



Compte-rendu de la séance du 25 novembre 2014

Approuvé le 30 juin 2015

PARTICIPANTS

Membres de la Commission :

Mme Françoise BOUTOT
Mme Hélène CHAPPUY
M Didier CREMNITER
Mme Magali DESCHOUVERT
M Henri JULIEN
Mme Catherine LEPORT
Mme Corinne LOCATELLI-JOUANS
M Alain MARGENET
M Raphaël PASSEMARD
M Benoit VIVIEN
Mme Nadine WEISSLEIB

Membres de la commission excusés :

M Olivier BALLAND
M Pierre CARLI
Mme Armelle Marie DARAGON
M Marc GIROUD
M François PONS
M Alain PUIDUIPIN
M François RAINERI

Participants de l'EPRUS :

M Gérald GAILLARD
M Lionel de MOISSY
Mme Nicole PELLETIER
M Laurent THEVENIAUD

Ordre du jour réalisé

I - Approbation du compte-rendu du 21 mai 2014

II – Point d'information sur les saisines urgentes de la CCMSO :

- les spécifications techniques des housses de transport à pression négative pour patient contaminé,
- les spécifications techniques des EPI appropriés des soignants dans le cadre de la prise en charge d'un patient cas possible ou cas confirmé de fièvre Ebola,
- les procédures d'habillage et déshabillage EPI EBOLA,
- les procédures d'utilisation des housses de transport à pression négative pour patient contaminé.

III - Propositions de recommandations par les rapporteurs dans le cadre de l'actualisation du PSM1

IV – Evolution de la conception du PSM2

V – Questions diverses

Le quorum est atteint avec 11 membres.

La séance, présidée par M. le Pr VIVIEN, est ouverte à 10h20.

Mme PELLETIER ouvre la séance en s'excusant pour le report de la commission qui était initialement prévue en octobre, en raison de la mobilisation de tous dans la réponse à la crise Ebola. Elle indique par ailleurs que la séance sera présidée par le Professeur Benoît VIVIEN dans la mesure où Alain PUIDUPIN ne peut être présent.

I - Approbation du compte-rendu du 21 mai 2014

M. VIVIEN propose de commencer en premier lieu par l'approbation du compte-rendu de la dernière réunion du 21 mai 2014.

3 demandes de modifications sont proposées :

M. VIVIEN mentionne une erreur d'écriture page 10 sur le commentaire de Madame BOUTOT et demande que soit correctement orthographié les « pansements **CHUT** ». A ce sujet, il précise que les SAMU d'IDF ont actuellement une réflexion au sujet des plaies pénétrantes et qu'ils sont en cours de se doter de pansements hémostatiques et de dotations complémentaires de noradrénaline pour le traitement du choc hémorragique en plus du remplissage.

M. CREMNITER demande la modification de « concernent » en « concernant » page 22 « *les problèmes de médecine générale **concernant*** ».

Mme WEISSLEIB mentionne qu'il manque deux mots à son intervention page 18 et demande que soit complétée son intervention de la manière suivante « *Nadine WEISSLEIB souhaite revenir sur le sujet de la logistique* » et « *Il faut que les acteurs soient en ordre de marche à ce moment-là et acceptent la mobilisation dans le sens du Ministère de la Santé ou autre **décideur**.* »

Le compte-rendu du 21 mai 2014 est approuvé à l'unanimité.
--

II – Point d'information sur les saisines urgentes de la CCMSO :

- **les spécifications techniques des housses de transport pour patient contaminé,**
- **les procédures d'utilisation des housses de transport pour patient contaminé,**
- **les spécifications techniques des EPI appropriés des soignants dans le cadre de la prise en charge d'un patient cas possible ou cas confirmé de fièvre Ebola,**
- **les procédures d'habillage et déshabillage EPI EBOLA.**

Mme PELLETIER souhaite tout d'abord remercier les membres de la commission d'avoir répondu dans le cadre de la réponse à la crise Ebola aux différentes saisines urgentes de l'EPRUS en septembre et octobre dernier. Elle indique que l'EPRUS va faire dans un premier temps un point d'information sur les spécifications des housses de transport de patients contaminés Ebola permettant à l'EPRUS de passer commande et de livrer les ESRH. Dans un second temps, elle informe les membres qu'un point d'information sur les spécifications techniques des équipements de protection individuelle des professionnels de santé. A l'issue, Magali DESCHOUVERT présentera le travail réalisé avec ses collègues rouennais sur les procédures d'habillage et de déshabillage.

Enfin, elle souhaite remercier Madame BOUTOT pour toutes les formations qu'elle a bien voulu faire aux réservistes sanitaires depuis le mois d'août et ses conseils très avisés.

M. THEVENIAUD indique que l'EPRUS a consulté les membres de la commission en urgence début septembre concernant les spécifications techniques de la housse de transport permettant le transport de patients atteints par Ebola. Il ajoute que ces spécifications techniques étaient essentielles afin d'envisager

leurs acquisitions par l'EPRUS et leurs mises en place dans les établissements de santé. Il indique que les membres de la CCMSO devaient se positionner entre quatre propositions :

- un caisson rigide, le CTMP 2, de la société d'ATA Climatisation,
- une enveloppe très souple de CIR Médical (pression positive),
- un brancard Ramsès de la société RESPIREX (utilisé par la BSSP),
- une housse de transport légère proposée par la société UTILIS.

Après avoir comparé les caractéristiques et le coût de chaque équipement au regard du besoin, les membres de la CCMSO ont recommandé 2 housses : celle de RESPIREX, l'autre d'UTILIS. Toutefois, la société RESPIREX ayant des délais d'approvisionnement très longs, il a été proposé de retenir l'enveloppe d'UTILIS qui est une housse de transport légère, et peut être un peu trop légère au regard des dysfonctionnements constatés dans quelques établissements de santé.

L'EPRUS a lancé une acquisition de vingt-deux housses pour la France : tous les ESRH ont été livrés, y compris en Outre-mer. Le reliquat va permettre de renforcer avant fin novembre les moyens de la zone Ile-de-France et certaines régions comme la Bretagne ou Midi Pyrénées. Par ailleurs, l'EPRUS a positionné une housse au titre du stock stratégique à la plateforme nationale de Créteil.

L'EPRUS a proposé par ailleurs proposé au ministère de réaliser une petite vidéo de présentation du montage et du fonctionnement de la housse. La première version de cette vidéo va être présentée ce jour aux membres de la commission. La version définitive sera sur le site Internet avant fin novembre.

Mme PELLETIER ajoute qu'à l'occasion d'un colloque de retour d'expérience avec les ESR et les ARS la semaine précédente sur la crise Ebola, nombreux étaient ceux qui réclamaient un protocole national d'utilisation et de décontamination des housses et un protocole habillage/déshabillage EPI. Elle précise qu'une procédure habillage/déshabillage sera présentée au cours de la réunion. Ces procédures viendront compléter la vidéo sur le montage et l'utilisation de la housse de transport. Toutefois, nous n'avons pas encore de protocole de décontamination des housses. Elle précise avoir contacté sur ce sujet Monsieur Bruno GRANDBASTIEN du CHU de Lille qui est une référence dans le domaine.

M. VIVIEN indique qu'il faut distinguer deux cas de figure. Après le transport d'un patient cas possible, la housse est mise en quarantaine et nous décidons de son devenir selon la positivité ou pas de la PCR. Si le test est négatif, la housse peut être décontaminée avec les moyens habituels qu'il faudra déterminer en termes de procédure. Si le test est positif, il serait peut-être alors plus sûr de jeter la housse et d'en racheter une nouvelle.

M. JULIEN indique avoir travaillé sur le dossier à partir des documents envoyés par l'EPRUS mais n'avoir encore jamais vu physiquement ces housses. Il constate que les housses UTILIS se stockaient sous forme compact, mais il s'interroge sur le délai de stockage au vu de leur autonomie électrique et sur la garantie qu'elles seront alimentées électriquement au moment de leur utilisation dans la mesure où il s'agit de batteries.

M. THEVENIAUD précise qu'il s'agit de piles rechargeables d'une durée de vie de 4 à 6 heures livré avec chargeur.

M. JULIEN souhaite savoir comment s'assurer de leur chargement quand elles sont dans la housse. Il souhaite savoir si elles possèdent un indicateur comme pour les défibrillateurs automatiques ou semi-automatiques.

Mme LOCATELLI-JOUANS précise qu'il s'agit de piles à enlever et à placer sur les chargeurs.

M. JULIEN ajoute qu'il s'agit d'un système de piles-batteries et qu'il faut être certain qu'elles soient en charge.

M. de MOISSY déploie une housse pour démonstration

Mme BOUTOT indique que ce sont des housses sont très faciles et intuitives à utiliser.

M JULIEN souhaite savoir si elles se replient facilement.

Mme BOUTOT répond que oui.

Mme PELLETIER ajoute que l'EPRUS a été saisi de remarques sur leur fragilité.

M. THEVENIAUD précise que trois établissements ont remonté des non-conformités et un risque de rupture d'étanchéité de la housse.

Mme BOUTOT mentionne qu'il ne faut pas l'utiliser telle quelle mais sur un brancard rigide. La housse est formée d'une armature pour rigidifier la structure sur le socle et à mi-hauteur de l'arceau des deux côtés. Elle ajoute avoir pu installer un patient de plus d'1 mètre 80 à l'intérieur mais qu'il tenait tout juste, même si cela est déjà un peu plus grand que les caissons rigides. Ces housses sont dédiées à des transports courts. Leur autonomie est de quatre à six heures. Des filtres sont placés au pied, du côté des tuyaux. Son fonctionnement est très intuitif. Quatre accès gantés permettent de rebooter un monitoring qui se serait défait ou une perfusion. L'accès à ce monitoring se fait par une petite sortie. Elle ne permet pas de transporter un patient qui serait intubé et ventilé, ni d'entreprendre des manœuvres de réanimation prolongées et intensives.

M JULIEN rajoute avoir contacté UTILIS à ce sujet car la position des manchons ne lui avait pas paru très ergonomique ; l'accès à la tête par les manchons dédiés lui paraissant en effet un peu loin. La société UTILIS a répondu qu'ils pourront le modifier et rapprocher les manchons de la tête.

Mme BOUTOT répond n'avoir utilisé la housse qu'en démonstration et jamais sur de vrais patients. Elle indique avoir rencontré l'équipe d'UTILIS à l'occasion de la réalisation de la vidéo. Ils sont prêts à recevoir toutes les expériences pour modifier leur produit dans la mesure où il s'agit d'une innovation.

M. THEVENIAUD ajoute avoir également interrogé la société UTILIS sur la prise en charge d'un enfant car la housse n'est pas encore adaptée.

Mme PELLETIER ajoute que l'enfant glisse dans la housse.

