

Il définit le cadre permettant d'assurer la cohérence des plans de réponse de la zone, avec :

- les orientations nationales en termes d'organisation de la réponse sanitaire face à une situation exceptionnelle ;
- les moyens de santé, conventionnels ou NRBC-E, disponibles et mobilisables au niveau zonal et au niveau national ;
- les ressources spécifiques des partenaires (expertise ou moyens techniques) intervenant au niveau de la zone (centres antipoison-toxicovigilance [CAP-TV], laboratoires spécialisés, etc.).

Il permet la mise en place d'une organisation adaptée lors d'une situation ayant un impact sanitaire exceptionnel, assurant l'expression rapide des besoins, ainsi que le suivi de la mobilisation et de la répartition des moyens attribués en renfort.

1. Répartition et mobilisation des ressources humaines du système de santé et des moyens matériels mobiles au sein de la zone

Les moyens dits « tactiques » sont constitués par les matériels et équipements mobiles dont sont dotés les établissements de santé sièges de SAMU ou de SMUR pour assurer la gestion des situations ayant un impact sanitaire exceptionnel. Ils comprennent notamment les postes sanitaires mobiles (PSM 1 et PSM 2) dotés de médicaments pour répondre aux menaces biologiques, chimiques et à terme radiologiques, ainsi que différents équipements (unités mobiles de décontamination hospitalière, respirateurs...).

Dans le cadre du plan zonal de mobilisation, l'ARS de zone doit, en lien avec l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) et en étroite concertation avec les ARS de la zone :

- concernant les moyens humains :
 - recenser les professionnels de santé, leur statut et leur positionnement, à l'aide notamment du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ;
 - identifier les modalités de mobilisation des professionnels de santé susceptibles de participer à des missions spécifiques dans le cadre de l'activation de ce plan ;
- concernant les moyens tactiques mobiles :
 - recenser leur état et leur positionnement, à l'aide notamment de l'application développée à terme au sein de l'outil informatique SISAC et son module de gestion des stocks tactiques ;
 - identifier la répartition géographique la plus pertinente au regard des besoins potentiels (bassins de population, cartographie des risques...) ;
- organiser la répartition et la mobilisation de ces moyens humains et matériels tactiques mobiles en situation exceptionnelle : modalités de mobilisation, secteurs de mobilisation préférentiels et organisation des transports sur le(s) site(s) de destination.

a) Le personnel

Avant tout recours à la réserve sanitaire, les possibilités de renfort par les acteurs du système de santé de la zone sont à envisager. Il s'agit notamment des professionnels de santé actifs, des acteurs administratifs ou techniques participant aux missions du système de santé de la zone, des professionnels de santé ou autres acteurs retraités et étudiants.

En premier lieu, cette mobilisation va reposer sur les dispositifs de mobilisation existant au sein des structures de santé directement impactées, notamment par l'intermédiaire des plans blancs pour les établissements de santé et des plans bleus pour les établissements médico-sociaux.

Dans un deuxième temps, les ressources de la zone peuvent être sollicitées. Aussi, le plan zonal de mobilisation pour faire face aux situations ayant un impact sanitaire exceptionnel doit identifier les modalités de mobilisation et d'intervention de ces professionnels de santé, à l'échelon zonal, en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Chaque ARS de zone, en lien avec les ARS et les établissements de santé de sa zone, est ainsi chargée de :

- recenser les acteurs du système de santé de la zone susceptibles d'être mobilisés en renfort ;
- préparer le cadre permettant d'assurer la rémunération et la couverture juridique de ces personnels dont la mobilisation serait effective hors du cadre réglementaire de l'EPRUS et de la réserve sanitaire : élaboration de conventions entre établissements pour les fonctionnaires ou de contrats simplifiés permettant l'intervention dans un ou plusieurs établissements de santé, voire plusieurs départements, pour les personnes issues du secteur privé, retraitées ou étudiantes, recours à la réquisition par le préfet territorialement compétent, le cas échéant. Les établissements de santé doivent disposer des « formats contractuels » adéquats permettant de faire appel ponctuellement et pour une courte durée aux personnels d'autres établissements en cas de besoin ;
- identifier les modalités d'intervention des SMUR d'un département vers un autre département ou dans un pays frontalier, dans le cadre du réseau des urgences.

Les documents contractuels pour l'emploi de personnels sont propres à l'organisation des ressources humaines de chaque établissement de santé. Les dispositions permettant l'emploi de personnels extérieurs à l'établissement, de manière temporaire en réponse à une situation sanitaire exceptionnelle, doivent être prévues dans les plans blancs de chaque établissement.

Les différentes situations amenant à renforcer l'offre de soins sur le territoire national et les modalités correspondantes sont décrites en annexe 1.

b) Le matériel

L'intégration de dispositions particulières dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les ARS et les établissements de santé, encadrant notamment le financement de l'acquisition, de l'entretien et du renouvellement des moyens matériels tactiques par les dotations des missions d'intérêt général (MIG) dédiées financées par l'assurance maladie¹, doit permettre aux ARS et aux ARS de zone de déterminer les conditions du maintien opérationnel de ces matériels et de remise à niveau initial en cas de consommation ou d'altération.

Les modalités de suivi de ces matériels, par le recensement et la réalisation d'inspections notamment, sont définies entre l'ARS de zone et les ARS dans le cadre des conventions ARS de zone-ARS, et dans le cadre de la convention entre l'ARS de zone et l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

Les modalités de mobilisation de ces matériels selon les situations rencontrées et les contraintes d'emploi associées sont définies dans le plan zonal de mobilisation sur la base des éléments identifiés en annexe 2. Il s'agira notamment de déterminer le circuit d'alerte et d'information et l'organisation du transport de ces matériels sur les secteurs susceptibles d'être concernés.

Ces dispositions sont indiquées dans les CPOM conclus entre les ARS et les établissements de santé, en lien avec les ARS de zone.

2. Suivi de la mobilisation de l'offre de soins zonale en situation exceptionnelle

Afin de permettre un suivi de l'offre de soins (moyens fixes) à l'échelon zonal en situation sanitaire exceptionnelle, l'agrégation zonale des données issues notamment des répertoires opérationnels des ressources est à organiser dans le cadre du plan zonal de mobilisation en s'appuyant sur les établissements de santé de référence (ESR), les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS)

¹ Projet de guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG).

et les réseaux d'expertise existants. Il s'agit notamment d'identifier les capacités des établissements de santé pour la prise en charge des pathologies induites par l'exposition à un risque NRBC-E (services d'accueil des grands brûlés, services de prise en charge des patients irradiés ou des maladies infectieuses et tropicales...), ou en cas d'évacuations massives d'établissements de santé et médico-sociaux par exemple.

Dans ce cadre, les ESR sont particulièrement chargés :

- d'apporter une assistance technique à l'ARS de zone, au stade de la préparation et lors de situations exceptionnelles ;
- de proposer à l'ARS de zone une organisation de la prise en charge médicale des patients et des examens biologiques, radiologiques ou toxicologiques par les établissements de santé de la zone ;
- d'apporter une expertise technique aux établissements de santé sur toute question relative à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- d'assurer le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des patients.

Ces établissements, mentionnés dans l'arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des ESR, disposent notamment des capacités fixées par l'article R. 3131-9 du code de la santé publique, et en particulier dans le domaine de l'aide médicale urgente (service d'aide médicale urgente, service d'accueil des urgences, aire permettant de poser un hélicoptère), de celui des maladies infectieuses (chambres d'isolement à pression négative pour adultes et enfants, service de réanimation doté de chambres d'isolement, laboratoire d'un niveau de confinement L3) et du risque radionucléaire (service de médecine nucléaire).

À ce titre, les ESR mettent à disposition de leur ARS de zone leurs capacités d'expertise.

3. Modalités de mobilisation des moyens de l'État en renfort en cas de dépassement des moyens zonaux du système de santé

L'État dispose de moyens mobilisables sur le territoire national, dans la limite des dotations et des capacités existantes. Il s'agit notamment des stocks stratégiques nationaux de produits de santé et des réservistes sanitaires, placés sous la responsabilité de l'EPRUS.

a) Les stocks stratégiques de produits de santé de l'État

Les stocks stratégiques nationaux permettent à l'État de maintenir une capacité d'intervention en renfort pour répondre à des événements de grande ampleur, épidémiques, chimiques ou radionucléaires, accidentels ou terroristes. Ils sont placés sous la responsabilité de l'EPRUS, uniquement détenus et gérés par l'EPRUS à partir de ses plates-formes nationale et zonale à statut pharmaceutique. Il s'agit notamment d'antiviraux, d'antidotes, d'antibiotiques, de vaccins, de dispositifs médicaux, de petits matériels, de consommables ou d'équipements de protection individuelle.

La mobilisation des stocks stratégiques nationaux relève du ministère chargé de la santé et de son opérateur, l'EPRUS, sur demande du niveau territorial pour assurer une réponse adaptée au contexte et aux besoins locaux.

Un recours à des stocks stratégiques nationaux sur demande du niveau territorial selon la doctrine établie peut, par exemple, s'avérer nécessaire lorsque les moyens tactiques pouvant être mobilisés au sein de la zone sont en quantité insuffisante, ou que le temps d'acheminement des stocks stratégiques nationaux est plus court que le recours aux moyens tactiques de la zone ou de zones limitrophes.

L'organisation de la distribution infrazonale des stocks stratégiques de produits de santé peut s'effectuer sur la base des plans départementaux de distribution des produits de santé.

La procédure de recours aux stocks stratégiques nationaux ainsi que les formulaires de demande correspondants sont disponibles en annexe 3.

b) La réserve sanitaire

Lorsque tous les moyens disponibles localement ont été mobilisés dans le cadre des dispositifs d'organisation des soins en situation sanitaire exceptionnelle, des plans blancs élargis ou *via* le plan zonal de mobilisation et qu'ils s'avèrent insuffisants en nombre ou en termes de qualification pour répondre à une situation sanitaire exceptionnelle, une demande de recours à la réserve sanitaire peut être exprimée par l'échelon territorial, selon la procédure établie en annexe 4.

