



---

**Compte-rendu de la séance du 30 juin 2015**

**Approuvé le 30 septembre 2015**

---

**PARTICIPANTS**

**Membres de la Commission :**

Mme Françoise BOUTOT  
M Pierre CARLI  
Mme Hélène CHAPPUY  
M Didier CREMNITER  
Mme Magali DESCHOUVERT  
M Henri JULIEN  
Mme Catherine LEPORT  
M Alain MARGENET  
M Raphaël PASSEMARD  
M François PONS  
M Alain PUIDUIPIN  
M François RAINERI  
M Benoit VIVIEN

**Membres de la commission excusés :**

M Olivier BALLAND  
Mme Armelle Marie DARAGON  
M Marc GIROUD  
Mme Corinne LOCATELLI-JOUANS  
Mme Nadine WEISSLEIB

**Participants de l'EPRUS :**

M Gérald GAILLARD  
M. Bertrand LE ROUX  
M Lionel de MOISSY  
M Laurent THEVENIAUD

## **Ordre du jour réalisé**

I - Approbation du compte-rendu du 25 novembre 2014

II – Evolution de la doctrine PSM 2

- Restitution du questionnaire adressé aux détenteurs de PSM 2
- Discussion sur les principaux résultats
- Perspectives d'évolution PSM 2

III – Perspectives d'évolution

- a. Lots radiocommunication du PSM2

IV – Proposition d'un lot pédiatrique zonal

- a. Eléments de cadrage/proposition qualitative et quantitative du lot
- b. Calendrier

V – Perspectives d'évolution

- a. Utilisation des "soufflantes"

VI – Points d'information

- a. Outil informatisé de gestion des moyens tactiques
- b. Achats groupés d'équipements de protection individuelle

VII – Questions diverses

*Le quorum est atteint avec 13 membres.*

*La séance, présidée par M. le Dr PUIDUPIN, est ouverte à 10h10.*

**M. MEUNIER** procède à l'accueil des participants qu'il remercie pour leur disponibilité et leur assiduité. Il donne quelques informations sur les activités de l'EPRUS au cours des 12 derniers mois. Concernant la réserve sanitaire, l'EPRUS a été fortement sollicité dans le cadre de crises sanitaires majeures :

- Ebola : présence importante en Afrique de l'Ouest, notamment en Guinée (volet médical dans un centre de traitement, contrôles sanitaires à l'aéroport de Conakry, présence de conseillers auprès du gouvernement guinéen, appui à l'armée au centre de traitement de soignants de Conakry).
- Chikungunya : missions de conseil et d'appui aux établissements de santé aux Antilles.
- Séisme au Népal : présence très forte auprès de l'ambassadeur (prise en charge médicale des ressortissants français, médicalisation des avions au retour vers la France)
- Épisode de grippe particulièrement fort : renfort aux équipes locales de l'hôpital de Sens.

A côté de ces missions, l'EPRUS a prépositionné des moyens sanitaires à l'occasion de grandes manifestations, notamment celle du 11 janvier ou encore à l'occasion du technival de Cambrai (matériel médical et réservistes).

Concernant l'établissement pharmaceutique, l'EPRUS a construit un entrepôt dans l'Est de la France où sera stocké 70% des produits de santé stratégiques. L'EPRUS a réceptionné l'ouvrage qui est actuellement en cours de mise en service. A l'occasion de la crise Ebola, l'établissement pharmaceutique a acquis, dans un contexte d'approvisionnement particulièrement tendu, de grande quantité d'équipements de protection individuelle (EPI), dont une partie a été positionnée dans les établissements de santé sur le territoire national. Par ailleurs, l'EPRUS s'est investi dans l'appui à apporter aux établissements de santé dans leur préparation à la crise sanitaire majeure.

Il relève une évolution sur les dernières années de l'activité opérationnelle de l'établissement qui a été plus mobilisé en 2014 que les années précédentes :

- sur la nature des interventions : évolution du traumatisme vers de plus en plus l'infectieux (Chikungunya, Dengue, Ebola ...),
- sur le cadre géographique d'intervention : au début, des missions à l'international et principalement sur les Outre-Mer et un peu en métropole,
- sur le type d'opérations : l'EPRUS continue à faire du soin mais apporte un appui en terme de conseil auprès des ARS, de gouvernements étrangers, d'ambassadeurs,
- renfort en personnels en cas de besoins ponctuels dans un établissement de santé, même en l'absence de situations sanitaires exceptionnelles (ex : service de gynécologie à Mayotte en 2014).

**M. MEUNIER** aborde le projet de fusion des trois agences d'État : l'InVS, INPES, EPRUS pour créer naissance, le 1er janvier 2016 une grande agence nationale de santé publique. Celle-ci permettra de disposer d'un continuum depuis la surveillance, la veille jusqu'à la réponse en cas de crise sanitaire majeure en passant l'alerte, les actions de prévention auprès de la population et la préparation à la crise. C'est un projet ambitieux qui doit voir le jour au 1<sup>er</sup> janvier 2016 ; l'EPRUS devant garder une certaine autonomie pour deux raisons :

- la réactivité exigée pour l'EPRUS : disposer d'une petite structure, avec des chaînes de décision courtes, un personnel peu nombreux mais efficace, réactif, d'où l'intérêt de garder une structure relativement légère pour la partie préparation et gestion de crise,
- chaque agence a une culture forte et différente. La mission allouée à l'EPRUS est unique, avec un personnel qui sait exactement ce qu'on attend de lui et doit répondre sans état d'âme aux demandes du gouvernement. L'EPRUS ne revendique pas une indépendance scientifique. La structure hiérarchique

particulière de l'EPRUS, basée sur l'opérationnel, est également différente des 2 autres agences. Toutes ces différences font que, dans un premier temps tout du moins, l'entité EPRUS conservera une certaine autonomie.

L'agence disposera d'un seul conseil d'administration (CA) réunira ces trois instituts, dont la composition ne sera pas une simple addition des trois CA.

Concernant les commissions d'expertise au sein du futur établissement, cette agence sera plus dans le domaine d'expertise que ne l'était l'EPRUS. L'EPRUS était surtout opérationnel avec un petit volet expertise. Ce dernier volet va donc être renforcé. Le travail des 2 commissions spécialisées EPRUS est reconnu et apprécié par la tutelle, aussi bien par des travaux « à froid » comme « à chaud » pour les EPI ou les housses de transport par exemple. La commission aura toute sa place dans la future agence, ce qui reste à définir est sa composition afin de peut-être tenir compte de l'environnement global du nouvel établissement.

M. MEUNIER procède à deux points d'information :

Mme Nicole PELLETIER, adjointe au DG, a été remplacée par M. Philippe BOURRIER, dont elle a pris la place de Chef du département des urgences sanitaires à la DGS.

Mme PELLETIER est remplacée au poste de pharmacien responsable de l'établissement pharmaceutique par M. Laurent THEVENIAUD.

#### **I- Approbation du compte-rendu du 25 novembre 2014**

**M. le Président** remercie le Directeur général, s'excuse pour son absence lors de la précédente réunion, remercie le Pr VIVIEN de l'avoir remplacé en tant que président. Il remercie également tous les experts pour leur implication dans les événements survenus depuis octobre 2013 (crise Ebola, attentats de janvier 2015), qui, par-delà l'appréciation des catastrophes naturelles, technologiques et agressives, montrent bien que l'enjeu aujourd'hui est celui de la résilience. Si nous ne nous préparons pas à faire face à ces événements, c'est bien notre société qui risque de vaciller. Le rôle de la commission et au-delà le travail de chacun d'entre nous est majeur. La commission est consultative pour le ministère de la santé pour faire des propositions, que ce soit en termes de matériels mais aussi de doctrine. C'est le cas aujourd'hui sur les évolutions du PSM2. La commission a pour objectifs, afin de constituer un appui aux établissements de santé, de faire des référentiels, d'évaluer les actions et de diffuser les bonnes pratiques.

En termes de méthode, la commission doit être là pour se poser un questionnement sur une problématique en séance, définir un groupe de travail qui va rendre des propositions qui seront approuvées par la commission.

**M. le Président** propose de faire un tour de table et de voter le compte rendu de la séance du 25 novembre.

**Mme LEPORT**, de l'université Paris Diderot, infectiologue groupe COREB, remercie l'EPRUS pour la confiance accordée aux infectiologues dans cette commission. Un certain nombre d'événements ont trait au risque épidémique et dans ce cadre, les infectiologues sont très attachés à rester au fait de rester intégrés dans la gestion plus globale des risques et des situations sanitaires exceptionnelles ; c'est de là qu'ils prennent leurs forces et le renforcement de leurs compétences et expériences. Elle fait remarquer, à propos du compte rendu concernant la discussion relative à la procédure d'habillage et de déshabillage des personnels pendant l'alerte Ebola, que le document établi par l'INRS, à partir d'une analyse comparative des différentes procédures des services d'infectiologie des ESRH est désormais accessible sur le site infectiologie.com, dans l'onglet Coreb. Il s'agit d'un document de synthèse qui identifie les zones critiques, valide ce qui est consensuel et commun et pointe les endroits sur lesquels l'attention doit être portée.

**M. VIVIEN**, SAMU de Paris, SFAR et SFMU, n'a pas de remarque sur le compte rendu. Il souhaite faire remarquer que par exemple concernant Ebola, en tant qu'également membre du Haut comité de santé publique, il a pu constater que diverses saisines arrivent à différentes instances en parallèle ; il préconise une homogénéisation car les points de vue des différents experts peuvent être différents dans ces

commissions. Il suggère de créer des interfaces avec des représentants de chaque commission dans une autre commission, de façon à disposer de l'ensemble des comptes rendus. Il propose un partage d'informations entre les experts et de praticiens d'une commission à l'autre, comme cela est fait entre SFAR et SFMU.

**M. le Président** reconnaît le bien-fondé de la suggestion de M. VIVIEN.

**M. CARLI**, du SAMU Paris, félicite le Directeur général de l'EPRUS pour les actions menées pendant les mois précédents car les sujets EPRUS ont été nombreux ces derniers mois ; il constate que le travail effectué dans les commissions et à l'EPRUS ne demeure pas « lettre morte », ce qui est très satisfaisant pour nos organisations.

Par ailleurs, il souhaite attirer l'attention du directeur général sur le problème des hôpitaux qui font appel à la réserve sanitaire, sur le territoire national. En tant que président du CNUH, il indique qu'il faut rester très prudent sur ce sujet car la période qui vient sera très tendue en termes de restructuration des urgences. Il indique que chacun doit prendre ses responsabilités, et d'abord les ARS sur l'organisation des soins. Autant il approuve l'intervention de la réserve sanitaire en cas de situations sanitaires exceptionnelles avérées, autant ces situations sanitaires exceptionnelles ne doivent pas être créées par de mauvaises organisations, les pérenniser, voire même constituer une prise en otage des moyens de l'Etat. Il faut donc être très prudent sur ce sujet.

**M. MEUNIER** partage cet avis. L'EPRUS n'a pas à pallier des problèmes d'effectifs ou d'organisation au sein des établissements de santé. On ne doit pas faire appel à l'EPRUS pour pallier à des dysfonctionnements des établissements de santé.

**Mme CHAPPUY**, pédiatre urgentiste, hôpital Trousseau, membre de la Société française de pédiatrie, n'a pas de commentaire sur le compte rendu et constate avec intérêt que l'ordre du jour fournira du travail à la pédiatrie.

**Mme BOUTOT**, du Centre hospitalier de Versailles, partage cette dernière remarque.

**M. MARGENET**, attaché à l'hôpital Henri-Mondor de Créteil, travaille avec l'EPRUS pour essayer de faire participer les SAMU à la réflexion globale et assurer le lien avec SAMU-Urgences de France.