Mme BOUTOT répond que la housse est munie de ceintures de sécurité rigides mais elles ne sont pas adaptées à un petit enfant.

Mme DESCHOUVERT souhaite partager l'expérience de Rouen qui a eu l'occasion de l'utiliser lors de la prise en charge d'un patient cas possible, un jeune adulte de dix-huit ans. Elle indique que la situation a été très difficile à gérer en raison de l'agitation majeure dans la cellule. Elle indique que l'équipe SMUR a également rencontré des difficultés sur la taille des gants dans les manchons. Il faut vraiment être vigilant pour le transport. Le transport a dans ce cas duré un quart d'heure et cela convenait, mais la situation aurait été beaucoup plus difficile à gérer si le transport devait durer plus d'une heure avec un patient agité.

Mme BOUTOT acquiesce et répond que l'agitation est prise en compte par les équipes de réservistes sanitaires formées depuis le mois d'août et concerne aussi les caissons rigides. La première préoccupation est l'anxiolyse du patient sans induire d'effets dépressifs qui seraient délétères. Il existe un certain nombre de produits dans la pharmacopée auxquels il faut penser. Elle indique comprendre qu'une équipe de SMUR qui n'a pas réfléchi à ce type de procédures depuis plusieurs semaines se retrouve brutalement un peu démunie.

Mme DESCHOUVERT précise que le contexte de prise en charge de ce transport était assez lourd, avec quatre patients tous fébriles en même temps. Le processus de prise en charge est complexe que ce soit pour l'équipe qui part chercher le patient ou celle qui l'accueille. Le stress se met en place, la réflexion est alors difficile à mener...

Mme BOUTOT confirme qu'il ne suffit pas d'avoir le matériel nécessaire mais qu'il faut avoir appris à s'en servir au préalable. Il faut également penser aux procédures de prise en charge du patient et l'anxiolyse en fait partie.

M. JULIEN revient que la prise en charge d'un patient intubé et ventilé. Il précise qu'il y aura vraisemblablement un ou deux cas et souhaite vérifier qu'il ne soit possible de les placer dans la housse.

Mme BOUTOT répond que ce n'est actuellement pas prévu, que les sorties ne sont pas adaptées.

M. VIVIEN indique qu'il faudrait d'autres orifices pour d'éventuels tuyaux et monitoring. Par ailleurs, il ajoute qu'il faudrait un petit manchon en caoutchouc pour faire l'équivalent de joint.

Mme BOUTOT répond que pour l'instant cette housse n'est pas compatible avec le transport d'un patient ventilé et intubé d'un patient Ebola.

M. JULIEN indique que nous serons dans ce cas très démunis avec cette housse...

Mme BOUTOT répond que dans ce cas il peut être utilisé un autre caisson qui est davantage compatible à ce type de prise en charge.

Mme PELLETIER informe que l'EPRUS a fait l'acquisition d'un caisson rigide, le CTMP 2, qui a déjà servi une fois au transport terrestre.

Mme WEISSLEIB demande si cette housse est bien à pression négative.

M. JULIEN répond par l'affirmative.

Mme PELLETIER propose alors de regarder la vidéo réalisée par l'EPRUS. A vocation pédagogique, elle propose aux membres de la commenter à l'issue du visionnage afin que l'EPRUS puisse les prendre en considération.

M. THEVENIAUD ajoute que les missions de la commission spécialisée comportent aux spécifications des équipements mais également aux référentiels d'utilisation. C'est dans ce cadre que cette vidéo, qui est une première version, présente le montage et fonctionnement de la housse. Selon vos commentaires, nous pourrions faire des modifications avant de la mettre en ligne.

Diffusion de la vidéo (<http://www.eprus.fr/rubrique/conduite-et-moyens-sanitaires-operationnels.html>) mise en ligne sur le site Internet de l'EPRUS le 18 décembre 2014)

M. JULIEN constate, après le visionnage, que les manchons se déplient lors de l'utilisation ce qui peut être un signe de l'état de fonctionnement et de la pression négative de la housse. Cela peut être un bon témoin. Il propose d'également ajouter qu'elle ne permet pas de porter une victime mais qu'il faut la mettre sur un brancard. Il propose de rajouter cette information au début de la vidéo.

M. VIVIEN s'interroge sur l'étanchéité du manchon.

M. JULIEN est d'accord et confirme que ce n'est pas suffisant.

Mme BOUTOT précise que la housse est à pression négative ; par conséquent cela ne devrait pas fuir vers l'extérieur. D'autre part, tous les fils de monitoring doivent être vinylés, comme cela est montré sur la vidéo.

M. VIVIEN propose de renforcer le manchon d'une sorte de petite mousse au travers de laquelle nous pourrions passer permettant une étanchéité supplémentaire.

Mme BOUTOT ajoute que cela existe sur les caissons rigides.

M. JULIEN propose de rajouter un sparadrap sur le manchon pour resserrer le passage des tuyaux.

M. VIVIEN dit qu'il y a déjà une sorte de lacet mais ce n'est pas suffisamment hermétique. Par ailleurs, il s'interroge sur le sanglage du patient. La housse est sanglée sur un support rigide mais la vidéo fait apparaître également une sorte de matelas souple doté d'une ceinture. Le patient est sur son matelas mais dans ce cas le matelas risque d'être mobile.

Mme BOUTOT précise que la housse dispose de trois ceintures de sécurité. Dans la vidéo, le patient est un mannequin et était posé sur une housse souple avec au-dessus un drap à usage unique et, en dessous, une housse mortuaire qui tenait lieu de brancard souple. Tout autre type de brancard souple est donc utilisable. Cela pourrait être amélioré.

Mme PELLETIER confirme qu'il n'y a pas de matelas particulier. Le patient est posé directement dans la housse.

M. JULIEN ajoute qu'il faut donc au moins mettre un drap.

Mme DESCHOUVERT confirme que l'équipe de Rouen met un drap.

Mme LOCATELLI-JOUANS demande si la liste de matériels évoquée (sacs DASRI, PRIMPERAN et traitement permettant l'anxiolyse...) en fin de vidéo à mettre à l'intérieur de la housse est écrite et le cas échéant s'il existe un mode d'emploi.

Mme PELLETIER acquiesce et propose de communiquer à cet égard un document écrit. La liste est évoquée dans la vidéo mais n'a pas été filmée. Elle estime qu'il serait effectivement intéressant qu'on liste, comme dans les procédures d'habillage et de déshabillage, tout ce dont nous avons besoin. Le film ne sera pas refait mais il est possible à la fin de la vidéo de préciser que l'on peut inclure un Propack ou encore un sac à DASRI.

Mme PELLETIER ajoute que la housse n'est pas facile à ouvrir.

Mme BOUTOT précise qu'il faut en effet à la première utilisation mettre une petite dose de vaseline sur la fermeture à glissière étanche afin de faciliter son utilisation.

M. VIVIEN demande la taille maximum du patient pouvant être transporté dans la housse.

Mme BOUTOT répond que le maximum est un patient d'1m85.

Mme PELLETIER demande si un patient de 1m85 rentre ou non dans le CTMP 2.

Mme BOUTOT répond que non. A sa connaissance, pour les caissons rigides, les limites ont été fixées à 1m75 et 85 kilos.

Mme PELLETIER rappelle que c'est une housse de transport donc permettant le transport d'un patient d'un point A à B, pendant quelques heures. Elle précise qu'elle peut être également héliportée.

Mme BOUTOT confirme.

Mme PELLETIER rajoute qu'elle peut être mise dans un avion de type Falcon à priori mais que bien sûr elle sert avant tout au transport terrestre.

M. VIVIEN indique que le problème des petits avions repose sur l'entrée, en particulier l'angle qu'il faut lui donner afin qu'elle puisse entrer dans un petit Falcon. Cela est toutefois plus facile que la housse rigide.

Mme PELLETIER ajoute qu'elle peut aussi servir à un transport intra-hospitalier, d'un service à un autre.

M. JULIEN renchérit et pense qu'à son avis cette housse sert à du transport court, cela excluant les transports en avion de trois, quatre ou cinq heures venant d'Afrique, en particulier avec un malade qui va avoir de la diarrhée et vomir...

Mme PELLETIER complète son intervention en indiquant qu'elle parlait de transport aérien sur le territoire national. Le CTMP1 pourrait servir pour des rapatriements depuis l'Afrique de l'Ouest mais nous ne parlons plus de Falcon mais d'un avion de l'Armée de l'Air avec lequel nous avons fait des essais.

Mme CHAPPUY réaffirme qu'il faut trouver une solution pour le transport de l'enfant ; une solution pouvant être une coque rigide dans laquelle se trouve l'enfant et que l'on accroche avec les deux premières sangles en s'assurant que cela ne glisse pas.

M. THEVENIAUD prend note de la demande et confirme que la société UTILIS travaille sur une solution pour le transport des enfants.

M. MARGENET ajoute qu'il s'agit d'une housse pour du transport de courte durée mais que, même pour le CTMP, le transport d'un patient intubé et ventilé resterait compliqué... Même si la protection est maximale, ce type de transport risque d'être très compliqué à réaliser. Il demande une position claire de la commission sur le transport du malade intubé/ventilé. Si ce transport de transport est déconseillé dans ce type de housse, il pense qu'il faut le mentionner. Enfin, tout comme pour le caisson rigide, il se pose la question de la sédation. Il considère qu'il faut la rendre possible... il faut donc une équipe médicale qui sache faire de la sédation vigile ...

M. VIVIEN précise que nous parlons de sédation vigile pour des transports de courte durée en SMUR ; toutefois pour des transports de deux, trois ou quatre heures, c'est plus difficile à gérer.

M. MARGENET se demande s'il ne faut pas interdire de mettre des patients intubés/ventilés dans cette housse pour de multiples raisons comme par exemple la gestion des gaz expirés... bien que nous soyons en principe toujours sur une transmission liquide pour cette maladie.

M. VIVIEN propose de préciser dans un premier temps que cette housse est destinée aux transports de patients non intubés/ventilés, cela laissant ainsi plus de temps pour réfléchir au cas de patient intubé/ventilé.

Mme BOUTOT propose d'ajouter qu'elle concerne des transports de courte durée.

M. VIVIEN revient sur le sujet du transport des patients intubés/ventilés où se posera la question du filtre pour les gaz expiratoires pour l'environnement.

Mme BOUTOT indique que dès le mois d'août, à l'occasion des premières formations, les encadrants des réservistes considéreraient que le stade intubation/ventilation pour un retour en France n'était peut-être pas compatible avec le transport aérien, en particulier avec les normes IATA.

M. MARGENET précise qu'effectivement il faut également gérer le cas de figure d'un patient intubé/ventilé dont on s'aperçoit *a posteriori* qu'il est atteint d'Ebola.