La mobilisation des réservistes sanitaires relève ensuite du ministère chargé de la santé et de son opérateur, l'EPRUS, selon les doctrines de mobilisation en vigueur, en liaison avec l'échelon territorial pour assurer une réponse adaptée au contexte et aux besoins locaux.

La mobilisation de la réserve sanitaire dans le cadre d'un dispositif prévisionnel de secours doit rester exceptionnelle et ne doit être envisagée qu'en dernier recours pour des dispositifs prévisionnels de portée nationale.

Ce type de mission repose prioritairement sur l'organisation de l'aide médicale urgente territorialement compétente, placée sous l'autorité des ARS dans le cadre des dispositions requises par les autorités compétentes et, si besoin, dans le cadre de la mise à disposition prévue à l'article L.3134-2-1 du code de la santé publique.

Dans le plan zonal de mobilisation, doivent ainsi être identifiés :

- le cadre et les procédures de recours aux moyens de l'État gérés par l'EPRUS ;
- l'organisation de la mobilisation zonale de la réserve sanitaire en situation exceptionnelle : modalités d'identification qualitative et quantitative des besoins en personnels et des affectations nécessaires selon les compétences requises, en lien avec l'EPRUS ;
- les modalités de suivi de la mise en œuvre des différentes dispositions du plan zonal de mobilisation, parmi lesquelles l'organisation du suivi des réservistes affectés et, le cas échéant, les plans départementaux de distribution des produits de santé ;
- une évaluation qualitative et, si possible, un ordre de grandeur des renforts en professionnels de santé issus de la réserve sanitaire pouvant s'avérer nécessaires, au regard des situations sanitaires exceptionnelles susceptibles d'être rencontrées et des capacités de réponse existant dans la zone. Cette évaluation des besoins se base sur les travaux conduisant à organiser l'offre de soins pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles, menés par les ARS.

4. Plan de formation et d'entraînement des intervenants du système de santé

Le plan zonal de mobilisation contient un plan de formation et d'entraînement des acteurs du système de santé de la zone, qui définit, en lien avec l'EPRUS et ses commissions spécialisées :

- les programmes d'activité de formation des ESR et des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU), au regard des objectifs, des référentiels pédagogiques nationaux, des recommandations et guides de bonnes pratiques élaborés par les sociétés savantes, en particulier dans le domaine de la médecine d'urgence ;
- le calendrier de réalisation et le contenu des exercices et des entraînements, en lien avec le programme établi par le préfet de zone et les préfets de département.

Le plan de formation zonal vise à mettre en cohérence à l'échelle de la zone les besoins, les capacités de formation du système de santé, la disponibilité des équipes à participer aux entraînements et aux exercices. Il intègre les formations théoriques et pratiques ainsi que les entraînements et les exercices organisés pour tester l'opérationnalité des dispositifs de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.

Les professionnels concernés par le plan de formation et d'entraînement sont les professionnels participant au système de santé susceptibles d'être mobilisés au sein de la zone pour la gestion de situations sanitaires exceptionnelles. La formation des personnels et des professionnels de santé à la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles est ainsi inscrite au plan de formation des établissements de santé et participe au développement professionnel continu (DPC). Elle a vocation à être prise en compte, à terme, dans la certification des établissements de santé.

L'ESR met en œuvre le plan de formation arrêté par l'ARS de zone. Il est particulièrement chargé de conduire des actions de formation du personnel des établissements de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, en s'appuyant notamment sur l'organisation des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) au sein de la zone (réseau zonal des CESU).

Des précisions pour l'élaboration du plan zonal de formation sont données en annexe 5.

5. Cohérence zonale des plans de réponse

Le plan zonal de mobilisation est l'outil de déclinaison dans le domaine sanitaire des plans de défense et de sécurité dont le préfet de zone a la charge. Il intègre ainsi les orientations nationales et doit être pris en compte pour l'élaboration des plans départementaux de défense et de sécurité au sein de la zone.

Il identifie les organisations zonales nécessaires en situation exceptionnelle permettant :

- l'analyse et l'expression rapide des besoins de renforts sanitaires, à l'échelon du département, d'une région, de la zone, voire à l'échelon national en cas de dépassement des capacités de la zone ;
- la coordination de la répartition des professionnels concernés, ainsi que le suivi de leur activité ;

- l'intégration et la gestion de moyens en renfort, humains ou matériels, par les établissements susceptibles d'être concernés.

Ces éléments devront notamment être pris en compte dans les travaux conduisant à organiser l'offre de soins pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles menés par les ARS.

II. – LES MODALITÉS D'ÉLABORATION DU PLAN ZONAL DE MOBILISATION

1. Modalités techniques

L'élaboration du plan zonal de mobilisation doit s'appuyer sur une cartographie des risques majeurs et des menaces recensés dans la zone, dont les effets potentiels sont susceptibles d'excéder par leur ampleur ou leur nature les capacités de réponse d'un département de la zone.

Cette cartographie des risques est notamment issue de l'analyse des risques conduite :

Par la préfecture de zone

Dans le cadre de la planification, notamment ORSEC¹, le préfet de zone établit avec le concours des préfets de département, de l'officier général de zone et du ou des préfets maritimes une analyse des risques naturels ou industriels et des effets potentiels des menaces qui excèdent par leur ampleur ou leur nature les capacités de réponse d'un département ou nécessitent la mise en œuvre de mesures de coordination entre plusieurs départements ou avec les autorités maritimes.

Par les ARS

Le volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN) du schéma régional de prévention des ARS de la zone contient notamment un état des lieux des différents risques sanitaires nécessitant une intervention régionale ou infrarégionale. Ces éléments sont par ailleurs pris en compte dans le cadre des travaux relatifs à l'organisation de l'offre de soins pour répondre à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le dossier départemental des risques majeurs (DDRM), le plan de prévention des risques naturels (PPRN) et/ou le plan de prévention des risques technologiques (PPRT), le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR) mis en cohérence avec le SROS permettent également d'identifier les conditions dans lesquelles un appui zonal serait requis.

L'analyse de ces différents documents, avec, en tant que de besoin, l'appui technique de l'ESR, du SAMU de zone et des SAMU de la zone, doit permettre d'établir une cartographie synthétique des risques et des menaces susceptibles de nécessiter la mobilisation de renforts zonaux.

2. Modalités administratives

Le plan zonal de mobilisation pour faire face aux situations ayant un impact sanitaire exceptionnel est préparé par le directeur général de l'ARS de zone, en concertation avec les ARS de la zone, le préfet de zone et l'EPRUS.

Il 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.

Le plan zonal de mobilisation est révisé chaque année par le directeur général de l'ARS de zone, en concertation avec les ARS de la zone, le préfet de zone et l'EPRUS.

Le plan zonal de mobilisation est transmis aux directeurs généraux des ARS de la zone, aux directeurs généraux des établissements de santé de référence et aux préfets de département, ainsi qu'aux partenaires institutionnels de la zone.

Un état annuel des moyens et des modalités de leur maintien en conditions opérationnelles est présenté au collège zonal des ARS, présidé par le directeur général de l'ARS de zone.

¹ Décret n° 2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC et pris pour application de l'article 14 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile (art. L. 741-5 du code de la sécurité intérieure).

ANNEXE 1

RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE NATIONAL

Événements sanitaires à cinétique lente

Cette situation concerne principalement les épidémies (grippe, chikungunya...) ou des phénomènes climatiques extrêmes et durables (canicule, grand froid...) susceptibles d'entraîner des tensions dans l'offre de soins.

La gestion de ces événements repose prioritairement sur les professionnels de santé et les dispositifs de mobilisation propres aux structures de santé locales, notamment les plans blancs.

La mobilisation de la réserve sanitaire, en particulier des professionnels de santé retraités et des étudiants situés sur son territoire, peut être sollicitée, le cas échéant, par l'ARS dans le cadre de l'organisation des soins en situation sanitaire exceptionnelle pour renforcer temporairement les établissements de santé ou médico-sociaux, les maisons de santé, etc. La même compétence est attribuée à l'ARS de zone en cas d'événement dépassant le cadre régional.

La réserve sanitaire peut aussi être sollicitée par le préfet, si la situation ou l'événement dépasse le seul cadre sanitaire et nécessite une gestion par l'autorité préfectorale.

La mobilisation de la réserve sanitaire nécessite un arrêté de mobilisation du ministre chargé de la santé. Les affectations des réservistes sont ensuite réalisées, selon les situations, par le directeur général de l'ARS ou le préfet.

Différentes missions peuvent être identifiées dans ce cadre :

- appui des structures d'urgences (augmentation des capacités de régulation médicale...);
- renfort des structures de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux, structures ambulatoires...);
- accueil et prise en charge sanitaire de passagers (ports, aéroports), 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...).

Événements à cinétique rapide

Dans cette situation, qui fait suite à des catastrophes naturelles ou des accidents technologiques ou malveillants, par exemple, la réponse sanitaire repose prioritairement sur l'organisation de l'aide médicale urgente à la charge des ARS et mise en œuvre par le SAMU territorialement compétent qui assure la régulation de l'événement. Dans la phase de réponse réflexe, ce dispositif de réponse doit naturellement s'appuyer sur l'assistance immédiate que les SAMU contigus 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.

Si des renforts sont nécessaires, 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 auprès des structures qui ont besoin de renfort. Leur intervention sera autorisée et coordonnée par l'ARS de zone et organisée par le SAMU de zone (SAMU de l'ESR désigné par l'ARS de zone) en lien avec le SAMU territorialement compétent. Pour ce faire, les zones géographiques d'intervention de ces équipes seront étendues à la zone en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

La mobilisation de professionnels de santé en dehors de la zone est soumise à l'autorisation du ministre chargé de la santé et prend la forme de mises à disposition auprès des structures concernées. La mobilisation de la réserve sanitaire peut s'envisager dans un second temps pour renforcer les structures de soins, selon les conditions évoquées dans les modalités prévues pour des événements à cinétique lente.