**M. THEVENIAUD**, pharmacien responsable à l'EPRUS.

**M. LE ROUX**, conseiller médical à l'EPRUS.

**M. RAINERI**, médecine libérale, médecin généraliste, MCA université Paris XI.

**Mme DESCHOUVERT**, cadre de santé pour la mission NRBC du CHU Rouen, sur la zone Ouest. Elle n'a pas de remarque sur le compte rendu et partage l'avis du Dr VIVIEN ; beaucoup de documents sur Ebola ont été élaborés mais il manque le dernier élément de synthèse, et cela se ressent dans les établissements de santé, qui sont parfois plongés dans l'indécision.

**M. PONS**, médecin, représente la Société française de chirurgie d'urgence.

**M. PASSEMARD**, pharmacien référent NRBC au CHU de Strasbourg, n'a pas de commentaire sur le dernier compte rendu de la commission. Il se réjouit des avancées résultant du travail effectué en commission ; toutefois il regrette l'absence de diffusion finale de certaines réflexions de la commission auprès des établissements de santé, notamment les mises à jour du PSM.

**M. JULIEN**, médecin au titre de la Société Française de Médecine de Catastrophe, souligne que les événements de cette année ont conforté l'idée qu'une bonne préparation rend plus efficace la réponse

apportée aux plans technique, organisationnel, logistique.

Il constate par ailleurs avec satisfaction l'émergence d'un esprit de sécurité sanitaire, sur le modèle de la sécurité civile, qui fait appel aux compétences à la fois des militaires, des civils et de tous les professionnels de santé. Il est important de pouvoir répondre à l'attente des Français sur tout ce qui concerne leur santé, *a fortiori* dans les situations exceptionnelles.

**M. GAILLARD**, logisticien à l'EPRUS.

**M. DE MOISSY**, pharmacien à l'EPRUS.

**M. le Président** donne la parole à Alain MARGENET et Laurent THEVENIAUD qui vont présenter les résultats d'une enquête sur le PSM 2.

*Le compte rendu du 25 novembre 2014 est adopté à l'unanimité.*

## **II – Evolution de la doctrine PSM 2**

- **Restitution du questionnaire adressé aux détenteurs de PSM 2**
- **Discussion sur les principaux résultats**
- **Perspectives d'évolution PSM 2**

**M. THEVENIAUD** indique que lors de la dernière CCMSO, une enquête a été décidée auprès des détenteurs de PSM 2 afin d'évaluer l'adéquation du dispositif actuel PSM 2 avec la doctrine. Il rappelle que le PSM 2 est là pour assurer des soins spécialisés relevant de l'aide médicale urgente pour 500 victimes, avec 4 lots polyvalents et 2 lots principaux. Il existe sur le territoire national 22 PSM2 et 109 PSM 1 (=lot polyvalent), mais également en fonction des particularités de la réponse d'autres types de PSM (PSM Maritime et PSM DOM).

L'objectif de l'étude, qui fait suite à la demande de la DGS d'évaluer l'adéquation entre le dispositif actuel du PSM 2 et la doctrine d'emploi, est d'obtenir une « photographie » de la situation actuelle des PSM2. Au regard des résultats de l'étude, la CCMSO proposera une évolution des PSM 2 en prenant en compte les risques actuels, dont certains sont définis par le SGDSN: risque d'attentats (classique, NRBC), risque technologique et naturel et réforme territoriale en cours.

Le questionnaire a été adressé à tous les détenteurs de PSM 2 avec une période de réponse qui s'étalait du 1er au 29 juin. Il traite uniquement de l'organisation et de la logistique internes à chaque structure (pas d'élément qualitatif sur médicament ou DM) dans 5 chapitres différents :

- Les moyens humains
- Les moyens matériels
- Les exercices auxquels ont participé les SAMU détenteurs
- Les engagements opérationnels
- L'avis personnalisé des responsables.

Les résultats présentés sont ceux basés sur 18 réponses sur 22, dans la mesure où nous sommes dans l'attente des réponses d'hôpitaux dont les questionnaires étaient arrivés en courrier indésirable dans les boîtes mails ou ont été bloqués par des dispositifs anti-spam.

**M. le Président** souligne l'importance de cette photographie et la pertinence des nombreuses réponses puisque le taux de réponses est très élevé ce qui signifie que les établissements se sentent concernés. Néanmoins, le moyen de communiquer avec ces SAMU n'est pas performant, à cause des systèmes filtrants.

**M. CARLI** propose de sécuriser la liste des établissements en constituant un fichier, à partir d'adresses opérationnelles.

**M. MARGENET** confirme que les données des SAMU n'ayant pas encore répondu seront intégrés dans les résultats.

Il poursuit la présentation par les résultats relatifs à **l'activité opérationnelle** :

- 15 SAMU sur les 18 répondants ont déjà mobilisé leur PSM 2 (période de plusieurs années),
- 12 SAMU ont mobilisé soit des lots polyvalents, soit des tentes, soit les deux, soit un lot principal et un lot polyvalent,
- le PSM complet de 3 SAMU a été mobilisé (Nantes, Lyon (Furiani), Créteil Henri-Mondor)

**M. MARGENET** insiste sur le fait qu'il a été très étonné que 15 SAMU aient déjà mobilisé leur PSM, soit sur un plan de secours, soit en pré-positionnement pour des événements nationaux.

À la question demandant si le PSM était adapté aux risques (moyens humains compris), 10 ont répondu oui, 8 non ce qui signifie qu'une vraie réflexion doit être menée afin de convaincre les établissements que le PSM 2 est opérationnel.

Concernant les **moyens humains**, les questions relatives au nombre d'ETP consacrés au PSM 2 (logisticien, pharmacien, médecin...) n'ont été que partiellement remplies par les hôpitaux qui les ont jugé trop intrusives ; les résultats obtenus ne peuvent être exploités. En revanche, on peut noter que 12 SAMU se sont organisés en unité fonctionnelle pour le PSM, ce qui est intéressant pour le chapitre à venir des commandes et des achats groupés. Par ailleurs, on note la présence de logisticiens (15 SAMU/18) et que tous les PSM 2 disposent d'un pharmacien référent.

En terme de **formation initiale**, on note que 15 SAMU font de la formation initiale ; la totalité des SAMU font de la formation continue que ce soit le montage tente PMA, des staffs, des informations...

Concernant **l'état de préparation des personnels**, les responsables PSM devaient cocher sur une échelle allant de 1 à 10 permettant de créer un **indice de préparation des personnels**. Les résultats ont été les suivants :

- pour les logisticiens, la moyenne est de 7,2 (9 au maximum, 5 au minimum),
- pour le personnel médical, la moyenne est de 7,65 (10 au maximum, 1 au minimum).

Concernant le **stockage des moyens des matériels** :

- **Lot polyvalent** en remorque : **16** (pour rappel il s'agit d'une obligation de lots polyvalents figure dans les contrats)
- **Locaux dédiés** SAMU ou PUI : 18 (100%), la plupart des locaux sont sécurisés avec toutefois un contrôle des températures hétérogène, peu de climatisation et un contrôle hygrométrique très faible (à vérifier l'intérêt de cette mesure de suivi),
- **Moyens de stockage et de transport des produits froids** : la plupart utilise des réfrigérateurs pour le stockage, d'autres utilisent des glacières. Le transport se fait en caisse isotherme ou en emballage qualifié dans la quasi-totalité des cas.
- **Oxygène**
  - Stock dédié PSM 2 : 12
  - Différent du stock « Biotox » : 7
  - Différent du stock de l'hôpital : 14

Les hôpitaux ont une obligation de disposer un stock d'obus dans le cadre du plan blanc, et pour certains hôpitaux d'autres obus pour les respirateurs dédiés « Biotox », un stock PSM 2 ; la plupart des hôpitaux font cette différence.

En revanche pour le transport de l'oxygène, nous sommes peu équipés en France pour ce type de transport, que ce soit par voie routière ou aérienne. Seuls 4 SAMU disposent de véhicules spécifiques ventilés à cet effet.

Concernant les **lots de Radiocommunication**

- 17 SAMU sur 18 sont détenteurs d'un lot PSM 2 classique
- 8 SAMU sur 18 ont une maintenance par contrat, ce qui est étonnant
- 13 SAMU ont une expérience opérationnelle sur les 10 dernières années

A la question « **Voyez-vous un intérêt à avoir un réseau autonome de type PSM 2 ?** », la réponse est oui dans 95% des cas. Un seul SAMU estime que ça n'a pas d'intérêt.

En termes **d'exercices**, 18 PSM 2 sur 18 font des exercices pratiques, avec tests du groupe électrogène et montage de la tente PMA, avec un maximum de 6 exercices sur le terrain, 6 pour l'exercice état-major pour certains SAMU, avec une moyenne se situant à un par an pour les deux.

A la question « **Comment transportez-vous le PSM ?** », 17 SAMU répondent par la logistique hospitalière. Il apparaît nécessaire de reconfirmer auprès des SAMU si réellement l'intégralité du PSM 2 (17 palettes) peut, par le biais de la logistique hospitalière, être projetée en urgence et sans qu'aucune autre possibilité ne soit prévue par les SAMU en cas de défaillance. Les membres de la commission émettent des doutes en terme de capacité à le faire.

Concernant les **missions opérationnelles**, il s'avère que 15 missions opérationnelles ont été réalisées (3 pour le PSM entier, quelques-unes pour les lots polyvalents). Le groupe électrogène et la tente PMA sont assez peu utilisés. Le nombre moyen de missions est de 0,5 (maximum : 2 ; minimum : 0).

Les **conclusions** (partielles pour l'instant) font apparaître :

- Une forte participation au questionnaire.
- Un local dédié sécurisé de stockage avec 1 lot polyvalent dans la remorque dans 89% des cas ce qui est satisfaisant.
- Des pratiques hétérogènes pour le transport des produits froids et des stupéfiants. Ainsi, des recommandations (obligations, contrôles) devront être plus précises,
- Souhait de 95% des SAMU détenteurs de PSM 2 de maintenir un lot radio PSM mais seulement 8 contrats de maintenance ont été recensés. Le maintien en condition opérationnelle coûte cher aux SAMU donc il faut qu'il y ait une vraie pertinence à les conserver.
- La plupart des SAMU réalisent un ou deux exercices par an, notamment un exercice état-major organisé par les préfectures ce qui est tout à fait satisfaisant.
- Les moyens de projections : les réponses apportées « logistique hospitalière » pour le transport de l'intégralité du PSM 2 nécessitent des vérifications auprès des SAMU détenteurs de PSM2 car il faut être sûr que nous puissions projeter ces malles. Des recommandations pourraient être proposées par la commission mais celles-ci devront intégrer un certain nombre d'évolutions en cours : modification des zones de défense dans le cadre de la réforme des régions, la cartographie des risques technologiques et naturels, les spécifications du SGDSN sur les risques d'attentats en France...

**M. le Président** remercie M. MARGENET pour ce travail important qui est une bonne photographie de la situation actuelle et qui montre que les personnels détenteurs du PSM 2 sont très concernés. L'enquête montre une hétérogénéité des moyens en fonction des établissements de santé ; certains ayant préféré mettre leurs moyens sur d'autres priorités. Une réflexion doit sans doute s'engager avec les ARS, dans le but de rationaliser et optimiser les moyens en place. Il suggère qu'une réflexion en vue d'une accréditation des établissements de santé puisse être lancée de façon à aider les directeurs de SAMU détenteurs de PSM 2 à dégager des budgets adéquats.

**M. MARGENET** estime que l'on se trouve à un croisement crucial qui permettra de mieux organiser les procédures et de donner davantage de moyens, quitte à réaffecter leur répartition sur le territoire, en tenant compte de la carte de la SFMC sur les risques industriels et les spécifications du SGDSN sur les cibles potentielles.