M. JULIEN propose de ballonner le patient, en laissant le ballon à l'intérieur.

M. MARGENET s'interroge en conséquence sur la Fi O2 à l'intérieur du caisson au bout d'un certain temps.

M. VIVIEN propose alors de prévoir une entrée d'oxygène, permettant à la housse de rester en dépression et c'est filtré pour la sortie.

M. VIVIEN propose de faire remonter l'information à UTILIS que la fermeture par le cordon apparaît très artisanale et doit être améliorée. Par ailleurs, il indique que pour le patient qui développe une pathologie Ebola, qui est intubé/ventilé en raison de cette pathologie le pronostic est gravissime mais on ne peut exclure le cas d'une prise en charge d'un patient Ebola et qui a une pathologie intercurrente nécessitant une intubation/ventilation.

M. MARGENET préconise dans ce cas de changer le caisson et mettre le malade dans un CTMP. Par ailleurs, il rappelle tout comme cette solution de transport qui n'est pas parfaite que la housse ne peut être utilisée qu'avec l'entraînement qui l'accompagne et il ne faut pas attendre une urgence pour s'y intéresser.

Recommandations des membres de la commission.

Il convient en début de vidéo de rappeler les points de vigilance suivants :

- L'utilisation de la housse destinée au transport de malades non intubés/non ventilés,
- Elle est réservée à de courtes durées de transport.

M. VIVIEN s'interroge sur le devenir de la housse après utilisation, dans l'attente des résultats de la PCR, et sur la récupération et l'isolement des fluides. Que faire de la housse après utilisation ? A sa connaissance les établissements ne disposent que de fûts jaunes.

M. JULIEN demande si la housse est assez étanche pour servir de contenant des fluides...

M. MARGENET mentionne que l'extérieur de la housse va être souillé.

M. VIVIEN redoute que des fautes soient inévitablement commises quand la housse sera manipulée... Il recommande un énorme bac et de la jeter dedans sans rien toucher.

Mme BOUTOT informe les membres qu'un caisson a déjà été décontaminé par karchérisation à l'eau oxygénée.

Mme PELLETIER indique que ce procédé est réalisé par la BSPP qui fait appel à une société spécialisée pour cela.

Mme BOUTOT indique que le karcher pourrait peut être efficace sur cette housse mais le risque d'abimer la housse est important.

M. MARGENET préconise de ne prendre aucun risque et de la jeter à la poubelle ; le caisson rigide étant lisse et peut se nettoyer, contrairement à cette housse présentant des angles, des plis et des fermetures éclair.

Mme PELLETIER acquiesce mais s'interroge que le volume du bac nécessaire pour la contenir.

M. MARGENET indique qu'elle pourrait être mise dans un bac jaune de taille suffisante ; ceux que nous

avons en hôpital sont peut-être un peu petits.

M. JULIEN s'interroge par ailleurs sur la durée de vie du virus.

Mme LEPORT ne peut pas répondre très précisément à la question dans la mesure où les virologues eux-mêmes ne le savent pas. La durée de vie dépasse quelques jours mais cela ne se compte pas en terme de mois infini.

Mme WEISSLEIB indique que le traitement postérieur à l'utilisation de la housse dépend du diagnostic posé : il est nécessaire de distinguer le cas où la housse a servi à transporter un cas possible qui finalement ne s'est pas révélé à la PCR être un cas avéré d'un cas concret d'Ebola.

M. VIVIEN rappelle que cela pose des questions budgétaires importantes. Au 25 novembre, 22 ou peut être maintenant 25, cas possibles ont été transportés avec ces housses. Elles ont ensuite majoritairement été mises en quarantaine et désinfectées par les procédures habituelles mais pas jetées. Il recommande de garder en tête le fait que nous aurons beaucoup plus de patients possibles que de cas avérés. Il faut donc une procédure d'isolement des housses dans un bac suffisamment grand. Il faudrait demander cela à UTILIS ou à un autre fabricant, car la remettre dans sa housse noire de transport n'est pas suffisant.

M. THEVENIAUD indique qu'une housse coûte 6 000 €.

Mme PELLETIER s'interroge sur le nombre de fois où l'on peut utiliser la housse.

M. MARGENET pense que ce n'est pas raisonnable de réutiliser une telle housse, quelle que soit la pathologie du patient qui a pu être transporté auparavant, sachant qu'il a pu émettre des liquides pendant le transport. Il indique que désormais tout est pensé pour être à usage unique. Le plastique de la housse a, en plus, des microalvéoles et il pense qu'il ne faut pas envisager de garder une housse dans laquelle a été placé un malade. Ceci doit tout de même être modéré au regard du nombre de patients à transporter : si le nombre de cas d'Ebola augmentait avec 50.000 malades en France et que l'on doit transporter 25.000 cas d'Ebola tous les jours il serait difficile de jeter les housses...

M. JULIEN maintient que dans un cas avéré d'Ebola, la housse doit être considérée à usage unique.

M. VIVIEN recommande de faire examiner avec les experts les procédures de décontamination hors virus.

M. JULIEN estime que si la décontamination intervient alors qu'il n'y a pas de risque de contamination de la personne chargée de la nettoyer, il est possible d'envisager un tel nettoyage. Si le cas Ebola a été confirmé, là je suis d'accord pour dire que cela est exclu et qu'il faut jeter la housse.

M. VIVIEN résume la situation : si le cas d'Ebola est avéré en PCR, la housse est systématiquement jetée. Si toutefois le cas est infirmé, il faut mettre la housse en quarantaine et lancer une procédure de décontamination.

Mme BOUTOT pense que même si le cas est infirmé mais que la housse est souillée de liquides biologiques, il faut la jeter. Si elle n'est pas trop ou pas du tout souillée, une décontamination classique peut peut-être suffire.

M. MARGERET estime qu'une procédure validée doit être proposée au clinicien afin qu'il soit sûr qu'il peut remettre un malade dedans.

M. VIVIEN demande si UTILIS parle de housse à usage unique ou recyclable.

M. THEVENIAUD répond qu'UTILIS parle de housse recyclable.

Mme DESCHOUVERT rajoute qu'UTILIS préconise une décontamination à l'eau de javel dans le document transmis.

M. VIVIEN précise qu'en effet il existe des procédures de décontamination à l'eau de javel pour les surfaces mais que là la housse a beaucoup de recoins ce qui est problématique. Il estime qu'il faut faire une saisine auprès des experts infectiologues et virologues.

M. JULIEN estime qu'il serait souhaitable de continuer le film sur le traitement de la housse après en avoir enlevé le malade.

M. THEVENIAUD est d'accord mais indique que cela sera fait dans un 2nd temps.

Mme PELLETIER complète le propos en confirmant que l'EPRUS doit diffuser rapidement ce film. Toutefois, le film s'avère en effet insuffisant en termes d'informations notamment sur la partie décontamination. Elle préconise de réaliser un second film.

M. MARGENET indique que pour le CTMP, Mondor a eu un certificat de décontamination donné par la société qui l'a construit et qui garantit que le caisson est réutilisable. Il faudrait demander la même chose pour cette housse.

Mme PELLETIER rappelle qu'il existe des gélifiants permettant de solidifier les liquides biologiques.

Mme BOUTOT signale n'avoir pas eu l'occasion d'utiliser celui acheté par l'EPRUS et mis en place à la plateforme nationale. Elle précise qu'il existe plusieurs gélifiants sur le marché et que tous ne sont pas chloriques (les gélifiants doivent être chloriques).

Mme WEISSLEIB souhaite avoir des précisions sur les lieux de livraison des housses.

M. THEVENIAUD répond que vingt-deux housses ont été achetées par l'EPRUS. A ce jour, dix-huit ont été livrées et quatre sont en instance et en attente d'attribution. Elles seront attribuées à des centres hospitaliers d'Ile de France, et le cas échéant vers des centres hospitaliers comme Toulouse, Brest ou Besançon.

Mme WEISSLEIB demande une nouvelle précision quant à l'attribution d'une housse de transport à l'hôpital Bichat, sachant que le transfert de cas possibles seraient réalisés par le SMUR de l'établissement siège de SAMU, à savoir le SMUR 75 de l'hôpital Necker.

M. MARGENET indique que Bichat pourrait être amené à effectuer le transport interne d'un patient.

M. VIVIEN estime logique que l'hôpital Bichat dispose d'au moins une housse, ne serait-ce que pour du transport interne. Il demande par ailleurs si d'autres acquisitions sont prévues.

M. THEVENIAUD confirme qu'une demande de Bichat en ce sens a été adressée au ministère. Concernant les acquisitions de housses, non pas pour l'instant. Le Ministère ne nous a pas demandé d'en acheter plus de vingt-deux.

M. VIVIEN estime donc que de fait, nous nous retrouvons obligés de les recycler.

M. THEVENIAUD répond que non pas forcément puisque pour faire suite à cette réunion, l'EPRUS va informer la DGS du fait que la commission préconise la destruction de housse si elle a servi pour transporter pour un cas avéré. Dans ce cas, de nouvelles acquisitions pourraient être envisagées ultérieurement. Il faut compter presque six semaines entre la commande et la livraison. A ce stade, l'EPRUS dispose de cette housse qui est en cours de démonstration et en cours d'affectation.

Mme WEISSLEIB pense qu'en l'absence de procédures de décontamination pour l'instant, le nombre de housses paraît très limité. Nous ne serons pas du tout prêts à accueillir le cas échéant plusieurs cas possibles simultanés revenant du Mali.

Mme LOCATELLI-JOUANS souhaite rappeler que les housses sont d'un plastique souple qui peut se percer, même à la manipulation. Elle estime nécessaire par conséquent d'anticiper dans quel état sera la housse après quelques patients, même non Ebola.

M. THEVENIAUD précise que ce fut le cas au CHU de Strasbourg qui avait un problème de malfaçon.

M. PASSEMARD répond que les soudures étaient en effet défectueuses. La housse a alors été remplacée tout de suite.

Mme PELLETIER rappelle que cela peut arriver et illustre donc l'importance de ne pas attendre le jour J pour les ouvrir.

Mme BOUTOT renchérit sur le fait que c'est la raison pour laquelle il faut ajouter une note spécifiant qu'elle ne doit être utilisée que par du personnel qui a reçu une formation. Cela permettrait au moins de s'assurer qu'elle sera ouverte et vérifiée en amont ; peut-être faut-il prévoir des équipements dédiés au sein des différents SAMU... C'est là une organisation de fonctionnement propre à chaque établissement.

M. VIVIEN confirme et indique que certains personnels de l'hôpital Necker ont déjà faits plusieurs transports de cas possibles mais si cela arrive pendant une garde et que si le transport doit être réalisée en garde sans les personnels référents, cela peut être un problème. Il faut pour éviter cela avoir le maximum de personnes formées, de façon à en disposer en permanence, au moins sur les équipes de jour. Il ajoute par ailleurs que la housse doit être préparée en amont avant sa 1^{ère} utilisation, qu'il faut par exemple passer la fermeture éclair à la vaseline avant la première utilisation...