ANNEXE 2

MODALITÉS DE MOBILISATION DES MOYENS TACTIQUES

Les moyens tactiques dont la gestion est assurée par l'échelon territorial pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles peuvent être identifiés selon les catégories de matériels suivantes :

- postes sanitaires mobiles de premier niveau (PSM 1);
- postes sanitaires mobiles de deuxième niveau (PSM 2);
- antidotes des PSM 1 et des PSM 2;
- unité mobile de décontamination hospitalière (UMDH);
- tenues de décontamination (TLD-TOM);
- respirateurs de transport.

Pour chacune de ces catégories de matériels, il existe trois niveaux de mobilisation dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle :

- niveau opérateur et départemental : par l'établissement de santé détenteur pour son propre usage ou dans le cadre de l'aide médicale urgente ;
- niveau zonal : dans le cadre défini par le plan zonal de mobilisation ;
- niveau national : par la direction générale de la santé.

La doctrine de mobilisation de ces différents matériels en réponse à une situation sanitaire exceptionnelle et selon les cas de figure susceptibles d'être rencontrés est définie ci-dessous. Elle est à décliner dans les procédures de mobilisation zonale des moyens tactiques mobiles, en tenant compte des particularités propres à chaque moyen.

Ces procédures peuvent prendre la forme de fiches descriptives des ressources et des modalités de mobilisation, sur la base des éléments génériques fournis dans les modèles de fiches-ressources suivants, à compléter selon chaque organisation zonale pour ce qui est des principes de répartition et de positionnement. Ces éléments génériques doivent être actualisés en fonction de l'évolution des matériels concernés.

D'une manière générale, toute mobilisation de moyens tactiques par un établissement de santé doit faire l'objet d'une information de l'ARS territorialement compétente et de l'ARS de zone.

L'ARS et l'ARS de zone informent respectivement les préfets de département et les préfets de zone, en tant que de besoin, selon la situation rencontrée.

Lors de situations sanitaires exceptionnelles, le SAMU de l'établissement de santé de référence (ESR) désigné par l'ARS de zone coordonne la répartition de ces moyens au niveau de la zone en tant que SAMU de zone.

Cas n° 1 : Mobilisation de matériel par l'établissement de santé détenteur pour son propre usage, ou pour un autre établissement au sein du département dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU).

Qui demande ? Le SAMU territorialement compétent mobilise directement les matériels tactiques qu'il détient ou fait la demande auprès du directeur de l'établissement détenteur s'il s'agit d'un autre établissement.

Qui est l'autorité décisionnaire ? Le directeur de l'établissement détenteur ou le responsable désigné (responsable du SAMU le cas échéant).

Qui doit être informé ?

Le SAMU territorialement compétent informe sans délai de sa demande et de l'emploi des matériels :

- la PUI de l'établissement ;
- le SAMU de zone ;
- l'ARS.

L'ARS informe sans délai de la demande en cours et de son traitement :

- le préfet de département de l'établissement demandeur siège de l'événement en tant que de besoin ;
- l'ARS de zone, qui informe le préfet de zone en tant que de besoin ;

- la direction générale de la santé (DGS), qui informe l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

Le SAMU de zone informe l'ARS de zone.

Qui transporte ? L'établissement détenteur, le cas échéant.

Cas n° 2 : Mobilisation de matériel en dehors du SAMU territorialement compétent, si les matériels nécessaires sont insuffisants ou inexistant au sein du département.

Qui demande ? Le SAMU territorialement compétent effectue la demande de matériel auprès du SAMU de zone. Le SAMU de zone évalue la disponibilité en matériel et les possibilités de mobilisation auprès des SAMU de la zone et informe le SAMU territorialement compétent des résultats de ses recherches.

Qui est l'autorité décisionnaire ? Le directeur de l'établissement détenteur ou le responsable désigné (responsable du SAMU, le cas échéant), en lien avec le SAMU de zone et l'ARS de zone. L'ARS de zone s'assure de la mobilisation par les directions des établissements de santé de la zone détenteurs des matériels demandés et retenus par le SAMU de zone.

Qui doit être informé ?

Le SAMU du département siège de l'événement informe sans délai :

- son ARS, de sa demande en matériels supplémentaires et de la réponse à cette demande ;
- le SAMU de l'établissement détenteur, du bilan de la consommation des matériels une fois réalisée.

Le SAMU de l'établissement détenteur des matériels mobilisés informe sans délai :

- son directeur d'établissement ;
- la PUI de l'établissement ;
- son ARS.

Chaque ARS informe sans délai :

- le préfet siège du département concerné par la demande ou la mobilisation, en tant que de besoin ;
- l'ARS de zone (permanence ou astreinte du service zonal de défense et de sécurité), qui informe le préfet de zone en tant que de besoin ;
- la DGS, qui informe l'EPRUS.

Qui transporte ? L'établissement détenteur.

Nota bene 1. – Si le besoin porte sur des PSM 1, la demande de mobilisation peut être effectuée directement et en premier lieu par le SAMU territorialement compétent vers les SAMU des départements contigus (au sein de la zone ou hors de la zone), en informant le SAMU de zone et l'ARS de cette démarche et de son aboutissement.

Nota bene 2. – Lorsque les matériels nécessaires ne sont pas disponibles ou trop éloignés au sein de la zone, ou en quantité insuffisante, le SAMU de zone en fait part sans délai à l'EPRUS, qui évalue la disponibilité de matériels issus des moyens tactiques des zones limitrophes avec les SAMU de zone concernés, et organise leur mobilisation en lien avec les ARS de zone concernées, ou procède à l'envoi de matériels issus des stocks stratégiques de l'État, si cette réponse est plus adaptée.

Cas n° 3 : Prépositionnement de matériels dans le cadre d'un grand rassemblement (événement sportif, G8...).

Le plan zonal de mobilisation n'est pas destiné à organiser le positionnement anticipé de moyens sanitaires pour participer à la couverture médicale prudentielle d'un événement quelle qu'en soit l'ampleur.

Ce type de prépositionnement fera l'objet de dispositions qui seront diffusées ultérieurement.

Modèles de fiches-ressources pour la description des matériels et des modalités d'emploi

	FICHE RESSOURCE Poste sanitaire mobile de 1 ^{er} niveau (PSM 1)	DATE RÉVISION:	MISE À JOUR:
Page :			
Définition – Descriptif de la ressource			
<p>Chaque PSM dit de 1^{er} niveau (PSM 1) est conçu pour assurer sur le terrain la prise en charge de 25 blessés graves (urgences absolues).</p> <p>Il comporte une dotation médicale conditionnée dans 11 conteneurs regroupant des produits pharmaceutiques (cf. fiche ressource Antidote des PSM), du matériel médico-chirurgical, et des éléments logistiques (selon la dotation: tente, groupe électrogène, remorque, brancards et couvertures...).</p> <p>Tous les PSM 1 sont standardisés dans la composition, la numérotation et le code couleur des malles, aux fins d'interopérabilité.</p>	<p>Les PSM ont été créés par un arrêté en date du 24 décembre 1996 (JORF n° 3 du 4 janvier 1997 – NOR: TASC9624507A).</p> <p>Couleurs des malles: Bleu = ventilation. Rouge = perfusion. Vert = médicaments. Jaune = pansements. Gris = petit matériel divers. Marron = gros matériels.</p>		
Doctrine d'emploi			
<p>Les PSM 1 sont conçus pour assurer des soins spécialisés relevant de l'aide médicale urgente conventionnelle et/ou des situations sanitaires exceptionnelles.</p>			
Principe de répartition			
<p>Les PSM 1 ont été positionnés afin de renforcer le potentiel de l'aide médicale urgente par la constitution de postes sanitaires mobiles (PSM) en des points clés du réseau des SAMU et exceptionnellement dans certains hôpitaux détenteurs d'autorisation de SMUR.</p>	<p>Circulaire n° DEF/554/SANT du 7 novembre 1988 relative à la restructuration et réactualisation des postes sanitaires mobiles de première génération (PSM 1). Circulaire n° DEF/321/SANT du 23 mai 1989 relative à la restructuration des postes sanitaires mobiles de première génération (PSM 1). Arrêté du 24 décembre 1996 portant création des PSM.</p>		
Mobilisation			
<p>Déclinaison zonale des modalités de mobilisation des moyens tactiques.</p>	<p>Lettre n° 011454 DGS/DUS/UOP du 20 décembre 2011.</p>		
Contraintes de mobilisation			
<p>Si les remorques font partie intégrante de la dotation initiale, le PSM 1 est projeté sur moyens propres de traction depuis l'établissement détenteur (véhicules 4 x 4 tracteurs, camions blanchisserie avec hayon, etc.).</p> <p>Le délai de mobilisation entre l'alerte et le départ de l'établissement détenteur est estimé à: (<i>à renseigner par chaque zone</i>).</p> <p>Le délai de déploiement du PSM 1 une fois arrivé au PMA est estimé à: (<i>à renseigner par chaque zone</i>).</p> <p>Nombre de palettes: 1 palette EU 80*120.</p>			
Contraintes d'utilisation			
<p>Au regard de la dotation pharmaceutique, la mise à disposition du contenu du PSM 1 doit être assurée en lien avec un pharmacien. Du personnel formé est également requis pour l'utilisation de la dotation.</p>			
Moyens complémentaires potentiellement nécessaires			
<p>Un véhicule tracteur. De l'oxygène (convention avec les pompiers, organisation interne et mise a disposition...).</p>			

Modalités de maintenance et de renouvellement	
<p>La maintenance et le renouvellement des PSM 1 relèvent des établissements de santé détenteurs, à partir des crédits délégués sur la mission d'intérêt général spécifique.</p> <p>Les établissements détenteurs d'un PSM 1 font l'objet d'une inspection a <i>minima</i> une fois tous les trois ans, diligentée par l'ARS de zone et sous la responsabilité de l'ARS territorialement compétente. À cette occasion, sont contrôlés l'état du matériel, la formation du personnel, ainsi que les fiches de procédure internes au déploiement du PSM 1.</p>	
Positionnement	
Carte de positionnement des moyens au sein de la zone, à réaliser pour chaque zone de défense.	
Logigramme décisionnel	
Logigramme décisionnel et d'information pour la mobilisation des moyens, à utiliser en situation d'urgence, à réaliser pour chaque zone de défense sur la base des trois cas types définis <i>supra</i> .	