**M. le Président** ajoute qu'il faut privilégier la souplesse d'où la nécessité d'aller plus loin sur la recherche de capacité de projection des moyens dans la mesure où l'évènement peut se produire là où c'est le moins prévisible.

Il propose ensuite un tour de table pour se saisir des points évoqués dans la partie "conclusions" du questionnaire, ce qui permettra à la commission de fixer et de valider des axes de travail sur le PSM 2.

**M. VIVIEN** demande si la logistique de l'hôpital n'est pas plutôt celle du SAMU, au sens de l'hôpital.

**M. MARGENET** répond ne pas avoir compris cela dans les réponses, et plutôt entendre « logistique » de l'hôpital. C'est cela qu'il me semble nécessaire d'explorer afin de vérifier que chaque hôpital disposant d'un PSM 2 a bien la capacité de transporter l'intégralité du PSM en un endroit donné en une seule fois (avec plan de rappel du personnel et un délai)

**M. PASSEMARD** précise que le PSM 2 est constitué de 2 lots principaux et de lots polyvalents ; chaque lot polyvalent représentant 11 malles. Si le transport d'un voire 2 lots polyvalents est envisageable par les moyens de l'hôpital, il mentionne que la mobilisation de l'ensemble du PSM exige des transporteurs lourds qui pourraient être fournis par l'hôpital mais que cela reste en effet à valider et que par ailleurs, la question du délai de transport demeure.

**M. le Président** assure qu'il s'agit d'un point majeur. L'idée de rationaliser avec une cartographie pour densifier la réponse nécessite des moyens de projection dans un délai opérationnel. C'est ce délai pour traiter ces 250 ou 500 victimes à un endroit donné qui doit être défini... Ce point doit être creusé en appréciant les propositions locales, les autres services de l'État (comme les militaires), les transporteurs privés, tout en gardant à l'esprit, qu'en cas d'évènement, les services de l'Etat sont déjà mobilisés.

**M. CARLI** explique qu'en cas de projection rapide sur le terrain, les moyens de l'État ne sont généralement pas opérationnels immédiatement, sauf accord bien particulier et proximité immédiate des moyens. Il précise avoir essayé de collaborer avec la ville de Paris, mais que celle-ci, malgré le grand nombre de véhicules et des distances courtes, ne disposait jamais de camions en cas de besoin de projection de moyens sur Paris ou en couronne. Il indique que cela a conduit le SAMU à utiliser son "petit vecteur", dont l'emport opérationnel est suffisant pour un accident collectif.

**M. le Président** se demande s'il n'y a pas lieu de développer les remorques.

**M. MARGENET** indique qu'en cas d'obligation de transporter l'intégralité du PSM dans une zone de défense étendue et ne disposant que d'un seul PSM, il serait souhaitable de disposer de capacités de transport, en une fois, des lots sans faire d'allers-retours. Il rappelle que le HFD, à l'occasion de la mise en place des 1ers PSM, demandait le contrat logistique pouvant faire appel au besoin à un transporteur civil.

**M. le Président** suggère que certains services de l'État, moins impliqués et ne se sentant pas concernés dans l'urgence soient soumis à une obligation de se conformer à un plan d'État, ne nécessitant pas réquisition du préfet. Il s'agit d'un sujet de la zone de défense.

**M. CARLI** assure qu'en cas de crise, l'attribution des moyens revient au préfet de zone.

**Mme BOUTOT** fait remarquer que dans les exercices, cette partie n'est jamais testée.

**M. le Président** en convient, car elle est coûteuse.

**M. RAINERI** demande combien le PSM représente de tonnes de matériel à véhiculer.

**M. MARGENET** indique que cela pèse 4,5 tonnes pour 160 mètres cubes. C'est plus gros que lourd car il a été demandé que le poids des malles ne dépasse pas 40 kg.

**M. le Président** suggère d'envisager une première réponse à la première vague, avant d'engager des moyens dédiés, sachant que les unités du SAMU interviennent dans la foulée.

**M. JULIEN** souhaite revenir sur la question des activités opérationnelles : 15 SAMU ont déjà mobilisé le PSM 2 dont 12 l'ont fait partiellement. Le PSM 2 est donc bien utilisé de manière modulaire. Il insiste sur le fait que la modularité est aussi une solution au transport. En effet, depuis 30 ans, les mobilisations de PSM complet sont au nombre de trois (Furiani, inondations à Nîmes, séisme au Pakistan), alors que les utilisations partielles sont fréquentes. L'utilisation du PSM 2 dans son ensemble est donc peu fréquente, bien qu'il fasse garder cette possibilité de la faire. En revanche l'utilisation partielle est plus fréquente, il serait intéressant de savoir ce qui a été utilisé (tentes, lot polyvalent) afin de coller le plus à l'opérationnel.

**M. MARGENET** partage l'avis de M. JULIEN et rappelle qu'il s'agit d'une question de doctrine ; rien n'étant pire que de maintenir 22 lots PSM 2 incapables d'être mobiles dans leur intégralité. A son sens, mieux vaut moins de PSM 2, avec une plus grande modularité pour ceux qui ne le mobiliseraient jamais, mais avec des capacités de transport. L'enquête permet une photographie réelle de la situation : si la doctrine contraint à tout mobiliser dans un délai de deux heures, il faut s'en donner les moyens ; s'il s'agit de privilégier la modularité en envoyant des lots polyvalents à tel endroit car les risques sont moins grands, il faut aussi s'en donner les moyens mais dans ce cas les lots principaux ne sont pas indispensables... Les établissements qui doivent maintenir en l'état un PSM 2 complet (sous cette forme ou un peu modernisé) doivent avoir la capacité de le bouger dans les 2-3 heures dans son intégralité ; maintenir des PSM 2 immobiles n'est pas utiles.

**M. CARLI** rappelle qu'il s'agit de la stratégie de déploiement des PSM, laquelle retentit sur leur composition, leur agencement et leur possibilité de transports, ce qui revient à aborder le sujet principal de stratégie par un moyen tactique qui est « A-t-on le camion pour le transporter ? ». Il insiste sur l'importance d'une réflexion plus globale sur ce sujet mais rappelle toutefois que ce raisonnement avait déjà été tenu précédemment en éparpillant un certain nombre de lots polyvalents par rapport au PSM complet et que par ailleurs, il avait été tenu compte de la proximité des plateformes aéroportuaires pour pouvoir charger les PSM complets sur des vecteurs militaires afin de renforcer les hôpitaux, notamment ceux d'Outre-Mer ou pour des missions à l'étranger (ce fut le cas pour des envois en Afrique et en Russie). Il pense nécessaire de prévoir des moyens de transport pour mobiliser les PSM proches des grands aéroports et ensuite réfléchir au dispositif logistique permettant de rapatrier les moyens à proximité pour les rapprocher ; on aborde donc ici la stratégie de déploiement logistique et d'utilisation par ce biais.

**M. le Président** convient que le sujet était difficile à poser, on a donc parlé modularité mais également mobilité. Il fait le parallèle avec le problème des centres mobilisateurs de la Seconde guerre mondiale où le stock n'était pas accessible ou accessible dans un délai non opérationnel. La mobilisation de ces moyens est importante et ceci dans un délai fixé, quitte à les rationaliser. Il faut s'en tenir à cette double logique : mobilisation et modularité.

**M. JULIEN** ajoute que la modularité ne vise pas uniquement le transport. C'est en effet la grande leçon de ces dernières années que d'être passé de la traumatologie aux autres urgences collectives (psy, infectiologie ...). La modularité doit aussi s'appliquer en fonction du risque émergent, ce qui n'a pas été prévu dans la composition des lots polyvalents ou des PSM 2, très marqués "traumatologie", à l'époque.

**M. le Président** précise que la cible était la traumatologie car c'était le risque naturel qui a principalement été pris en compte mais d'autres risques peuvent s'y ajouter : attentats, infectieux.... Les lots actuels devront être enrichis de lots complémentaires afin de faire face à une situation moins fréquente dans l'évaluation du risque, mais toujours plausible.

**M. MARGENET** rappelle que la tutelle doit disposer de tous les éléments pour écrire la doctrine : éléments logistiques de transport, éléments relatifs aux risques d'attentats, éléments relatifs à la composition des malles... Il indique qu'un groupe de travail doit réfléchir à la composition à mettre dans les malles, (fait on

désormais des rachianesthésies en masse sur le terrain ?)...

**M. le Président** confirme que la tutelle devra valider cette stratégie, ce qui facilitera la mise en œuvre en adaptant le matériel.

**M. CARLI** propose l'analyse de la situation suivante :

Un certain nombre de matériels répondent à une commande des années 80, essentiellement traumatologiques, visant à renforcer des petits hôpitaux ou des structures en cas d'afflux de blessés. Trente ans après, les situations sanitaires exceptionnelles se sont élargies. En conséquence de quoi, la commission prône une remise à jour de la stratégie d'utilisation de ces moyens, qui retentira sur leur composition, leur répartition et les tactiques avec lesquelles elles seront utilisées.

À l'argument financier, il pourra être répondu que ces matériels devant de toute façon être renouvelés, il est préférable de les renouveler en les faisant évoluer. Il est important de disposer d'une enquête montrant les failles et avoir un constat d'analyse, sur la façon de renforcer les établissements de santé et les unités d'urgence dans des circonstances sanitaires exceptionnelles.

**M. le Président** propose que l'on adopte la définition de M. CARLI. Le travail sera ensuite réparti en sous-groupes, qui géreront le détail. Évoquant la rachianesthésie, il convient que certains éléments improbables pourront être supprimés des lots d'où l'importance de procéder à une analyse.

**M. CARLI** rappelle que la rachianesthésie provenait d'une analyse du conflit Iran-Irak sur les nombreux blessés qui avaient sauté sur des mines. On estimait à l'époque que l'anesthésie générale serait remplacée par la rachianesthésie, dont on ne connaissait pas les effets dynamiques délétères dans ce type de circonstances.

**M. le Président** ajoute que cela se pratiquait aussi en Afrique à l'époque également.

**M. CARLI** rappelle qu'il n'y a pas beaucoup de garrots dans les lots. Il estime que ces lots ont des lacunes, y compris en traumatologie mais il précise que les cas de dispositifs non obsolètes au bout de quinze ans sont plutôt rares...

**M. JULIEN** ajoute que ce genre de matériel est désormais utilisé par les urgentistes, et plus par les anesthésistes réanimateurs.

**M. le Président** propose de faire une proposition, sous forme d'un papier à part.

**M. RAINERI** évoque le manque de moyens humains et demande si, en cas de gros déploiement, les unités mobiles hospitalières des SMUR partent avec des internes des urgences ou bien uniquement avec des personnels spécialisés...

**M. CARLI** répond que tous les médecins urgentistes en France ont été formés dans ce but et disposent de cette double compétence : ils sont formés dans les urgences et dans les urgences pré-hospitalières. Il existe un certain nombre de pools de médecins, et l'ensemble des unités SAMU-SMUR ont la possibilité de recruter c'est-à-dire de rappeler des personnels et d'en déployer d'autres dans des circonstances exceptionnelles. Ce dispositif est opérant au niveau d'une ville, d'un département – un peu moins au niveau d'une région car il ne s'agit pas d'un dispositif ARS encore calé – et au niveau de la zone de défense. Pour les personnels, il existe donc un "mode d'emploi" permettant de monter en puissance ce qui fonctionne assez bien et est utilisé relativement souvent, mais il n'existe pas d'équivalent pour les matériels.

**M. le Président** ajoute que seuls des professionnels disposant d'une formation peuvent utiliser ces matériels.

Il propose d'aborder le chapitre des lots radiocommunication.