Mme PELLETIER estime qu'une session de formation doit en effet être organisée. Les formations ne sont jamais du temps perdu, même si au final elles ne concerneront peut être pas directement la crise Ebola. Il nous faut donc trouver des référents dans les ESR concernés qui viendraient se former.

M. THEVENIAUD rajoute qu'une formation relative l'utilisation de la housse à la plateforme nationale pourrait éventuellement être organisée et proposée aux établissements de référence

M. VIVIEN précise qu'inversement, au niveau des CESU, l'information est relativement bien passée auprès de tous les personnels susceptibles d'être formés au NRBC.

Mme LEPORT souhaite réagir sur le thème de la formation en proposant de réfléchir à ce que soit mis en œuvre un plan de formation national global avec des déclinaisons zonales, ERS, ESR.... Cela avait été fait pour la pandémie grippale mais cela a malheureusement été stoppé alors qu'il fallait le poursuivre. Par ailleurs, la spécificité de la situation d'agents nécessitant ce niveau de sécurité est la bonne coordination des acteurs : ce sont donc des formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles, qui ne sont pas simples, qui doivent être mises en œuvre.

Il faut bien sûr reconnaître l'urgence à ce que les personnels qui utilisent ces outils soient très vite formés et opérationnels mais en même temps il faut également faire attention à ce qu'une formation cohérente et bien intégrée et s'inscrive également dans le temps.

Mme LOCATELLI-JOUANS demande dans la mesure où cette formation nécessite de déplacer de loin du personnel ne devrait pas concerner uniquement la manipulation de la housse mais d'autres protocoles également (habillage...). Il faudrait une formation suffisamment consistante...

M. VIVIEN voit deux possibilités : soit un formateur de chaque centre ayant reçu une housse vient à Paris

pour assister à une session générale et retourne en tant que formateur relais ensuite dans son centre transmettre cette formation auprès de tous les personnels (médecins, infirmiers, aides-soignants...), soit une personne de l'EPRUS descend dans les centres à chaque livraison de housses pour assurer cette formation en local... Tout dépend des ressources humaines.

Mme PELLETIER pense que l'idée de session nationale est intéressante, mais qu'il est nécessaire de voir de combien d'ETP sont nécessaires pour mener cette formation à bien.

Mme LEPORT confirme qu'un démarrage national est indispensable, par souci de cohérence et d'équité...

Mme BOUTOT rappelle que si on veut qu'un protocole soit bien suivi par une équipe, il faut qu'il soit issu de cette dernière... Il revient donc à chaque équipe de réfléchir, à partir de la session nationale, à comment adapter le protocole et sa formation dans leur établissement.

II – Point d'information sur les saisines urgentes de la CCMSO :

- **les spécifications techniques des EPI appropriés des soignants dans le cadre de la prise en charge d'un patient cas possible ou cas confirmé de fièvre Ebola,**
- **les procédures d'habillage et déshabillage EPI EBOLA.**

N. PELLETIER annonce en préambule que la démarche a été quelque peu identique pour les Equipements de Protection Individuelle. Il a été demandé à l'EPRUS de proposer une procédure nationale d'habillage et de déshabillage des EPI. Nous avons alors demandé aux établissements qui avaient déjà travaillé sur le sujet de nous faire un retour et nous avons désigné le CHU de Rouen pour nous présenter leurs procédures. Il s'agit d'une présentation Power Point qui sera transformé en vidéo très prochainement, le tournage étant prévu le 27 novembre à Rouen. Ce protocole sera mis en ligne et, dans la mesure du possible, accompagné d'une version écrite.

M. THEVENIAUD rappelle que le diaporama puis la vidéo relative au protocole d'habillage et de déshabillage vaut pour les équipements livrés par l'EPRUS et dont les membres de la commission se sont prononcés début septembre 2014.

(http://www.eprus.fr/sites/www.eprus.fr/files/fiche10_avis_epi_20140912.pdf)

L'EPRUS a prévu une voix-off sur la vidéo qui décrira le protocole séquence par séquence défini pour les équipements acquis et livrés par l'EPRUS aux établissements de santé. Certains établissements ont préféré émettre d'autres recommandations pour protéger leur personnel ; il leur revient donc de rédiger leur propre protocole. La CCMSO a recommandé le port d'une combinaison 3B alors que certains établissements de santé sont restés sur du 4B avec tabliers. Le choix de la tenue type 3B est discutable mais la CCMSO, comme d'autres établissements de santé, a estimé qu'un patient pouvait se dégrader très vite et qu'il était par conséquent nécessaire de proposer une protection maximale « idéale » type 3B aux professionnels de santé. La tenue complète intègre une cagoule supplémentaire qui permet de bien protéger le visage et d'éviter les contaminations lors du déshabillage. Par ailleurs, la CCMSO a opté pour des lunettes masques plutôt que pour un écran facial car ce dernier n'est pas occlusif.

Les documents pédagogiques (diaporama et vidéo) en cours de réalisation ne seront donc pas un modèle unique de niveau national mais d'un protocole spécifique qui s'applique aux produits EPI livrés par l'EPRUS.

Ils contribueront sans aucun doute à améliorer encore la formation et à mieux appréhender les bons gestes lors des étapes d'habillage et de déshabillage des soignants intervenant auprès d'un patient cas possible secrétant ou d'un patient cas confirmé de fièvre Ebola.

Mme PELLETIER ajoute que les lunettes proposées dans la tenue complète permettent d'éviter que le professionnel ait un mauvais geste et se frotte l'œil comme cela est possible avec un écran facial non occlusif.

Mme BOUTOT ajoute que l'idéal est d'ajouter les lunettes et l'écran, cela correspond aux recommandations du CDC qui sont sorties fin octobre.

M. JULIEN estime qu'il faudrait au préalable discuter d'usage. Cette tenue ne lui semble pas adaptée pour le personnel soignant d'un centre de réception spécialisé qui travaillerait longtemps au lit du malade. Il précise qu'il existe des équipements ventilés qui sont plus agréables et que l'on peut porter jusqu'à six heures d'affilée. Avec la tenue proposée, il lui semble difficile de les porter plus d'une heure et demi, et sous nos climats.

Mme PELLETIER confirme qu'il existe des équipements ventilés disponibles sur le marché mais ils sont beaucoup plus chers.

M. THEVENIAUD rajoute que ces équipements ventilés pourraient être utiles en particulier pour les transferts inter-hospitaliers qui peuvent être longs (2 à 3h) et en environnement confiné mais que pour l'instant nous n'avons pas de recommandations sur les utilisations de ce type de cagoules.

Mme PELLETIER rappelle qu'il s'agit d'une proposition de protocole et que chaque établissement de santé pourra l'adapter en fonction de ses formations et de son personnel.

Mme DESCHOUVERT indique que ce diaporama a été modifié à plusieurs reprises, a fait l'objet d'essais, mais qu'elle reste évidemment ouverte aux remarques.

M. JULIEN félicite Mme DESCHOUVERT et son équipe pour ce beau travail sur de nouveaux équipements, c'est innovant.

Mme LEPORT informe les membres de la CCMSO qu'une démarche parallèle a été réalisée par d'autres CHU. Elle indique que dans le cadre de l'animation des établissements zonaux, une démarche groupée a eu lieu entre tous les ESR qui ont fait remonter leurs procédures et les ont transmises à un organisme du Ministère du Travail appelé l'INRS.

Mme DESCHOUVERT indique que le CHU de Rouen n'a pas été sollicité.

Mme LEPORT ignore pour l'ESRH de Rouen n'a pas été sollicité. Elle précise que l'INRS a repris ces remontées et a mené une analyse synthétique et comparative des éléments communs et différents. Ce document a été transmis à la Direction Générale de la Santé à la fin du mois d'octobre.

Mme PELLETIER rappelle que l'EPRUS n'a pas pris cette initiative mais qu'il s'agit d'une commande de la DGS qui bénéficie donc également aujourd'hui d'analyses venant de l'INRS. La vidéo sur les housses de transport était une commande directe du Ministère et, pour la procédure d'habillage et déshabillage, nous avons sollicité plusieurs hôpitaux.

Mme LEPORT indique qu'une mission nationale dénommée COREB a été créée par le Ministère de la Santé pour lequel il nous a été demandé l'animation des établissements zonaux. Tout cela est en train de se faire en pleine crise sanitaire et connaît sans doute quelques difficultés dû à cela.

Mme LEPORT estime qu'il serait souhaitable que le CHU de Rouen dispose des informations de l'INRS et qu'une réflexion commune soit sans doute engagée.

Mme WEISSLEIB souhaite préciser qu'à l'occasion du séminaire Ebola en présence de tous les ESRH ; plusieurs centres comme Bégin, Bichat ou Bordeaux ont présenté leurs procédures et retours d'expérience. Chacun a expliqué qu'elles étaient diffusables sur leur site. L'information est donc bien passée au niveau de l'EPRUS.

Mme LEPORT suggère qu'il serait intéressant de récupérer l'analyse de l'INRS car cette étape très importante permettra à chaque site de constater ce qui est la base commune incontournable des aspects adaptables à chacun.

M. JULIEN propose que Mme LEPORT adresse la synthèse à Mme PELLETIER qui nous le redistribuera aux membres ensuite.

(Synthèse disponible sur : <http://www.infectiologie.com/site/medias/alertes/ebola/ebola-spilf-coreb-inrs.pdf>.)

M. THEVENIAUD poursuit en indiquant qu'après l'avis sur les spécifications EPI communiqué, l'EPRUS a lancé les acquisitions de tenues d'intervention pour les onze établissements de santé de référence. Dans un second temps tous les établissements SMUR et sièges de SAMU ont été livrés. Au total l'EPRUS a livré cent vingt établissements de santé de France métropolitaine et d'outre-mer. Ensuite, L'EPRUS a acquis à la demande de la DGS du 20 octobre des tenues intervention. Nous avons à ce jour livré l'ensemble des établissements de référence Ebola en tenues de formation 4B, moins chères et qui se rapprochent le plus du type Tychem 3B qui avait retenu pour les tenues d'intervention. L'EPRUS a livré 2900 tenues interventions et 6500 tenues de formation.

Mme WEISSLEIB souhaite savoir à qui ont été livrées les tenues de formation ?

M. THEVENIAUD précise que l'ensemble des établissements de référence Ebola habilités et les SMUR des établissements siège de SAMU ont été destinataires.

Mme BOUTOT souhaite que soit précisée la différence entre les tenues 4B et 3B ?