	FICHE RESSOURCE Unité mobile de décontamination hospitalière (UMDH)	Date révision :	Mise à jour :
		Page :	
Définition – Descriptif type de la ressource (à adapter en fonction des dotations)			
<p>L'UMDH est un dispositif de protection projetable à vocation hospitalière.</p> <p>La décontamination réalisée au niveau des établissements de santé (ES) est avant tout un dispositif de protection des établissements face à un afflux non régulé de personnes impliquées, potentiellement contaminées, fuyant le lieu d'un événement NRBC-E.</p> <p>L'UMDH est composée d'une tente (structure métallique + toile), avec des douches de décontamination pour des victimes valides et des victimes couchées. Cette structure est équipée de matériels annexes (groupe électrogène, système d'éclairage, de chauffage et d'un réchauffeur d'eau). Le recueil des eaux contaminées est assuré par des pompes de relevage vers des bâches souples de 3 m³. L'ensemble du dispositif rend cette structure projetable et autonome en production d'énergie.</p> <p>L'UMDH est mise en place le plus rapidement possible par du personnel formé et entraîné à le faire (ce dispositif nécessite au moins une heure de montage avant d'être opérationnel).</p> <p>Une équipe identifiée, constituée de personnels équipés de tenues adaptées, est nécessaire pour l'armer et procéder à la décontamination.</p> <p>Le nombre de secteurs de ces unités projetables est variable suivant le type de module. 2, 3, 4 voire 5 secteurs sont définis à l'intérieur de l'UMDH : l'accueil/identification et déshabillage, la douche, le séchage/habillage. Le contrôle de la décontamination se fait en sortie de douche. La progression au sein de l'UMDH respecte le principe de la marche en avant.</p> <p>Deux lignes sont individualisées : une ligne pour les valides et une pour les non-valides, ou bien deux lignes valides suivant les besoins.</p> <p>À titre indicatif, les débits estimés de prise en charge des victimes sont les suivants :</p> <p>Valides: 12 personnes/h/ligne Non-Valides: 3 à 6 personnes/h/ligne</p> <p>À titre indicatif, l'autonomie moyenne pour une UMDH de type Utilis TM54, sans aucun ravitaillement, est de :</p> <p>12 h pour le chauffage de l'unité ; 1 – 1,5 h pour la production d'eau chaude ; 2 – 3 h pour le groupe électrogène ; 85 min pour la bâche de recueil des eaux usées (3 000 l à 35 l/min).</p>		<p>Note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière, validée par le CNP le 4 mai 2012. Circulaire 700 du 7 novembre 2008. Circulaire 800 du 18 février 2011.</p>	
Doctrine d'emploi			
<p>L'UMDH est utilisable directement par l'établissement détenteur ou projetable au profit d'un autre établissement. Dans ce dernier cas l'établissement détenteur doit mettre également à disposition le personnel formé nécessaire au déploiement de la tente et un lot de 32 tenues de décontamination pour assurer le fonctionnement de l'UMDH sur une durée de deux heures.</p> <p>Un personnel chargé de s'assurer du bon fonctionnement de la chaîne de décontamination tout au long de sa mise en œuvre est également fourni par l'établissement détenteur. Le personnel de décontamination est fourni par l'ES receveur.</p> <p>Les ES détenteurs et les ES potentiellement receveurs sont identifiés dans les travaux relatifs à l'organisation des soins pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles et le PZM.</p> <p>L'ES détenteur prévoit dans le volet NRBC de son plan blanc (PB) les modalités d'emploi et de projection de l'UMDH.</p>			

<p>Les ES potentiellement receveurs d'une UMDH prévoient dans le volet NRBC de leur plan blanc les modalités d'emploi de celle-ci (zone de déploiement, connexions, matériel accessoire, formation des personnels à la décontamination).</p> <p>Des conventions de mise à disposition sont à établir entre les ES détenteur et receveur.</p>	
<p><i>Principe de répartition</i></p>	
<p>Depuis 2005, des UMDH ont été financées par le programme civil de défense (PCD) et attribuées par le ministère chargé de la santé à des établissements sanitaires sur l'ensemble du territoire. Les premières dotations ont été attribuées aux CHU et par la suite à des établissements, sièges de SAMU ou non, identifiés par chaque zone comme prioritaires (selon le facteur risque de proximité et l'absence de moyen de décontamination fixe).</p> <p>Des établissements se sont également dotés de moyens similaires sur fonds propres.</p>	<p>Courrier DHOS 563 du 19 octobre 2005. Note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière, validée par le CNP le 4 mai 2012.</p>
<p><i>Mobilisation</i></p>	
<p>Déclinaison zonale des modalités de mobilisation des moyens tactiques.</p>	<p>Cf. Missions d'intérêt général (MIG). Art. L.3131-7 du CSP. Lettre orientation MIG DGS/ DGOS en date du 18 juillet 2012 validée CNP le 27 juillet 2012 – visa CNP 2012-196 relatif aux MIG pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.</p>
<p><i>Contraintes de mobilisation</i></p>	
<p>Délai : Nécessite de prendre en compte le délai de mobilisation des personnels accompagnant l'UMDH (autorisation de la direction, remplacement...) auquel s'ajoute le délai de chargement de l'unité et de transport.</p> <p>Transport : Les UMDH fournies avec des remorques double-essieu nécessitent que le chauffeur soit titulaire du permis E. Des solutions permettant de s'affranchir de cette contrainte ont localement pu être développées (ex. : fourgonnette).</p>	
<p><i>Contraintes d'utilisation</i></p>	
<p>Personnel : La mise à disposition d'une UMDH auprès d'un autre ES implique la projection de personnels formés et entraînés à son montage, ainsi que d'un personnel chargé de s'assurer du bon fonctionnement de la chaîne de décontamination tout au long de sa mise en œuvre par l'établissement détenteur.</p> <p>Un fonctionnement optimal de l'UMDH pendant deux heures nécessite de mobiliser 32 personnes formées à la décontamination (personnel validé AGFSU 3).</p> <p>Déploiement : La surface de l'emplacement minimum à prévoir pour le déploiement est de 15 mètres sur 12 mètres (pour Utilis TM54 avec zone logistique autour du module) idéalement de surface plane et solide et en tenant compte du sens du vent et de la pente.</p> <p>Un délai d'environ une heure est nécessaire pour réaliser le montage d'une UMDH.</p> <p>Capacités de traitement : Le volume de recueil des eaux sales est limité à 3 m³. Les effluents récupérés dans les bâches souples sont traités par des entreprises spécialisées selon la nature et la concentration en substances toxiques, sinon rejetés dans le réseau des eaux usées ou pluviales.</p>	

Moyens complémentaires nécessaires	
<p>Énergie (à prévoir par l'ES receveur): Le groupe électrogène (45 kg) servant aux pompes, au chauffage et à l'éclairage est à alimenter en carburant (gazoil ou essence selon les cas), tout comme le réchauffeur d'eau (130 kg).</p> <p>Matériels (fournis par l'ES détenteur): Tenues de protection pour autonomie de deux heures soit 32 tenues complètes.</p> <p>Matériels accessoires (idéalement fournis par l'ES receveur): Cf. liste en annexe ci-dessous.</p>	
Modalités de maintenance et de renouvellement	
<p>La maintenance opérationnelle de l'UMDH relève des ES détenteurs, à partir de crédits délégués sur la mission d'intérêt général spécifique.</p> <p>Les établissements détenteurs d'une UMDH font l'objet d'une inspection a <i>minima</i> une fois tous les trois ans, diligentée par l'ARS de zone et sous la responsabilité de l'ARS territorialement compétente. À cette occasion, sont contrôlés l'état du matériel, la formation du personnel ainsi que les fiches de procédures internes au déploiement de l'UMDH.</p>	Cf. Missions d'intérêt général (MIG)
Positionnement	
Carte de positionnement des moyens au sein de la zone, à réaliser pour chaque zone de défense.	
Logigramme décisionnel	
Logigramme décisionnel et d'information pour la mobilisation des moyens, à utiliser en situation d'urgence, à réaliser pour chaque zone de défense sur la base des trois cas types définis <i>supra</i> .	

ANNEXE

MATÉRIEL ACCESSOIRE DÉCONTAMINATION

Ciseaux pour découper les vêtements ou couteaux Bordeaux.
 Sacs poubelles Jaune DASRI 50 l et 110 l.
 Supports sacs poubelle.
 Sacs transparents pour objets précieux.
 Bracelets d'identification.
 Marqueurs indélébiles.
 Charlottes.
 Terre de Foulon ou talc.
 Savons doux.
 Sérum physiologique.
 Serviettes éponge.
 Pyjamas à usage unique pour le rhabillage.
 Sur-chaussures renforcées pour le rhabillage.
 Couvertures de survie.
 Bacs pour la décontamination des ciseaux et des objets précieux.
 Eau de Javel pour la décontamination des ciseaux et des objets précieux.