### **III Perspectives d'évolution**

#### **a. lots radiocommunication du PSM2**

**M. MARGENET** rappelle :

- l'importance de l'autonomie des transmissions en cas de crise locale, d'accident naturel ou de catastrophe chimique.... Les 1ers lots radios datent de 1986 et, à l'exception des zones du monde où la fréquence des 150 Mhz ne passe pas très bien, tous les retours d'expérience sont positifs (Pakistan, Amérique centrale, Afrique...),

- que nous sommes à un moment stratégique quant à leur devenir : les lots radio ont été renouvelés en 2002, le choix s'est porté sur le constructeur Motorola avec la gamme analogique Astro qui a ses qualités et ses défauts. Ils sont caractérisés par leur fréquence (150 Mhz) qui est la bande des SAMU, avec un besoin identifié de cryptage. Les PSM comportent une base, un mât, un relais, un portatif.

- **Les avantages**

- Autonomie et robustesse
- Expériences positives
- Réseau entièrement interopérable (2 lots PSM 2 sont rigoureusement identiques et compatibles entre eux)
- Fonctionne en l'absence de toute infrastructure réseau. (S'il n'y a plus de courant ou de relais à Paris, il suffit d'alimenter la base avec un mat, et on peut se communiquer grâce aux lots radio.)

- **Les inconvénients**

- Pas de communications interservices possibles (impossible de parler avec l'autorité, la préfecture, les pompiers, la police)
- Initialement, pas de communications avec les autres systèmes radio des SAMU
- « Distribution » obligatoire des portables aux intervenants lors de la mobilisation

- **La situation actuelle**

1. Obsolescence du matériel
2. Coût de maintenance élevé
3. Il n'y a toujours pas d'interopérabilité interservices
4. Apparition du système ANTARES de radio numérique

- **Éléments récents**

- La saisine de 2014 du ministère de la Santé demande à l'EPRUS et à la CCMSO de faire des propositions d'évolution des lots Radio
- La présente enquête, d'où il ressort que 95% des SAMU observent un intérêt important à ce réseau autonome.

#### **Trois possibilités sont soumises à l'avis de la commission**

1. Continuer avec les lots actuels Motorola, les renouveler et les entretenir (mêmes inconvénients, mêmes avantages que précédemment, un coût très élevé)
2. Acquérir un nouveau système moderne de transmission de même type (probablement moins cher, d'une technologie supérieure mais toujours analogique)
3. S'inscrire dans le système ANTARES

#### **Mutation progressive ANTARES (Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques Et aux Secours)**

- Technologie numérique ;
- Ouverture de conférences (avec le préfet par exemple);

- Appels individuels (« point à point » en alternat) permettant l'intercommunication entre les services,
- Géolocalisation (moins important pour les SAMU que pour les pompiers ou la police) ;
- A terme (après passage à la technologie IP), transmissions de données par système radio ;
- Au quotidien, cela dépend de l'infrastructure réseau (c'est qui a freiné son implantation en France par manque de relais et de point haut).

La circulaire DHOS du 14 décembre 2010 a attribué 13 millions d'euros aux SAMU pour le passage au réseau ANTARES (dont 1,5 millions pour la région Paris qui vient de muter vers ANTARES récemment). Le retard est dû au fait que les SAMU utilisant les mêmes relais que les autres services de l'Etat, il faut que les départements et les SDIS passent en même temps que les SAMU à ANTARES.

Les SAMU sont équipés de portatifs ANTARES. Dans les lots PSM 2, l'une des difficultés est de distribuer les portables PSM aux équipes d'intervention lors d'une crise car on ne peut pas communiquer avec le système normal.

#### **Ce qui changerait avec ANTARES :**

- On pourrait envisager, grâce à un réémetteur, la création d'une « bulle » autonome, permettant de se parler en l'absence de tout réseau
- Plusieurs « bulles » peuvent communiquer entre elles
- Ce sont les portables dont se servent au quotidien les SAMU qui sont utilisés (pas de distribution de portatifs lors des plans de secours)
- Mais un coût supplémentaire (mais réduction de la maintenance des anciens équipements)
  - Augmentation de la dotation en portables/mobiles des SAMU détenteurs de PSM2
  - Nécessité d'une programmation adaptée des appareils (par le fournisseur au départ)
  - Acquisition de valises RIP par PSM 2, permettant la création de ces "bulles" ou passer dans des endroits délicats en terme de communication (tunnel ++)

**M. MARGENET** estime donc, qu'au regard des résultats de l'enquête et des RETEX, que le lot radio dans les PSM2 doit être maintenu. Il suggère la création d'un groupe de travail débouchant sur une recommandation, après estimation des coûts comparés entre le passage à ANTARES et la poursuite avec l'ancien système.

**M. JULIEN** rappelle qu'il a eu la chance de travailler avec Philippe DESCHAMPS quand la France adopta ANTARES. Il s'était battu pour qu'ANTARES soit ouvert à la santé, particulièrement opérationnelle. Il en rappelle les quatre principaux avantages pour les systèmes opérationnels santé.

- ✓ **L'interopérabilité interservices** est capitale car elle permet au médecin, soit de rentrer dans le réseau général sans en être coupé (police, préfet, Croix-Rouge), soit d'organiser un système confidentiel crypté permettant alors au médecin, au pédiatre, au psychiatre, de parler à l'abri de toute écoute.
- ✓ **La création de bulles.** C'est au moment de l'engagement tactique sur le terrain qu'on a besoin de transmissions efficaces, et on peut se passer des relais et accéder à des zones où il n'y a pas de transmission sans être obligé d'installer un mat.
- ✓ Concernant **la transmission de données médicales**, il faudrait pour cela augmenter le faible débit actuel d'ANTARES (on ne peut passer des électrocardiogrammes en continu mais cela n'est pas essentiel dans des circonstances exceptionnelles ; on peut néanmoins des données pour la pharmacie ou logistiques par ex)
- ✓ Intérêt évident de **disposer d'un système unique pour le quotidien et l'exceptionnel** : si les SAMU se servent d'ANTARES au quotidien, ils s'en serviront bien dans l'exceptionnel. Deux systèmes différents (un pour le quotidien, un autre pour l'exceptionnel), ce n'est pas satisfaisant.

Enfin, **M. JULIEN** rappelle enfin que l'Etat a réalisé des investissements lourds sur ce sujet, pour une uniformisation de ces transmissions opérationnelles interservices.

**M. le Président** constate qu'un saut de génération évident a eu lieu, rappelant le moment où les militaires sont passés des PP13 au PR4G, une toute autre technologie.

**M. CARLI** assure que l'avenir idyllique est en train de se réaliser, mais que rien n'est finalisé. Si le saut technologique est effectivement important, plusieurs problèmes apparaissent dont le plus important est qu'ANTARES connaît encore beaucoup de défaillances techniques. Il estime que l'utilisation d'ANTARES ne fait aucun doute en situation de catastrophe, celui-ci étant prévu pour et que le raisonnement en bulle opérationnelle est excellent. Il indique par ailleurs que la fiabilité est énorme, mais le "zéro communication" provoqué par les pannes d'ANTARES est quelque peu inquiétant. Il pense sans doute prudent, dans la période de déploiement du dispositif, de garder un matériel ancien, offrant, pour un coût insignifiant, des transmissions – certes faiblement sécurisées –, en cas d'interruption de quelques heures d'ANTARES.

En conclusion, il estime que si le choix d'avenir se portait vers ANTARES, il conviendrait en pratique, de maintenir un équipement peu onéreux à utiliser en cas de défaillance d'ANTARES.

**M. JULIEN** abonde dans le sens de M. CARLI : il faut garder un double réseau. ANTARES s'appuie sur le réseau GSM. En cas de catastrophe majeure, comme AZF à Toulouse, il n'y a plus de réseau GSM. Dans ces conditions, seul le satellitaire fonctionne... L'intérêt est de fonctionner en bulle, ce qui permet, hors GSM, de constituer son propre réseau autonome. Il convient qu'ANTARES n'est pas tout à fait arrivé à maturité mais pense qu'il s'agit d'une option d'avenir.

**M. MARGENET** assure que les deux systèmes ne sont aucunement antagonistes. Il existe à ce jour un certain nombre de réseaux PSM qui fonctionnent. Si on décidait de ne pas les réparer, il est possible de les "cannibaliser" entre eux permettant d'avoir des réseaux PSM anciens, avec un minimum d'entretien, qui peuvent très bien fonctionner encore un certain temps. Il ajoute de plus que certains SAMU ont rendu leur lot PSM ce qui fait qu'ils ont été intégrés aux moyens nationaux à Créteil qui dispose donc de quatre réseaux PSM parfaitement fonctionnels et entretenus. Il pourrait y avoir, en fonction des passages ANTARES plus ou moins aboutis, une répartition des matériels existants, mais on ne peut pas avoir en superposition l'acquisition de valises RIP et le maintien de réparations sur les anciens équipements ... Par ailleurs, il ajoute que quand l'évolution technologique se fera au sein de Tetrapol (ANTARES), on ne changera pas de terminaux.

**M. le Président** assure qu'il faudra très probablement un tuilage décrit comme un « parachute de secours » entre les deux systèmes en répartissant de nouveau au niveau national les réseaux fonctionnels sur les hôpitaux détenteurs de PSM 2. Concernant le satellitaire, les Forces spéciales sont en Afrique multimodales. En cas de déficience d'un réseau, un réseau de secours prend le relais avec des procédures précises. On pourrait peut-être élargir cette réflexion en envisageant d'équiper chaque détenteur de PSM 2 d'un appareil satellitaire.

**M. MARGENET** précise que cette technologie utilise l'iridium ; d'autres technologies arrivent sur le marché.

**M. le Président** insiste sur le souci de maintenir la communication au niveau central et à l'intérieur d'une bulle, jusqu'à ce que la fiabilité du parachute principal soit maîtrisée.

**M. MARGENET** suggère de créer un groupe de travail s'entourant de l'avis de professionnels, de médecins spécialistes et de techniciens, de façon à faire un rapport au DG de l'EPRUS avant la fin de l'année.

**M. JULIEN** revient sur problèmes techniques. Comme s'en plaignait Marc GIROUD qui participait aux premières réunions de travail, la capacité de transmission sur ANTARES est faible mais elle peut être renforcée grâce à des possibilités techniques par l'ajout de puces capables de majorer les capacités de transmission numériques du réseau.

**M. VIVIEN** croit savoir que la bande passante est la même pour tout le monde et que la Santé n'est pas

prioritaire par rapport aux autres organismes d'État.

**M. JULIEN** rappelle que lors du premier essai d'ANTARES, 9 ou 10 réseaux de communication différents avaient été montés sur le même système ; le problème de la priorisation est donc secondaire.

**M. le Président** souligne que tout le monde n'a pas les mêmes besoins au même moment. Quand on rajoute des données textuelles, on limite beaucoup la conversation – qui utilise le plus de bande passante. La transmission de données permet de le faire ; or ANTARES le fait assez bien. Il estime que ceci conforte la nécessaire constitution d'un groupe de travail sur ces missions et les conséquences générées.

**M. MARGENET** rappelle qu'un des points d'achoppement entre Santé et Intérieur tenait au fait que le Ministère de l'Intérieur souhaitait avoir la prééminence des canaux – ce qui serait fâcheux en cas de crise. L'accord interministériel datant de 2002 spécifie que la Santé disposera en permanence d'un certain nombre de canaux ce qui a paru suffisant aux techniciens de la Santé.

**M. le Président** confirme que les besoins pour la Santé ne sont pas énormes.

Les membres de la commission décident **la création d'un groupe de travail dont le président sera M le Pr VIVIEN.**

Le groupe est chargé de faire des propositions d'évolution du lot radio PSM 2 **avant fin décembre 2015** (un point d'étape est attendu fin septembre) en tenant compte de la mutation de plusieurs départements vers ANTARES. Le groupe pourra s'adjoindre des techniciens afin de prendre en compte toutes les conséquences d'une évolution du réseau.