M. THEVENIAUD répond qu'il s'agit du niveau de protection des liquides : la tenue 4B ne protège pas contre les projections en jets de liquide contrairement à la tenue 3B. Dans la mesure où des patients atteints par EBOLA peuvent être excréteurs, les membres de la CCMSO ont recommandé une tenue 3B totalement étanche. A cet égard, plusieurs membres de la commission avaient souhaité aller directement sur ce type de combinaison 3B aussi bien pour la formation que pour l'intervention, de façon à n'en disposer que d'une seule. Cependant, comme nous l'évoquions, son port est très inconfortable par rapport à la 4B. Le CHU de Lille préfère utiliser pour ses professionnels soient en 4B pour travailler dans de meilleures conditions.

Mme WEISSLEIB demande le type des 2900 tenues d'intervention acquises par l'EPRUS.

M. THEVENIAUD répond qu'il s'agit de tenues 3B Tychem. Nous avons par ailleurs constitué un stock national de 10 000 tenues complètes disponibles. A la demande de certains centres hospitaliers, il va faire l'objet d'un prochain déstockage partiel.

Mme DESCHOUVERT répond que cela est nécessaire car cinquante tenues/ESRH, ce n'est pas suffisant.

Mme PELLETIER souligne que c'est le nombre de tenues utilisée par le CHU de Nancy en une journée pour un patient qui, heureusement, s'est révélé négatif.

M. VIVIEN estime que le renouvellement doit se faire en priorité pour les établissements qui les utilisent.

Mme PELLETIER rappelle en effet que le marché EPI est asséché et que nous connaissons actuellement une pénurie complète de ce type de tenues. L'EPRUS a mené un travail important pour disposer de ce stock national de sécurité. Les deux fabricants principaux, Kimberley et surtout Dupont qui approvisionnent les ONG en Afrique de l'Ouest depuis un certain temps, ont beaucoup de mal à répondre à nos demandes. C'est un travail de tous les jours et très compliqué. Nous préconisons donc de les utiliser à bon escient.

Diffusion du diaporama « PROCEDURE HABILLAGE et DESHABILLAGE en binôme » (mis en ligne sur le site de l'EPRUS le 22 décembre 2014)

http://www.eprus.fr/sites/www.eprus.fr/files/Diaporama_EPI_Ebola_HD_Binome_EPRUS_01122014.pdf et http://www.eprus.fr/sites/www.eprus.fr/files/Diaporama_EPI_Ebola_D_Seul_01122014.pdf

Mme DESCHOUVERT (*la présentation qui suit s'appuie sur les diaporamas ci-dessus*)

Nous avons choisi de faire deux procédures : une procédure habillage qui doit être faite à 2 (c'est vraiment très difficile de la faire seul et d'assurer le contrôle en fin de procédure pour un professionnel non aguerri à cette technique) et une procédure déshabillage avec 2 versions : un professionnel qui s'habillera pour les déshabiller et qui lui sera plus aguerri et qui lui-même se déshabillera avec un superviseur.

Le port de la tenue est très contraignant et certains éprouvent des difficultés dès un délai d'une demi-heure. En moyenne, les équipes peuvent rester habillées environ 2 heures mais sont épuisées à l'issue. Il faut donc s'attendre à un turn-over important et que l'équipe sortante soit vraiment fatiguée. Même s'il rentabilise les soins avec une stratégie raisonnée, le nombre de personnels à former n'en reste pas moins conséquent et la formation pyramidale est pour nous indispensable. Les services doivent faire intervenir des personnels aguerri et des personnels référents sont indispensables.

Nous avons déterminé quelques points préliminaires à l'habillage :

- L'habillage doit se faire le plus au calme possible, sans précipitation, dans un lieu dédié
- Il doit idéalement être fait en binôme ou avec une supervision ; l'emploi d'un miroir est un plus
- Les personnels doivent retirer tous les bijoux, y compris les boucles d'oreilles, ce n'est hélas pas toujours le cas.
- Les cheveux longs doivent être attachés au niveau de la nuque.
- Le choix de la tenue sous la combinaison nous paraît important. Sur un exercice que nous avons fait l'équipe avait souhaité mettre des pyjamas à usage unique mais c'est à proscrire totalement, cela a été très désagréable. Nous sommes alors partis sur l'idée d'un T-shirt en coton qui absorbe bien la sueur.
- Les chaussures doivent tenir correctement au pied. Dans certains établissements, les chaussures sont jetées au déshabillage.

Mme BOUTOT indique sur tout dépend de ce que l'on met par-dessus soit on a que des bottes ou des chaussures fermées pour le lieu de soin et dans ce cas je comprends qu'il faille les jeter.

Mme DESCHOUVERT indique que le CHU de Rouen préconise des baskets simples plutôt que du sabot ouvert. Par ailleurs :

- Penser à prendre ses précautions avant de commencer à s'équiper
- Une hydratation ainsi qu'une prise alimentaire sont préalablement nécessaires

Nous avons rassemblé ce qu'il nous paraissait important de mettre avant de s'équiper, à savoir :

- le masque FFP2 ou FFP3 en fonction des normes et du soin que nous allons prodiguer. Le FFP2 a été préconisé pour Ebola.
- la cagoule
- La première paire de gant nitrile
- La combinaison avec capuche intégrée en 3B
- Les sur-bottes
- Les lunettes-masque
- Une deuxième paire de gants nitrile manchette 400 mm
- Des sur-chaussures. Cela est propre à notre approche par rapport à notre environnement dans la chambre du patient pour pouvoir s'approcher du lit malgré la charge virale maximale.
- Une solution hydro-alcoolique. Il nous semble indispensable de les préciser car elles sont rapidement oubliées.

Mme BOUTOT rajoute qu'il ne faut pas oublier le nécessaire pour panser les blessures de la vie quotidienne (type Opsite, Steri-Strip...), ou alors on exclut le personnel porteur des soins. Ainsi, soit on occlut ou bien on exclut le personnel.

M. VIVIEN précise que le Haut conseil de santé publique distingue la qualité de peau saine sur les avant-bras, torse, autres parties du corps de celle des mains qui présente toujours de petites excoriations qui sont des lieux de pénétration. Ce n'est pas la même qualité de peau saine entre des grandes surfaces plates et la surface anguleuse des mains ; les mains ne sont pas de la peau saine parfaite mais avec une personne qui s'est blessé, on doit prendre des précautions supplémentaires.

Mme DESCHOUVERT pose la question de la nécessité de prévoir une consultation car les soignants s'interrogent.

M. VIVIEN précise avoir entendu qu'il n'y avait pas droit de retrait à partir du moment où les établissements mettaient à disposition des tenues de protection adéquates.

Mme LEPORT acquiesce mais précise que cela va au-delà de la tenue de protection et que les conditions à remplir sont plus larges. Cela avait été rappelé dans les documents législatifs. Les médecins du travail sont assez réactifs et présents sur toutes ces questions ; ce sont eux qui peuvent demander par exemple l'avis dermatologue avant de se prononcer.

Mme DESCHOUVERT indique avoir porté une attention particulière au port du masque FFP 2 qui sont pas forcément bien positionnés car mis rapidement. Il existe différentes formes de masques (coques, semi-rigides, souples...) et toutes ne conviennent pas à tous les professionnels en fonction de la forme du visage. Un travail important en formation doit être fait sur le bon positionnement du masque en fonction de son type : élastique sous les oreilles et un autre au-dessus de la tête ; élastiques croisés... Il est indispensable de bien lire la notice. Il est nécessaire de bien vérifier l'absence de fuites par la réalisation du test ventouse.

La procédure d'habillage prévoit de mettre la cagoule par-dessus le masque (si elle est mise en dessous, les élastiques du masque glissent et les professionnels n'auraient plus le visage protégé lors du déshabillage). La cagoule est, d'une part, mise sous la combinaison car elle n'est pas étanche aux liquides et, d'autre part, elle doit être un outil d'aide au déshabillage, de protection des cheveux lorsque l'on enlève la capuche et que l'on dégage les épaules de la combinaison.

Mme BOUTOT indique, elle, former les réservistes sanitaires à mettre la capuche au-dessus sans utiliser la capuche Tychem, conformément à ce que font les ONG sur place.

Mme PELLETIER pense qu'il faut distinguer, en raison des finalités différentes, les 2 types de formations : la formation pour les personnels qui partent en Afrique de l'Ouest dans les centres de traitement Ebola, et la formation des professionnels de santé sur le territoire national.

Mme DESCHOUVERT poursuit la description de la procédure d'habillage. Elle indique qu'ensuite il est proposé de mettre la première paire de gants qu'on ne quittera jamais sauf s'il y a effractions sur le gant, mais elle doit en principe être portée jusqu'au déshabillage. Concernant la combinaison, il est ici préconisé de retirer les chaussures de travail pour ne pas endommager les élastiques du bas de la combinaison, de les remettre ensuite et d'enfiler les manches. En fonction de la taille de la combinaison, on aura un ou deux passe doigts... Ensuite vient la cagoule qui doit être mise correctement sur les épaules, ce qui est plus facile lorsque nous avons la chance d'être plusieurs. On met la capuche et on remonte le zip jusqu'en haut. Ensuite, il faut coller les adhésifs : on décolle le côté le plus fin du rabat et on décolle l'adhésif de manière à bien recouvrir le zip et on fait la même chose de l'autre côté. Il faut être vigilant sur l'étanchéité car on a des plis qui peuvent se former si la combinaison n'est pas bien tendue. Les sur-bottes passent sous la combinaison puisqu'il y a risque de ruissellement. Les liens des sur bottes ne présentant pas d'intérêt, il est préconisé de les couper plutôt que de les nouer, ce qui pourrait être gênant au moment du déshabillage.

Concernant les lunettes-masque, on préconise plutôt par-dessus la combinaison car cela procure une couverture plus importante au niveau du visage ; l'étanchéité est par ailleurs plus simple à réaliser de la

sorte. Là encore, une aide peut permettre de s'assurer que les pommettes soient bien recouvertes.

Mme BOUTOT indique que les lunettes présentent des volets qui doivent être rabattus et étalés. Elle indique qu'il apparaît un pli sous le nez sur la photo, ce qui est une faille... avec le risque qu'au premier mouvement, les lunettes sautent.

M. VIVIEN indique avoir vu lors d'une formation réalisée sous avec les lunettes sous la combinaison et cela laissait les pommettes dégagées. La solution que vous présentez me paraît préférable.

Mme BOUTOT indique par ailleurs que l'élastique des lunettes doit également être bien mis à l'horizontal sur la partie la plus forte du tour de tête pour bien tenir. L'opérateur doit régler la taille de ses lunettes avant. Lorsqu'il arrive dans la zone d'habillage, la première chose qu'il doit faire est de choisir son matériel en fonction de sa taille.