	FICHE RESSOURCE Poste sanitaire mobile de 2 ^e niveau (PSM 2)	DATE RÉVISION:	MISE À JOUR:
		Page:	
Définition – Descriptif de la ressource			
<p>Chaque PSM dit de 2^e niveau (PSM 2) est conçu pour assurer des soins spécialisés relevant de l'aide médicale urgente pour environ 500 victimes pendant vingt-quatre heures et pour permettre, en tant que de besoin, de faire face à une rupture brutale des circuits d'approvisionnement en produits pharmaceutiques d'urgence.</p> <p>La dotation médicale comprend plus de 200 références pharmaceutiques et des lots très importants de matériel médico-chirurgical : environ 8 tonnes – 156 conteneurs, répartis en :</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 lots médicaux polyvalents identiques entre eux et identiques au lot médical polyvalent du PSM 1 de 11 conteneurs (25 victimes chacun), 2 lots principaux de 56 conteneurs (200 victimes chacun), 4 conteneurs d'antidotes et d'antibiotiques (15 victimes chacun). <p>Les équipements logistiques afférents (groupe électrogène, tente PMA, remorque[s]) sont les mêmes que ceux du PSM 1 avec, selon la dotation, des brancards supplémentaires pour un total de 100. Chaque PSM 2 peut être doté d'un réseau tactique de radiocommunication autonome (lots radio portatifs 150 MHz, avec antenne).</p> <p>Tous les lots polyvalents des PSM 2 sont standardisés dans la composition et la numérotation et par couleurs d'emploi des malles, aux fins d'interopérabilité.</p>		<p>Les PSM ont été créés par un arrêté en date du 24 décembre 1996 (JORF n° 3 du 4 janvier 1997, NOR: TASC9624507A).</p> <p>Couleurs des malles :</p> <ul style="list-style-type: none"> Bleu = ventilation. Rouge = perfusion. Vert = médicaments. Jaune = pansements. Gris = petit matériel divers. Marron = gros matériels. Blanc = matériel électrique. 	
Doctrine d'emploi			
<p>Les PSM 2 sont conçus pour assurer des soins spécialisés relevant de l'aide médicale urgente conventionnelle et/ou pour faire face à des situations sanitaires exceptionnelles.</p>			
Principe de répartition			
<p>Les PSM 2 ont été positionnés afin de renforcer le potentiel de l'aide médicale urgente par la constitution de postes sanitaires mobiles (PSM) en des points clés du réseau des SAMU et des SMUR.</p>		<p>Circulaire n° DEF/038/SANT du 19 janvier 1989 relative au poste sanitaire mobile de 2^e génération (PSM 2). Arrêté du 24 décembre 1996 portant création des PSM. Lettre n° 011454 DGS/DUS/UOP du 20 décembre 2011.</p>	
Mobilisation			
<p>Déclinaison zonale des modalités de mobilisation des moyens tactiques.</p>		<p>Lettre n° 011454 DGS/DUS/UOP du 20 décembre 2011. Lettre orientation MIG DGS/DGOS en date du 18 juillet 2012 validée CNP le 27 juillet 2012 – visa CNP 2012-196 relatif aux MIG pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Cf. Missions d'intérêt général (MIG). Art. L. 3131-7 du CSP peut être utilisé avec l'accord exprès du niveau central.</p>	
Contraintes de mobilisation			
<p>Afin de garantir à l'établissement détenteur du PSM 2 une continuité de la prise en compte de nombreuses victimes dès lors que son PSM 2 est mobilisé au profit d'un autre département, il est convenu qu'a minima un lot polyvalent (PSM 1) sur remorque reste au profit du département de l'établissement détenteur.</p> <p>Le délai de mobilisation entre l'alerte et le départ de l'établissement détenteur d'un PSM 2 complet est estimé à : (à renseigner par chaque zone).</p> <p>Le délai de déploiement du PSM 2 une fois arrivé sur le chantier sanitaire (PMA, etc.) est de : (à renseigner par chaque zone).</p> <p>Nombre de palettes: 18 palettes EU 80*120 plus matériel logistique (couvertures, brancard, tente, etc., selon la dotation).</p>			

Contraintes d'utilisation	
<p>Au regard de la dotation pharmaceutique importante du PSM 2, la mise à disposition de son contenu doit être assurée en lien avec un pharmacien et du personnel formé à l'utilisation de la dotation.</p> <p>Utilisation du lot radio tactique : un ordre particulier pour les transmissions (OPT) est nécessaire en cas de prépositionnement.</p> <p>Surface au sol estimée : 30 m² pour le déploiement des lots médicaux.</p>	
Moyens complémentaires potentiellement nécessaires	
<p>Le déploiement d'un PSM 2 suppose un nombre important de victimes qui nécessiteront par ailleurs des besoins en respirateurs, en oxygène...</p>	<p>Cf. fiches ressources respirateurs et oxygène médical.</p>
Modalités de maintenance et de renouvellement	
<p>La maintenance et le renouvellement du PSM 2 relèvent de l'établissement de santé détenteur, à partir de crédits délégués sur une mission d'intérêt général spécifique.</p> <p>Les établissements détenteurs d'un PSM 2 font l'objet d'une inspection <i>a minima</i> une fois tous les trois ans, diligentée par l'ARS de zone et sous la responsabilité de l'ARS territorialement compétente. À cette occasion, sont contrôlés l'état du matériel, la formation du personnel ainsi que les fiches de procédures internes au déploiement du PSM 2.</p>	<p>Cf. Missions d'intérêt général (MIG). Art. L. 3131-9 à L. 3131-11 du CSP.</p>
Positionnement	
<p>Carte de positionnement des moyens au sein de la zone, à réaliser pour chaque zone de défense.</p>	
Logigramme décisionnel	
<p>Logigramme décisionnel et d'information pour la mobilisation des moyens, à utiliser en situation d'urgence, à réaliser pour chaque zone de défense sur la base des trois cas types définis <i>supra</i>.</p>	

	FICHE RESSOURCE Respirateurs	DATE RÉVISION:	MISE À JOUR:
		Page:	
Définition – Descriptif de la ressource			
<p>Dans le cadre de la lutte NRBC, le ministère a acquis en 2002-2003 des respirateurs Osiris 1 et Osiris 2 de la société Air liquide médical system. Il s'agit d'appareils dits de transports, simples d'utilisation et légers qui peuvent être utilisés à proximité immédiate du lieu d'un événement NRBC (voir ci-dessous). Ces appareils fonctionnent sans turbine, sous l'effet de la pression d'oxygène comprimé. Leur alimentation électrique (batterie ou piles standards de type R6, avec adaptateur) se limite aux fonctions de sécurité et à l'affichage des paramètres.</p> <p>Pour fonctionner, ces appareils doivent être associés à une bouteille d'oxygène de type B5 (5 litres d'O₂ sous 200 bar, soit 1 m³ à pression normale) ou de type B15 (15 litres d'O₂ sous 200 bar, soit 3 m³ à pression normale).</p> <p>L'Osiris 1 permet le monitoring de la fréquence respiratoire réelle du patient et dispose d'un trigger inspiratoire réglable (seuil de déclenchement), rapport I/E réglable, alarme de tachypnée, ventilation en volume assisté contrôlée.</p> <p>L'Osiris 2 bénéficie en outre d'une ventilation spontanée avec aide inspiratoire (VS-AI-PEP) réglable.</p> <p>Les appareils ont été livrés avec les accessoires type raccord mais sans BAVU.</p> <p>Lors de l'épidémie de grippe H1N1 de 2009, d'autres dotations hospitalières ont été effectuées par le ministère chargé de la santé faisant appel à des matériels plus performants, d'usage intrahospitalier : Servo I (Maquet) ; Evita XL (Dräger) et d'ECMO composés d'une pompe de type Rotaflow (Maquet) de mélangeur Sechrist et de kit de fonctionnement.</p>		<p>Instruction DHOS du 1^{er} octobre 2009. Courrier DGOS du 11 octobre 2010.</p>	
Doctrine d'emploi			
<p>Le traitement de l'exposition à des produits suffocants (chlore, phosgène, MIC, ammoniac, acide chlorhydrique...) repose essentiellement sur l'oxygénothérapie. Dans une telle situation, il conviendrait donc de mobiliser très rapidement des stocks d'oxygène, qui seront utilisés en ventilation spontanée pour les cas les moins graves et sous forme de respiration contrôlée en pression positive pour les autres.</p> <p>Les respirateurs Osiris doivent par conséquent être maintenus en état de fonctionnement (régulièrement vérifiés et dotés de leur alimentation électrique) et être associés en tant que de besoin aux équipements nécessaires à leur usage.</p> <p>Dans le cas d'une épidémie à tropisme respiratoire liée à un agent biologique de type viral (grippe, SARS) ou équivalent, la prise en charge des cas graves avec complications respiratoires majeures relève de la réanimation en services spécialisés, avec ventilation assistée. Selon le degré de destruction des membranes pulmonaires, il peut s'avérer nécessaire de recourir temporairement à une oxygénation extracorporelle, qui fait appel aux techniques utilisées classiquement en chirurgie cardiaque.</p>		<p>Instruction DHOS du 1^{er} octobre 2009 et instruction DGOS du 20 octobre 2011.</p>	
Principe de répartition et positionnement			
<p>Préciser dans chaque zone les principes de répartition et de positionnement des respirateurs de type Osiris, des respirateurs de réanimation et des ECMO fournis durant l'épidémie de grippe, ou tout autre dispositif.</p>			
Mobilisation			
<p>Déclinaison zonale des modalités de mobilisation des moyens tactiques.</p>			

Contraintes de mobilisation	
Il n'existe pas à ce jour de moyens logistiques dédiés immédiatement disponibles pour mobiliser les respirateurs Osiris, en dehors des véhicules polyvalents des établissements de santé.	
Contraintes d'utilisation et moyens complémentaires nécessaires	
Mobilisation concomitante du stock d'oxygène.	
Modalités de maintenance et de renouvellement	
La maintenance et le renouvellement des respirateurs relèvent de la compétence des établissements de santé détenteurs, dans le cadre de crédits MIG. Les établissements détenteurs font l'objet d'une inspection <i>a minima</i> une fois tous les trois ans, diligentée par l'ARS de zone et sous la responsabilité de l'ARS territorialement compétente. À cette occasion, sont contrôlés l'état du matériel, la formation du personnel ainsi que les fiches de procédures internes au déploiement.	Cf. Missions d'intérêt général (MIG). Art. L. 3131-9 à L. 3131-11 du CSP.
Positionnement	
Carte de positionnement des moyens au sein de la zone, à réaliser pour chaque zone de défense.	
Logigramme décisionnel	
Logigramme décisionnel et d'information pour la mobilisation des moyens, à utiliser en situation d'urgence, à réaliser pour chaque zone de défense sur la base des trois cas types définis <i>supra</i> .	