#### **IV – Proposition d'un lot pédiatrique zonal**

**M. THEVENIAUD** indique que la commission s'est prononcée à plusieurs reprises sur la nécessité de renforcer les moyens pédiatriques. Il propose de lancer une réflexion sur la répartition de ces moyens (inclus au PSM 2 ou bien un module complémentaire zonal), sur le nombre cible de victimes à traiter, sur le nombre de malles maximum afin de faciliter leur projection (peut-on se fixer 11 malles doivent tenir dans une remorque comme le lot polyvalent ?) dans l'optique, sous réserve d'un accord de principe de la commission, d'une mise en place pour 2016.

**Mme CHAPPUY** demande si le lot pédiatrique sera déplacé dans d'autres pays que la France car la natalité et le nombre d'enfants à traiter ne sont pas les mêmes qu'en France.

**M. le Président** demande si la question porte sur un point strictement quantitatif ou également qualitatif. Il admet, que dans le cas où le lot peut être utilisé dans d'autres pays, d'autres médicaments, d'autres spécificités... sont à prévoir.

**Mme CHAPPUY** répond qu'il s'agit des deux à la fois.

**M. le Président** demande s'il y a lieu d'avoir un lot de projection centralisé et des lots zonaux ; cela constitue deux approches résolument différentes.

**M. MARGENET** rappelle que, lors de la dernière réunion, il avait été question du territoire métropolitain, avec un éventuel élargissement aux DOM-TOM en raison d'autres pathologies. Cette réflexion sur les moyens pédiatriques pourrait être évoquée à l'occasion d'une réflexion ultérieure sur le lot PSM DOM. L'idée est partie de la constatation des lacunes en moyens de réponses pédiatriques dans les lots PSM. Sans changer la composition actuelle des PSM 2, il pourrait être judicieux de proposer des lots pédiatriques de renfort (régionaux ? zonaux ?) qui, sous condition d'une logistique adaptée, puissent être mis à disposition rapidement des équipes traitantes sur le terrain.

**M. le Président** demande si le lot serait plutôt axé sur la traumatologie ou plus polyvalent.

**Mme CHAPPUY** pense que cela pourrait concerner les problèmes respiratoires, la traumatologie avec atteintes neurologiques, les traumatismes crâniens... Reste la problématique des brûlures des jeunes enfants, rejoignant le traumatologique mais il n'existe pas de matériel spécifique pour la pédiatrie donc il faut en règle générale découper le matériel adulte ce qui est loin d'être évident en temps de crise.

**M. le Président** indique que le groupe de travail devra évaluer la composition qualitative d'un lot spécifique « pédiatrie » mais demande les pathologies visées et au niveau quantitatif le nombre de victimes à traiter. Il propose 25 victimes ce qui semble cohérent par rapport aux événements passés.

**M. MARGENET** affirme que la contrainte logistique est importante et estime que si un lot de 50 malles devait être constitué, ce ne sera pas opérationnel et que si on réduit trop le volume, les besoins ne seront pas couverts. Dans tous les cas, il pense que le lot doit rentrer dans une remorque PSM soit onze malles. Il faudrait donc que le lot pédiatrique tienne absolument dans onze malles.

**Mme BOUTOT** estime qu'il faudrait faire un lot polyvalent pédiatrique.

**M. MARGENET** pense que c'est une excellente idée.

**M. CARLI** ajoute que le sujet est de disposer de sondes d'intubation, de garrots spécifiques, ...

**M. le Président** estime qu'il s'agit d'un sujet important car il y a des lacunes : des moyens polyvalents existent comprenant des moyens pédiatriques, mais qu'en cas d'événement majeur sur une population pédiatrique, il n'y a pour le moment pas de solution pour opérer le renfort.

**M. CARLI** précise que le SAMU travaille sur le sujet. C'est loin d'être simple.

**M. le Président** demande qui souhaite faire partie du groupe de travail.

**M. CARLI** précise que Caroline TELION est en train de préparer le damage control pédiatrique en cas de fusillades dans une école, de bombes dans un centre aéré... et propose qu'elle participe, avec Trousseau, au groupe de travail.

**M. MARGENET** précise que cela est tout à fait possible pour des personnes extérieures à la commission.

**M. le Président** assure que l'essentiel est d'avoir des résultats rapides et demande à M. PASSEMARD s'il souhaite participer au groupe.

**M. PASSEMARD** accepte volontiers.

**M. JULIEN** est également d'accord pour participer car la problématique est grave,

**M. CARLI** constate que le créneau visé n'est pas le tout petit enfant, mais plutôt le « scolarisé petit » ; cela commence à la crèche maternelle donc les enfants de trois à neuf ans. Au-delà de neuf ans, on peut les considérer comme des adultes.

**M. le Président** suggère de proposer au DG la création d'un groupe de travail dont les conclusions pourraient être présentées au mois de décembre.

**Mme CHAPPUY** estime qu'il faut du temps car tout est à créer ; le mois de décembre paraît parfait.

**M. CARLI** ajoute avoir également réfléchi à la chirurgie pédiatrique, qui est plus en plus réduite, notamment pour la chirurgie d'hémostase de sauvetage.



**M. le Président** demande comment les chirurgiens adultes pourraient s'engager dans cette voie.

**M. CARLI** répond que, selon les chirurgiens pédiatriques, il est plus facile de réfléchir quand on a fait des adultes à faire de l'hémostase provisoire chez l'enfant, que de passer de la chirurgie pédiatrique réglée à la chirurgie pédiatrique de l'urgence vitale.

**M. PONS** en convient. Pour la partie traumatologique pure, les orthopédistes ont tous une formation de chirurgie pédiatrique, mais pour le chirurgien viscéraliste ou celui qui fait de l'urgence vitale, s'il a bien appris les principes sur l'adulte, il le fera assez facilement sur l'enfant. Les chirurgiens pédiatriques font probablement peu d'urgences vitales. Il estime qu'un chirurgien adulte qui connaît les principes de *damage control* peut le faire sans problèmes sur un enfant, en sachant que c'est plus petit et qu'il faut faire attention. Il ajoute que la chirurgie viscérale pédiatrique – il n'y a pas de formation obligatoire pour les chirurgiens viscéralistes, contrairement aux orthopédistes – est, finalement, hors les malformations qui sont très compliquées, identique à l'adulte mais en plus petit. Il conclut que cela ne pose à priori pas de problème majeur s'ils connaissent bien les principes du *damage control*.

**Mme BOUTOT** demande si le *damage control* est enseigné aux chirurgiens, de façon courante.

**M. PONS** répond que cela commence à être le cas, de manière quasi-systématique. Dans le CNU de chirurgie viscérale, un système de traumatologie viscérale a été mis en place. Il répond que c'est le cas chez les chirurgiens militaires et de plus en plus chez les chirurgiens civils.

**Mme BOUTOT** demande si ce sujet est abordé dans les congrès. Elle indique qu'en anesthésie et en congrès d'urgence, c'est quelque chose de tout à fait courant.

**M. PONS** répond que c'est le cas dans les congrès de chirurgie où on parle d'urgences, mais pas dans la chirurgie réglée. Cela se pratique depuis dix ans en France, c'est à peu près rentré dans les mœurs.

**M. le Président** considère que ce groupe de travail devra être en contact étroit avec le Pr PONS.

**M. PONS** accepte.

**M. MARGENET** demande si la doctrine sera la même que pour le PSM, c'est-à-dire que le groupe devra penser à faire tourner les médicaments sur le site.

**M. PASSEMARD** affirme qu'il a bien compris l'objectif mais souhaiterait avoir des renseignements sur la partie « combien de victimes » et sur les modalités du positionnement.

**M. MARGENET** répond qu'il pourrait s'agir d'un lot polyvalent qui pourrait permettre de traiter 25 victimes polyvalent, sans pouvoir à ce stade se prononcer sur le nombre ni la localisation à ce stade.

**M. le Président** précise que l'argument de mobilité est fort ; il faut pouvoir le déplacer facilement, y compris en véhicule, par hélitreuillage...

**M. MARGENET** explique que la remorque doit être prévue dans les cas, par exemple, où l'hôpital d'enfants n'est pas l'hôpital de rattachement du SAMU – ce qui n'est pas le cas en Ile-de-France -; il faudrait réfléchir à la façon dont cet hôpital transporterait seul ce lot pédiatrique. Le nombre de cas doit être très limité car en province l'hôpital général, le CHU, s'occupe de tout. A Paris, il est difficile d'envisager de mettre le lot pédiatrique ailleurs qu'à l'hôpital Necker.

**Mme BOUTOT** demande si cela suppose qu'en région parisienne, on en aurait qu'un seul.

**M. MARGENET** répond que rien n'est encore déterminé.

**M. le Président** ajoute qu'il s'agit de modularité. Si on définit que ce sont des unités de 25 patients, cela pourra se renforcer par mobilité. En province, il y aura probablement, pas très loin, un lot dans la zone. Il indique que l'essentiel est de fonctionner en réseau, de se renforcer.

**M. CARLI** assure qu'en cas d'afflux de victimes pédiatriques, le lot sera pris en compte par le SMUR de proximité « adultes » car les SMUR pédiatriques et leur spécificité néonatalogie sont de plus en plus limités et très sectorisés sur des domaines interdépartementaux permettant le transfert de patients d'unités de réanimation et de néonatalogie. Sur l'aspect pédiatrique traumatologique, il indique que le gros du travail reviendrait à des équipes adultes qui certes disposent de matériel pédiatrique comme dans toutes UMH adultes mais pour prendre seulement en charge un patient. Il indique donc que très rapidement le matériel risque de manquer, le matériel étant utilisé pour le mieux pour les premières victimes. Il faut donc que dans la demi-heure qui suit arrive le matériel complémentaire. Il faudra déployer, par rapport à une équipe, la prise en charge de deux ou trois patients graves, car on sait qu'après trois patients graves, même pour un médecin de SMUR très aguerri, la tâche devient très difficile. Il suffit donc de multiplier le nombre de SMUR par trois pour avoir une idée du nombre de lots qu'il faudra mettre en préparation.

**M. JULIEN** répond qu'il est parfaitement d'accord.

**Mme CHAPPUY** avoue qu'elle appréhende mal le côté zonal.

**M. MARGENET** répond qu'il existe sept zones de défense. Les régions vont être modifiées, mais rien n'est encore décidé pour les zones de défense.

**M. CARLI** indique que la CNUH s'est intéressé aux projections de blessés graves pédiatriques sur la France. Il existe une zone de défense aberrante : l'Ile-de-France, qui a néanmoins l'avantage d'être très compacte et de disposer d'hôpitaux spécialisés, ce sera la plus facile à organiser. Sur les autres zones de défense, les prises en charge pédiatriques ont déjà été régionalisées et héliportées. Le lot en cours de création devra être projetable par l'hélicoptère affecté à cette tâche (SMUH ou Sécurité civile). La ou les caisses devront être mises dans l'hélicoptère sur le brancard, avec une équipe, probablement pédiatrique, mais qui donnera le matériel pédiatrique aux SMUR sur place, qui seront des SMUR de proximité « adultes ».

Les membres de la commission décident la création d'un groupe de travail présidé par **Mme le Dr Chappuy avec la participation de Mme Boutot, Mme Telion, M Julien, M Passemard, M Pons.**

Le groupe de travail proposera à la réunion CCMSO de décembre 2015 la composition qualitative et quantitative d'un lot, à vocation zonal (au sens zone de défense), destiné à traiter 25 victimes pédiatriques et proposera leur répartition géographique tenant compte des moyens de projections nécessaires.