Mme DESCHOUVERT propose de faire une diapositive supplémentaire de préparation du matériel. Au CHU de Rouen, elle indique mettre les sur-chaussures à proximité du patient car il existe une zone intermédiaire, avant d'entrée dans la zone de déshabillage qui permet de les enlever. De cette façon, en cas de matériel tombé, cela évite d'avoir les sur-bottes totalement souillées pour aller en zone de déshabillage. D'autre part, il semble nécessaire d'avoir un miroir pour pouvoir se visualiser et se rassurer de la protection finale avant d'entrer dans la chambre. Même lorsque nous nous faisons aider nous n'avons tout le champ visuel et nous pouvons ne pas nous apercevoir d'un détail mal réglé.

Mme BOUTOT estime que c'est le rôle du superviseur en fin de chaîne. Le superviseur doit s'assurer à chaque étape de l'habillage que la personne se sente bien.

Mme DESCHOUVERT acquiesce mais indique que les équipes ne sont pas rassurées car c'est loin de leur quotidien. Elle indique que la configuration en binôme est indispensable dans notre schéma de prise en charge, aussi bien en réanimation qu'en service de maladie infectieuse.

Mme DESCHOUVERT poursuit son exposé sur le déshabillage qui nécessite une technique rigoureuse et où plusieurs points semblent importants :

- Il doit se faire le plus au calme possible, sans précipitation. Il demande une technique rigoureuse
- Il doit idéalement être fait en binôme et avec une supervision dans la mesure du possible
- L'emploi d'un miroir est un plus indéniable
- Il doit se faire dans un espace suffisamment vaste
- La limite zone sale / zone propre doit être clairement identifiée avec marquage au sol. C'est le trait blanc que vous avez vu au sol sur la précédente diapositive.
- Il faut prévoir un tabouret pivotant, et non à roulettes, pour aider au déshabillage qui sera placé en limite de zone
- Tous les déchets seront éliminés à la fin du déshabillage dans un sac DASRI ou écobox ou fût selon le protocole en vigueur. Nous n'avons aujourd'hui plus d'écobox au CHU de Rouen.

Mme BOUTOT précise qu'en effet, la procédure a changé : il peut y avoir des fuites à l'écobox.

Mme DESCHOUVERT répond que son établissement mettait l'écobox dans le fût. Le déshabillage commence par les sur-chaussures qui sont enlevées avant de sortir de la chambre du patient, avant de passer dans le sas. Nous changeons également à ce moment-là de gant supérieur puisque nous avons touchés pour enlever les sur-chaussures (cf diapositive sur les gants). En effet, à l'expérience, il s'avère que tirer les gants par les doigts pouvait être très délicat en fonction de la sueur ; lorsque l'on transpire beaucoup les deux paires de gants se retrouvent collées. Nous avons également réfléchi à comment enlever les gants sans souiller la main propre.

Mme PELLETIER indique que ce point avait déjà été noté à Bégin où ils avaient mis au point une technique par pincement particulière.

Mme DESCHOUVERT préconise de recourir à un repli pour accéder à une partie propre qui sera manipulée avec la main propre. Elle espère que les professionnels seront vigilants sur ce point vu qu'il est préconisé de changer de gant assez souvent.

Mme BOUTOT demande si a été banni le lavage des mains avec l'eau de javel à chaque étape ?

Mme DESCHOUVERT indique que la médecine du travail du CHU de Rouen avait banni les solutions hydro-alcooliques et que la solution eau de javel est en cours d'étude.

Mme LEPORT répond que c'est quand très largement utilisé sur le terrain et que l'avis du conseil de santé publique, pas encore publié, réinstalle abondamment l'eau de javel.

Mme DESCHOUVERT poursuit son exposé en indiquant que, comme la paire de gants a été enlevée, il faut en revêtir une nouvelle seconde paire pour poursuivre le déshabillage. Ensuite, s'est posée si nous devons ôter les lunettes-masques soi-même ou faire couper l'élastique par derrière avec maintien de la lunette masque. Nous préconisons de le faire seul mais qu'il faut bien tirer les lunettes vers l'avant avec les bras tendus pour baisser sa tête et passer en-dessous. Cela nous semblait pour l'instant correct et je n'ai pas vu de procédure particulière où les lunettes étaient coupées.

Mme BOUTOT indique que les yeux de la personne sont ouverts sur le diaporama mais il faut fermer les yeux, par ailleurs il ne faut pas non plus passer les lunettes par-dessus sa tête. Il faut tirer par devant en se penchant et l'élastique lâche.

Mme DESCHOUVERT continue le déshabillage en indiquant qu'il faut décoller les rabats de la combinaison un à un. Elle indique qu'il faut immédiatement recoller sur lui-même le rabat que l'on décolle car il peut se recoller sur l'autre pan de la combinaison durant le déshabillage. Il faut baisser le zip jusqu'en bas pour pouvoir dégager les épaules correctement. Ensuite, il faut soulever la capuche par derrière et tirer la combinaison en arrière en écartant les pans ; cela permet de descendre la combinaison jusqu'aux avant-bras et c'est celui qui se fait déshabiller qui tourne, et non la personne qui le déshabille. En effet ce dernier ne doit pas bouger pour rester en zone sale et ne doit pas entrer dans la zone propre. Enfin, il faut faire glisser la manche le long du bras face extérieur propre, celui qui déshabille ne touchera pas qu'à la couleur jaune et bleu puisqu'il décolle les gants et accompagne la manche avec le gant. On fait la même chose avec le 2^{ème} bras.

M. VIVIEN demande si la procédure prévoit qu'on roule la combinaison sur elle-même au niveau des manches.

Mme DESCHOUVERT répond qu'on tire la manche et le gant plutôt que de peler mais qu'elle veut bien connaître cette technique.

Mme BOUTOT précise que le début de sa technique est différent comme elle ne met pas la capuche. Elle reprend à capuche sur les épaules et ensuite à partir de là, deux techniques possibles ont été validées :
- en configuration déshabillage seul, on attrape la combinaison au niveau des fesses et on tire en tirant les épaules en arrière. En tirant d'un coup sec en prenant bien bas, cela descend tout seul.
- l'autre technique consiste à prendre l'intérieur de la combinaison.

Mme DESCHOUVERT voit une ressemblance avec sa procédure de déshabillage seul au deuxième gant car le premier gant est sale.

Mme BOUTOT précise que normalement ce gant n'est pas sale puisque c'est la sous-couche. Dans la procédure de Rouen, on remet un gant tandis que pour sa technique, cela se fait uniquement en cas

d'accident de déshabillage. Elle indique que les étapes conditionnent l'étape suivante.

Mme DESCHOUVERT indique que l'infectiologue du CHU de Rouen avait peur, si on laissait comme cela était prévu au départ une seule paire de gant, d'un risque de contamination car le gant pouvait être percé.

Mme BOUTOT réprecise qu'elle porte une double paire de gants mais qu'on retire la première à la première étape du déshabillage et que par ailleurs, à chaque étape, nous passons les mains à l'eau de javel.

Mme DESCHOUVERT poursuit en descendant le long des jambes dans la combinaison jusqu'aux genoux pour pouvoir s'asseoir sur un tabouret ; ainsi quand on libère la sur-botte et la jambe de la combinaison : la chaussure sort de la combinaison et peut ainsi passer en zone propre. Le fait d'être assis permet d'éviter le déséquilibre du à la fatigue au stress.

Ensuite, on retire la cagoule en fermant les yeux, en la soulevant par l'arrière pour la retirer par devant. Enfin, on enlève le masque en tirant par devant et en passant la tête baissée par en-dessous ; d'autres l'enlève par les élastiques. Cela dépend aussi si nous sommes porteurs de lunettes ou pas. On enlève ensuite la fameuse paire de gants. On jette ensuite les déchets et on propose aux soignants de se laver les mains avec une solution hydro-alcoolique.

Enfin nous rappelons que tout ce travail se fait à deux jusqu'au bout. Nous avons la chance de pouvoir fonctionner comme cela. En service de réanimation comme de maladie infectieuse, il est prévu que les binômes soient constitués d'un senior et d'une infirmière.

Mme DESCHOUVERT termine en parlant du binôme comme du « meilleur ami » mais « ange gardien » utilisé par Bégin est un très joli terme.

Fin du diaporama.

M. VIVIEN félicite Mme Deschouvert pour ce très beau travail. Toutes les procédures ne sont pas pareilles, par exemple à Necker, il roule les manches sur elles-mêmes pour enfermer le contaminant. En tirant d'un coup sec, ne risque-t-on pas de projeter des éclaboussures ?

Mme BOUTOT indique qu'il faut se souvenir qu'on ne tourne jamais le dos au patient. La partie contaminée est donc devant.

Mme DESCHOUVERT (*la présentation qui suite s'appuie sur le diaporama Déshabillage seul*) reprend son exposé avec la procédure de déshabillage seul, on garde les mêmes préconisations que pour le déshabillage en binôme mais qui se fait toujours en présence d'un superviseur et d'un miroir. Le matériel reste le même et nous l'avons déclinée sur dix étapes.

Nous commençons toujours par retirer les sur-chaussures et les gants, puis on ôte les lunettes devant le miroir. On décolle devant le miroir, les adhésifs, on descend la fermeture éclair jusqu'en bas, en étant vigilant de ne pas toucher l'intérieur de la combinaison. On dégage ses épaules et on enlève la capuche en faisant un mouvement d'épaules ; il est donc important ici de bien connaître sa taille de combinaison et de ne pas en avoir choisi une trop petite. La technique que l'on applique est donc d'accompagner le gant et la manche ; cela permet de libérer une main propre pour ensuite tout passer par l'intérieur.

Mme BOUTOT estime que le seul problème est le jeu de l'avant et de l'arrière. On passe avec cette technique une main qui est le plus souvent devant, donc d'une zone potentiellement contaminée vers une zone propre qui est derrière. Vous ne vous retrouvez plus vraiment en sécurité mais cela dépend aussi du nombre de couches de gant.

Mme DESCHOUVERT confirme qu'elle est en gants propres.

Mme DESCHOUVERT poursuit en indiquant passer par l'intérieur pour enlever la deuxième manche et on

fait glisser la combinaison jusqu'au genou, nous nous asseyons et dégageons la 1ère jambe pour passer en zone propre. Ensuite, on rassemble les déchets et on propose que ce soit la nouvelle équipe qui entrera derrière qui ramassera la dernière combinaison jetée, la personne déshabillée n'ayant plus que des gants pour dégager le champ et tout mettre dans le fût. Le déshabillage se termine par la cagoule et les étapes vues dans la procédure à deux.

Mme BOUTOT met en garde sur la multiplication des intervenants puisque c'est aussi multiplier les risques de contamination. Elle part du principe que chaque personnel s'occupe de ses détritrus.

Mme PELLETIER demande s'il y a d'autres remarques et précise que le tournage du film est normalement prévu le 27/11.