	FICHE RESSOURCE Combinaison/tenue légère de décontamination (CLD/TLD)	DATE RÉVISION:	MISE À JOUR:
Page :			
<i>Définition – Descriptif de la ressource</i>			
<p>Les combinaisons et tenues légères de décontamination sont conçues pour assurer la protection cutanée par barrière étanche résistante aux contaminants chimiques et biologiques, des agents hospitaliers prenant en charge de potentielles victimes d'accident ou d'attentat BC pour la décontamination. Elles doivent permettre aux équipes hospitalières de prendre en charge des victimes contaminées en toute sécurité et de faire face en attendant des renforts départementaux voire zonaux.</p> <p>Elles ne protègent pas de l'irradiation par des particules radioactives.</p> <p>Ces tenues viennent en complément des unités de décontamination. Le personnel doit être équipé de tenues de protection individuelle. Leur port est prévu pour une durée limitée au regard des contraintes physiologiques imposées par le travail sous tenue.</p> <p>L'utilisation de ces tenues ne peut être efficace que si des formations NRBC rappelant les procédures d'habillage et de déshabillage ont lieu régulièrement.</p> <p>Caractéristiques des tenues légères de décontamination :</p> <ul style="list-style-type: none"> - port de la tenue entre 1 à 2 heures (30 min. pour l'habillage); - tenues étanches utilisables en zone de danger liquide; - protection contre les toxiques chimiques ou biologiques liquides; - composées de: <ul style="list-style-type: none"> - pantalon à bretelles et veste avec capuche ou combinaison avec capuche type Utilis; - sous-gants en coton; - gants en butyle; - sur-chaussures ou chaussures de sécurité adaptées; - l'étanchéité entre la tenue, les gants et les bottes doit être assurée par un adhésif tissé résistant à l'eau. <p>La protection respiratoire du personnel vis-à-vis du risque vapeur et gaz est assurée par un appareil respiratoire filtrant équipé d'une cartouche filtrante à large spectre répondant à la norme EN 148-1 (protection A2-B2-E2-K1 ou 2-NBC-P3).</p> <p>Les tenues sont stockées dans des conditions de température et d'hygrométrie contrôlées, dans des conteneurs facilement mobilisables. La durée de stockage est de dix ans dans l'emballage d'origine.</p> <p>L'élimination en cas de contamination se fait dans les mêmes conditions que les déchets industriels contaminés. Les vêtements non contaminés peuvent être réutilisés.</p>		<p>Courrier DHOS du 28 juillet 2004 « Équipement visant à préserver la sécurité des personnels hospitaliers dans les SAU en cas d'accident NRBC ».</p>	
<i>Doctrine d'emploi</i>			
<p>Les combinaisons et tenues légères de décontamination sont conçues pour protéger les agents hospitaliers contre les produits chimiques liquides ou biologiques, lors des opérations de décontamination.</p> <p>Ces tenues doivent être réservées pour les opérations de décontamination chimiques ou biologiques. Elles ne doivent pas être utilisées pour un usage de terrain car elles ne sont pas conçues pour résister au poinçonnage ou au déchirement. L'emploi de tenues filtrantes peut également être envisagé. Elles seront complétées par un tablier et des manchettes étanches.</p>			

Principe de répartition	
Préciser dans chaque zone les principes de répartition et de positionnement.	Courrier DHOS du 28 juillet 2004 « Équipement visant à préserver la sécurité des personnels hospitaliers dans les SAU en cas d'accident NRBC ». Note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière du 4 mai 2012.
Mobilisation	
Déclinaison zonale des modalités de mobilisation des moyens tactiques.	Cf. Missions d'intérêt général (MIG). Art. L.3131-7 du CSP. Lettre orientation MIG DGS/DGOS en date du 18 juillet 2012 validée CNP le 27 juillet 2012 – visa CNP 2012-196 relatif aux MIG pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
Contraintes de mobilisation	
Afin de garantir au département une continuité de la prise en charge de victimes potentiellement contaminées par un agent BC dès lors que les CLD/TLD sont mobilisées au profit d'un autre département, il est convenu que l'établissement ne pourra délocaliser ses tenues que s'il dispose encore d'un nombre suffisant de tenues pour faire face à l'arrivée de victimes contaminées. Le délai de mobilisation entre l'alerte et le départ de l'établissement détenteur est estimé à : (<i>à renseigner par chaque zone</i>). Le délai pour mettre en œuvre les procédures d'habillage du personnel hospitalier est estimé à : (<i>à renseigner par chaque zone</i>). Nombre de conteneurs : selon les besoins exprimés et le nombre de victimes.	
Contraintes d'utilisation	
Au regard des dotations de CLD/TLD, seuls les personnels formés à leur utilisation seront autorisés à les revêtir ; ceci sous-entend l'éventuelle projection de personnels formés.	
Moyens complémentaires potentiellement nécessaires	
Le renfort en CLD/TLD pourrait s'accompagner d'autres matériels : unités mobiles de décontamination hospitalières, PSM 1 et 2, respirateurs, oxygène...	
Modalités de maintenance et de renouvellement	
La maintenance et le renouvellement de CLD/TLD relèvent des établissements de santé détenteurs, à partir de crédits délégués sur une mission d'intérêt général spécifique, qui seront variables selon que l'établissement dispose d'une unité de décontamination fixe ou mobile.	Art. L. 3131-9 à L. 3131-11 du CSP. Cf. Missions d'intérêt général (MIG). Note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière du 4 mai 2012.
Positionnement	
Carte de positionnement des moyens au sein de la zone, à réaliser pour chaque zone de défense.	
Logigramme décisionnel	
Logigramme décisionnel et d'information pour la mobilisation des moyens, à utiliser en situation d'urgence, à réaliser pour chaque zone de défense sur la base des trois cas types définis <i>supra</i> .	

	FICHE RESSOURCE SMUR équipés de tenues « Survêtement de protection à port permanent S3P de type tenue outre-mer » (TOM)	DATE RÉVISION:	MISE À JOUR:
		Page:	
Définition – Descriptif de la ressource			
<p>Il s'agit de tenues filtrantes, dont les caractéristiques sont les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - port de la tenue prolongé permettant des efforts; - utilisation possible en zone de « danger vapeur »; - interdit en zone de danger liquide douches (sauf si rajout d'un tablier étanche et de manchettes étanches dans le cas d'une utilisation en tant que TLD); - résiste vingt-quatre heures en atmosphère contaminée; - absorbe les vapeurs de toxiques (couche de mousse polyuréthane carbonée); - composées de: <ul style="list-style-type: none"> - pantalon à bretelles et veste avec capuche; - masque avec cartouches filtrantes polyvalentes; - gants en butyle ou gants en tissu et charbon actif (GNG); - bottes butyle ou chaussette carbonée si utilisation de chaussures non étanches. <p>La tenue est à compléter par un masque filtrant de type ANP VP F1, lui-même équipé de cartouches filtrantes à large spectre répondant à la norme EN 148-1 (protection A2-B2-E2-K1 ou 2-NBC-P3).</p> <p>La conservation dans un sac étanche sous vide partiel est de dix ans.</p>		<p>Courrier 2 octobre 2003 du HFD relatif aux dotations d'équipements de protection contre les risques NRBC mises en place dans les SAMU.</p>	
Doctrine d'emploi			
<p>Les TOM sont conçues pour protéger contre les agents chimiques sous toutes leurs formes (elles sont antiliquides, antiaérosols, antivapeurs). La forte résistance à l'abrasion, à la déchirure et au poinçonnement permet l'usage de ces tenues en projection. Même si ce vêtement résiste à un choc lumineux thermique, il n'est pas conçu pour être utilisé dans une ambiance N et R et n'offre aucune protection contre ces risques.</p>			
Principe de répartition			
<p>Préciser dans chaque zone les principes de répartition et de positionnement.</p>		<p>Courrier 2 octobre 2003 du HFD relatif aux dotations d'équipements de protection contre les risques NRBC mises en place dans les SAMU.</p> <p>Note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière du 4 mai 2012.</p>	
Mobilisation			
<p>Déclinaison zonale des modalités de mobilisation des moyens tactiques.</p>		<p>Cf. Missions d'intérêt général (MIG). Art. L. 3131-7 du CSP. Lettre orientation MIG DGS/DGOS en date du 18 juillet 2012 validée CNP le 27 juillet 2012 – visa CNP 2012-196 relatif aux MIG pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.</p>	
Contraintes de mobilisation			
<p>Le délai de mobilisation entre l'alerte et le départ de l'établissement détenteur est estimé à: (<i>à renseigner par chaque zone</i>).</p> <p>Le délai pour mettre en œuvre les procédures d'habillage du personnel hospitalier est estimé à: (<i>à renseigner par chaque zone</i>).</p> <p>Nombre de conteneurs: selon les besoins exprimés et le nombre de victimes.</p>			