#### **IV – Perspectives d'évolution**

##### **a. Utilisation des "soufflantes"**

**M. THEVENIAUD** rappelle que le travail réalisé par la commission en 2014 avait concerné les équipements NRBC, mais que la place des cagoules « soufflantes » n'avait pas été traitée. A possibilité d'utiliser des cagoules de fuite a été posé à plusieurs reprises dans le cadre de la prise en charge de patients suspects d'Ebola, notamment lors de transports inter-hospitaliers, en cas d'utilisation longue. Les indications de ces cagoules de fuite restent à redéfinir tout comme l'usage des masques à visée NRBC. L'avis de la commission sur ces utilisations est sollicité.

**M. JULIEN** indique qu'il faut commencer par définir la « soufflante » car sous ce vocable on trouve des équipements aux indications variables. Il rappelle avoir travaillé avec la DGA sur ce sujet important. Le port de masque type AMP sur lequel on met filtre entraîne en moins d'une heure une accumulation de sueur en bas du masque entraînant des conditions ergonomiques très difficiles à supporter. Une des possibilités de

plus en plus utilisées dans les armées ou chez les pompiers, consiste à déporter et brancher le filtre sur un ventilateur (soufflante) qui pulse de l'air jusqu'au masque améliorant le confort du porteur, surtout lors de longues expositions. Ces soufflantes sont de plusieurs types, elles nécessitent des piles pour l'alimentation et ne sont pas sans inconvénient, en particulier d'encombrement et de poids. Il précise qu'il existe un autre système, la cagoule où on fournit de l'air.

**Mme DESCHOUVERT** explique que des cagoules (qui ne sont pas des soufflantes) sont stockées dans les SAMU, mais les professionnels ignorent comment les utiliser. Elle ajoute donc qu'il serait donc important d'émettre une recommandation sur leur utilisation et leur entretien.

**M. le Président** demande à M. JULIEN si l'expertise revient à la DGA.

**M. MARGENET** explique que les cagoules ne disposent pas d'un agrément pour tout. La cagoule se porte pour se protéger quand on arrive sur un accident, mais cela ne concerne que les premières minutes. Dès que la nature du risque est identifiée, on utilise une autre tenue, et on passe au cadre NRBC.

**M. CARLI** ajoute en effet que ces matériels avaient été prévus pour des incendies de bâtiments de grande hauteur, qui permettaient l'évacuation du public avec une cagoule fuite. Le dispositif comporte un ventilateur et un heaume pouvant être mis sur la tête sans aucune préparation, ce genre d'appareil respiratoire portatif évitant la claustrophobie. Les personnels de SAMU enfilent cette tenue pendant les premières minutes, le temps de voir ce qui s'est passé, avant de laisser la place à des gens correctement équipés.

**M. MARGENET** confirme que ce dispositif n'a pas l'agrément chimique, mais seulement bactériologique. Cela peut être une première protection provisoire, en cas d'incendie. La cagoule ventilée évoquée par M. JULIEN concerne la tenue NRBC "de luxe" utilisée par le GIGN et le RAID.

**M. JULIEN** affirme que cette tenue pourrait être envisagée pour des personnels de santé qui vont travailler assez longtemps.

**M. MARGENET** rappelle l'étude européenne de Catherine BERTRAND – avec qui il a travaillé au SAMU –, devrait aboutir à la définition prochaine de la tenue idéale (plus facile à utiliser, plus protectrice, moins chère). Des fabricants français ont participé à l'étude et devraient prochainement pouvoir lancer des spécimens pour essais.

**M. le Président** rappelle qu'un travail avait été effectué auparavant sur les EPI.

**M. THEVENIAUD** ajoute que les fournisseurs travaillent mais on ne dispose pas encore de la bonne définition. Le délai de septembre lui semble optimiste.

**M. le Président** en déduit que les EPI devront être retravaillés en commission, d'ici un an au regard de l'actualité.

**M. THEVENIAUD** le confirme mais indique que cette tenue idéale à ce jour n'existe pas ; les commandes des établissements de santé seront basées sur les recommandations de la commission afin de renouveler les dotations arrivant à péremption.

**M. JULIEN** rappelle que, comme signalé par M. CARLI, le type de protection est différent : pour la cagoule d'intervention, le port est très court tandis que la tenue « idéale » en cours de définition dans le cadre du travail européen coordonné par C Bertrand, doit permettre un port de deux heures.

**M. MARGENET** estime qu'il est nécessaire de clarifier le rôle de la santé, est-ce toujours protéger l'hôpital ? Il rappelle que la prise en charge d'une victime NRBC nécessite la présence de cinq personnes ; pour cent

victimes, on arrive au chiffre aberrant de 500 personnes.

**M. CARLI** signale à M. MARGENET qu'on rentre dans le sujet de la stratégie par le matériel et attire l'attention de la commission sur le danger de ce type de raisonnement. Il estime pour sa part que les personnels de santé et de secours doivent disposer d'une tenue de travail polyvalente, les protégeant des risques chimiques pendant qu'ils effectuent des gestes limités mais salvateurs sur un nombre de victimes qui peut être très important. L'idée de disposer d'un matériel de secours permettant à l'équipe de se mettre en sécurité respiratoire quelques instants, dans le cas où ils seraient impliqués dans une situation où ils n'ont pas forcément leur place en première ligne, offre, aux équipes disposant de ce type de protection individuelle, un avantage psychologique.

**M. JULIEN** ajoute que tout cela s'inspire des conséquences d'études stratégiques dans les mines où on utilisait des oiseaux pour avoir une idée de la toxicité de l'atmosphère. Les mineurs disposaient de deux types de protection : l'une, de type cagoule, pour faire de l'instantanée leur fournissant deux ou trois litres d'oxygène par minute pour se protéger du grisou, l'autre, étant une tenue de travail. Les modalités d'emploi préconisées par M CARLI lui semble tout à fait intéressant : disposer d'un système pour se protéger peu de temps, de manière ubiquitaire, facilement utilisable sur n'importe quel faciès, et puis à côté la tenue où ils travailleraient plus longtemps ; il reviendra au SGDN de préciser à quel endroit c'est-à-dire soit dans la zone toxique, soit à proximité, soit à l'extérieur – sachant qu'au plan stratégique médical de la prise en compte des victimes, cela évolue sans arrêt.

**M. le Président** souhaiterait disposer, afin d'éviter d'aborder- ce qui est dangereux - par le matériel les problèmes de stratégie, des schémas clairs qui permettraient de rechercher le matériel adapté à la stratégie qui a été mise en place ? le SGDSN pourrait apporter des éléments de réponse.

**Mme DESCHOUVERT** assure que la zone Ouest fonctionne comme à Paris. Le médecin ne va pas au-delà du point de rassemblement des victimes mais les SAMU disposent de ce matériel sans aucune recommandation d'utilisation.

**M. le Président** convient que le non-conventionnel provoque la panique sur des événements que l'on doit normalement maîtriser, car leur traduction pour le praticien d'où l'intérêt de la question : qui définit la stratégie ? La commission peut proposer des spécifications pour les moyens matériels, mais il lui faut absolument disposer d'une stratégie ; la stratégie du SAMU de Paris ne pourrait-elle pas éventuellement servir de modèle ?

**M. CARLI** rappelle que l'étude de Catherine BERTRAND a développé le sujet, en s'inspirant d'une réflexion issue d'une directive européenne. Il pense qu'il faut plaider pour la possibilité d'avoir un engagement inopiné avec du matériel de protection individuelle d'utilisation extrêmement simple *versus* un engagement raisonné dans la chaîne de secours et de soins, avec des matériels professionnels adaptés.

**M. le Président** pense qu'il est nécessaire de le préciser car le choix matériel ne s'appuie sur rien. Il faut dire que cette stratégie a été prise et on demande que le ministère la valide. C'est un piège, mais en même temps, en l'absence de stratégie, il est toujours difficile de justifier ses choix.

**M. MARGENET** suggère de faire ce qui a été fait autrefois : on fait circuler par courriel une procédure qui finira par être validée par la force des choses.

**Mme BOUTOT** rappelle que le dernier échelon concerne la formation qui pose problème aux SAMU-SMUR. Lors de l'épisode Ebola, ceux-ci ont reçu beaucoup de tenues disparates, selon les livraisons. Un certain flou régnait à propos des formations. C'était un moment difficile qu'il est inutile de répéter avec les livraisons de tenues suivantes.

**M. le Président** assure que tout ce qui est non-conventionnel ne doit pas être un égotisme, qui s'appuie, en plus, sur de grandes peurs. Les Tchèques, dans le domaine du chimique, ont résolu le problème car ils se

sont entraînés en utilisant des procédures simplistes, loin de l'ésotérisme que l'on peut constater en France, y compris dans l'enseignement. Il faut pouvoir donner à nos praticiens et à nos soignants des règles claires qui leur permettraient d'éviter la panique, d'être en sécurité quand ils sont primo-intervenants, ou quand ils seront engagés sur un mode opérationnel.

**Mme DESCHOUVERT** reconnaît que des formations ont lieu mais la problématique consiste à maintenir ces compétences ; si on n'utilise un EPI qu'une fois tous les trois ans, on ne sera pas opérationnel. Elle ajoute que concernant Ebola, les évaluations des agents sont encore en cours. Le plan en zone Ouest qui a été mis en place étant sans doute très ambitieux : 300 personnels ciblés ont été formés trois fois et la quatrième fois est celle de l'évaluation. Elle ajoute que ces formations sont très compliquées à maintenir, d'autant plus avec la mise en place du module 2 de l'attestation de formation gestes et soins d'urgence spécialisée (AFGSUS) où cette formation rentre dans ce cadre mais qui n'est que très peu mise en place dans les zones,

**M. le Président** se demande si la difficulté à atteindre les objectifs ne trouve pas son explication dans des objectifs trop ambitieux (population trop large, formation trop compliquée...).

**M. CARLI** assure qu'un arrangement est toujours possible si le financement est à hauteur de l'ambition... Il indique que, repassé dans une période terroriste assez brûlante, l'ensemble des zones de défense s'est préoccupé de l'ensemble des dispositifs touchant aux phénomènes terroristes ce qui explique la nouvelle sollicitation purement NRBC évoquée par Mme DESCHOUVERT. Tout le travail fait sur Ebola, dont l'enquête de la DGOS sur cette préparation sur le territoire français montre certes des résultats disparates mais très souvent un très gros travail entrepris, est une très bonne préparation au virus Mers-CoV.

Pour ce qui est du NRBC, dont l'hypothèse paraissait proche il y a quelques années pour un type d'attentat ou d'accident industriel, les zones de défense sont en train de se restructurer, les ARS sont mobilisées et ont reçu des crédits non négligeables, y compris en Ile-de-France. Le matériel commandé va passer à la trappe pour cause de péremption, ce qui implique un nouveau matériel, de nouvelles stratégies et une mise au point de l'enseignement. Sur la région Ile-de-France, le centre de Broussais fonctionne plutôt bien, avec un interservices, inter-SAMU qui a formé beaucoup de personnels cette année, avec toujours le même objectif d'un minimum de protection pour les personnels qui se retrouveraient en première ligne.

M. CARLI préfère rester prudent sur ce qui doit être fait, c'est-à-dire disposer d'un minimum de personnels formés et entretenir un minimum de personnels formés. L'une des problématiques est le renouvellement de ces personnels, avec une grande mobilité de ceux-ci au sein des services d'urgence et des SAMU-SMUR. On a un flux entrant et d'un flux sortant compensés en permanence et donc il est nécessaire de maintenir en permanence un niveau de formation assez élevé. Il rappelle que le niveau 2 de l'AFGSU est obligatoire ; il faut le mettre en position rapidement pour ceux qui n'ont pas eu les moyens de le faire. Il estime qu'on doit continuer à former les gens, adopter une nouvelle tenue et préparer les éventualités.