Mme LOCATELLI-JOUANS revient sur les frictions à chaque étape dans la technique de Mme Boutot, contrairement à la technique rouennaise. Elle demande si une recommandation nationale ne pourrait pas être proposée.

Mme BOUTOT indique en effet soit tremper les mains dans l'eau de javel ou bien utiliser un pulvérisateur manipulé par une personne extérieure.

Mme DESCHOUVERT indique cette technique a été banni à Rouen, pour cause de suspension de particules et des incidents respiratoires liés à l'eau de javel, et ceci bien qu'on porte un masque. Elle ajoute avoir rencontré la difficulté dans le cadre du prélèvement sanguin où il faut faire tremper le tube comme cela était préconisé. En réalité, le tube ne trempe pas mais il flotte. Les pulvérisateurs demandés pour nettoyer ce tube ne nous ont pas été accordés.

Mme BOUTOT réprecise qu'il existe deux solutions : le pulvérisateur ou la bombonne au robinet. Elle ajoute avoir rencontré à la FICR de Genève le personnel de la Croix-Rouge et avoir échangé sur les pratiques. La Croix rouge a été intéressée par les cagoules à air pulsé qui sont maintenant validées par les CDC et de son côté avoir été intéressés par les cagoules Tychem. Finalement, elle indique s'être laissée convaincre par leur expérience non négligeable. Ils ont certes connu des soignants contaminés mais, sur les statistiques, il s'agit de soignants locaux et nous ignorons d'ailleurs s'ils ont été contaminés en CTE ou dans leur foyer.

M. VIVIEN revient sur le recours à la javel nécessitant de toute façon forcément un tiers pour soit pulvériser, soit pour le robinet. Dans la procédure de déshabillage à deux, le porteur de gants est contaminé et ne peut pas toucher, puisque contaminé, le robinet d'eau de javel.

Mme BOUTOT répond que pas forcément car nous rinçons les robinets. En avion, l'aérosolisation de javel est interdite et les militaires utilisent des lingettes.

Mme BOUTOT mentionne qu'il existe des lingettes pré-imbibées d'eau de javel permettant ainsi d'en retirer une sans contaminer le stock.

Mme PELLETIER demande si les membres de la commission ont d'autres commentaires, en plus des quelques demandes de modifications déjà signalées. Elle ajoute que le DUS attend d'abord une validation de la part de cette commission, ou du moins nos recommandations avant de donner son feu vert pour sa diffusion.

Mme BOUTOT indique que selon les dires de Mme Leport, il existerait déjà une autre procédure plus officielle.

M. THEVENIAUD répond avoir pris connaissance du document de l'INRS qui est une comparaison des procédures des établissements de santé. C'est une comparaison des équipements et procédures de 6 ou 7 ESRH mais sans avis ni procédure nationale définie ; le diaporama proposé ici est extrêmement attendu par

le DUS.

M. VIVIEN ajoute avoir un collègue qui a visionné plusieurs diaporamas et vidéos et constaté qu'aucun n'était encore parfait. A visée pédagogique, il est intéressant de localiser les points d'erreur et de les indiquer par des flèches rouges... Les erreurs permettent de progresser.

Interruption de séance.

III - Propositions de recommandations par les rapporteurs dans le cadre de l'actualisation du PSM 1

Mme PELLETIER propose de commencer avec les lots pédiatriques.

Mme CHAPPUY commence en indiquant que deux questions lui avaient été posées. La première concernait le matériel pédiatrique dans le PSM1 ; je vous ai transmis la liste avec les différentes molécules et les différents conditionnements pour que cela soit le plus pratique possible et le plus adapté aux enfants. Cela incluait quelques ajouts :

- le paracétamol injectable
- la ceftriaxone en 500mg, qui est l'antibiotique que l'on utilise beaucoup en pédiatrie.
- Des concentrations d'adénosine, 6mg/ml
- L'adrénaline
- L'atropine
- Le furosémide, dont le conditionnement est un petit peu différent de ce qui avait été proposé dans la liste initiale.
- Les solutés de remplissage avec les poches de NaCl 0,9% 250 ml

Pour le système nerveux central, et cela revient au 2ème point demandé qui était le maintien du diazépam. Par rapport au clonazépam, sans voie d'abord chez l'enfant, le diazépam peut être administré par voie intrarectale. Un autre antiépileptique est utilisé en pédiatrie est le midazolam, en intra-buccal, mais il est plus cher. Il est quand même utilisé en intra-buccal pour les enfants, à différents dosages.

Nous voudrions supprimer le Diazépam mais il est très utile et les praticiens ont l'habitude de le manipuler, par rapport au midazolam.

M. VIVIEN précise que le midazolam n'a pas d'AMM en sublingual en France comme prémédication d'anesthésie. Le midazolam est le DORMICUM® dans d'autres pays, qui lui est utilisé per os. En France nous n'en avons pas le droit. Peut-on faire des recommandations pour un produit hors AMM en situation de catastrophe ?

Mme PELLETIER indique que s'il n'a pas d'AMM, nous ne pouvons pas faire ce type de recommandation.

Mme BOUTOT ajoute qu'il existe sur le marché BUCCOLAM® intra-buccal et que l'on voit apparaître dans de nombreux protocoles des crèches.

Mme CHAPPUY confirme que BUCCOLAM est répandu désormais dans les protocoles. Toutefois, elle ajoute qu'il y a toutefois eu quelques accidents hospitaliers avec ce dernier (arrêts respiratoires dont nous n'avons pas encore élucidé le lien de cause à effet). Spontanément elle propose davantage le Diazépam intra rectal.

M. MARGENET rajoute que c'est une valeur sûre et pas chère.

Mme LOCATELLI-JOUANS indique que le midazolam est dans la liste PSM1.

M. PASSEMARD répond que oui mais c'est une forme injectable. Il souhaite savoir s'il s'agit de nouveaux médicaments pour le PSM 1 ou bien du lot complémentaire pour une nouvelle malle ?

Mme CHAPPUY lui répond qu'il y avait deux questions : le matériel a ajouté au PSM1 et les lots pédiatriques.

M. PASSEMARD se rappelle que la commission avait parlé de positionner ces lots, comme pour les lots brûlés ou des lots spécifiques plus pointus, sur des sites type PSM2.

Mme LOCATELLI-JOUANS confirme que le CR du 21 mai 2014 préconise de compléter le PSM1 avec la pédiatrie et d'établir des lots pédiatrie mais projetables. Ce qui vient d'être proposé par Mme Chappuy correspond au complément pédiatrique du PSM 1, dont il reste à donner les quantités.

Mme PELLETIER estime que la discussion sur les quantités doit se faire ultérieurement, après avoir évoqué l'évolution de la conception des PSM2.

Mme CHAPPUY indique avoir limité sa proposition au strict minimum pour le PSM 1 et continue ses préconisations :

- pour les voies digestives, ajout des tailles de sonde gastroduodéнал : 6, 8 et 14,
- pour les équipements de perfusion dont deux tailles d'aiguilles pour les perfusions intra-osseuses,
- pour l'équipement d'intubation pour les voies respiratoires avec les tailles adaptées : lame numéro 2 et une sonde sans ballonnet pour les tout-petits (2 ½). Pour les plus grands, je préconise la taille de 3 ½ avec ballonnet.

M. PASSEMARD indique le PSM 1 est déjà saturé ... Il faut donc une malle à part à côté du PSM1.

M. VIVIEN estime qu'on a 2 possibilités : soit tout le matériel pédiatrique est mis à part ou bien il faut pour chaque catégorie de matériel la version pédiatrique juxtaposée..

Mme CHAPPUY répond que cela dépend des utilisateurs. Je pense qu'il serait plus simple d'avoir une seule malle pour les déplacements.

M. MARGENET estime que tout dépend de la doctrine des PSM1 et PSM2. En termes de doctrine, nous sommes sûrs que les PSM1, qui se trouvent dans les SMUR, peuvent être transportés dans la remorque et donc qu'on le peut projeter. En ajoutant une nouvelle malle, cela risque de ne plus rentrer dans les anciennes remorques.

Si les PSM1 servent de lot catastrophe pour les SMUR qui en ont et qu'ils peuvent les utiliser pour des catastrophes modérées (4 à 5 victimes), il faut savoir que les SMUR disposent déjà d'un lot pédiatrique. Dans le cas où on peut encore mettre des choses dans les onze malles du PSM1, il propose de le faire mais le lot pédiatrique doit, en principe, suivre.

Pour le PSM2 nous pouvons imaginer quelque chose comme un renfort pédiatrique zonal associé à un PSM 2. Nous pourrions ainsi prévoir une répartition homogène sur la France de lots pédiatriques.

En tous les cas, rajouter une malle en PSM1 paraît compliqué.

M. VIVIEN rajoute qu'il est difficile de faire des prévisions si nous utilisons des lots PSM1 au quotidien en cas de catastrophe : soit on peut connaître l'accident autoroutier avec une famille et trois enfants sur vingt-cinq victimes, soit avoir un accident de car scolaire avec quasiment que des enfants du même âge.

M. MARGENET propose donc de passer au point suivant car les sujets sont imbriqués.

IV. Evolution de la conception du PSM2

M. MARGENET indique que la réflexion actuelle, est de considérer que la doctrine repose sur des lots avec des médicaments qui font l'objet de rotation, qui sont localisés à l'hôpital et dont la composition qualitative et quantitative sont identiques dans toute la France. De cette façon, par exemple si les personnes qui interviendraient sur un tremblement de terre à Nice avec les PSM 2 de Besançon, Toulouse, Bordeaux

étaient du personnel des SAMU du Nord ils connaîtront très bien la répartition et le contenu des malles. Concernant la répartition, nous étudierons la carte du pays et les bassins de vie par zone de risque... Nous nous assurerons par ailleurs que les PSM2 puissent être transportés partout et donc que l'hôpital dispose soit en propre soit d'une convention avec des transporteurs pour le projeter.

Le deuxième principe concerne la facilité d'emploi, sans rentrer dans la définition des médicaments et la répartition dans les malles avec éventuellement des kits. En tout état de cause, l'organisation interne du PSM 2 devra être la même partout, mais avec probablement plus de souplesse sur la quantité de médicaments en fonction des marchés. L'idée importante est que cela rentre dans les malles, bien que chaque hôpital dispose de son propre marché.

Il découle de cette organisation que les PSM 1 sont indispensables en France ; ils sont identiques aux lots polyvalents des PSM 2. Une répartition des PSM 1 est encore à faire en fonction des risques de chaque zone (autoroute, usine ...). Pour rappel, le PSM2 a un double but : celui de lot catastrophe en cas d'accident sur le terrain mais également de renfort hospitalier. Il faudrait éviter de repartir sur des discussions sur le contenu précis des malles, sur le nombre d'ampoules de Valium par exemple... Elles seront l'objet d'un comité de pharmaciens et de cliniciens qui nous feront des propositions. Nous entérinerons si nous serons d'accord.