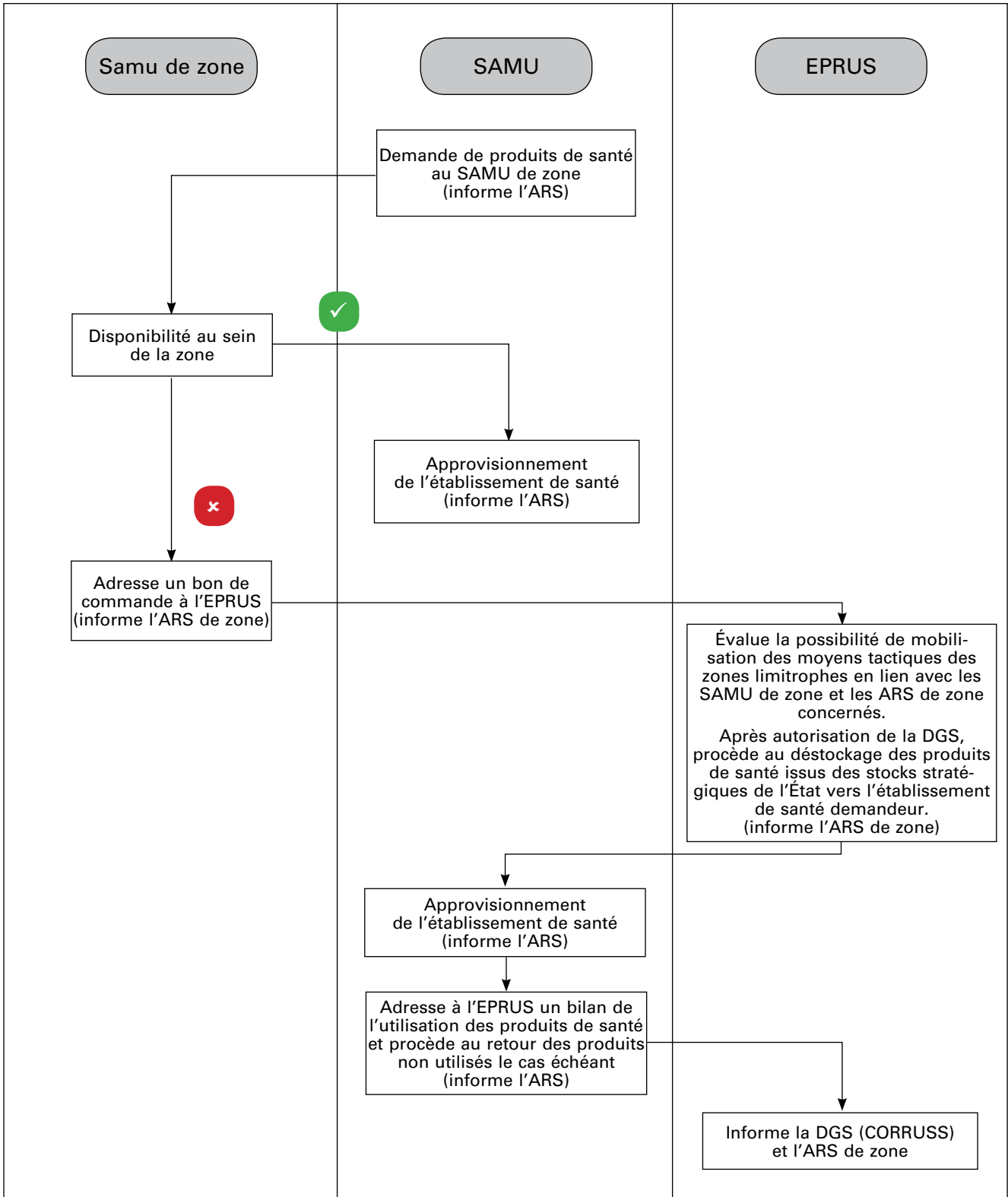
Contraintes d'utilisation	
Au regard des dotations de TOM, leur mise à disposition auprès d'un autre établissement doit être encadrée par le référent NRBC de l'établissement et seuls les personnels formés à leur utilisation seront autorisés à les revêtir ; ceci sous-entend l'éventuelle projection de personnels formés.	
Moyens complémentaires potentiellement nécessaires	
Le renfort en SMUR équipés de TOM pourrait s'accompagner d'autres matériels : unités mobiles de décontamination, PSM 1 et 2, respirateurs, oxygène...	
Modalités de maintenance et de renouvellement	
La maintenance et le renouvellement de TOM relèvent des établissements de santé détenteurs, à partir de crédits délégués sur une mission d'intérêt général SMUR composante « organisation de la prise en charge de nombreuses victimes ».	Cf. Missions d'intérêt général (MIG). Note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière du 4 mai 2012.
Positionnement	
Carte de positionnement des moyens au sein de la zone, à réaliser pour chaque zone de défense.	
Logigramme décisionnel	
Logigramme décisionnel et d'information pour la mobilisation des moyens, à utiliser en situation d'urgence pour chaque zone de défense sur la base des trois cas types définis <i>supra</i> .	

		FICHE RESSOURCE Antidotes des PSM 1 et des PSM 2		DATE	MISE
				révision:	à jour:
				Page :	
Définition – Descriptif de la ressource					
<p>Chaque PSM a été doté de :</p> <p>2 conteneurs d'antidotes et d'antibiotiques pour les PSM dits de 1^{er} niveau (PSM 1);</p> <p>4 conteneurs d'antidotes et d'antibiotiques pour les PSM dits de 2^e niveau (PSM 2);</p> <p>Chaque conteneur permet le traitement selon la posologie de 8 à 15 victimes.</p> <p>La composition des malles est définie comme suit :</p>					
LIBELLÉ ARTICLE	CONDITIONNEMENT	POSOLOGIE	QUANTITÉ (unités)	NOMBRE de victimes traitées	
Atropine 1 mg/1 ml Solution injectable	Boîte de 100	2 mg d'emblée en IV lente**, à renouveler toutes les 5 à 10 minutes. Dose d'entretien : 1,5 à 6 mg/h.	200	15 victimes pendant une heure	
Cyanokit 5 g Poudre pour solution pour perfusion	Kit 1 flacon	La dose initiale est de 5 g.	15	15 victimes	
Succinaptal 200 mg gélule	Boîte de 15 gélules	10 mg/kg (ou 350 mg/m ²) à administrer toutes les 8 heures	60	20 victimes pour la première prise	
Ciprofloxacine 500 mg comprimé	Boîte de 12	2 comprimés 500 mg/jour espacé de 12 h	24	24 victimes pour la première prise	
Contrathion 2 % solution injectable	Boîte de 10	Formes modérées: Dose initiale : 1 g (5 flacons) et formes sévères: dose initiale 2 g (10 flacons)	80	8 à 16 victimes selon la gravité de l'intoxication pour la première prise	
NaCl 0,9 sol inj	Poche	Administration de Kit de Cyanokit 5 g	QSP		
Malle thermoformée			1		
<p><i>Nota 1: la composition des malles pourra évoluer et notamment être complétée de produits permettant de faire face au risque nucléaire ou radiologique.</i></p> <p><i>Nota 2: ces malles ne permettent pas de faire face à un risque NRBC à elles seules: nécessité de disposer de traitements symptomatiques (diazepam, oxybuprocaine, salbutamol, perfuseurs, cathéters, masques aérosols, etc.). À noter que ces produits pharmaceutiques sont présents dans différentes malles (6, 3, 1).</i></p> <p><i>Nota 3: l'attention est attirée sur le fait que la quantité d'Atropine® proposée permet la prise en charge de 15 victimes durant seulement une heure.</i></p>					
Doctrine d'emploi					
Ces antidotes doivent permettre de répondre de façon précoce en cas de survenue de risques exceptionnels dans l'attente, le cas échéant, de la mobilisation des stocks stratégiques nationaux détenus par l'EPRUS.					
Principe de répartition					
Les malles d'antidotes sont intégrées dans les dotations des PSM 1 et 2.					

Mobilisation	
<p>Pour les PSM 1, les malles d'antidotes sont indissociables de la mobilisation du PSM 1. Pour les PSM 2, la mobilisation des malles d'antidotes peut être envisagée de façon indépendante de la mobilisation du PSM 2. En cas de mobilisation, la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'établissement détenteur doit être systématiquement informée.</p>	
Contraintes d'utilisation	
Personnels formés à l'utilisation de la dotation.	
Moyens complémentaires potentiellement nécessaires	
Certains médicaments nécessaires en compléments des antidotes, ainsi que des dispositifs médicaux nécessaires à leur administration, sont à prélever auprès des PUI des établissements concernés par l'accueil de victimes.	
Modalités de maintenance et de renouvellement	
La maintenance et le renouvellement des malles d'antidotes, des PSM 1 et des PSM 2 relèvent des établissements de santé détenteurs, à partir de crédits délégués sur une mission d'intérêt général spécifique.	<p><i>Cf. Missions d'intérêt général (MIG). Art. L. 3131-9 à L. 3131-11 du CSP.</i></p>
Positionnement	
Carte de positionnement des moyens au sein de la zone, à réaliser pour chaque zone de défense.	
Logigramme décisionnel	
Logigramme décisionnel et d'information pour la mobilisation des moyens, à utiliser en situation d'urgence, à réaliser pour chaque zone de défense sur la base des trois cas types définis <i>supra</i> .	

ANNEXE 3

PROCÉDURE DE RECOURS AUX PRODUITS ET ÉQUIPEMENTS DE SANTÉ
ISSUS DES STOCKS STRATÉGIQUES NATIONAUX DE L'ÉTAT



Précisions sur la procédure :

L'établissement de santé siège de SAMU centralise les demandes des établissements du département, lorsque ceux-ci ne disposent pas des produits de santé nécessaires à la prise en charge d'une situation sanitaire exceptionnelle. Lorsque les produits ne sont pas disponibles dans le département ou en quantité insuffisante, l'établissement de santé siège de SAMU se rapproche du SAMU de zone (pour le cas des PSM 1, le SAMU peut se rapprocher directement des SAMU des départements contigus au sein de la zone ou hors de la zone), pour qu'il recherche les ressources disponibles au sein de la zone.

Si les produits de santé ne sont pas disponibles ou trop éloignés au sein de la zone, le SAMU de zone adresse un bon de commande à l'EPRUS en justifiant la demande par une explication de la situation et des indications sur les recherches de disponibilité en produits de santé qu'il a effectuées au sein de la zone.

L'ARS et l'ARS de zone assurent l'information respective du préfet et du préfet de zone, en tant que de besoin.

L'ARS informe l'ARS de zone et la DGS (CORRUSS) dès qu'elle a connaissance d'une demande de complément en produits de santé émanant d'un établissement de santé. Cette information peut se faire *via* l'outil SISAC, à terme.

L'ARS de zone informe la DGS (CORRUSS) dès qu'elle a connaissance d'une demande de complément en produits de santé émanant d'un SAMU de zone. Cette information peut se faire *via* l'outil SISAC, à terme.

L'EPRUS évalue la possibilité de mobiliser des moyens tactiques dans les zones limitrophes à la zone concernée par l'événement, en lien avec les SAMU de zone et les ARS de zone concernés.

Le cas échéant, l'EPRUS demande l'autorisation à la DGS de procéder au déstockage de produits de santé issus du stock stratégique de l'État à destination d'un établissement de santé.

L'EPRUS informe l'ARS de zone concernée par la demande de tout déstockage de produits de santé issus du stock stratégique de l'État à destination d'un établissement de santé de la zone, ainsi que du bilan de consommation des produits de santé fourni par l'établissement de santé demandeur.