**Mme DESCHOUVERT** partage cette analyse, mais estime que le niveau 2 est global où on n'apprend pas à s'habiller et on ne découvre pas forcément le matériel. Si Paris a la chance d'avoir un centre NRBC qui s'occupe de la formation, ce n'est pas le cas en zone Ouest qui est très étendue et où il est difficile d'envisager de faire venir les gens de Brest pour de la formation. Chaque CESU met en place des moyens pour constituer un réseau de CESU zonal, mais la formation prend du temps.

Au CHU de Rouen, tous les ans, sur le corps de décontamination, 10 ou 12 nouvelles personnes sont formées pour un établissement, en plus du SMUR dont les personnels sont aguerris et entraînés à s'habiller en tenue EPI sur les trois risques. Cela prend énormément de temps. Les tenues arrivées à péremption constituent un problème épineux, car si on change de tenue, on va devoir changer de formation. Elle indique avoir vécu cela récemment pour les tenues TOM où le passage de veste-pantalon à la combinaison modifie la formation.

**M. le Président** assure qu'une coordination doit être faite avec l'autre commission, qui est la commission Formation. C'est un point majeur. Si les gens ne savent pas se servir du matériel mis à leur disposition, cela pose problème.

## **VI- Point d'information**

### **a. Outil informatisé de gestion des moyens tactiques**

### **b. Achats groupés d'équipements de protection individuelle**

**M. THEVENIAUD** précise que la commission CCMSO a formulé des recommandations sur l'actualisation des moyens tactiques dans les établissements de santé mais que beaucoup d'établissements soulignaient depuis longtemps souligné l'absence d'outils de gestion à leur niveau. En 2014, l'EPRUS a été chargé par le Ministère de la Santé de financer un outil de gestion partagé de ces moyens tactiques, que ce soient les équipements de protection individuelles, les postes sanitaires mobiles, les tentes... Tous ces moyens tactiques ont vocation à être enregistrés et gérés dans le système d'information unique et commun aux établissements de santé. C'est un outil qui permet la gestion et l'inventaire des moyens tactiques déployés dans les établissements de santé, avec toutes les transactions d'entrée et de sortie en opération ou pour un exercice, quel que soit le gestionnaire (économat, pharmacie..).

#### **❖ Les objectifs de l'outil**

- Apporter des fonctionnalités nouvelles et adaptées à ces moyens spécifiques de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (chaque opérateur pourra recevoir le listing informatisé des produits arrivant à péremption, emails d'information sur les stocks...)
- Réaliser des mouvements de stocks, d'inventaires, de gestions de kits des établissements de santé, (les rapports d'inspections de PSM pourraient figurer dans cet outil)
- Gérer l'ensemble des équipements au niveau local soient définis par l'établissement de santé dans le cadre de son plan blanc soient décidés et financés par les ARS (par exemple, en cas de méningite) ; l'outil permettra de savoir si les moyens sont opérationnels ou non et peuvent donc le cas échéant être mobilisés en cas de crise
- Obtenir aux niveaux national et zonal une visibilité sur la disponibilité et l'opérationnalité des moyens tactiques (sans disposer des numéros de lots, date de péremption mais avec un système de couleur). Dans le cadre du plan zonal de mobilisation qui identifie les moyens humains et matériels sur la zone de défense, cet outil permettra d'identifier les ressources disponibles dans les établissements de santé et permettra leur mobilisation en vue d'une mutualisation.
- Fournir un outil sécurisé et convivial (109 PSM 1 en France, certains établissements ne l'ouvrent que deux fois par an, lors de la rotation)
- S'interfacer, dans la mesure du possible, avec d'autres logiciels de gestion de stocks.

#### **❖ Les fonctionnalités de l'outil**

- Gestion des types de transactions,
- Historisation des mouvements (à ce jour, les outils existants sont Excel ou des bases Access, mais aucune harmonisation n'existe).
- Gestion d'e-mails d'information de péremption
- Gestion des caractéristiques logistiques des produits ou des malles
- Gestion des préconisations de commande
- Gestion des dates de maintenance, des dates de contrôles PSM
- Utilisation de lecteurs codes-barres
- Gestion des kits (kit Ebola : cagoules, surbottes, combinaisons, gants, lunettes), de façon à pouvoir répondre aux demande des ARS sur le nombre de tenues disponibles dans l'optique d'un exercice (en instruction ou en intervention)
- Gestion de fiches d'utilisation (PSM)

#### **❖ Le périmètre organisationnel des flux d'opération**

120 sièges de SAMU disposant de moyens tactiques vont avoir accès à l'outil via Internet, avec des mots de passe sécurisés. Chaque zone de défense dispose d'un ou deux un établissement de santé de référence, avec un SAMU de zone, qui aura (auront) la visibilité et de l'ensemble des moyens de zone, comme pour l'ARS de zone, l'EPRUS et la DGS ayant une visibilité opérationnelle complète.

La consultation a été notifiée le 7 octobre 2014 à la société Computer Engineering, qui a développé un

module de gestion de ces moyens supplémentaires de gestion des moyens tactiques. Deux sites pilotes sont prévus à partir de septembre 2015 : l'AP-HM et les Hospices Civils de Lyon, en lien avec les ARS correspondantes. Les deux systèmes fonctionneront en septembre-octobre. Le déploiement sur l'ensemble des 120 établissements démarrera fin 2015, début 2016. Les ARS de zone et les ARS, les établissements de santé, tout comme pour les services informatiques, devront valider tous les pré-requis de l'application. La dernière phase de l'analyse fonctionnelle aura lieu en juillet 2015.

**M. PASSEMARD** demande si l'application est bien une application Web, "légère" pour les services informatiques.

**M. THEVENIAUD** lui en donne confirmation et indique que les pré-requis seront rapidement passés.

**M. RAINERI** demande le type de sécurisation envisagé.

**M. THEVENIAUD** répond que l'authentification à l'application se fait par nom/mot de passe, elle ne justifie pas de confidentialité particulière dans la mesure où la localisation et la liste des PSM sont connues.

**M. le Président** indique qu'il incombe à la commission d'être en appui des établissements de santé sur ce sujet avec deux buts : l'efficacité et la rationalisation. En termes d'efficacité, les stocks pourront être suivis, ce qui évitera les mauvaises surprises sur les péremptions... En termes de rationalisation, cet outil unique, développé au niveau national, permettra de dépenser moins d'argent public avec un meilleur résultat. La commission pourra réfléchir sur d'autres sujets, mener des expérimentations avec ce processus de développement de produit, qui aboutira à un résultat convivial et mieux adapté.

**M. PASSEMARD** déclare que l'outil est très attendu par les pharmaciens. Il remplace l'ancien outil Paradoxe, livrée à l'origine avec les PSM 2. L'outil, conçu de façon ouverte, pourra accueillir d'autres éléments, en fonction des besoins dont on sait qu'ils évoluent rapidement.

**M. THEVENIAUD** ajoute que les établissements de santé étaient très demandeurs d'un outil commun de gestion de ces stocks, mais souhaitent également aller vers une gestion de la crise. C'est un travail que la commission devra prendre à son compte.

**M. le Président** estime que pour la gestion de crise, ce sera sans doute plus sophistiqué et demandera des travaux en amont plus importants sur l'analyse d'activité. Il rappelle que la gestion de stocks est capitale car elle permet de savoir où et comment on en va. Une logistique mal conduite mène à la catastrophe.

**Mme BOUTOT** demande si l'outil communique avec Pharma.

**M. THEVENIAUD** répond qu'au CH de Versailles, les informaticiens ont développé un outil spécifique de gestion du PSM (pas de gestion de l'ensemble des moyens tactiques) pour reprendre les données de Paradoxe qui était défaillant. Cette reprise de données sera la même à l'occasion du déploiement du nouvel outil de gestion. Computer Engineering développe donc pour l'ensemble des 120 établissements un module de gestion de ces stocks qui sera bien sûr interfacé avec PHARMA et des interfaces existantes.

**Mme DESCHOUVERT** fait remarquer que cet outil permettra, outre pour la partie Pharma, de connaître le gestionnaire des équipements comme les EPI. Ce nouveau dispositif permettra d'avoir une vision globale de cette situation sanitaire exceptionnelle et de gagner un temps précieux.

**M. le Président** certifie qu'avec cette approche globale, ce n'est plus opérateur-dépendant.

**Mme DESCHOUVERT** estime qu'il faudra faire preuve de stratégie avant le déploiement de l'outil dans les établissements et bien travailler en amont pour que l'implantation se fasse rapidement, de façon à ne pas perdre de temps en raison d'une adhésion médiocre des professionnels.

**M. le Président** revient sur ses travaux de thèse sur "*L'implémentation des systèmes d'information*". Il faut donner l'impression à l'utilisateur qu'il va travailler mieux, plus vite et plus facilement.

**M. PASSEMARD** demande pourquoi « donner l'impression » et qu'il faudra bien convaincre l'utilisateur.

**M. le Président** pense qu'il ne doit pas être convaincu et que ce n'est pas une question de discipline. L'utilisateur doit ressentir qu'il travaille mieux et que l'outil lui est utile. Il faut parfois prendre du temps en amont pour savoir comment on va représenter les choses et assurer la mise en place : c'est le but des deux sites pilotes de voir et de résoudre toutes les difficultés potentielles. Il faut à tout prix éviter la démarche "prussienne" d'apprendre à s'en servir au moment du déploiement. Il indique que cela ne marche pas et qu'il s'agit c'est une vision archaïque des systèmes d'information.

**M. THEVENIAUD** rappelle que l'outil permettra la gestion des moyens tactiques définis au niveau national, mais également d'effectuer la gestion de l'ensemble des stocks propres à l'établissement dans le cadre du plan blanc par exemple. Ainsi, l'établissement a tout intérêt d'avoir le même outil de gestion pour l'ensemble des contremesures pouvant être mobilisées en cas de ces situations sanitaires exceptionnelles, d'autant plus que cet outil est financé par l'EPRUS. L'utilisation de cet outil offre donc une plus-value pour l'établissement, qui nécessitera afin de s'assurer de la bonne adhésion de tous les établissements de l'appui des ARS et des ARS de zone, bien en amont du déploiement.

**Mme DESCHOUVERT** en est bien convaincue mais insiste sur le fait qu'un travail en amont est important, au vu des aléas de terrain.

**M. THEVENIAUD** répond que, pour les formations, l'EPRUS compte beaucoup sur les établissements de santé de référence pour être un appui et un soutien vis-à-vis des établissements de leurs zones. Cet appui permettra également de renforcer les liens entre établissements de zone et les ESR.

**M. PASSEMARD** espère que ce sera l'occasion de communiquer sur les résultats des travaux qui ont pu être menés, et de revenir, justement, sur les pharmaciens ou autres gestionnaires, avec des choses concrètes à proposer.

**M. le Président** redit l'importance de ce logiciel. Le prochain rendez-vous sera l'évaluation des deux sites pilotes afin d'identifier les difficultés. En cas de coup d'arrêt, la réputation du logiciel serait désastreuse et plus personne ne voudrait s'en servir.

**M. THEVENIAUD** rappelle que la commission avait réfléchi à la pertinence de disposer de kits mais que leur gestion, par exemple dans un tableur Excel, n'est pas très aisée. Il ajoute que l'outil, conçu justement pour répondre aux fonctionnalités souhaitées par les gestionnaires, permettra cette gestion mais qu'au-delà nécessitera un travail d'organisation des établissements afin de bien identifier chacun des gestionnaires en fonction des produits (économat, pharmacie, biomédical ...).

**M. le Président** demande si quelqu'un souhaite faire des remarques sur ce sujet.

**M. CREMNITER** souhaite, même si ce n'est pas le sujet du jour, aborder l'aspect « plan médico-psychologique » car, dans tous les événements, il risque d'y avoir des victimes de cet ordre. Ainsi, parallèlement aux moyens mis en œuvre pour les blessés physiques, il plaide pour que s'établisse, au niveau de chaque zone de défense – comme cela a été commencé avec l'ARS Ile-de-France pour Paris – des plans ORSAN, qui par exemple dans le cadre d'un plan avec de nombreuses victimes, est celui qui va orienter sur l'endroit où accueillir les victimes médico-psychologiques. En tant que référent national, M. CREMNITER souhaite que chaque zone de défense travaille sur ce sujet, ce qui, à sa connaissance, n'a pas encore été fait.