Mme LOCATELLI-JOUANS souhaite que l'on tienne compte du nombre de personnes à prendre en charge.

M. MARGERET répond qu'une nouvelle doctrine va être écrite et de cela on déduira le nombre de PSM en France. Parallèlement, une enquête sera menée par l'EPRUS à destination des actuels détenteurs de PSM2 afin de connaître leur moyen de les mobiliser : en cas d'alerte, comment l'hôpital fait-il pour projeter les 2x56 malles de lots principaux et les 4x11 malles de lots polyvalents... Il est probable que des hôpitaux nous transmettent leur convention ; nous regarderons si cela est opérationnel car il n'y aurait rien de pire que d'avoir des PSM, même bien entretenus, qui ne peuvent pas bouger.

Nous allons également étudier les bassins de vie, la taille spécifique de l'hôpital détenteur de PSM2, le souhait de l'hôpital... Nous avons été par exemple très surpris de découvrir qu'en zone Ouest, nous avons des PSM2 à Brest, Rouen, Nantes, Le Havre... mais aucun au centre de la région ; cela paraît un peu choquant en termes de répartition de la population.

Ainsi, des propositions seront donc faites à la fois en terme d'organisation et de contenu via un sous-groupe de travail que l'EPRUS va mettre en place. Il faudra des pharmaciens de terrain pour ne pas que le moindre changement de répartition dans les malles n'entraîne pas de trop grosses modifications.

Par ailleurs, il avait été introduit de l'électronique dans le PSM1, or il n'y a rien de pire que de laisser de l'électronique et du matériel biomédical dans des malles qui ne servent jamais car cela arrive à obsolescence avant qu'on ne s'en soit servi. Une réflexion va être engagée afin, sous réserve de financements, de doter les SMUR détenteurs de PSM1 de matériel sous forme de dons de l'Etat par le biais de l'EPRUS, charge au SMUR d'assurer la pérennisation de l'électrification du PSM1 (par ex., nous pouvons leur donner deux respirateurs et deux multiparamétriques en plus ce qui leur permettra de couvrir la sortie du PSM1). Il faut également travailler à l'arrangement financier à trouver avec l'EPRUS si ce PSM1 est engagé au titre d'une catastrophe pour savoir qui finance les médicaments renouvelés (convention à faire). L'économie peut être importante car chaque SMUR est détenteur de lots catastrophe qui leur sont propres et qu'ils sont libres d'utiliser, l'idée ici c'est de dire que le PSM 1 est votre lot catastrophe donc il est inutile d'accumuler du matériel, des médicaments... Il est probable que le groupe ne propose pas d'augmenter le nombre de PSM2 à terme, mais plutôt de mieux les répartir et nous assurer qu'ils soient opérationnels, en lien avec les pharmaciens locaux, et qu'ils soient projetables.

Mme PELLETIER remercie M MARGENET pour son exposé et sa participation au groupe de travail. Elle ajoute que le sous-groupe va revoir la doctrine : comment et quand doivent-ils être utilisés, répartition des PSM 2 ... A l'issue, nous organiserons ensuite des réunions d'experts pour savoir ce que l'on met à l'intérieur

au regard des risques qui ont évolué... Enfin, nous allons lancer l'enquête à l'EPRUS sur la problématique de mobilité.

Mme LOCATELLI-JOUANS souhaite reparler, outre des PSM1 et PSM2, du lot spécifique attribué aux DOM. Bien que la composition, étudiée de façon à faire face aux risques séismes ou tsunamis, ait été faite suite à Haïti avec des groupes de travail locaux, elle estime qu'il se serait l'occasion de l'intégrer à la doctrine PSM de France et donc de prendre en compte PSM1, PSM2 et PSM DOM.

M. MARGENET répond que cette composition particulière sera prise en compte dans la doctrine.

M. PASSEMARD souhaite revenir sur le matériel électrique, nous avons acté la dernière fois sur les pousse-seringues électriques que le matériel pouvait tourner parmi les équipements courants. C'était une modification du PSM1 permettant de faciliter la mise à jour et de passage par des techniciens du BioMed pour les contrôles.... L'amortissement des investissements se fait également facilement comme cela.

Mme PELLETIER rappelle que ce matériel doit être prêt à tout moment pour partir en intervention, il doit donc par exemple rester en charge pour être utilisé.

M. MARGENET rappelle que toute la dotation en matériel biomédical des vingt et un PSM a été jetée (quatre seringues électriques, un ou deux respirateurs et un ou deux multi paramétriques arrivés à obsolescence)... Ils étaient restés dans des caisses et n'étaient plus utilisables.

M. VIVIEN ajoute un nouveau point : la conservation des médicaments dans une remorque à l'extérieur où ils sont exposés au grand froid en hiver et à des températures de 35-40° en été... or certains médicaments ne supportent pas ces écarts de température.

M. PASSEMARD répond que ces médicaments doivent être stockés dans un local permettant une bonne conservation des médicaments : c'est justement pour le respect de ces principes de base que les PSM sont sous responsabilité conjointe du directeur du SAMU et du pharmacien chef de service de l'établissement. Un autre problème se pose sur la traçabilité et la reprise possible de ces médicaments une fois sortis.

M. VIVIEN est d'accord et préconise dans ce cas un stockage opérationnel spécifique aux médicaments pour ne pas les laisser dehors.

Mme PELLETIER demande ensuite à M THEVENIAUD de faire un point d'information sur l'avancée du projet de futur système d'information de gestion des stocks tactiques.

M. THEVENIAUD indique quand dans le cadre de convention avec les ARS de zone, il était prévu que l'EPRUS propose un outil d'information partagé qui permette à tous les établissements de santé sièges de SAMU et disposant de moyens tactiques de gérer leurs équipement selon le même référentiel et dans le même logiciel. Il indique que le marché a été lancé au mois d'avril par l'EPRUS et que l'EPRUS finance ce projet. Le marché a été notifié à un prestataire, Computer Engineering, qui propose une application s'apparentant au logiciel Pharma.

L'enjeu est de disposer d'un outil permettant la gestion des moyens du PSM et de tous les moyens tactiques positionnés dans les établissements de santé. le logiciel sera partagé de façon pyramidale – donc toutes les informations ne seront pas intégralement partagées – avec l'ESR, l'ARS de zone, l'EPRUS et le Ministère ; ces derniers n'ayant besoin que de connaître l'opérationnalité de l'ensemble des moyens tactiques des établissements de santé. Un autre objectif était de repérer sur les années n+1, n+2, n+3 les produits qui arrivaient à péremption pour lancer des marchés via une centrale d'achat que nous n'avons pas encore. Même si nous n'allons pas jusque-là, le logiciel nous le permettra.

En terme de calendrier, la mise en place sur deux sites pilote est prévue au mois d'avril et, si tout se passe bien, la généralisation aura lieu au second semestre 2015.

M. PASSEMARD indique que c'est une excellente nouvelle car les établissements gèrent les stocks avec des fichiers Excel et pense que cet outil était très attendu...

M. MARGENET demande si cette application sera interfacée avec le logiciel de gestion à la pharmacie.

M. THEVENIAUD répond qu'à ce stade il ne peut le garantir mais que Pharma est un logiciel qui dispose déjà d'interfaces et qui est largement déployé dans les établissements de santé à ce jour.

M. THEVENIAUD rappelle que tout ce qui relève du PSM est acquis par les marchés de l'établissement sur lesquels l'EPRUS n'intervient pas. L'EPRUS peut acquérir quelques produits très spécifiques types tenues NRBC.

M. PASSEMARD confirme qu'il pourrait être économiquement intéressant de centraliser les achats de quelques articles sur des segments spécifiques qui ne sont pas d'usage courant aux établissements de santé.

Mme WEISSLEIB demande quels établissements seront sites pilotes.

M. THEVENIAUD répond que rien n'est décidé mais que l'un disposera déjà de Pharma, l'autre non et que ce sont des sites disposant d'un PSM 2.

M. VIVIEN s'interroge sur le devenir des périmés du PSM 2. Les produits sont-ils utilisés pour des exercices ?

M. PASSEMARD répond que les produits retournent dans le stock de l'hôpital avant péremption. Cela ne peut se faire que sous la responsabilité d'un pharmacien et qu'ils aient été conservés dans des conditions qui permettent de garantir leur remise en stock.

D'usage, les produits périmés sont éliminés. On peut effectivement également l'utiliser en exercice. La très grande majorité des produits sont recyclés, d'où la nécessité de gérer cela par le haut.

M. VIVIEN voit tout l'intérêt de ce logiciel pour la gestion du stock mais qu'il faudrait pouvoir dépasser le cadre de l'hôpital détenteur du PSM 2 pour éviter les périmés. Il indique avoir à Necker beaucoup de mal à recycler le matériel d'un PSM adulte sur un hôpital qui est essentiellement pédiatrique. La gestion du stock doit dépasser le cadre de l'hôpital et se placer dans un cadre plus large, par exemple l'AP-HP pour recycler le matériel. A l'inverse, un hôpital essentiellement adulte qui possède dans son PSM du matériel pédiatrique jamais utilisé doit le faire remonter à quelqu'un qui le redistribuera sur des services pédiatriques.

V – Questions diverses

M. MARGENET souhaite insister sur le travail de communication à mener auprès de ses collègues des CHU qui ont des PSM et qui pourraient être impactés par la nouvelle doctrine PSM. Une réflexion globale doit intégrer les personnes qui réfléchissent aux PSM depuis maintenant une vingtaine d'années.

M. VIVIEN rappelle que deux sur les vingt-deux PSM2 ont déjà été utilisés, à Furiani et pour les inondations de Nîmes.

M. PASSEMARD souhaite pondérer ces propos en indiquant que les PSM peuvent être mobilisés sans être utilisés. C'est le cas par exemple pour la mobilisation du PSM2 de Besançon pour le sommet de l'OTAN à Strasbourg ; il avait été mis en place mais n'avait pas servi.

Mme PELLETIER propose de demander dans l'enquête le nombre de fois où le PSM2 (ou PSM 1) a été mobilisé.

Mme DESCHOUVERT et Mme LOCATELLI-JOUAN mentionnent la mobilisation en pré positionnement de PSM 1 ou encore ½ PSM2 à l'occasion de grandes manifestations, même s'ils ne sont pas utilisés.

M. VIVIEN propose, en l'absence de nouvelles questions, de terminer la réunion.

M. THEVENIAUD termine en indiquant que le dernier compte rendu a été approuvé aujourd'hui et sera mis en ligne dans la semaine. Une information sur l'outil informatique sera faite aux ARS de zone, qui la redescendront auprès des établissements de santé siège de SAMU.

La séance est levée à 14h52.