BON DE COMMANDE
DE L'ESR/SAMU DE ZONE À L'EPRUS

Etablissement : -----		EPRUS ----- alerte@eprus.fr téléphone - 01 58 69 39 12 télécopie - 01 58 69 93 36			
Merci de remplir ce bon et de l'adresser par Mel ou fax à l'EPRUS (avec copie à l'ARS de zone)		Mel :			
		Tel :			
		Tel hors heure d'ouverture (Astreinte) :			
		Fax :			
BON de COMMANDE					
Date :					
Département :					
Organisme émettant la commande :					
Nom du responsable de la commande :					
Adresse de l'organisme émettant la commande :					
Tel / mél :					
-					
Libellé		Conditionnement	Quantité demandée (en unité: masque)	Quantité accordée	
Date de livraison souhaitée (à remplir par le demandeur) :					
Nom de l'organisme à livrer :					
Adresse de livraison souhaitée :					
Nom et visa du responsable de la demande					
Date de livraison:		(à indiquer le jour de la livraison)			
Nom et visa du responsable de la prise en charge :		Nom et visa du responsable EPRUS :			
Commentaires		Commentaires			

Après prise en charge des approvisionnements, une copie du présent bon complètement renseigné est à conserver par l'EPRUS et par l'organisme ayant été livré; ce dernier en adresse copie à l'organisme ayant passé la commande et à l'ARS territorialement compétente.

Le bon de commande est accompagné d'éléments d'explication de la situation et d'indications sur les recherches de disponibilité en produits ou équipements de santé effectuées par l'ESR au sein de la zone.

FORMULAIRE DE BILAN/RETOUR DE L'UTILISATION DES PRODUITS
ET ÉQUIPEMENTS DE SANTÉ ISSUS DES STOCKS STRATÉGIQUES DE L'ÉTAT

FORMULAIRE BILAN UTILISATION / RETOUR DE PRODUITS DE SANTE à l'EPRUS (alerte@eprus.fr)			
--	--	--	--

Date :					
Département :					
Nom du contact :					
Nom et Adresse du site d'utilisation / reprise :					
Tel :					
Fax :					
Mel :					

Référence EPRUS	Désignation du produit	Conditionnement	QUANTITES UTILISEES

			QUANTITES A REPENDRE PAR L'EPRUS

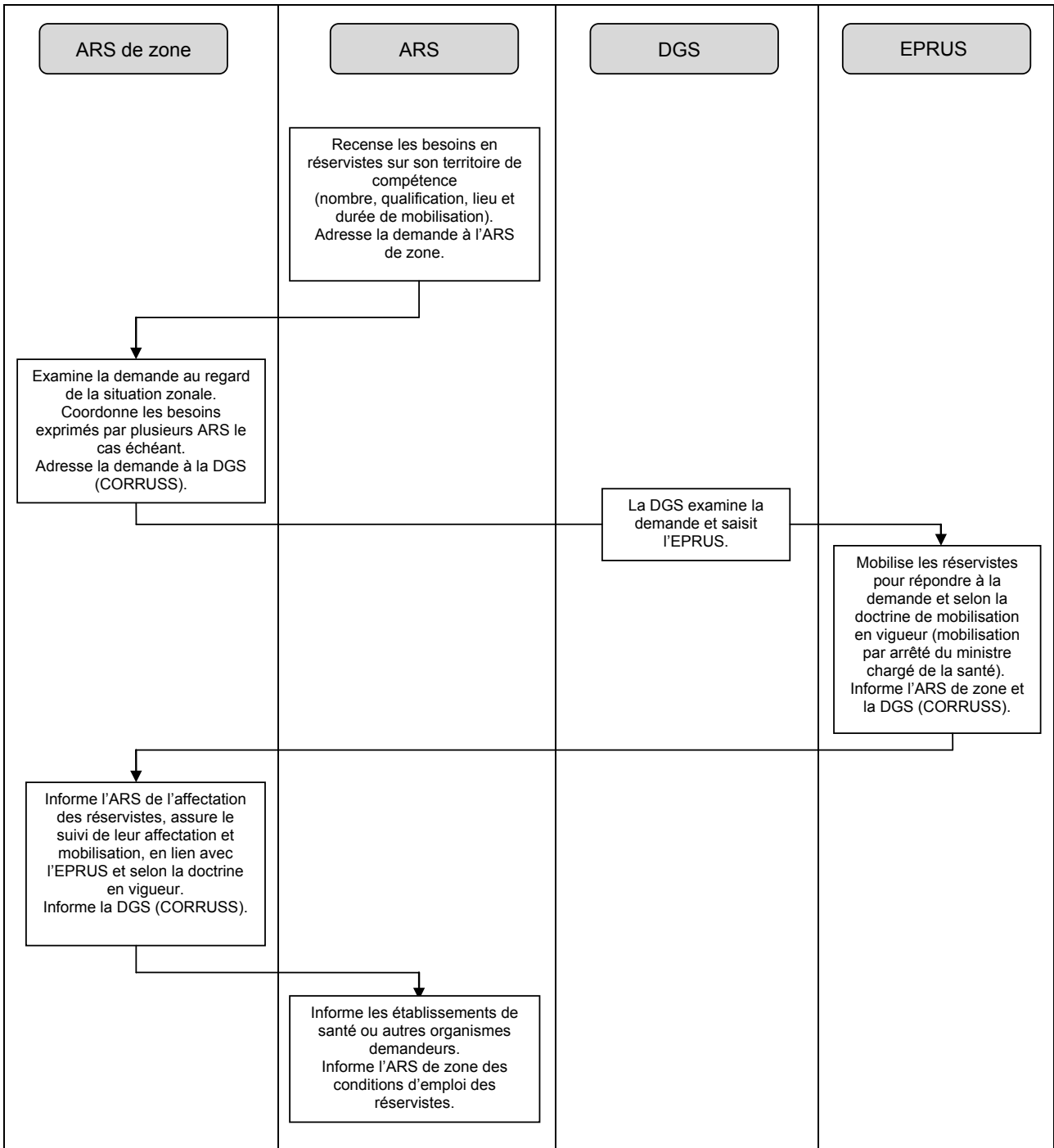
NOM et visa du contact		Date :
-------------------------------	--	--------

Commentaires	

Une copie du présent bon complètement renseigné est à conserver par l'EPRUS et par l'organisme ayant utilisé/retourné les produits de santé de l'EPRUS ; ce dernier en adresse copie à l'ARS territorialement compétente.

ANNEXE 4

PROCÉDURE DE RECOURS À LA RÉSERVE SANITAIRE



Précisions sur la procédure:

L'ARS et l'ARS de zone assurent l'information respective du préfet et du préfet de zone.

ANNEXE 5

PLAN DE FORMATION ZONAL

I. – CONTENU

Il s'agit d'un plan de formation et d'entraînement des intervenants du système de santé au sein de la zone, élaboré au regard des orientations et des référentiels pédagogiques nationaux.

Il définit annuellement :

- les priorités et les modalités de mise en œuvre (opérateurs en charge des formations, des exercices, budget dédié...);
- les publics concernés.

Il est *a minima* composé des éléments suivants :

Une première partie présentant l'organisation générale du dispositif de formation et définissant les priorités de la zone concernant :

- les personnes (nombre et nature) à former et entraîner au sein de la zone ;
- les thématiques et/ou les priorités en termes de couverture géographique ;
- la description du dispositif de formation.

Idéalement, cette première partie pourrait définir les priorités et le schéma cible pour une période de trois ans avec une actualisation annuelle pour adapter les orientations en fonction des écarts.

Une deuxième partie, constituée par :

- le calendrier des entraînements et des exercices interservices mobilisant des ressources sanitaires à l'échelle de la zone ;
- le programme annuel des formations et exercices organisés par le/les établissements de santé de référence de la zone ;
- le programme annuel des formations pour les situations sanitaires exceptionnelles des réseaux régionaux des centres d'enseignement des soins d'urgence (formation de formateurs, de référents/formations AFGSU spécialisée/formations spécifiques...).

II. – MODALITÉS DE MISE EN PLACE

Le plan de formation zonal doit être adapté aux contraintes et aux organisations locales. Afin de garantir sa cohérence, il s'inscrit toutefois dans le cadre de la structuration du réseau zonal des centres d'enseignement aux soins d'urgence (CESU), animé par l'ESR. Il est établi sur la base de référentiels élaborés au niveau national.

1. Établir le schéma cible des formations et des entraînements à conduire dans la zone

L'ARS de zone, en liaison avec les ARS de la zone, définit et dimensionne au niveau de la zone un réseau de référents des situations sanitaires exceptionnelles (NRBC-E et autres situations), en tenant compte des profils de compétence nécessaires et disponibles, des priorités de la zone, de l'équilibre en termes de couverture géographique.

Pour cela, l'ARS de zone, en lien avec les ARS de la zone, s'appuie sur :

- l'ESR, chargé de :
 - assurer la diffusion des référentiels de formation nationaux et de veiller à l'harmonisation des pratiques en lien avec les réseaux régionaux des CESU ;
 - synthétiser les besoins de formations spécialisées recensées par les différents réseaux régionaux ;
 - mettre en place un comité pédagogique zonal afin d'évaluer les outils de formation, les programmes, les intervenants et assurer la cohérence de l'ensemble des actions de formation conduites dans la zone ;
 - élaborer un bilan annuel des formations spécialisées réalisées au sein de la zone.
- les réseaux régionaux des CESU, chargés de :
 - identifier et recenser les besoins régionaux en formation sur les gestes et soins d'urgence en situation sanitaire normale et exceptionnelle ;

- définir les moyens nécessaires à la réponse à ces besoins et à la coordination des actions de formation;
- mettre en œuvre pour leur région le programme zonal de formation en lien, si besoin, avec le ou les ESR de la zone;
- assurer au besoin le support logistique des formations de l'ESR.

Le schéma cible des formations et des entraînements est élaboré et validé en collège zonal de défense et de sécurité.

2. Établir un calendrier des priorités sur trois ans

Sur la base du schéma cible, un programme-cadre sur trois ans est établi, avec une programmation thématique en fonction des orientations et des priorités données par le préfet de zone de défense et de sécurité sur les entraînements et les exercices.

3. Établir les calendriers et programmes annuels

L'ARS de zone et les ARS de la zone établissent, en liaison avec les préfetures, le calendrier annuel des exercices.

L'ESR réalise les programmes de formations, en liaison avec les CESU régionaux. Il informe régulièrement l'ARS de zone de la mise en œuvre de ces formations et de leurs évaluations.