**M. le Président** constate qu'on en revient au problème de la stratégie. Il est essentiel de savoir qui est le plus habilité à définir une stratégie nationale pour ces victimes d'agression médico-psychologiques et qui est le bras opératif : l'ARS, au travers des SAMU ou est-ce que cela s'inscrit dans le domaine des urgences collectives via les PSM par exemple. Il estime que les experts existent via les SAMU qui ont leurs référents. La question est donc plutôt : « Comment s'organiser et se mettre en lien, se coordonner, envoyer des renforts (lien par exemple avec la psychiatrie militaire ? » Il s'agit davantage d'un problème d'organisation que matériel.

**M. CREMNITER** pense que l'idée de faire un plan CUMP va dans le bon sens, en lien direct avec le SAMU. Ce travail doit être fait dans chaque département de recensement. Par exemple, sur Paris : combien de victimes pourront être accueillies sur le plan médico-psychologique à l'hôpital Trousseau ?

**Mme CHAPPUY** profite de la présence d'un psychiatre pour rappeler qu'à l'hôpital Trousseau ou à Necker, il n'y a pas de pédopsychiatre de garde pour un avis en urgence en dehors des heures ouvrables. À Robert-Debré, il existe une prise en charge psychiatrique 24/24 en urgence. À La Pitié-Salpêtrière aussi, mais il n'y a pas de lits pour d'hospitalisation.

**M. CREMNITER** précise que la CUMP ne nécessite pas forcément de beaucoup de lits d'hospitalisation. En revanche, il peut y avoir – cela a été expérimenté en janvier avec l'attentat contre Charlie-Hebdo à l'Hôtel-Dieu – un besoin d'accueil en urgence d'hôpitaux de 1<sup>ère</sup> ligne qui puissent gérer à la fois des problèmes somatiques et du médico-psychiatrique.

**M. le Président** estime qu'il serait important que cette réflexion soit plus avancée, afin de pouvoir présenter des résultats, s'agissant de stratégie générale et de l'organisation des CUMP entre elles. Il propose d'aborder le dernier point à l'ordre du jour et donne la parole à M. THEVENIAUD.

#### **b. Achats groupés d'équipements de protection individuelle**

**M. THEVENIAUD** annonce que la proposition prochaine de marchés au niveau national aux établissements de santé pour le renouvellement de certains stocks tactiques. Ce sujet est étroitement lié à l'actualisation des moyens, travail réalisé par la CCMSO, puisqu'il s'agit de faciliter le maintien en condition opérationnelle et le renouvellement des moyens tactiques.

Les avis de recommandations sur les EPI ont été rendus par la commission en mai 2014. Sachant que la durée de validité par exemple des combinaisons est de 10 ans, les moyens en stock dans les établissements arrivent à péremption et il faut en acheter de nouveaux. En l'absence d'expertise technique dans les établissements de santé, il est proposé des marchés au niveau national qui répondent aux spécifications et recommandations des équipements de la CCMSO.

##### ● **Les enjeux**

- Apporter une expertise technique aux établissements de santé tout en rationalisant le nombre de procédures (300 à 400 procédures pour chaque produit si chacun des établissements lançaient sa procédure)
- Garantir l'interopérabilité des moyens tactiques et disposer des mêmes articles au sein des établissements de santé, sur la base des spécifications du niveau national.
- Faciliter la formation des professionnels de santé à leur utilisation. Il est logique, que sur une zone de défense, l'établissement de santé de référence organisant les formations puisse s'appuyer sur les mêmes tenues.
- Générer des économies

##### ● **Mécanisme d'achats groupés proposé**

- Groupement de commandes concerté entre RESAH-Ile-de-France et l'AP-HP
- L'EPRUS est le coordonnateur technique de la consultation lancée par le GIP RESAH-IDF
- Les essais sont centralisés sur le centre NRBC Broussais, en s'appuyant sur tous les expert NRBC

de l'AP-HP

- Points de vigilance figurant dans le marché : conditionnement, possibilité de combiner l'achat de la tenue d'intervention et de la tenue d'instruction, maintenance (masques), garantie des approvisionnements en temps et en heure

- **Périmètre d'intervention envisagé**

- Équipements de protection individuels (possibilité pour les établissements de les acquérir dès septembre pour renouveler les stocks arrivant à péremption)
- Unités de décontamination
- Les tentes et les malles
- Les prestations de maintenance d'équipements

- **Calendrier**

Sur la base des fiches de la commission validées en 2014, un marché de 13 lots a été lancé (combinaisons NRBC avec capuche, combinaisons pour la décontamination, masques, gants, etc.). La date limite a été fixée au 3 août 2015. Les marchés seront notifiés courant septembre.

Tous les établissements publics, privés, les SDIS... pourront bénéficier de cette démarche d'achats groupés via la centrale d'achats RESAH Ile-de-France. Cet achat via RESAH est facultatif et l'ARS a toujours la possibilité de lancer un groupement régional dont les adhérents sont les établissements de santé de la région. Un tel regroupement est également envisageable au niveau zonal, en relation avec les ARS et les ARS de zone. Il souligne l'importance d'une certaine harmonisation des moyens de protection dans les établissements de santé pour faciliter la formation, des préconisations de filières d'achat peuvent être faites aux établissements de santé au niveau zonal. Un prochain point sur ce sujet sera fait au mois de septembre.

**M. le Président** se félicite du lancement de cette consultation, rappelant qu'il s'agit d'une démarche de rationalisation, certes non obligatoire, mais l'adhésion des établissements permettra d'homogénéiser les tenues. Il considère, outre la rationalisation évidente des coûts, que c'est un risque à prendre et qui permettra, en cas d'événements exceptionnels où on utiliserait des tenues, un réapprovisionnement rapide des tenues via ce marché. Il ajoute que ce marché offre beaucoup de souplesse aux établissements de santé et répond à de vrais besoins, d'autant que le travail de préconisation sur les EPI effectué en amont par l'EPRUS a recueilli un consensus. Il demande que le résultat de cette opération devra bien évidemment être réévalué.

**Mme BOUTOT** demande si c'est financièrement inclus dans la MIG NRBC.

**M. THEVENIAUD** explique qu'en cas, par exemple, de renouvellement des lots radio, le financement se fait sur la MIG. Chaque établissement de santé reçoit de la part de l'ARS une MIG lui permettant de lancer son propre marché pour acquérir et renouveler leurs équipements, bien qu'il y ait une définition nationale des spécifications pour ce lot-là. L'idée est d'avoir un marché national *via* une centrale d'achat permettant à chaque établissement de santé de passer directement par la centrale d'achat qui a elle déjà respectée le Code des marchés publics.

**M. PASSEMARD** partage l'avis de M. THEVENIAUD. Il indique que c'est très utile et facilitateur pour les acteurs de terrain. Cela va dans le bon sens.

**M. le Président** ajoute que cela permet également aux professionnels de santé de retrouver leur cœur de métier car, à force de faire du management, on oublie parfois ce qui est le plus important c'est-à-dire les formations. Cet "espace mort" juridico-technico-administratif est pris en charge par une centrale d'achat, qui dispose de l'expertise appropriée, et allège les tâches des établissements.

M. le Président se demande s'il ne serait pas intéressant de mettre cet aspect "facilitateur" en avant.

**Mme DESCHOUVERT** est tout à fait d'accord avec cet angle de valorisation et explique qu'il faut présenter ce marché comme un outil facilitateur, les dispensant de lancer la procédure, faire les tests, les essais...

**M. le Président** ajoute que l'EPRUS vient en appui de l'établissement, qui reste néanmoins le maître. S'il veut passer son propre marché, il peut le faire. Il est difficile d'imaginer mieux, sur le plan politique.

**M. RAINERI** demande si on a une idée des coûts, des économies qui seront engendrées, rappelant que l'argument n'est pas négligeable, en ces temps difficiles.

**M. THEVENIAUD** répond que la difficulté résidait dans le fait qu'on ne connaît pas à l'avance l'ensemble des établissements qui vont commander, en conséquence il n'a pas été possible de fixer des quantités minimales dans le marché. Il précise qu'habituellement, dans un marché, si on connaît le niveau des intentions d'achat à l'avance, le soumissionnaire consentira normalement un bas prix d'autant plus bas que les quantités seront élevées. Il estime qu'il est trop tôt pour dire si l'on pourra bénéficier de prix élastiques bien que l'AP-HP soit engagé dans ce marché. L'AP-HP réalise les essais mais a également donné des quantités estimatives pour chaque lot ce qui va rassurer les soumissionnaires dans la mesure où il peut penser vendre à minima à l'AP-HP. Au-delà des quantités déjà importantes que représente l'AP-HP, les candidats sont informés que d'autres établissements de santé de France métropolitaine et d'Outre-Mer peuvent bénéficier de ce marché... Le prestataire aura donc tout intérêt à faire des prix intéressants, au regard des volumes *a priori* conséquents.

**M. RAINERI** s'interroge sur la possibilité de traiter avec un fabricant national, dans un marché ouvert à l'Europe, eu égard au fait que cela concerne la défense nationale.

**M. THEVENIAUD** répond que le marché ne peut être restreint aux seuls fournisseurs français et que des fournisseurs européens peuvent répondre. En revanche, il ajoute que le cahier des charges prévoit la livraison aux établissements de santé en période calme mais également en période agitée. Dans le cas où les produits viennent d'Asie (comme ce fut le cas dans le cadre d'Ebola), la capacité à livrer rapidement est plus limitée que pour un fournisseur dont la production se fait sur le territoire national : ce prestataire dont les produits viennent d'Asie aura une note inférieure sur ce sous critère par rapport au fournisseur français permettant alors de privilégier une production française, de proximité.

**Mme DESCHOUVERT** suggère que l'information qu'un marché est en train de se mettre en place figure sur le site de l'EPRUS, à destination des établissements.

**M. PASSEMARD** indique que pour la zone Est, IL savait qu'une procédure était en cours et on attendait que cela soit confirmé.

**M. THEVENIAUD** précise que le compte-rendu de la réunion de la CCMSO sera mis en ligne et que par ailleurs, une note émanant du ministère de la santé à destination des ARS de zone est en cours de préparation, aussi bien sur l'outil informatisé de gestion des stocks que sur les achats groupés, de façon à informer les ARS de zone, les ARS et les établissements de santé.

**M. PASSEMARD** souhaite qu'on n'oublie pas de rappeler que le financement est pris en charge par l'EPRUS.

**Mme BOUTOT** indique que les SAMU se doivent de suivre ces engagements, pour savoir où vont ces MIG.

**M. le Président** se souvient de la discussion avec les ARS qui font des dotations mais ne savent pas où elles vont. Ce système de finances n'est pas très simple. Il indique qu'il est bon de centraliser les choses, qu'on y gagnera en transparence.

En l'absence de questions diverses, M. le Président remercie tout le monde pour les discussions très riches, très ouvertes, qui débouchent à des résultats concrets. Ces deux ans de commissions ont permis un bon nombre de validations, avec le soutien très actif du personnel de l'EPRUS, dont il salue le travail de formalisation et de recherche.

**M. THEVENIAUD** ajoute que les groupes de travail vont être constitués. Des invitations à y participer vont être envoyées, accompagnées d'un calendrier. Il rappelle que l'EPRUS peut prêter une salle à celles et ceux qui souhaiteraient organiser une réunion à Paris ou une visioconférence.

**M. le Président** remercie toute l'équipe et lève la séance.

*La séance est levée à 14h45.*